

**T.C. ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ**

**TIP FAKÜLTESİ**

**KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM ANABİLİMDALI**



**GEBELİĞİN DEĞİŞİK DÖNEMLERİNDE CİNSEL AKTİVİTEYİ ETKİLEYEN  
FAKTÖRLER VE BUNUN HAYAT KALİTESİ ÜZERİNE OLAN ETKİSİNİN  
DEĞERLENDİRİLMESİ**

**UZMANLIK TEZİ**

**Dr. Evren ÇAVUŞ**

**TEZ DANIŞMANI:**

**Yrd. Doç. Dr. Fatma BEYAZİT**

**ÇANAKKALE / 2017**

**T.C.**  
**ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ**  
**TIP FAKÜLTESİ**

Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı uzmanlık eğitimi çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından **Arş.Gör.Dr. Evren Çavuş 'un Uzmanlık Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 22/12/2017

**TEZ KONU BAŞLIĞI**

"Gebeliğin Değişik Dönemlerinde Cinsel Aktiviteyi Etkileyen Faktörler ve Bunun Hayat Kalitesi Üzerine Olan Etkisinin Değerlendirilmesi"

Tez Danışmanı: Yrd. Doç. Dr. Fatma Beyazıt

**Tez Jürisi Üyeleri:**

**Adı Soyadı**

Prof. Dr. Mesut A. Ünsal

Doç. Dr. Turhan Aran

Yrd. Doç. Dr. Fatma Beyazıt

  
.....  
  
.....  
  
.....

**ONAY:**

Bu tez Anabilim/Bilim Dalı Akademik Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Fakülte Yönetim Kurulunun 29/12/2017 tarih ve 621.3. sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Tamer Demir  
Dekan

**T.C. ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ**

**TIP FAKÜLTESİ**

**KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM ANABİLİMDALI**

**GEBELİĞİN DEĞİŞİK DÖNEMLERİNDE CİNSEL AKTİVİTEYİ ETKİLEYEN  
FAKTÖRLER VE BUNUN HAYAT KALİTESİ ÜZERİNE OLAN ETKİSİNİN  
DEĞERLENDİRİLMESİ**

**UZMANLIK TEZİ**

**Dr. Evren ÇAVUŞ**

**TEZ DANIŞMANI:**

**Yrd. Doç. Dr. Fatma BEYAZİT**

**ÇANAKKALE / 2017**

## TEŞEKKÜR

*Yetişmemde büyük emekleri olan, hekimlik sanatını ve onun gereklilikleri olan etik ve ahlak gibi kavramları eğitimimin her aşamasında bilgisi ve tecrübesi ile bizlere gösteren çok değerli sayın hocam ve Anabilim Dalı Başkanım Prof. Dr. Mesut Abdülkerim ÜNSAL'a, uzmanlık tezimin her aşamasında yanımda olan ve yardımlarını esirgemeyen sayın hocam Yrd. Doç. Dr. Fatma BEYAZIT'a, uzmanlık eğitimim boyunca bana hekimlik sanatındaki bilgi ve deneyimlerini aktaran, anlatan ve esirgemeyen Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'ndeki tüm hocalaruma, birlikte çalıştığım tüm arkadaşlarıma, emek ve sabırlarıyla bugünlere gelmemde payları olan tüm hocalaruma yanımda oldukları için sonsuz teşekkürlerimi sunarım.*

## ÖZET

**Amaç:** Gebelik, vücutta fizyolojik ve psikolojik değişikliklerin görüldüğü özel bir süreçtir. Gebelik süresince cinsellikle ilgili yaşanan sorunlar gebelik trimesterlerine bağlı değişiklikler göstermektedir. Bu çalışmada gebelik süresince yaşanan cinsel işlevdeki değişimleri trimesterlere göre dağılımını ve bu fonksiyon bozukluklarının hayat kalitesi üzerine etkilerini belirlemeyi amaçladık.

**Yöntem:** Bu çalışma, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi(ÇOMÜ) Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı gebe polikliniğinde takip edilen gebelerin cinsel yaşamlarının ve bunu etkileyen etmenlerin incelenmesi amacıyla kesitsel olarak yapılmıştır. Çalışmaya kadın hastalıkları ve doğum kliniğinde Haziran 2017 ile Temmuz 2017 tarihleri arasında takiplere gelen 300 gebe kadın dahil edildi. Gebe kadınlara demografik bilgilerinin belirlendiği bir form ve gebelikte cinsel fonksiyonların düzeyini belirlemeye (Female Sexual Function Index: FSFI) yönelik ve gebelikteki cinsel yaşamın kalitesini (Cinsel Yaşam Kalite Ölçeği Kadın: CYKÖ-K) belirlemeye yönelik iki adet anket ve demografik veri formu uygulandı.

**Bulgular:** Her üç trimester FSFI ve CYKÖ skorlarına göre değerlendirildiklerinde gebelik sırasında CYKÖ'de 2. trimester skorların 1. trimesterden yüksek olduğu saptandı ( $p=0.005$ ). Trimesterler arasında total FSFI skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttu ve aynı zamanda en yüksek skor ikinci trimesterde idi ( $p=0.048$ ). FSFI alt başlıkları kendi içlerinde değerlendirildiklerinde lubrikasyon skoru ikinci trimesterde birinci trimester ile kıyaslandığında daha yüksek idi ( $p=0.009$ ). Cinsel başarı ikinci trimester skoru birinci trimester skorundan daha yüksek idi ( $p=0.014$ ).

**Sonuç:** Bu çalışmada gebelikteki cinsel fonksiyonlardaki düşüş ve özellikle de trimesterler arası cinsel fonksiyonlardaki dalgalanma genel literatür verileriyle uyumlu olarak saptandı. Sağlık çalışanlarının, gebelikteki cinsel hayat ve cinsel

problemler açısından daha dikkatli olmaları, gerektiğinde hastaları doğru bir şekilde yönlendirmeleri son derece önemlidir.

**Anahtar kelimeler:** Cinsellik, gebelik, hayat kalitesi, cinsel işlev bozukluğu

## ABSTRACT

**Objective:** Pregnancy is a special period in which physiological and psychological changes are observed in the body. Sexuality related problems exhibits significant changes during pregnancy. In this study, we aimed to determine the distribution of changes in sexual behaviour in pregnancy according to the pregnancy trimesters and to determine the effects of these dysfunctions on the quality of life.

**Methods:** This study was performed cross-sectionally in order to investigate the sexual life of pregnant women during the pregnancy and the factors that affects sexual function in women who admitted to Department of Obstetrics and Gynecology of Çanakkale Onsekiz Mart (ÇOMÜ) University Medicine Faculty. The study included 300 pregnant women that were followed in our gynecology and obstetric clinic between June 2017 and July 2017. Demographic data form and two questionnaires were applied to pregnant women. One of the questionnaires was aimed at determine the sexual function of pregnant (Female Sexual Function Index: FSFI) and the other was aimed to determine the quality of sexual life in pregnancy questionnaire female (Sexual Quality of Life Questionnaire-Female: SQoL-F).

**Results:** SQoL-F scores were found to be higher in second trimester compared with first trimester ( $p=0.005$ ). According to FSFI scores, a statistically significant difference was observed between all three trimesters and the highest score was found in second trimester ( $p=0.048$ ). Subgroups of FSFI scores were also evaluated separately and lubrication scores were found to be elevated in second trimester compared to other trimesters ( $p=0.009$ ). Moreover sexual success score in second trimester was found to be higher compared to first trimester ( $p=0.014$ ).

**Conclusion:** In this study, we observed a significant decrease in sexual function in pregnancy and sexual function fluctuations during pregnancy

trimesters which is comparable with literature data. It is very important for health professionals to be more susceptible in terms of sexual life and sexual problems in pregnancy and to guide their patients in the right way when necessary.

**Key words:** Sexuality, pregnancy, quality of life, sexual dysfunction (sexual function disorder)



## İÇİNDEKİLER

Teşekkür	ii
Özet	iii
Abstract	v
İçindekiler	vii
Kısaltmalar ve Simgeler Dizini	x
Tablolar Dizini	xi
Şekiller Dizini	xii
1. Giriş	1
2. Genel Bilgiler	2
2.1. Gebelikte Cinsel Disfonksiyon Probleminin Tanımı ve Önemi	2
2.2. Gebelik Fizyolojisi	5
2.2.1. Reprodüktif Yol	5
2.2.1.1. Uterus	5
2.2.1.2. Serviks	6
2.2.1.3. Over	6
2.2.1.4. Fallop tüpleri	7
2.2.1.5. Vajina ve Perine	7
2.2.1.6. Meme	7
2.2.1.7. Cilt	8
2.2.1.8. Metabolik Değişiklikler	8
2.2.1.9. Su Metabolizması	9
2.3. Cinsel Fizyoloji	9

2.3.1. Cinsel Yanıt Dögüsü	10
2.3.1.1. Uyarılma Evresi	10
2.3.1.2. Plato Evresi	10
2.3.1.3. Orgazm Evresi	10
2.3.1.4. Çözölme Evresi	10
2.4. Gebelikte Cinsellik Fizyolojisi	11
2.4.1. Trimesterlere Göre Cinsellik Fizyolojisi	12
2.5. Gebelikte Cinsel İşlev Siklusunda Oluşan Değişiklikler	13
3. Materyal ve Metod	16
3.1. Araştırmanın Şekli	16
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	16
3.3. Araştırmanın Evreni	16
3.4. Araştırmanın Örneklemi	16
3.5. Araştırmaya Alma Kriterleri	16
3.6. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri	17
3.7. Veri Toplama Aracı	17
3.7.1. FSFI Anket Formu	17
3.7.2. CYKÖ-K Anket Formu	17
3.8. İstatistiksel Analiz	18
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Güçlükleri	18
4. Bulgular	19
5. Tartışma	34

6. Sonuç ve Öneriler	39
7. Kaynaklar	40
8. Ekler	47
Ek-1: Sosyodemografik ve Klinik Özellikler Değerlendirme Formu	47
Ek-2: Kadın Cinsel Fonksiyon Ölçeği(FSFI) Anketi	48
Ek-3: Cinsel Yaşam Kalite Ölçeği-Kadın (CYKÖ-K) Anketi	50
Ek-4: Etik Kurul Onem Formu	52

## Kısaltmalar ve Simgeler Dizini

**$\beta$ hCG:** Beta Human Koryonik Gonadotropin

**CYKÖ-K:** Cinsel Yaşam Kalite Ölçeği- Kadın

**FSFI:** Female Sexual Function Index

**cm:** Santimetre

**g:** Gram

**kg:** Kilogram

**max:** Maksimum

**min:** Minimum

**ml:** Mililitre

**mmHg:** Milimetre Civa (Basınç Birimi)

**pH:** Potansiyel Hidrojen

## TABLolar DİZİNİ

Tablo 4.1.	Çalışmaya Alınan Gebe Kadınların Trimesterlere Göre Demografik Karakteristikleri	21
Tablo 4.2.	Trimesterlere Göre FSFI Alt grup ve CYKÖ-K Medyan Skorları	28
Tablo 4.3.	Paritenin FSFI Skoru Üzerine Etkisi	29
Tablo 4.4.	Yaşın FSFI Skoru Üzerine Etkisi	30
Tablo 4.5.	Eğitim Durumunun FSFI Skoru Üzerine Etkisi	31
Tablo 4.6.	Paritenin CYKÖ-K Üzerine Etkisi	32
Tablo 4.7.	Eğitim Durumunun CYKÖ-K Üzerine Etkisi	32
Tablo 4.8.	Yaşın CYKÖ-K Üzerine Etkisi	33
Tablo 4.9.	FSFI skorları ile CYKÖ-K Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi	33

## ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 2.3.1.	Kadın ve Erkeklerde Cinsel Yanıt Döngüsü	9
Grafik 4.1.	Gebe Kadınların Trimesterlere Göre Yaşlarının Dağılımı	19
Grafik 4.2.	Gebe Kadınların Trimesterlere Göre Eğitim Düzeyleri	20
Grafik 4.3.	Trimesterlere Göre Gebelerin FSFI Total Skor Ortalamaları	22
Grafik 4.4.	Trimesterlere Göre Gebe Kadınların FSFI İstek Skor Ortalamaları	23
Grafik 4.5.	Trimesterlere Göre Gebe Kadınların FSFI Uyarılma Skor Ortalamaları	24
Grafik 4.6.	Trimesterlere Göre Gebe Kadınların FSFI Lubrikasyon Skor Ortalamaları.	24
Grafik 4.7.	Trimesterlere Göre Gebe Kadınların FSFI Orgazm Skor Ortalamaları	25
Grafik 4.8.	Trimesterlere Göre Gebe Kadınların FSFI Cinsel Başarı Skor Ortalamaları	26
Grafik 4.9.	Trimesterlere Göre Gebe Kadınların FSFI Ağrı Skor Ortalamaları	27
Grafik 4.10.	Trimesterlere Göre Gebelik Öncesi ve Sonrası CYKÖ-K Skor Ortalamaları	27

## 1. GİRİŞ

Cinsel yaşam, bireyin sağlığının ve hayat kalitesinin önemli bir parçasıdır (1,2). Cinsel hayat; cinsiyeti, cinsel kimlikleri ve rolleri, cinsel yönelimleri, erotizmi, keyfi, fiziksel yakınlığı ve neslin devamlılığını kapsayan, insan yaşamının vazgeçilmez temel bir öğesidir (3). İnsan cinselliği ve cinsel yaşam kalitesi pek çok faktör tarafından etkilenmektedir. Irk, etnik köken, sosyal statü, medeni hal, aile ve sosyal destek grupları, meslek ve eğitim düzeyi cinselliği etkileyen temel faktörler arasında yer almaktadır. Geçirilen hastalıklar, tıbbi ve cerrahi müdahaleler, infertilite, jinekolojik semptomlar, jinekolojik kanserler, aile hayatında değişiklik ve aile içi şiddet gibi faktörler de bireyin cinsel sağlığını ve kalitesini etkileyen diğer faktörlerdir (3-5). Bir kadının hayat süresince yaşadığı menstrüel siklus, gebelik, doğum, emzirme, menapoz ve yaşlılık gibi fizyolojik yaşam olayları da cinsel yaşam kalitesini etkileyebilmektedir (3,5,6). Gebelik sırasında kadının cinsel yaşamını; geçirilmiş ve mevcut olan hastalıklar, önceki gebelikleri ve doğumları, gebelik haftası gibi durumlar etkilemektedir (7,8). Aynı zamanda duygusal değişiklikler ve fizyolojik değişiklerin psikolojik yansımaları da cinsel yaşam üzerine etkili diğer faktörlerdir (9,10).

Gebelik, vücutta fizyolojik ve psikolojik değişikliklerin ortaya çıktığı önemli bir süreçtir. Gebelik süresince meydana gelen fizyolojik ve psikolojik değişimler cinsel yaşamı olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Birinci trimesterde ortaya çıkan progesteron hormon artışı meme hassasiyetine ve ödemi tetikleyerek vajinal akıntının artışına neden olur ve cinsel yaşamın olumsuz etkilenmesine yol açar. İnsan yaşamının temel bir öğesi olan cinselliğin gebelikle birlikte olumsuz etkilenmesi, bireyin hayat kalitesini de olumsuz yönde etkileyecek bir faktördür (3,5,7).

Biz çalışmamızda gebe kadınların gebeliğin değişik dönemlerindeki (her üç trimester) cinsel fonksiyonlarını etkileyen faktörleri ve bu faktörlerin gebe kadınlardaki cinsel yaşam kalite düzeyine olan etkisini belirlemeyi amaçladık.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Gebelikte Cinsel Disfonksiyon Probleminin Tanımı ve Önemi

Cinsel hayat yaşam kalitesinin en önemli göstergelerinden biri olan, bireysel yaşamın sürdürülebilmesi için zorunlu olmayan ancak soyun devamlılığını sağlamak için gerekli olan bir eylemdir (2,11). Evrensel bir olay olan cinsellik kişilerin fiziki ve psikolojik durumları ile sosyal hayatlarının önemli bir parçasıdır. Yaşı, kültürü ya da sosyal statüsü ne olursa olsun, her insanın temel gereksinimlerinden biri olan cinsellik, yalnızca üreme için gerçekleşen biyolojik bir fonksiyon değil, duyguların aktarılmasına da yarayan önemli bir yaşam tecrübesidir (12). Cinsel yaşam kalitesi ise bireyin cinsel yaşamından hissettiği memnuniyeti ortaya koyan başka bir değerlendirme ölçümüdür (13).

Yaşam süreci boyunca birçok faktör cinselliği etkileyerek cinsel sağlık sorunlarının ortaya çıkmasına neden olabilir. Cinsel işlev bozukluğu kadınlarda yaygın olarak ortaya çıkan, yaşa bağımlı, progresif ve kadının genel sağlığının yanı sıra yaşam kalitesini de olumsuz etkileyen bir sağlık sorunudur. Cinsel işlev bozukluğu, cinsel yanıt döngüsünü oluşturan cinsel istek ve psikofizyolojik değişikliklerde azalma ve bozulma sonucu, kişide belirgin sıkıntı veya kişiler arası ilişkilerde zorluk oluşması olarak ifade edilmektedir (3,5).

Literatür çalışmaları değişik toplumlarda cinsel işlev bozukluğu prevalansının %39-%73.3 arasında değiştiğini göstermektedir (14,15). Ülkemizden yapılmış çalışmalarda ise prevalansın %28.6-%68.8 arasında değiştiği görülmektedir (1,16,17). Bu sonuçlar ülkemizde cinsel işlev bozukluğunun azımsanmayacak boyutta yaşandığını ve çözüm bekleyen önemli bir kadın sağlığı sorunu olduğunu göstermektedir (17). Yapılan çalışmalar cinsel sorunların kadın sağlığı ve yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etkileri olmasına karşın, birçok kadının yaşadığı cinsel sorun için yardım arama davranışında bulunmadığını göstermektedir (18).

Cinsel işlev bozukluklarının etyolojisinde birçok neden suçlanmakla birlikte fertil dönemdeki kadınların yaşadığı önemli bir periyot olan gebelik de bu nedenlerden bir tanesidir.



Gebeliğin kendisinin kadın sağlığı üzerine etkisi olması ve beraberinde cinsel sağlığın da bozulması hayat kalitesini önemli ölçüde etkilemektedir. Bu nedendir ki gebelikteki cinsel problemlerin belirlenmesi, uygun yönetimin sağlanması gebe kadının bedensel ve ruhsal sağlığının korunması açısından önemlidir.

Gebelik süresince cinsellikle ilgili yaşanan sorunlar trimesterlere bağlı değişiklik göstermektedir. İlk trimesterde görülen dispeptik yakınmalar (bulantı, kusma, mide yanması) halsizlik, baş ağrısı, uykusuzluk, koku hassasiyeti ve benzeri şikayetler cinsel istekte azalmaya neden olabilmektedir (7,19). Von Sydow'un yaptığı bir meta-analizde birinci trimester gebelerde cinsel ilgi, cinsel istek, cinsel ilişki, cinsel ilişkiden zevk alma ve orgazmın azaldığı gösterilmiştir. Gebelik süresince cinsel fonksiyonlar birinci trimesterde hafif düşmekte, ikinci trimesterde değişkenlik göstermekte, üçüncü trimesterde ise keskin bir düşüş göstermektedir (7,20-22).

İkinci trimesterde bebeğin hareketlerinin hissedilmeye başlaması ve karın çevresinin genişlemeye başlaması ile birlikte bebeğin varlığı kabullenilmeye başlanmaktadır. Bu dönemde anne adayları gebe olduğu gerçeğini ve hayatındaki değişiklikleri idrak etmeye başlamıştır. Gebeliğe bağlı görülen yorgunluk, bulantı ve kusma gibi fiziksel şikayetlerin yanında bu şikayetlerin neden olduğu duygu durum değişikliklerinde büyük bir iyileşme hali meydana gelmektedir. Özellikle gebeliğe bağlı gelişen ödem nedeniyle ortaya çıkan pelvik vazokonjesyon ile birlikte ikinci trimesterde cinsel istek ve doyumda da birinci trimester ile kıyaslandığında artış olmaktadır. Bu değişikliğe bağlı olarak cinsel ilişki sıklığında artma meydana geldiği ve cinsel ilişkide gebelerin kendilerini daha rahat hissetmeye başladıkları bazı çalışmalarda gösterilmiştir (9,23). Bununla birlikte ikinci trimester süresince fetüsün büyümesinin hızlanmasının bir sonucu olarak cinsel ilişki sırasında üçüncü bir kişi varmış hissiyatı oluşur. Fetüsün üçüncü kişi olarak hissedilmesi nedeniyle çiftlerin ilişkiden kaçındıklarını bildiren çalışmalar da mevcuttur(24). Gebelik yaşı ilerledikçe fiziksel şikayetlerin gebeliğin başlangıcına göre belirgin düşüş göstermesi sonucunda gebeliğe ilişkin endişeli duygularda azalma meydana gelir ve gebelik benimsenir (25,26). Gebeliğin ikinci trimesterinde cinsel ilişki, tatmin olma ve keyif alma oranlarının arttığı yapılan çalışmalarda gösterilmiştir (7). Aslan ve arkadaşları

ile Liu ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmalarda cinsel ilişki sıklığının, gebeliğin birinci trimesterinden başlayarak azaldığı belirlenmiştir (20,27). Ancak bunlara zıt olarak değişmediğini belirten çalışmalar da mevcuttur (7,20,27,28).

Gebeliğin farklı dönemlerinde değişimler gösteren cinsel ilişki isteği, üçüncü trimesterde düşüş gösterebilmektedir (7,20,24,29). Üçüncü trimesterde cinsel istekteki düşüşün yorgunluk, uykusuzluk, solunum güçlüğü, sık idrara çıkma, fiziksel aktivitede azalma gibi değişik somatik problemlere bağlı olduğu düşünülmektedir (9,30). Ayrıca fetüse zarar verme endişesi, rahim kasılmalarından endişe etme ve bu durumun erken doğumu tetikleyebileceği düşüncesi de cinsel ilişkinin olumsuz yönde etkilenmesine neden olabilmektedir (26). Cinsellikle ilgili bilgi eksikliği, kanama veya düşük korkusu, genital enfeksiyonlardan kaçınma isteği, cinsel ilişki sırasında pozisyon zorluğu da cinsel ilişkiden uzaklaşma nedenleri arasında yer almaktadır (30,31).

Yapılan çalışmalarda gebeliğin üçüncü trimesterinde cinsel ilişkiden zevk alma, cinsel ilgi, cinsel istek, cinsel ilişki sıklığı ve orgazm sıklığında belirgin azalma olduğu saptanmıştır (7,20,22,32,33). Pauleta ve arkadaşlarının (2010) yaptıkları bir çalışmada, gebelik dönemi boyunca kadınların çoğunda cinsel ilişki sıklığı, cinsel tatmin ve istekte azalma olduğu tespit edilmiştir (34).

Kısa ve arkadaşlarının (2014) 607 gebe üzerinde Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği'ni (CYKÖ-K) kullanarak yaptıkları çalışmanın sonuçlarına göre gebelikte cinsel yaşam kalitesi düşüş göstermektedir (2). Benzer şekilde Symonds ve arkadaşları ile Maasomi ve arkadaşlarının CYKÖ-K'ı kullanarak yaptıkları çalışmalarda gebelerin cinsel yaşam kalitesi, gebelikten önceki dönem ile kıyaslandığında azalmaktadır (35,36). Lutkiewicz ve Bizdan'ın CYKÖ-K'ı kullanarak yaptıkları bir diğer çalışmada gebelik süresince cinsel yaşam kalitesi değişikliklerinin ortaya çıktığı saptanmıştır (30). Gebeler, gebelik süresince cinsel ilgi, cinsel istek, cinsel memnuniyet, cinsel ilişki ve orgazm sıklığında azalma yaşamaktalar bununla birlikte orgazma ulaşma zorlukları, cinsel ilişki sırasında ağrı, uyarılma bozuklukları, ıslanma problemleri gibi durumları da sıklıkla yaşadıklarını rapor etmektedirler (29,37,38). Gebelik süresince cinsel işlev bozukluğu %57-%75 arasında saptanmaktadır (22,39,40). Gebeliğin meydana getirdiği fizyolojik, anatomik ve

psikolojik değişiklikler cinsel yaşam kalitesini etkileyebilmektedir (38). Gebeliğin cinsel yaşam kalitesi üzerindeki olumsuz etkileri ve çiftlerin bu konu hakkındaki bilgi ve gereksinimlerinin belirlenmesi ve bilgilendirilmesi, sağlıklı aile yapısının korunması açısından son derece önemlidir (41).

Gebelik ile cinsel işlev bozukluğu arasındaki ilişkiye ait literatürde çok sayıda veri mevcuttur (7,42-45). İlk literatür bilgileri ve verileri cinsel işlev bozukluklarının birbirleri ile karşılaştırmasına pek izin vermemektedir. Aynı zamanda semptomların ciddiyetini belirlemede yeterince faydalı olmamıştır. Daha kantitatif hesaplamalar bu amaç için geliştirilmiştir (20). Belirtilen sebeplerden dolayı geliştirilen en kapsamlı ölçek olan “ Female Sexual Function Index” (FSFI) gebelerde cinsel fonksiyonların değerlendirilmesinde kullanılan etkinliği kanıtlanmış bir ölçüm yöntemidir (15,20).

## **2.2. Gebelik Fizyolojisi**

Gebelik süresince anatomik, fizyolojik ve biyokimyasal adaptasyon mekanizmaları konsepsiyonun hemen ardından meydana gelir ve gebelik sonuna kadar değişen boyutlarda devam eder. Gebelik boyunca meydana gelecek değişikliklerin önemli bir kısmından fetüs ve plasenta sorumludur. Sebep ne olursa olsun gebelik süresince bütün organ ve sistemlerde çok çeşitli anatomik ve fizyolojik değişiklikler meydana gelir (24,46). Bu yüzdendir ki gebelik süresince meydana gelen fizyolojik değişimlerin öğrenilmesi, gebelikle ilişkili cinsel işlev bozukluklarının, gebe kadınların hayat kalitesi üzerindeki etkilerinin yönetiminde klinisyene yol gösterici olabilir (15,26).

### **2.2.1. Reprodüktif Yol**

Gebelik süresince gebe kadının reprodüktif organlarında gelişen değişiklikler kadının cinsel yaşamı üzerinde son derece etkilidir. Bu sebepten dolayı gebelik dönemindeki cinsel fonksiyonlar ve cinsel yaşam kalitesi değerlendirilirken bu faktörler mutlaka göz önüne alınmalıdır.

#### **2.2.1.1. Uterus**

Uterus, gebe olmayan bir kadında 70 g ağırlığında, kavite hacmi yaklaşık 10 ml olan bir organdır. Gebelik sonunda ise ağırlığı 1100 gramdır ve kavite hacmi

5000ml'ye ulaşır. Uterustaki bu hipertrofinin temel nedeni erken gebelikteki östrojen ve progesteron etkisidir (47). Gebelik haftası ilerledikçe büyüyen uterusun kan ihtiyacı da artacaktır. Vasküler rezistansı düşürerek uterus kan akımının artmasını sağlayan mekanizmaların bir diğeri de 17- $\beta$  östradiol hormonudur (48). Benzer şekilde östrojen ve progesteron hormonlarının salgıladığı relaksin hormonu nedeniyle vasküler rezistans düşer ve uterin arterin kan akımı artar (49).

Erken gebelik haftalarında irregüler uterin kontraksiyonlar meydana gelir ancak bunlar ağrı hissedilmesine neden olmaz. İkinci trimesterle birlikte bu kontraksiyonlar bimanuel muayene ile hissedilebilir. Braxton Hicks'in kendi adıyla tanımladığı bu kontraksiyonlar düzensizdir. 5-25 mmHg basınçla gebeliğin son haftalarına kadar devam eder ve bu kontraksiyonlar gebeyi rahatsız hissettirerek erken doğum tehdidi tanısı konulmasına neden olabilir (47).

#### **2.2.1.2 Serviks**

Konsepsiyondan 1 ay kadar sonra serviks yumuşamaya ve morarmaya başlar. Bu dönemde oluşan pelvik damarlardaki konjesyon, vajina ve serviksin mavi-mor renk değiştirmesine neden olur ve buna "Chadwick belirtisi" denir. Bu değişimler, servikal vaskularitede artışa ve ödeme neden olur ve tüm serviksin hiperplazi ve hipertrofiye uğramasına yol açar (50). Serviks az miktarda düz kas içerir. Asıl yoğunluğu bağ dokusu oluşturur ve bu bağ dokusu gebeliğin terme ulaşmasını sağlar. İçerdiği düz kas ise doğumun başlamasına ve doğum sonrası tekrar eski haline dönmesine yardım eder (51). Endoservikal mukozal hücreler konsepsiyondan hemen sonra immunglobulinden ve sitokinden zengin "copious tenacious" diye adlandırılan mukusu salgılamaya başlarlar ve bu da enfeksiyonlara karşı immünolojik bir bariyer oluşmasına neden olur (52). Bu değişiklikler nedeniyle de gebelik süresince vajinal akıntıda bir artış olur. Vajinal akıntıdaki artış da cinsel yaşam üzerine etki edebilir.

#### **2.2.1.3 Over**

Gebelik süresince yumurtlama durur ve yeni olgun yumurta oluşumu baskılanır. Gebe kadında bulunan tek korpus luteum gebeliğin 6-7. haftasına kadar,

yani ovulasyondan sonra 4-5 hafta progesteron hormonu üretmektedir. Gebelik ilerledikçe korpus luteumun salgıladığı progesteron hormonu azalır. Bu görevi uteroplazental yapılar devralır. Yine benzer şekilde östrojen salınımı da overlerden olmamaktadır (53). Gebelik süresince ovaryan kan akım hızı yaklaşık 3 kat artar ve gebelikten sonra tekrar normale döner (54).

#### **2.2.1.4 Fallop Tüpleri**

Fallop tüpünde gebelik süresince önemli bir değişiklik olmaz. Kas tabakası hafif hipertrofiye uğrar. Endosalpinks hücreleri desidualize olabilir ancak devamlılık arz etmez. Para-ovaryan veya paratubal kist olması durumunda uterus büyümesine sekonder torsiyone olabilir (55).

#### **2.2.1.5. Vajina ve Perine**

Gebelik süresince vulva ve perinenin cilt ve kaslarında hiperemi ve vaskülarizasyonda artışla birlikte bağ dokusu hipertrofisi gelişir. Aynı zamanda gebelik yaşı ilerledikçe Bartholin bezinde 1 cm'lik şişlik oluşabilir (56). Doğum sırasındaki gerilmeye dayanacak şekilde vajen duvarlarında değişiklikler olur. Bu değişiklikler vajen mukozasında belirgin kalınlaşma, bağ dokusu ve kas hücrelerinin hipertrofisinde azalma şeklindedir (57).

Gebelik öncesi dönem ile kıyaslandığında, gebelikte daha yoğun bir servikal sekresyon görülmektedir. Bu durumla birlikte vajinal pH 6'dan 3.5'a kadar düşerek asiditesi artmaktadır. Bu durum vajen florasında mevcut olan laktobasilusların artmış glikojen sekresyonundan ziyade laktik asit üretiminin artmasından kaynaklanır. Bu nedendir ki gebelik boyunca vulvovajinal kandidiyazis sıklığı 10-20 kat artmıştır (58).

Tarif edilen bu değişiklikler gebelikte gözlenen cinsel işlev bozukluklarının altında yatan en önemli nedenlerden bazılarıdır (7,43,59).

#### **2.2.1.6. Meme**

Gebeliğin erken dönemlerinde kadınlarda sıklıkla memede hassasiyet ve ağrı şikayetleri gelişir. Gebeliğin ikinci ayından sonra meme hacmen büyür ve ciltte

venöz damarlar belirginleşir. Areolada pigmentasyon artışı olur ve aynı zamanda meme başları daha erektil duruma gelir. İlk birkaç aydan sonra hafif provakasyonla meme başından “colostrum” adı verilen sarımtırak yoğun sekresyon gelebilir(60). Areola etrafındaki “montgomery bezleri” olarak adlandırılan hipertrofik sebace bezleri belirginleşir (61). Eğer memede hacim artışı fazla olursa abdomen cildindeki gibi strialar oluşabilir (62). Memenin patolojik bir şekilde büyümesi durumu gigantomastia olarak adlandırılır (60-62).

Memenin sadece laktasyondan sorumlu bir organ olmadığı kadın cinsel yanıt döngüsünün ilk evresi olan uyarılma evresinde erojen bir organ olduğu literatürde belirtilmiştir (63,64). Bu nedendir ki gebelikle birlikte meme dokusunda meydana gelen fizyolojik değişiklikler gebelerde görülen cinsel işlev bozuklukları ile ilişkili olabilir.

#### **2.2.1.7. Cilt**

Gebelikle birlikte ciltte çok sayıda değişiklik meydana gelir. Bu değişiklikler bazen farkedilebilir boyuttadır ve gebelerde anksiyeteye sebebiyet verebilir (65). Çoğu çalışmada gebelik boyunca hiperpigmentasyon sıklığı %90 civarında rapor edilmiştir (66). Karın ön duvarı orta hat cildi olan linea alba, pigmentasyon artışı ile gebelikte linea nigra olarak isimlendirilir. Boyun ve yüz cildinde düzensiz bir şekilde gelişen pigmentasyona ise chloasma, melesma gravidarum veya gebelik maskesi denir.

Gebelikte meydana gelen fizyolojik cilt değişiklikleri güzellik algısını etkileyebilir ve özgüven düşüklüğüne neden olarak cinsel işlev bozukluğuna ve hayat kalitesi üzerine olumsuz etkilere neden olabilir (7,40,59,67).

#### **2.2.1.8. Metabolik Değişiklikler**

Hızlı gelişen fetüs ve plasenta nedeniyle gebelikte çok sayıda ciddi metabolik değişiklikler meydana gelir. Başka hiçbir sebep bu denli değişikliğe neden olamaz. Üçüncü trimesterde gebelerin bazal metabolizma hızı gebelik dışı döneme göre %10-20 oranında artmıştır. İkiz gebelikte bu artış oranı % 10 daha fazladır (68). Gebelikte kilo artışının önemli bir kısmını uterus ve bileşenleri, meme, artmış kan

hacmi ve ekstrasvasküler hücre dışı sıvı artışı oluşturur. Gebelik boyunca oluşan bütün bu metabolik değişikliklere bağlı olarak gebelikte ortalama 11-12 kg alınması normal kabul edilmektedir (69).

### 2.2.1.9. Su Metabolizması

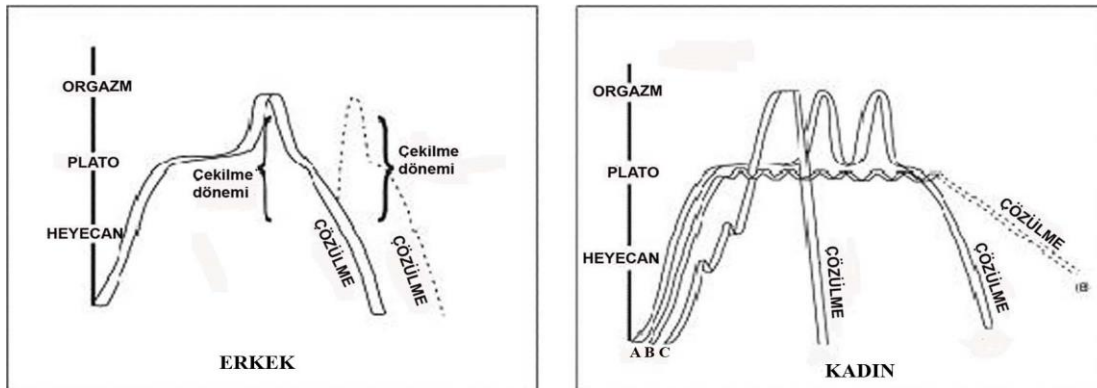
Artmış su tutulumu gebelikte sıklıkla gözlenen fizyolojik bir değişikliktir (70). Plazma osmolaritesinde meydana gelen yaklaşık 10 mOsm/kg düşüş, susama hissinin ve vazopressin ekspresyonunun artışı için eşik değeri oluşturur (70,71).

Term'e gelindiğinde fetüs, plasenta ve amniyotik sıvı yaklaşık 3,5 litredir. Diğer 3 litre ise artmış kan hacmi, artmış uterus boyutu ve artmış meme hacminde toplanır. Son günlere doğru en az 6,5 litre olan su tutulumu ayak bileklerinde gelişen ödemle birlikte gözlemlenebilir hale gelir. Ödemin bir diğer sebebi ise kan onkotik basıncında su tutulumuna bağlı düşme ile birlikte uterus altındaki venöz yapılara olan basıdır.

### 2.3. Cinsel Fizyoloji

İnsanda cinsel uyarıya gösterilen fizyolojik tepki, uyarılma, plato, orgazm ve çözülme şeklinde dört ayrı evrede tanımlanır (64,72,73). Erkekteki cinsel yanıt döngüsü genellikle farklılık göstermez (73). Ancak kadınlarda cinsel uyarana gösterilen fizyolojik tepkiler farklıdır (Şekil 2.3.1.). Plato ve orgazm evreleri çözülme evresine geçmeden tekrarlanabilir, kadındaki cinsel yanıt döngüsü, tepkinin hem yoğunluğu hem de süresiyle ilişkili olup, sayısız çeşitlilikte olabilmektedir (64).

Şekil 2.3.1. Kadın ve Erkek Cinsel Yanıt Döngüsü



**2.3.1 Cinsel Yanıt Döngüsü:** Kadın ve erkekte cinsel ilişki başlangıcı, devamı ve sonlanımı esnasında değişik fizyolojik tepkiler meydana gelir. Cinsel yanıt döngüsü olarak adlandırılan bu süreç temelde dört evreden oluşmaktadır.

**2.3.1.1 Uyarılma evresi:** Birinci evredir. Temel olarak erotik duygu ve düşüncelerin belirmesi, yaygın olarak vazokonjesyon ve myotoni ile karakterizedir ve erkekteki karşılığı ereksiyon ile sonuçlanır. Bedensel veya psikolojik herhangi bir uyarı ile ortaya çıkabilir. Cinsel uyarının süresine ve yoğunluğuna bağlı olarak gösterilen tepkinin şiddeti hızlı ya da yavaş biçimde artar. Kadının o anki psikolojik veya fizyolojik durumuna uygun olan, yeterli süre ve yoğunlukta devam eden bir cinsel uyarı karşısında uyarılma evresi çok kısa sürebileceği gibi, kadının fiziksel ya da psikolojik açıdan yeterli olmayan cinsel uyarı durumunda ya da cinsel uyarı aralıklarıyla sürdürülmüşse uzayabilir ya da kaybolabilir (63,64).

**2.3.1.2 Plato evresi:** Aslında uyarılma evresinin bir parçası ve devamı niteliğinde olan bu evrede, etkili cinsel uyarının sürdürülmesi ve cinsel heyecanın artmasıyla birlikte, aynı şekilde kadın ve erkek plato evresine girer. Haz duygusu ve cinsel gerilim giderek artar ve bu evrede kişinin orgazma geçebileceği bir noktaya kadar ulaşır. Bu evre orgazm evresine geçiş aşaması olarak değerlendirilir (63,64).

**2.3.1.3 Orgazm evresi:** Evreler arasında en kısa süren ancak hissedilen cinsel haz açısından en yoğun ve tatmin edici evredir. Bu evre, kadında perine ve vajina etrafındaki kaslar ile vazokonjesyon sonucu büyüyen dokuların ritmik refleks kasılmaları ile karakterizedir. Bu evrenin erkekteki karşılığı ise ejakülasyondur. Orgazmın en yoğun hissedildiği bölgeler kadında klitoral bölgede ve vajina; erkekte ise penis ve prostattır (63,64).

**2.3.1.4 Çözülme evresi:** Cinsel döngünün son evresidir. Kadın veya erkekte, orgazm gerçekleştiği ya da orgazmın gerçekleşmediği durumlarda platoyu takip eden eden periyotta, genital bölgelerde ve bedenin bütününde önceki aşamalarda oluşmuş olan fizyolojik değişikliklerin dakikalar içerisinde benzer sırayı takip ederek gerilemesi ile karakterize olan evredir. Bu evrenin süresi cinsiyete, orgazmın yaşanıp yaşanmadığına, ya da hangi yoğunlukta yaşandığına ve cinsel uyarının sürüp sürmemesine göre çok değişkenlik gösterir. Kadınlar, çözülme evresinde



cinsel uyarının yeniden başlamasıyla, yanıtsız döneme girmeden, yeniden uyarılıp orgazm olabilme potansiyeline sahipken, erkekler değişken süreli bir yanıtsız döneme mutlaka girerler. Yanıtsız dönem bitene kadar erkeklerin cinsel bir uyarana yeniden yanıt verebilmesi, ereksiyon ya da orgazm olmaları mümkün değildir. Bu sebeplerden ötürü, erkeklerin cinsel yanıt döngüsü tek tip ve benzer fizyolojide olmasına karşın, kadınlarda değişkenlik göstermektedir (63,64).

#### **2.4. Gebelikte Cinsellik Fizyolojisi**

Gerek merkezi sinir sistemi, gerekse endokrin sistem ile ilgili, son yıllarda gelişen teknoloji sayesinde yapılan çalışmalarla, bugün cinsel işlevin nöro-endokrin temelleri ile ilgili daha fazla bilgiye sahibiz. Beyin kuşkusuz cinselliğin de merkezidir. Sanıldığı aksine cinsel yanıt döngüsünün en önemli organları penis ya da vajina değil, beyindir. Santral sinir sisteminin çok sayıda bölgesi cinsel yanıt döngüsüne iştirak etmekle birlikte, cinsel işlevlerden sorumlu beyin alanları esas olarak limbik sistem ve hipotalamustur. Esas olarak anterior hipotalamik medyal preoptik çekirdeğin erkek, posterior hipotalamik ventromedyal çekirdeğin ise kadın cinsel davranışlarını yöneten merkezler olduğu düşünülmektedir (74). Dopamin, cinsel istek, dürtü, fantezi ve motivasyonun oluşmasında bilinen en önemli nörotransmitterdir. Bu nedendir ki, aktif bir cinsel yaşam için iyi çalışan bir dopaminerjik sistem gerekmektedir. Testosteron cinsel istekte en önemli hormondur. Düşünüldüğünün aksine, testosteronun yalnızca erkekler için değil, aynı zamanda kadınlar için de çok önemli olduğu yapılan çalışmalarda gösterilmiştir (74). Yapılan çalışmalarda emziren kadınlarda ve hiperprolaktinemi yapan bütün durumlarda prolaktin hormonunun, cinsel isteği olumsuz yönde etkilediği, cinsel isteksizliğin meydana gelmesinde etkili olduğu gösterilmiştir. Gebelik süresince kadında psikolojik ve fizyolojik değişiklikler oluşmaktadır. Gebelik boyunca üretilen progesteron hormonu gebe olmayan bir kadın ile kıyaslandığında on kat daha fazladır. Gebelik süresince üretilen östrojen miktarı ise gebe olmayan bir kadının üç yılda ürettiği miktara eşittir. Gebe kadınların dolaşımdaki yüksek progesteron ve östrojen hormonları cilt ve eklerini olumlu yönde etkiler ve gebenin kendini iyi hissetmesine neden olur. Yine bu yüksek hormon seviyeleri memelerde ve cinsel

organlarda değişikliklere sebep olduğundan gebe kadınların cinsel ilişkiye daha hassas ve duyarlı hale gelmesine neden olur (9,23).

#### **2.4.1.Trimesterlere Göre Cinsellik Fizyolojisi**

**Birinci Trimester:** İlk trimesterde, cinsel ilişki sıklığında azalma vardır. Bu dönemde  $\beta$ hCG, östrojen ve progesteron gibi hormon seviyelerinde yükselme başladığından dispeptik yakınmalar, bulantı-kusma, yorgunluk, uykuya eğilim, meme ve vajinal rahatsızlık hissi libidonun azalmasına yol açan temel faktörlerdir (7,43). Bazı gebelerde tikslenme, partnerinin normal vücut ve nefes kokularına bile tahammül edemeyecek kadar ileri boyutlarda olabilir. Cinsel istekteki düşüş gebeliğin bu dönemdeki şikayetlerin derecesiyle ilişkilidir. Vajinal sekresyonlardaki artış, fiziksel ve estetik sorunlar, fiziksel aktiviteyi sınırlayabilir. Gebeliğe zarar verme ve abortus korkusu cinsel isteği düşürebilir. Kontrasepsiyon gerekmediği için bazı gebelerde istek artışı olabilir. Daha nceki gebeliklerinde abortus öyküsü olan gebelere genellikle birinci trimesterde ilişkiden kaçınmaları önerilir (34,75).

**İkinci Trimester:** Kadının gebeliğin fiziksel değişikliklerine ve hormon seviyelerindeki yükselmelere uyum sağladığı bu dönem, aynı zamanda cinsel aktivite için de en uygun dönemdir (36). Yorgunluk, bulantı ve kusma azalırken pelvik vazokonjesyonda artış izlenir. Anne adayı gebeliği kabullenir ve hayatına getireceği değişiklikleri benimser. Birinci trimesterdeki semptomlardan kurtulan ve psikolojik olarak gebeliğe uyum sağlayan gebede cinsel ilginin arttığı gözlemlenir. Bu dönemde bazı partnerler bebeğe zarar vermekten korkabilir ve fetüsün cinsel ilişki sırasında hareketinin hissedilmesi "bebek bizi algılıyor" düşüncesine sebep olup üçüncü bir kişi algısına neden olabilir (34,75).

**nc Trimester:** Birinci trimestere göre ikinci trimesterde azalan semptomlar bu dönemde uterusun büyümesiyle ilişkili olarak tekrar ortaya çıkabilir. Yorgunluk, halsizlik, dispeptik yakınmalar, solunum sıkıntısı, pelvik ligaman ağrıları, sık idrara çıkma, hareket kısıtlılığı, memelerden süt gelmesi gibi belirtiler, cinsel ilişki ve orgazm sırasında ortaya çıkan güçlü uterus kasılmaları, cinsel isteğin azalmasına ve anne adayının cinselliği ikinci plana atmasına neden olabilir. Son adet tarihine göre miad gebeliğe yaklaşıldığı haftalarda enfeksiyon korkusu,

doğumda ağrı duyma korkusu ve anormal bir durum (erken membran rüptürü) olacağı korkusu gibi faktörler bu korkulara eklenebilir. Bazı çiftler gebeliğin geç döneminde koitus nedeniyle erken doğum olacağını düşünürler (20,34,75).

Gebelik süresince cinsel istek psikolojik faktörlerden, cinsellik hakkındaki yanlış bilgilerden, cinsel fonksiyon bozukluklarından ve kadındaki fiziksel değişikliklerden etkilenmektedir (76,77).

## **2.5 Gebelikte Cinsel İşlev Siklusunda Oluşan Değişiklikler**

Gebeliğin oluşması ile birlikte vasküler ve glandüler yapılarıdaki artış nedeniyle meme bezi büyür ve hassaslaşır. Birinci trimesterde, multipar kadın uyarıldığında, memelerdeki ödem, gebelik öncesine göre daha fazla belirginleşir, areola ve meme başı hassasiyete neden olabilir. Gebelik süresince memelerde 1/3 oranında hacim artışı olmasına rağmen hassasiyette giderek azalma vardır. Gebe olmayan kadınlarda uyarılma evresi, meme başının sertleşmesine ve areolanın belirginleşmesine neden olurken; aynı durumlar, gebe kadın için geçerli değildir (43).

Gebeliğin başlangıcında çiftler cinsellik konusunda genellikle karmaşık duygu ve düşünce içerisindedirler. Gebeliğe alışma sürecinde çiftler bir taraftan bulantı, kusma gibi gebeliğe ait fizyolojik problemlerle karşılaşırken diğer taraftan cinsel yaşamlarındaki bu yeni durumu, cinsel partnerin özelliklerini kabullenme sürecine girerler ve bu durum psikolojik problemlerle de karşılaşmalarına neden olur.

Gebeliğin devamı ile birlikte ikinci trimestere ulaşıldığında çiftler gebeliği kabullenme sürecini tamamlarlar, bulantı-kusmalar azalır ve cinsel yaşamda biraz daha düzelme veya normalleşme görülür.

Üçüncü trimestere geçiş ile birlikte ilerlemiş gebelik nedeniyle özellikle artan uterus boyutu nedeniyle genel olarak cinsel yaşamda gerileme görülür. Çiftlerde gebeliğin 36. haftası ile birlikte cinsellikten belirgin bir kaçınma görülür. Cinsel ilişki sırasında ve orgazm evresinde yaşanan uterin kontraksiyonlar, anneye ve fetüse zarar verme korkusu, libido eksikliği, kendini cinsel yönden zayıf görme, yorgunluk, halsizlik, ağrılı koitus, vajinal mukus, erken membran rüptürü riski gibi faktörler

cinsel ilişkiden kaçınmanın bu dönemdeki en önemli nedenleridir (7). Gebeliğin farklı dönemlerinde libidoda azalma ya da artma yönünde değişiklikler olur. Her kadında mutlaka görülmemekle birlikte genel olarak gebe kadınların cinsel isteği, birinci trimesterde azalır, ikinci trimesterde artar ve üçüncü trimesterde tekrar azalır(40). Libido, cinsel ilişki sıklığı, orgazm, cinsel tatmin gibi parametrelerde tüm gebelik süresine bakıldığı zaman azalma söz konusudur (7,20,24,78).

Cinsel fonksiyonlarda azalmaya neden olan temel faktörler: fiziki kısıtlılık, bebeğe zarar verme korkusu, cinsel çekiciliğin azalması, koitus sırasında ağrı gibi nedenlerdir (7). Gebeliğin erken döneminde hormonal değişiklikler nedeniyle meydana gelen genital bölgedeki vazodilatasyon ve kanlanma artışı nedeniyle pelvik konjesyon görülür. Uterus ve servikte yumuşama vardır, vajende renk değişikliği, dış genital organlarda büyüme (perineal yapıların hipertrofisi ve artmış yağ oranı nedeniyle) ve artmış vajinal sekresyon, akıntı görülür (7,79). Pelvik vazokonjesyon nedeniyle erken dönemde cinsel istek ve arzuda hafif bir artış olabilir ancak devamlılık göstermez (7,79). Gebelik ilerledikçe bulantı-kusma, memelerde hassasiyet, halsizlik, fiziki kısıtlılık nedeniyle cinsel istek ve performansta azalma görülür. Burada psikolojik faktörler de devreye girmektedir (77). Genel olarak ciltteki pigmentasyon artışı nedeniyle oluşan chloasma, linea nigra, strialar, vücut görünümündeki değişiklikler özgüvende bir azalmaya neden olur ve bu değişiklikleri kabullenme süreci cinsel fonksiyonların azalmasında önemli bir rol oynar. Partnerin fiziki değişikliklere karşı tepkisi olumlu yönde olmalıdır. Birçok kadın gebelik döneminde cinsel ilişkiyi bir sevgi ve yakınlık göstergesi olarak da algılayabilir. Bu dönemde genel olarak cinsellik yerine eşten yoğun bir şefkat ve sevgi beklentisi vardır.

Gebelikte yüksek düzeylere ulaşan östrojen, progesteron ve prolaktin gibi hormonların etkisi nedeniyle libido ve cinsel uyarılma azalabilmektedir (41,80). Servikal ve vajinal sekresyon artışı gebeliğin erken haftaları ile birlikte meydana gelir ve bu sekresyon artışı gebelik sona erene kadar devam eder. Genel olarak cinsel uyarı sonucu vajinanın nemlenmesi gebelikte daha çok miktarda olur (33). Relaksin hormonu vajinal dokunun epitel hücrelerinde çoğalmaya neden olarak

vajinal lümenin çevresinde artma ve sonuçta vajinal his azalması yaratmaktadır (81).

Gebeliğin ilk trimesterinde plazma ölçümlerinde serbest androjen seviyesi gebelik öncesine göre yükselmiştir (82). İkinci ve üçüncü trimesterlerde ise androjen seviyeleri gebelik öncesi seviyelerine döner, bu nedenle ilk trimesterde cinsel istekte düşüş gelişir (82-84). Yapılan çalışmalarda, gebelikte seks hormonu seviyeleri ve FSFI skorları ile değerlendirilen kadın cinsel fonksiyonu arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (20,21,84). Yine konu ile alakalı çalışmalarda üçüncü trimesterde düşük androjen seviyeleri saptanmış ancak üçüncü trimesterdeki düşük FSFI skorları ile bu düzeylerin bağlantılı olmadığı saptanmıştır. Bununla birlikte erkek fetüs kaynaklı androjenin gebelikte androjen seviyesi yüksekliğine sebebiyet vermediği gösterilmiştir (21,85). Bu yüzden gebelikteki cinsel işlev bozukluğunun hormon düzeyleri ile ilişkisi olmadığı düşünülmektedir (20,21,86).

### **3. MATERYAL VE METOD**

ÇOMÜ etik kurulundan alınan onay tarihi ve numarası: 07.06.2017 / 2017-11

#### **3.1.Araştırmanın Şekli**

Bu araştırma Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi (ÇOMÜ) Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı gebe polikliniğinde takip edilen gebelerin cinsel fonksiyonlarını ve cinsel yaşam kalitelerini etkileyen etkenlerin araştırılması amacıyla kesitsel olarak yapılmıştır.

#### **3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman**

Bu çalışma ÇOMÜ Tıp Fakültesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum gebe polikliniğine Haziran 2017-Temmuz 2017 tarihleri arasında başvuran kadınlar üzerinde gerçekleştirilmiştir.

#### **3.3. Araştırmanın Evreni**

Araştırmanın evrenini ÇOMÜ Tıp Fakültesi hastanesi gebe polikliniğine Haziran 2017- Temmuz 2017 tarihleri arasında takibe gelen 300 hasta oluşturmaktadır. Çalışma kesitsel araştırma şeklinde yapılmıştır.

#### **3.4. Araştırmanın Örnekleme**

Araştırmanın örnekleminde, olasılıksız örnekleme yöntemlerinden gelişigüzel örnekleme yöntemi (Convenience Sampling, Accidental Hap Sampling) seçilmiş olup, araştırma gebe polikliniğine Haziran 2017-Temmuz 2017 tarihleri arasında başvuran, katılım kriterlerine uyan ve çalışmaya gönüllü katılan gebe hastalardan her 3 trimester için 100 gebe kadın olacak şekilde seçilmiştir.

#### **3.5. Araştırmaya Alma Kriterleri**

Araştırmaya sağlıklı iletişim kurabilen, gebelik sürecinde risk faktörü (düşük tehdidi enfeksiyon, son trimester kanamaları, erken membran rüptürü, erken doğum

tehdidi) olmayan, doktor tarafından cinsel yaşamına kısıtlama getirilmemiş, 17 yaşını doldurarak 18 yaşından gün almış gebeler dahil edilmiştir.

### **3.6. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri**

Çalışmaya katılmayı kabul etmeyen, cinsel olarak aktif olmayan, hala aynı partner ile birlikte yaşamayanlar ve 18 yaşından küçük gebeler dışlanmıştır.

### **3.7. Veri Toplama Aracı**

Gebelik yaşı son adet tarihine göre belirlendi ve ultrason ile konfirme edildi. 4-14 hafta 1. trimester , 14-28 hafta 2. trimester ve 28-42 hafta 3. trimester olarak kabul edildi.

Gebe kadınlara demografik bilgilerin sorulduğu bir veri formu doldurtuldu. Bununla birlikte 2 anket formu daha uygulandı. Anketlerin bir tanesi gebelikteki cinsel fonksiyon bozukluğunu tanımlamaya yönelik idi.(Ek-2) FSFI ölçeği ile gebelerin cinsel fonksiyon skorları hesaplandı. İkinci ölçek olan CYKÖ-K (Cinsel Yaşam Kalite Ölçeği-Kadın) ile gebelerin, konsepsiyon öncesi ve sonrasındaki cinsel yaşam kaliteleri arasında fark olup olmadığı belirlendi.(Ek-3) Demografik veri formu ile yaş, çalışma durumu, eğitim düzeyi, evlilik şekli (görücü-anlaşarak) ve yaşadığı yer ile ilgili tanımlayıcı bilgiler içeren bilgilerin toplanması amaçlandı.(Ek-1)

#### **3.7.1. FSFI Anket Formu**

FSFI ölçeği 19 soru ile 6 alt başlıkta cinsel fonksiyonların tanımlanması amacıyla sorulan sorulardan oluşmaktadır. Birinci ve 2. sorular arzu, 3,4,5 ve 6. sorular uyarılma, 7,8,9 ve 10. sorular ıslanma, 11,12 ve 13. sorular orgazm, 14,15 ve 16. sorular tatmin olma ve son olarak 17,18 ve 19. sorular ağrı üzerinedir. Bu sorulara verilen yanıtlardan oluşturulan puanlamalar 0 ile 40 arasında çıkan bir skor oluşturarak hastaların cinsel fonksiyonlarını belirlemek için kullanıldı.

#### **3.7.2. CYKÖ-K Anket Formu**

Gebelikte cinsel yaşam kalite ölçeği skorlaması bireylerin kendi kendine yanıtlayabilecekleri, uygulanışı kolay ve altılı likert tipinde 18 adet sorudan oluşan

bir anketti. Her bir madde, anket uygulanan kişinin son dört hafta içindeki cinsel yaşamı düşünülerek yanıtlanması beklenilerek uygulandı. 1-6 puanlama sisteminden (1=Tamamen katılıyorum, 2=Büyük ölçüde katılıyorum, 3=Kısmen katılıyorum, 4=Kısmen katılmıyorum, 5= Büyük ölçüde katılmıyorum,6=Hiç katılmıyorum) yararlanılmıştır. Bu puan sisteminde ölçekten alınabilecek puan aralığı 18-108 olmaktadır. 1, 5, 9, 13 ve 18. maddelerin puanları, toplam puan hesaplanmadan önce tersine çevirmektedir. Ölçekten alınan puanın 100'e dönüştürülmesi gerekmektedir. Bunun için;  $(\text{Ölçekten alınan ham puan}-18) \times 100/90$  formülü kullanıldı. Sorulara verilen yanıtlar puan olarak toplandı. Bu puanlar yüzdelik değerlere çevrilerek cinsel yaşam kalitesi hesaplandı.

### **3.8 İstatistiksel Analiz**

Bütün veri analizleri SPSS-20 (Statistical Package for Social Science, Chicago, IL, ABD) programı kullanılarak yapıldı. Veriler parametrik dağılıma uyup uymadıklarına bağlı olarak ortanca (min-max) veya ortalama ( $\pm$ SD) olarak sunuldu. İkili karşılaştırmalar için Mann-Whitney U testi kullanıldı. P değeri <0.05 olan veriler anlamlı kabul edildi. Her üç trimester arasında FSFI skorları arasında istatistiksel fark olup olmadığı Kruskal-Wallis testi kullanılarak hesaplandı. Ardından FSFI skorları arasında anlamlı fark bulunan lubrikasyon, cinsel başarı, total FSFI skoru ve gebelik öncesi ve sonrası CYKÖ-K skoru arasında karşılaştırma yapılabilmesi için bonferroni düzeltmesi yapıldıktan sonra her üç trimesterin birbirleri ile ikili karşılaştırmaları Mann-Whitney testi ile analiz edilerek yapıldı. Kruskal-Wallis testinde aralarında fark bulunan dört alt başlığın, her üç trimester arasında ikili karşılaştırmaları yapıldı.

### **3.9 Araştırmanın Sınırlılıkları ve Güçlükleri**

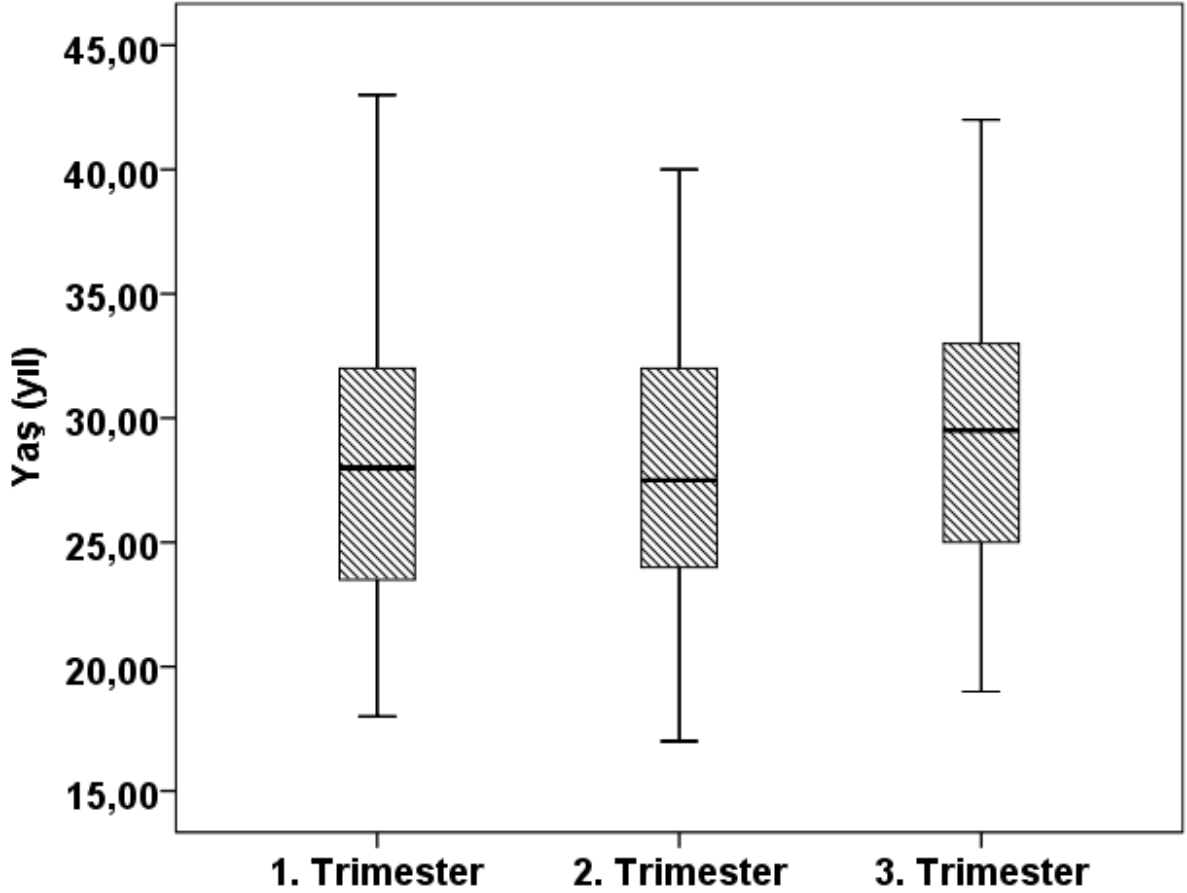
Anketler gebe kadınlara doldurtulduğundan güvenilirliği katılımcıların verdiği bilgiler ile sınırlıdır. Çalışmaya katılan gebe kadınlara, gebeliklerinin birinci trimesterlerinden itibaren aynı anket her trimester sonunda uygulanmadığından trimesterler arası değişimi göstermek konusunda sınırlı kalınmıştır.



#### 4. BULGULAR

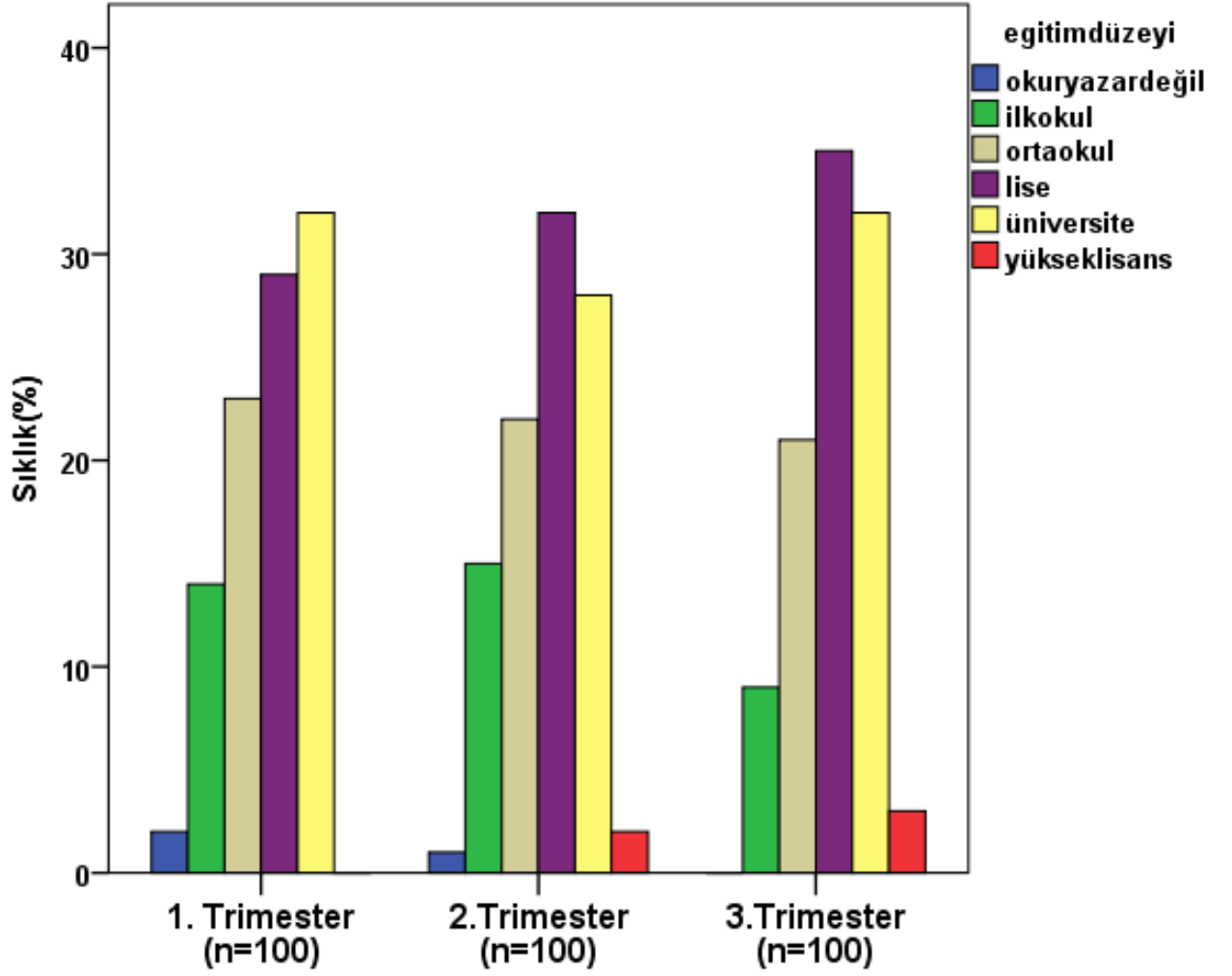
Araştırmaya katılan kadınların yaş ortalaması  $28.61 \pm 5.6$  idi. Trimesterlere göre ayırdığımızda ise 1. trimester kadınların yaş ortalaması  $28.4 \pm 5.8$ , 2. trimester kadınların yaş ortalaması  $28.0 \pm 5.4$  ve 3. trimester kadınların yaş ortalaması  $29.4 \pm 5.5$  idi (Grafik 4.1.).

**Grafik 4.1.** Gebe Kadınların Trimesterlere Göre Yaşlarının Dağılımı



Araştırmaya katılan kadınların %1'i okur yazar değildi. Gebe kadınların %12.7'si ilkokul, %22'si ortaokul, %32'si lise, %30.7'si üniversite ve %1.7'si yüksek lisans mezunu idi (Grafik 4.2.). Araştırmaya katılan kadınların %10.7'sinin yaşadığı yer köy, %39'unun yaşadığı yer ilçe, %50.3'ü ise il merkezinde yaşamakta idi.

**Grafik 4.2.** Gebe Kadınların Trimesterlere Göre Eğitim Düzeyleri



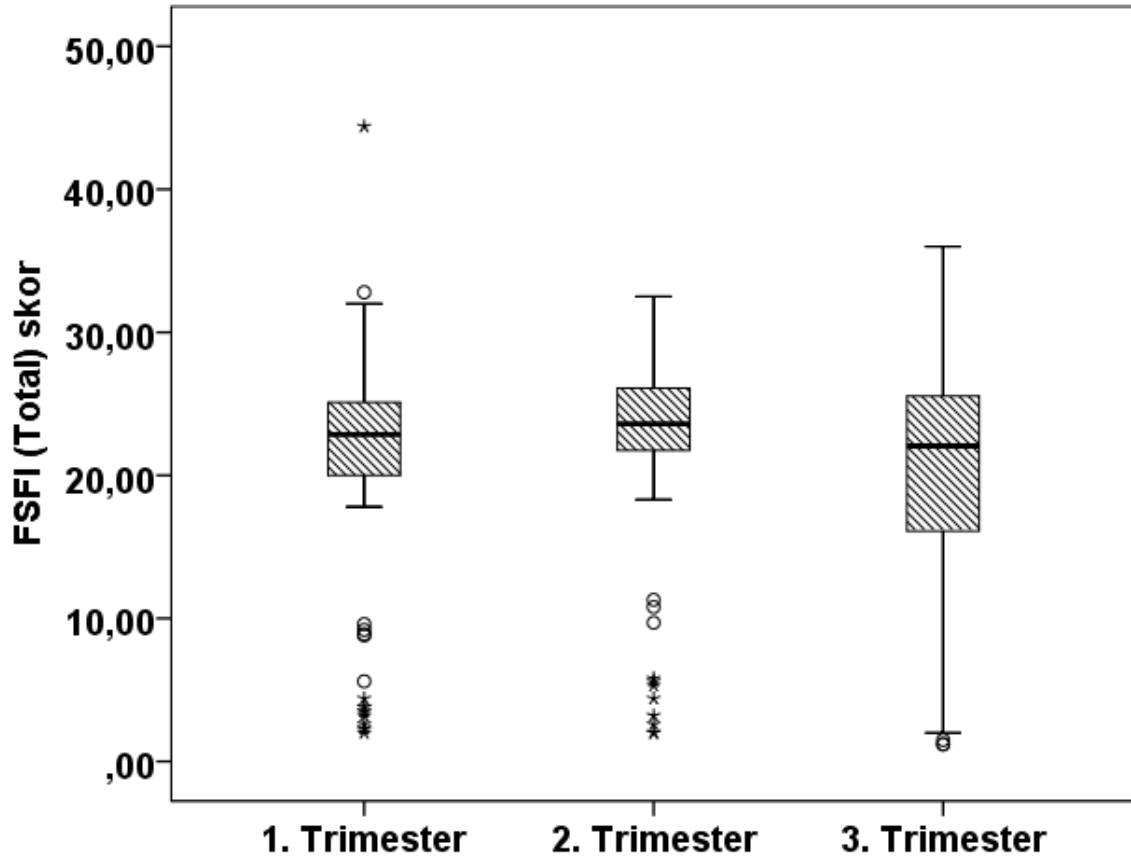
Çalışmaya katılan gebeler ortalama gravidaları açısından değerlendirildiklerinde, 1. trimester grubunda  $1.90 \pm 1.1$ , 2. trimester grubunda  $1.94 \pm 1.1$  ve 3. trimester grubunda  $1.87 \pm 1.0$  idi. Gebe kadınlar pariteleri açısından değerlendirildiklerinde ise 1. trimester grubunda ortalama  $0.68 \pm 0.79$ , 2. trimester grubunda ortalama  $0.71 \pm 0.87$  ve 3. trimester grubunda  $0.66 \pm 0.75$  olarak saptandı. Gebe kadınların diğer demografik verileri Tablo-4.1.'de belirtilmiştir.

**Tablo 4.1.** Çalışmaya Alınan Gebe Kadınların Trimesterlere Göre Demografik Karakteristikleri

		1 Trimester (n:100)	2 Trimester (n:100)	3 Trimester (n:100)
<b>Yaş (yıl)</b>		28.4	28.6	29.3
<b>Evlilik Süresi (yıl)</b>		6.07	5.43	5.99
<b>Gravida (n)</b>		1.90	1.94	1.87
<b>Parite (n)</b>		0.68	0.71	0.66
<b>Yaşayan Çocuk Sayısı (n)</b>		0.69	0.70	0.66
<b>Eğitim Düzeyi (n)</b>	Okur-yazar değil/İlkokul	12	13	16
	Ortaokul/Lise	54	53	55
	Üniversite/yüksek lisans	34	34	29
<b>Çalışma Durumu(n)</b>	Çalışıyor	32	33	32
	Çalışmıyor	68	67	68
<b>Yaşadığı Yer (n)</b>	Köy	6	13	13
	İlçe	35	38	44
	İl	59	49	43
<b>Sigara (n)</b>	Var	9	18	21
	Yok	91	82	79
<b>Alkol (n)</b>	Var	2	3	2
	Yok	98	97	98
<b>Oturduğu ev (n)</b>	Kira	62	59	52
	Kendinin	38	41	48
<b>Evlenme Şekli (n)</b>	Anlaşarak	83	83	81
	Görücü Usulü	17	17	19
<b>Bilinen Hastalık (n)</b>	Yok	86	90	85
	Var	14	10	15
<b>Kullandığı ilaç (n)</b>	Var	32	36	42
	Yok	68	64	58

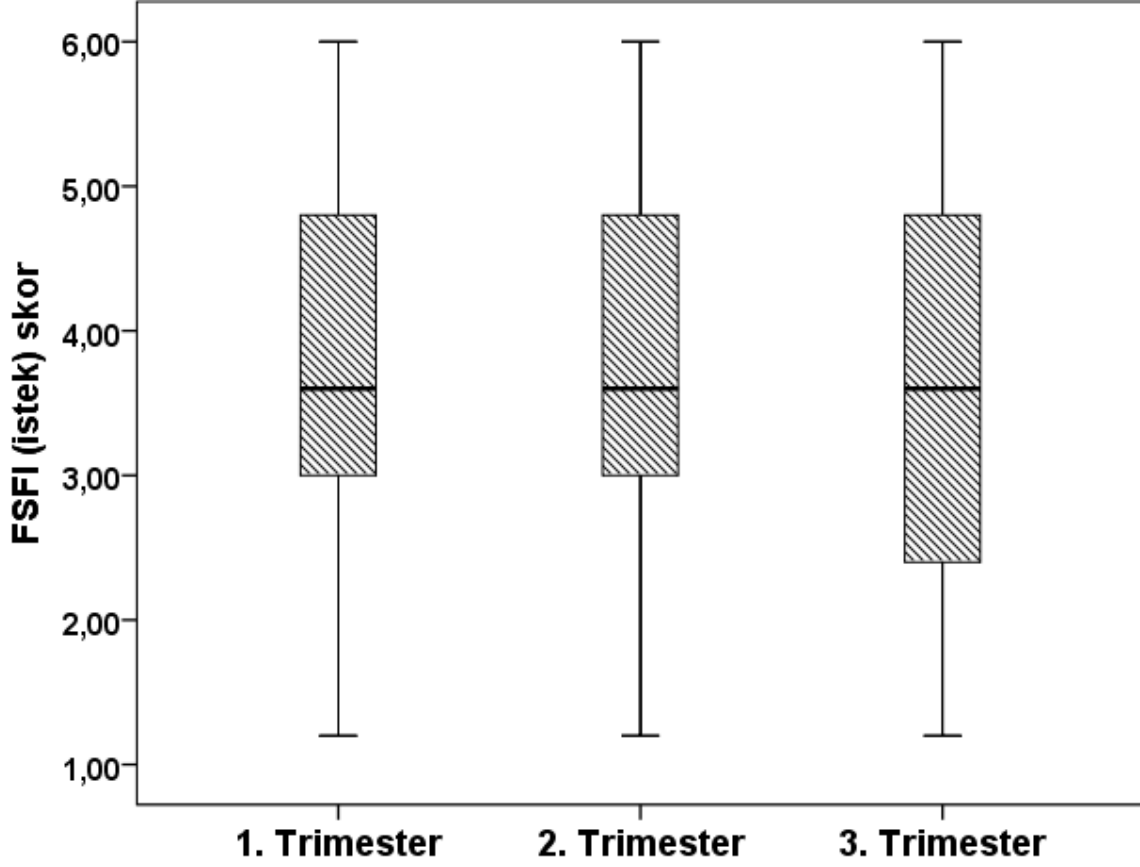
Çalışmaya katılan gebe kadınlar total FSFI skorları açısından değerlendirildiklerinde 1. trimester grubunda medyan total FSFI skoru 22.8 (20.0-25.1), 2. trimester grubunda medyan FSFI skoru 23.6 (21.7-26.1) ve 3. trimester grubunda total medyan FSFI skoru 22.0 (16.1-25.5) idi. Her 3 grupta gebe kadınların total FSFI skorları açısından aralarında anlamlı bir fark mevcut değildi (Grafik 4.3.).

**Grafik 4.3.** Trimesterlere Göre Gebelerin FSFI Total Skor Ortalamaları



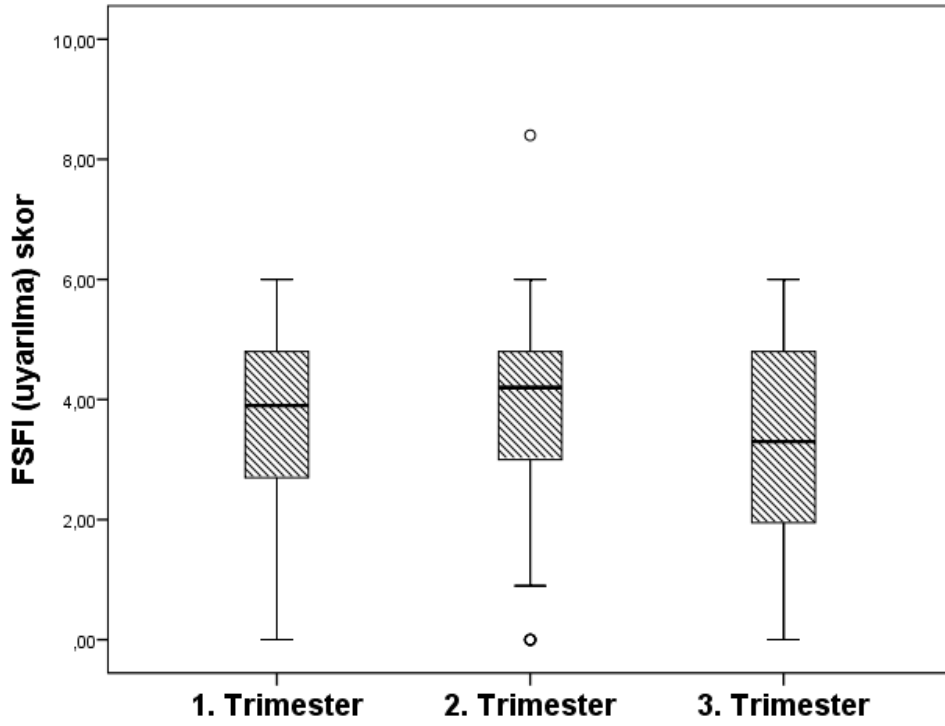
Gebe kadınlar FSFI alt grupları açısından değerlendirildi. Medyan FSFI istek skorları 1. Trimesterde 3.6 (3.0-4.8), 2. trimesterde 3.6 (3.0-4.8) ve 3. trimesterde 3.4 (2.4-4.8) idi ve 3 grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark mevcut değildi (p=0.51) (Grafik 4.4.).

**Grafik 4.4.** Trimesterlere Göre Gebe Kadınların FSFI İstek Skor Ortalamaları

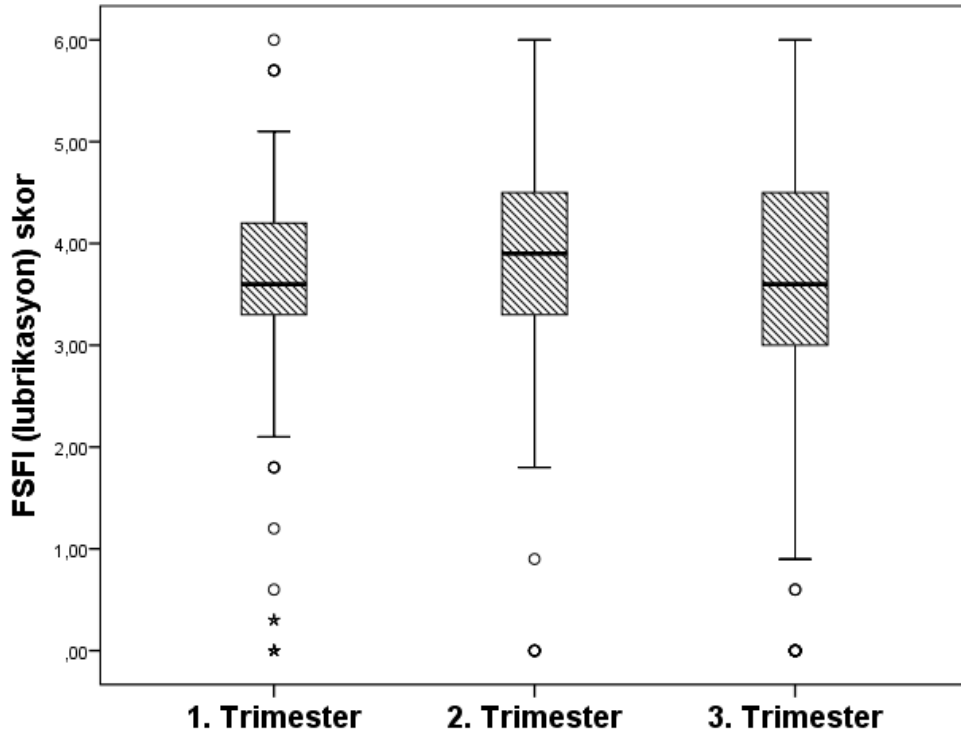


FSFI uyarılma skorlarının trimesterlere göre medyan değerleri ise 1. trimesterde 3.9 (2.8-4.8), 2. trimesterde 4.2 (3.0-4.8) ve 3. trimesterde 3.3 (1.9-4.8) idi. Aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark mevcut değildi ( $p=0.56$ ) (Grafik 4.5.). FSFI skorları lubrikasyon alt başlığına göre incelendiğinde 1. trimesterde medyan değer 3.6 (3.3-4.2), 2. trimesterde medyan değer 3.9 (3.3-4.5) ve 3. trimesterde medyan değer 3.2 (1.2-4.8) idi. Lubrikasyon skorları açısından değerlendirildiğinde gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark mevcut olduğu görüldü ( $p=0.039$ ) (Grafik 4.6.).

**Grafik 4.5.** Trimesterlere Göre Gebe Kadınların FSFI Uyarılma Skor Ortalamaları

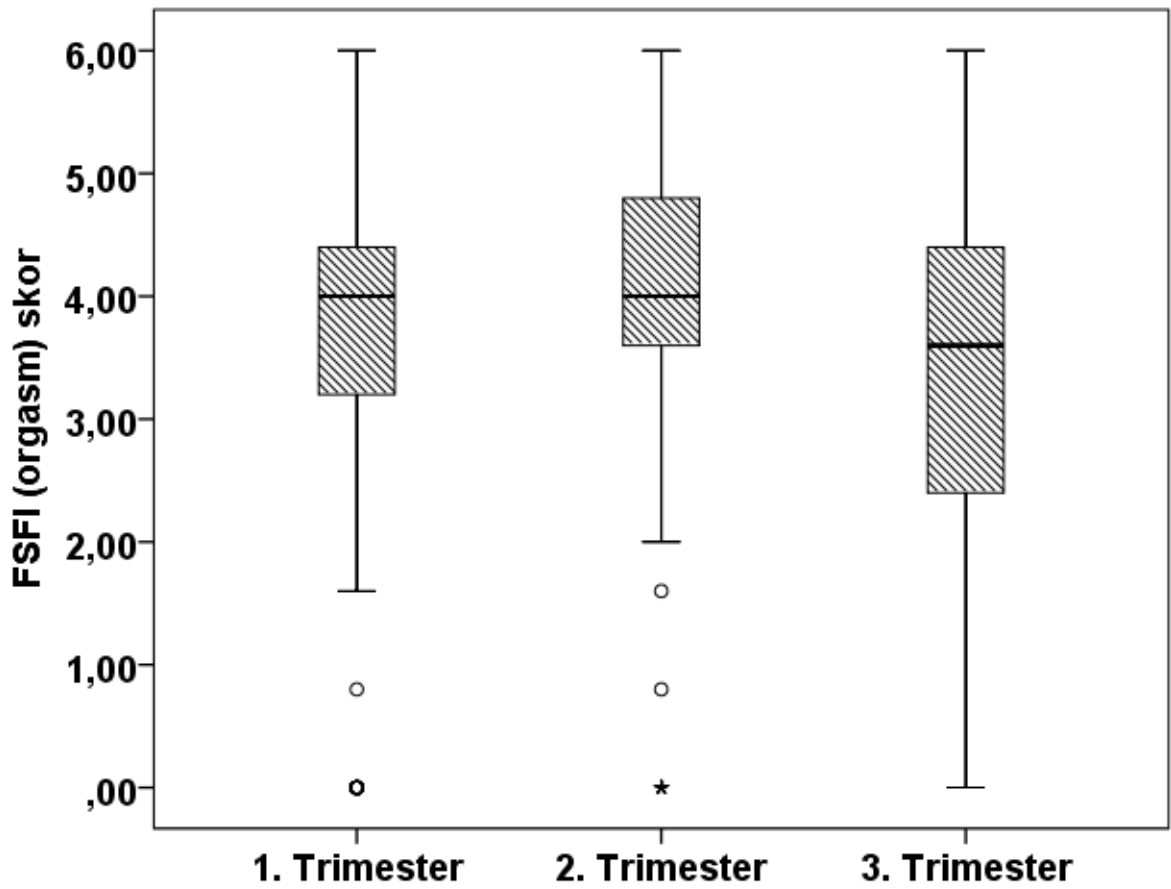


**Grafik 4.6.** Trimesterlere Göre Gebe Kadınların FSFI Lubrikasyon Skor Ortalamaları



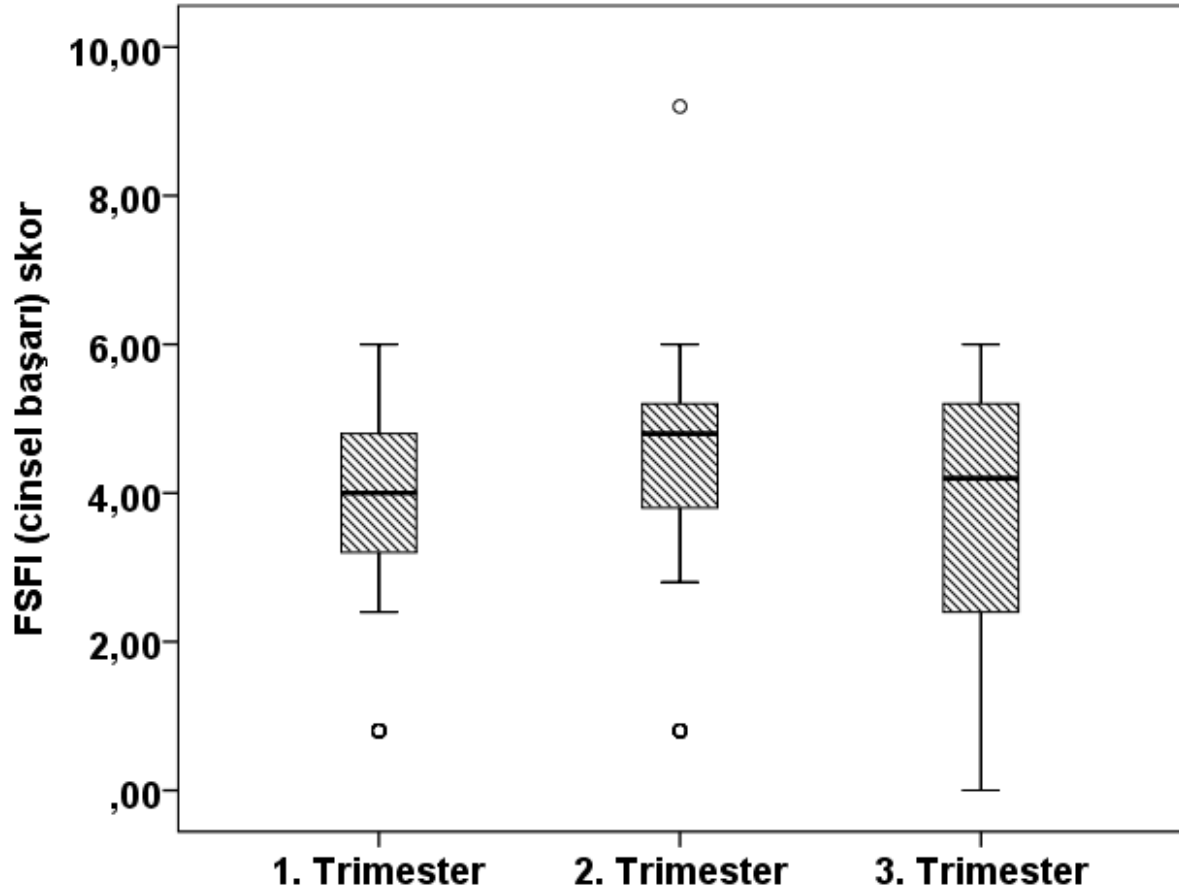
FSFI orgazm skorlarının trimesterlere göre medyan değerleri ise 1. trimesterde 4.0 (3.2-4.4), 2. trimesterde 4.0 (3.6-4.8) ve 3. trimesterde 3.6 (2.4-4.4) idi. Her 3 grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark mevcut değildi ( $p=0.76$ ). (Grafik 4.7.)

**Grafik 4.7.** Trimesterlere Göre Gebe Kadınların FSFI Orgazm Skor Ortalamaları



FSFI skorları cinsel başarı alt başlığı açısından değerlendirildiğinde her 3 grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark mevcuttu ( $p=0,012$ ). Gruplardaki medyan FSFI cinsel başarı skorları 1. trimesterde 4.0 (3.2-4.8), 2. trimesterde 4.8 (3.8-5.2) ve 3. trimesterde 4.2 (2.4-5.2) idi (Grafik 4.8.).

**Grafik 4.8.** Trimesterlere Göre Gebe Kadınların FSFI Cinsel Başarı Skor Ortalamaları

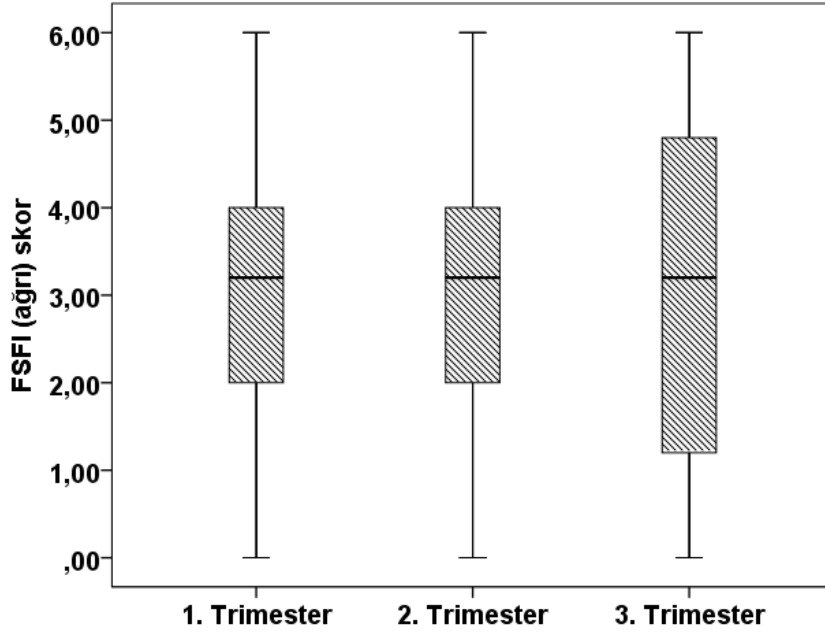


FSFI ağırlık skorlarının trimesterlere göre ortalama medyan değerleri ise 1. trimesterde 3.2 (2.0-4.0), 2. trimesterde 3.2 (2.0-4.0) ve 3. trimesterde 3.2 (1.2-4.8) idi. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark mevcut değildi ( $p=0,91$ ) (Grafik 4.9.).

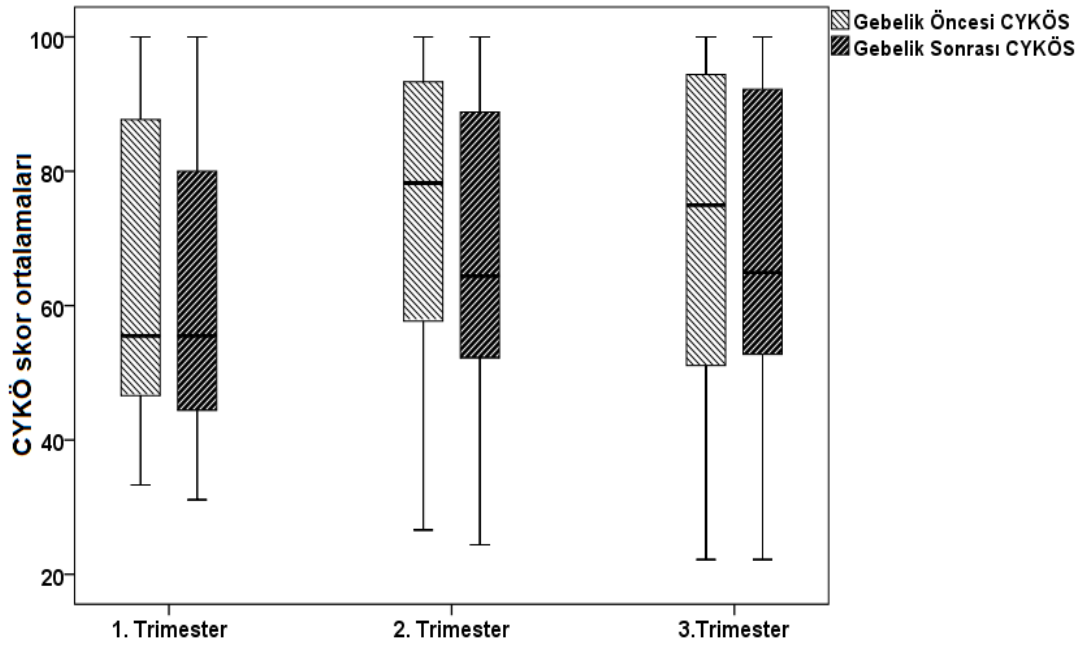
Her 3 trimesterdeki gebe kadınlar CYKÖ-K skorları açısından gebelik öncesi ve gebelik sonrası olarak değerlendirildiler. Gebelik öncesi medyan CYKÖ-K değerleri 1. Trimesterde 55.5(46.6-87.7), 2. trimesterde medyan CYKÖ-K değeri 78.2(57.7-93.3) ve 3. Trimesterde medyan CYKÖ-K değeri 74.9(51.1-94.4) idi. Gebelik sonrası medyan CYKÖ-K değerleri 1. Trimesterde 55.5(44.4-80.0), 2. trimesterde medyan CYKÖ-K değeri 64.4(52.2-88.8) ve 3. Trimesterde medyan CYKÖ-K değeri 64.9(57.7-92.2) idi ( $P=0.003$ ). (Grafik 4.10).



**Grafik 4.9.** Trimesterlere Göre Gebe Kadınların FSFI Ağrı Skor Ortalamaları



**Grafik 4.10.** Trimesterlere Göre Gebelik Öncesi ve Sonrası CYKÖ-K Skor Ortalamaları



Gebe kadınların FSFI ve CYKÖ-K skorlarının trimesterler halinde rakamsal dağılımları ve aralarındaki istatistiksel ilişki Tablo 4.2'de ayrıntılı bir şekilde verilmiştir.

**Tablo 4.2.** Trimesterlere Göre FSFI Altgrup ve CYKÖ-K Medyan Skorları

	<b>1. Trimester (T1)</b>	<b>2. Trimester (T2)</b>	<b>3. Trimester (T3)</b>	P değeri T1-T2-T3	P değeri T1-T2	P değeri T1-T3	P değeri T2-T3
	Medyan (%25-75)	Medyan (%25-75)	Medyan (%25-75)				
<b>CYKÖ-K</b>	55.5(44.4-80.0)	64.4(52.2-88.8)	64.9(57.7-92.2)	0.003	0.005	0.02	0.63
<b>FSFI</b>							
İstek	3.6(3.0-4.8)	3.6(3.0-4.8)	4.8(2.4-4.8)	0.51	-	-	-
Uyarılma	3.9(2.8-4.8)	4.2(3.0-4.8)	3.3(1.9-4.8)	0.56	-	-	-
Lubrikasyon	3.6(3.3-4.2)	3.9(3.3-4.5)	3.6(3.0-4.5)	0.039	0.009	0.53	0.10
Orgasm	4.0(3.2-4.4)	4.0(3.6-4.8)	3.6(2.4-4.4)	0.76	-	-	-
Cinsel başarı	4.0(3.2-4.8)	4.8(3.8-5.2)	4.2(2.4-5.2)	0.012	0.014	0.62	0.08
Ağrı	3.2(2.0-4.0)	3.2(2.0-4.0)	3.2(1.2-4.8)	0.91	-	-	-
Total skor	22.8(20.0-25.1)	23.6(21.7-26.1)	22(16.1-25.5)	0.048	0.13	0.24	0.018

Çalışmaya dahil edilen gebelerin eski doğum hikayelerinin FSFI skorları üzerine etki edip etmediği incelendi (Tablo 4.3.). Sadece 2. trimesterde ağrı skorlarının multipar gebelerde nullipar gebeler ile kıyas edildiğinde anlamlı bir şekilde yüksek olduğu görüldü ( $p=0.009$ ). Bununla birlikte 1. trimester nullipar gebelerin total medyan FSFI skoru 22.8 (19.6-25.1), 1. trimester multipar gebelerin total medyan FSFI skoru 22.9 (20.1-25.1) ( $p=0.83$ ), 2. trimester nullipar gebelerin total medyan FSFI skoru 23.4 (21.4-25.0), 2. trimester multipar gebelerin total medyan FSFI skoru 24.2 (21.9-26.7) ( $p=0.30$ ), 3. trimester nullipar gebelerin total medyan FSFI skoru 22.6 (16.0-25.7) ve 3. trimester multipar gebelerin total medyan

FSFI skoru 21.0 (16.3-25.2) idi (p=0.77). Üç trimester arasında total medyan FSFI skorları açısından anlamlı bir fark mevcut değildi.

**Tablo 4.3.** Paritenin FSFI Skoru Üzerine Etkisi

Trimester		Nullipar	Multipar	p
1.Trimester	<b>FSFI</b>	Medyan (%25-75)	Medyan (%25-75)	
	İstek	4.2(3.0-4.8)	3.6(3.0-4.8)	0.50
	Uyarılma	3.9(2.7-4.8)	3.6(2.8-4.6)	0.92
	Cinsel Başarı	4.0(3.2-4.8)	4.0(3.2-5.2)	0.57
	Lubrikasyon	3.6(3.0-3.9)	3.6(3.3-4.2)	0.35
	Orgazm	4.0(3.2-4.4)	4.0(3.0-4.4)	0.89
	Ağrı	3.2(2.0-4.0)	2.8(1.8-4.4)	0.92
	Total	22.8(19.6-25.1)	22.9(20.1-25.1)	0.83
2.Trimester	İstek	3.6(3.3-4.8)	3.6(3.0-4.5)	0.43
	Uyarılma	4.2(3.1-4.5)	3.9(3.0-4.9)	0.56
	Cinsel Başarı	4.8(4.0-5.2)	4.8(3.6-5.2)	0.68
	Lubrikasyon	3.9(3.3-4.5)	4.0(3.6-4.8)	0.35
	Orgazm	4.0(3.4-4.6)	4.2(3.6-4.8)	0.26
	Ağrı	2.8(1.8-3.6)	3.6(2.4-4.6)	0.009
	Total	23.4(21.4-25.0)	24.2(21.9-26.7)	0.30
	3.Trimester	İstek	3.6(2.4-4.8)	3.6(2.4-4.5)
Uyarılma		3.6(1.5-4.8)	3.3(2.1-4.5)	0.91
Cinsel Başarı		4.8(2.0-5.2)	3.6(2.4-4.8)	0.59
Lubrikasyon		3.6(3.3-4.8)	3.6(3.0-4.2)	0.53
Orgazm		3.6(1.2-4.4)	3.6(3.2-4.2)	0.52
Ağrı		2.8(1.2-4.8)	3.6(1.8-4.8)	0.62
Total		22.6(16.0-25.7)	21.0(16.3-25.2)	0.77

Çalışmaya katılan gebe kadınlar yaş grupları açısından 3 gruba bölündüler (<25 yaş, 25-30, ve >30 yaş). Yaşın cinsel fonksiyonlar üzerindeki etkisi FSFI skorları değerlendirilerek yapıldı. 1. trimester 25 yaş altı grubun FSFI total medyan skoru 22.9 (20.5-24.7), 25-30 yaş arası grubun FSFI total medyan skoru 23.2 (19.6-

26.8) ve 30 yaş üzeri grubun FSFI total medyan skoru 22.8 (20.0-24.9) olarak hesaplandı. Benzer hesaplamalar diğer trimesterler için de yapıldı. FSFI skorları açısından gruplar arasında anlamlı bir fark mevcut değildi (Tablo 4.4).

**Tablo 4.4.** Yaşın FSFI Skoru Üzerine Etkisi

		<25yaş	25-30yaş	>30yaş	
	FSFI	Medyan (%25-75)	Medyan (%25-75)	Medyan (%25-75)	p
1. Trimester	İstek	4.2(3.0-4.8)	3.6(3.0-4.8)	3.6(3.0-4.8)	0.36
	Uyarılma	3.7(3.3-4.8)	3.7(2.4-4.5)	3.9(2.4-4.8)	0.65
	Cinsel Başarı	4.4(3.6-4.8)	4.6(2.8-5.2)	4.0(3.0-4.8)	0.64
	Lubrikasyon	3.9(3.3-4.2)	3.9(2.7-4.5)	3.6(2.8-3.9)	0.19
	Orgazm	3.8(3.2-4.0)	4.0(2.4-4.8)	4.0(2.8-4.8)	0.72
	Ağrı	3.2(2.4-4.0)	3.6(1.2-5.2)	2.8(1.6-4.0)	0.57
	Total	22.9(20.5-24.7)	23.2(19.6-26.8)	22.8(20.0-24.9)	0.97
2. Trimester	İstek	4.2(3.6-4.5)	3.6(3.0-4.8)	3.6(3.0-4.2)	0.27
	Uyarılma	3.9(3.1-4.5)	4.8(3.3-5.1)	3.9(2.4-4.8)	0.49
	Cinsel Başarı	4.8(4.2-5.2)	4.8(4.0-5.2)	4.8(3.2-5.2)	0.69
	Lubrikasyon	3.9(3.3-4.3)	4.2(3.7-4.6)	3.9(3.3-4.5)	0.41
	Orgazm	4.0(3.6-4.8)	4.0(3.6-4.8)	3.6(2.0-4.4)	0.20
	Ağrı	2.8(2.0-3.8)	3.4(2.0-4.4)	3.2(2.0-4.4)	0.80
	Total	23.5(22.2-25.3)	23.6(21.9-26.3)	23.8(20.3-26.6)	0.76
3. Trimester	İstek	3.6(2.4-4.2)	3.6(2.4-4.8)	3.6(2.4-4.8)	0.98
	Uyarılma	3.9(2.7-4.8)	3.3(1.5-4.5)	3.3(1.8-4.5)	0.70
	Cinsel Başarı	4.8(3.6-5.2)	3.6(1.2-4.8)	4.0(2.8-5.2)	0.31
	Lubrikasyon	4.2(3.3-4.8)	3.6(2.1-4.2)	3.9(3.3-4.5)	0.34
	Orgazm	4.8(2.8-4.8)	3.6(1.6-4.4)	3.6(2.8-4.4)	0.41
	Ağrı	3.2(2.4-4.8)	2.8(1.2-4.4)	3.6(2.0-4.8)	0.51
	Total	25.2(18.6-26.4)	19.5(13.3-24.6)	22.3(16.5-25.4)	0.21

Çalışmaya katılan gebelerin eğitim durumları ile FSFI skorları arasında bir ilişki olup olmadığı incelendi (Tablo 4.5.). Trimesterler arasında eğitim düzeyleri ile FSFI skorları arasında herhangi bir parametre açısından anlamlı bir fark saptanmadı.

**Tablo 4.5.** Eğitim Durumunun FSFI Skoru Üzerine Etkisi

		<b>Okuryazar değil/ ilkokul</b>	<b>Ortaokul/ lise</b>	<b>Üniversite/ Yüksek lisans</b>	
	<b>FSFI</b>	Medyan (%25-75)	Medyan (%25-75)	Medyan (%25-75)	p
<b>1. Trimester</b>	İstek	3.6(2.7-3.9)	4.2(3.0-4.8)	3.6(3.0-4.8)	0.32
	Uyarılma	3.9(1.5-4.9)	3.9(3.0-4.8)	3.6(2.4-4.5)	0.65
	Cinsel Başarı	4.4(3.4-5.6)	4.0(3.2-5.2)	4.0(3.2-4.8)	0.76
	Lubrikasyon	3.6(2.2-3.9)	3.6(3.3-4.2)	3.6(3.3-4.2)	0.69
	Orgazm	3.6(1.2-4.2)	4.0(3.2-5.2)	3.8(2.4-4.8)	0.64
	Ağrı	1.6(0.6-3.8)	3.0(2.0-4.0)	3.4(2.4-4.4)	0.23
	Total	22.1(14.3-24.2)	22.8(20.5-24.8)	23.1(19.5-27.1)	0.53
<b>2. Trimester</b>	İstek	3.6(3.6-4.8)	3.6(3.0-4.2)	3.6(3.6-4.8)	0.30
	Uyarılma	3.6(3.3-4.8)	3.9(3.0-4.8)	4.2(3.3-5.1)	0.59
	Cinsel Başarı	5.2(4.8-5.6)	4.8(3.6-5.2)	4.8(3.6-5.2)	0.18
	Lubrikasyon	3.9(3.3-4.5)	3.9(3.6-4.5)	3.9(3.0-4.8)	0.77
	Orgazm	4.0(3.6-4.4)	4.0(3.6-4.4)	4.4(3.2-4.8)	0.72
	Ağrı	3.6(1.6-4.0)	3.2(2.0-4.0)	3.2(2.0-4.4)	0.95
	Total	24.4(23.5-26.6)	22.7(21.9-25.9)	24.1(21.6-26.4)	0.36
<b>3. Trimester</b>	İstek	3.0(2.4-3.6)	3.6(2.4-4.8)	3.0(2.4-4.2)	0.31
	Uyarılma	3.3(1.0-3.9)	3.3(2.2-4.6)	3.6(1.2-4.8)	0.62
	Cinsel Başarı	3.2(1.8-4.8)	4.4(2.6-5.2)	4.4(2.0-4.8)	0.52
	Lubrikasyon	3.6(2.2-3.9)	3.6(3.0-4.2)	4.2(1.2-4.8)	0.43
	Orgazm	3.6(3.2-3.6)	3.6(2.6-4.4)	4.0(1.2-4.8)	0.68
	Ağrı	3.6(1.2-4.8)	3.2(1.8-4.8)	2.8(0.0-4.4)	0.49
	Total	20.4(15.2-23.2)	22.3(17.4-25.3)	23.2(13.2-27.2)	0.55

Cinsel yaşam kalite ölçeğine paritenin etkisi olup olmadığını değerlendirdiğimizde ise gebelik öncesi grupta nullipar grubun medyan CYKÖ-K skoru 68.8 (51.1-93.3), multipar grubun CYKÖ-K skoru ise 71.1 (51.1-91.1) olarak hesaplandı. Gruplar arasında anlamlı bir fark mevcut değildi ( $p=0.96$ ). Gebelik

mevcut olan kadınlarda CYKÖ-K skoru nullipar grupta 61.6 (48.8-90.0), multipar grupta ise 63.3 (50.0-87.7) idi (P=0.96) (tablo 4.6.). Eğitim durumunun CYKÖ-K skoru üzerindeki etkisi incelendiğinde ise gebelik öncesi grupta okuryazar değil/ilkokul grubunda cinsel yaşam kalite ölçeği 73.3 (47.1-93.8), ortaokul/lise grubunda 63.3(48.8-90.0) ve üniversite/yüksek lisans grubunda 82.2(53.8-84.4) idi. Gruplar arasında istatistiksel açıdan fark mevcut değildi (p=0.12). Gebe grup arasında da eğitim düzeyleri ve CYKÖ-K skoru açısından anlamlı fark izlenmedi (p=0.16) (Tablo 4.7.)

**Tablo 4.6.** Paritenin CYKÖ-K Üzerine Etkisi

<b>CYKÖ</b>	<b>Nullipar</b>	<b>Multipar</b>	<b>p</b>
	Medyan (%25-75)	Medyan (%25-75)	
Gebelik öncesi	68.8(51.1-93.3)	71.1(51.1-91.1)	0.96
Gebelik sırasında	61.6(48.8-90.0)	63.3(50.0-87.7)	0.96

**Tablo 4.7.** Eğitim Durumunun CYKÖ-K Üzerine Etkisi

<b>CYKÖ</b>	<b>Okuryazar değil/ ilkokul</b>	<b>Ortaokul/ lise</b>	<b>Üniversite/ yüksek lisans</b>	<b>p</b>
	Medyan (%25-75)	Medyan (%25-75)	Medyan (%25-75)	
Gebelik öncesi	73.3 (47.1-93.8)	63.3 (48.8-90.0)	82.2 (53.8-84.4)	0.12
Gebelik sırasında	68.8 (48.8-89.9)	59.4 (48.8-85.5)	69.9 (52.2-91.1)	0.16

Cinsel yaşam kalite ölçeğine yaş gruplarının etkisi olup olmadığını irdelediğimizde ise her üç yaş grubunda gebelik öncesi CYKÖ-K ölçek skorları gebelik sırasındaki CYKÖ-K skorlarından yüksek saptandı ancak hiçbir grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark mevcut değildi (Tablo 4.8.)

**Tablo 4.8.** Yaşın CYKÖ-K Üzerine Etkisi

CYKÖ	<25yaş	25-30 yaş	30yaş<	p
	Medyan (%25-75)	Medyan (%25-75)	Medyan (%25-75)	
Gebelik öncesi	66.0(48.8-92.2)	76.6(53.3-93.8)	64.4(50.0-90.0)	0.22
Gebelik sırasında	62.2(48.8-88.8)	64.4(52.2-91.1)	60.5(47.7-82.2)	0.22

FSFI skorları ile CYKÖ arasında korelasyon olup olmadığını değerlendirdiğimizde ise 1. trimester FSFI skoru ile gebelik öncesi CYKÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark mevcut değildi ( $p=0.52$ ). Bunun dışındaki diğer tüm trimesterlerde FSFI ile CYKÖ arasında anlamlı bir fark mevcuttu. Ancak korelasyon dereceleri zayıf-orta idi. Tablo 4.9.da trimesterler açısından değerlendirildiğinde FSFI ile CYKÖ-K arasındaki korelasyon ilişkisi verilmiştir.

**Tablo 4.9.** FSFI Skorları ile CYKÖ-K Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

	Gebelik öncesi CYKÖ		Gebelik sırasında CYKÖ	
	r	p	r	p
1.Trimester FSFI skoru	0.064	0.52	0.22	0.03
2.Trimester FSFI skoru	0.279	0.005	0.288	0.004
3.Trimester FSFI skoru	0.242	0.015	0.268	0.007

## 5.TARTIŞMA

Gebeliğin kadın cinsel yaşamı üzerine etkili olduğu bilinen bir gerçektir. Gebelik süresince cinsel aktivitede bir düşüş olduğu yapılan çalışmalarda gösterilmiştir (7,42,79,87) Gebeliğin getirdiği fizyolojik ve psikolojik değişiklikler cinsel fonksiyonu ve tatmin olmayı etkileyebilir. Bu açıdan değerlendirildiğinde literatürde gebe kadınların cinsel fonksiyon bozuklukları ile alakalı çalışmaların gün geçtikçe artması şaşırtıcı değildir. Bu çalışmalarda temel olarak gebe kadınların cinsellik ile alakalı değişik parametreleri ile FSFI skorları arasındaki korelasyonlar araştırılmış ve gebelikteki cinsel fonksiyon değişiklikleri hakkında veri elde edilmeye çalışılmıştır.

Gebe kadınlarda trimesterler arasında cinsel aktivite sıklığı değişkenlik göstermektedir. Bunun temel nedeni ise gebeliğe bağlı hem hormonal hem de fizyolojik değişikliklerdir. Her ne kadar ikinci trimesterde cinsel aktivite düzeyi diğer trimester ile kıyaslandığında artıyor gibi görünse de gebe olmayan bireylere göre cinsel birliktelik sıklığı genel olarak azalmıştır. Biz bu çalışmamızda her ne kadar gebelikte cinsellikle alakalı değişik veriler elde etmiş isek de, gebelikteki cinsel aktivite sıklığı hakkında veri toplamadık. Ancak bu konuda yapılan çalışmalarda gebelerin gebelik boyunca cinsel aktiviteden kaçındığı bildirilmiştir (7,44,59,67). Gebelik öncesi dönemde haftada ortalama 3.2 olan koitus sıklığının gebelikte birlikte haftada ortalama 1.8'e düştüğü yapılan çalışmalarda belirtilmiştir (87). Gebelikte cinsel yaşam kalitesi hakkındaki çalışmalarda da benzer sonuçlar elde edilmiş, gebelik boyunca cinsel yaşam kalitesinin azaldığı gösterilmiştir. Ancak Symonds ve arkadaşları ile Maasoumi ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmalarda gebelik süresince cinsel yaşam kalitesi puan ortalamaları bizim çalışmamız ile kıyaslandığında daha yüksek bulunmuştur (35,36). Böylesi bir fark toplumsal ve ırksal değişikliklerden kaynaklı olabilir diye düşünmekteyiz (79,88).

Bu çalışmada gebeliğin 2. trimesterindeki FSFI skorlarının 1.ve 3. trimesterlerindeki FSFI skorları ile kıyaslandığında daha yüksek olduğu saptanmıştır ( $p=0.048$ ). Saptadığımız bu bulgu genel literatür verileri ile benzerlik göstermektedir (7,42,43,45,59,67,87). Cinsel fonksiyon ve bununla alakalı durumların 2. trimesterde değişkenlik göstermesine ve 3. trimesterde belirgin olarak düşmesine rağmen, 1.



trimesterde hafifçe değiştiği veya azaldığı bilinmektedir (7,43,67,79). Biz de bu çalışmada diğer trimesterler ile kıyaslandığında 3. trimesterdeki FSFI skorlarının belirgin olarak dūřtūđūnū saptadık. Yine benzer şekilde her ne kadar 1. trimesterdeki FSFI skorları 3. trimesterdeki FSFI skorları ile kıyaslandığında bir miktar yūkses idiyse de, bu istatistiksel açıdan anlamlı değildi ( $p=0.24$ ). İstatistiksel olarak anlamlılık saptanamamasının nedeni çalışmaya dahil ettiğimiz vaka sayısının azlığı olabilir. Çalışmamızda FSFI skorlarının hangi alt gruplarda farklılık gōsterdiđini incelediğimizde ise lubrikasyon ( $p=0.039$ ) ve cinsel başarı skorlarında ( $p=0.012$ ) anlamlı farklılıklar olduğunu tespit ettik. Literatūr alışmaları bu alt grupların yanında arzu, uyarılma, ve orgazm skorlarında da trimesterler arasında farklılıklar olduğunu gōstermektedir (7,42,44,59). Her ne kadar biz cinsel fonksiyonlardan biri olan lubrikasyonu 2. trimesterde 1. trimester ile kıyasladığımızda artmış saptamış isek de, bunun azaldığını sōyleyen çalışmalar da mevcuttur (7,43,79,89). Ancak biz özellikle 2. trimesterde lubrikasyon artışı gōzlenmesinin gebelikteki fizyolojik ve psikolojik değişiklikler ile uyumlu olduğunu dūřünmekteyiz.

Gebeler orgazm skorları açısından değerlendirildiklerinde trimesterler arasında herhangi bir fark saptanmamıştır. Bu bulgu da literatūrdeki birçok çalışma ile uyumludur. Yapılan çalışmalarda gebelikte her ne kadar cinsel fonksiyonlarda azalma saptandığı bildiriliyor ise de, cinsel ilişki sırasında orgazma ulaşma trimesterler arasında fark etmiyor gōrūnmektedir (44,59,90).

FSFI ađrı skorları trimesterler açısından deđerlendirildiđinde her 3 trimester arasında anlamlı bir fark izlenmediđi gōrūlmūřtūr ( $p=0.9$ ). Bu da orgazm skoru gibi cinsel birliktelik oluřması durumunda kadının her trimesterde bundan memnun olduđunu dūřündürtmektedir. Bununla birlikte gebelikte yařanacak cinsel iliřkinin ađrı sıklıđını artırmadıđı da bilinmelidir (7).

Çalıřmamızdaki en önemli bulgulardan biri 2. trimesterde saptanan artmıř cinsel bařarı FSFI skorudur. Diđer trimesterler ile kıyaslandığında cinsel bařarı skoru en yūkses 2. trimesterededir. Bu bulgu gebelik fizyolojisi ile de uyumludur. ūnkū gebenin kendini en rahat hissettiđi dōnem bu trimesterdir. Bu trimesterde yapılacak cinsel iliřki gebe kadını hem fizyolojik hem de psikolojik yōnden olumlu

yönde etkileyecektir. Bu nedenle cinsel başarı skoru da bu trimesterde yüksek olarak saptanacaktır. Literatür çalışmaları özellikle bu alt grup için kısıtlı veriler sunmaktadır. Ancak daha önceden de belirtildiği üzere birinci trimesterdeki artmış bulantı ve kusma oranları ile üçüncü trimesterdeki bebek farkındalığı 1. ve 3. trimesterlerdeki cinsel başarı skorlarının düşük olmasının en önemli nedenlerinden birkaçıdır (7). Bununla birlikte gebelik döneminde hem partnerin hem de gebenin gebelik komplikasyonları ile ilgili çeşitli endişeleri mevcut olup bu endişeler çiftler arasında duygusal değişikliklere neden olabilmektedir.

Gebelik haftası ve doğum sayısı arttıkça cinsel yaşam kalitesinin olumsuz yönde değiştiği bilinmektedir (7-10). Bizim çalışmamızda ise gebelik haftasının artması ile cinsel yaşam kalitesi ve FSFI skorları arasında dalgalanmalar gözlenmektedir. İkinci trimester skorları, birinci ve üçüncü trimester skorlarından yüksektir. Gebelik haftası ilerledikçe azalma saptanmamış ancak değerlerde dalgalanmalar izlenmiştir. Yine bizim çalışmamızda paritenin FSFI skorları üzerinde istatistiksel anlamlı bir etkisi saptanmamıştır. Bunun sebebi çalışmamızda parite skorları değerlendirmesi gebelerin nullipar ve multipar olarak ayrılmasından sonra yapılmıştır. Bu nedenle çalışmamız birden fazla doğum yapan gebelerin kendi içlerindeki farklılıklarını değerlendirmede yetersiz kalmaktadır.

Gebelerde yaş grupları ile libido skorları arasında farklılık olup olmadığı değişik çalışmalarda araştırılmıştır. Buna göre 15-24 yaşındaki kadınların gebelik dönemi libido skoru, 25-34 ve 35-44 yaşındaki kadınların skorundan anlamlı derecede daha yüksektir (91). Yaşam süreci bir bütün olarak olarak ele alındığında bu bulgu zaten beklenen bir durumdur. Biz bu çalışmada her ne kadar yaş grupları ile FSFI skorları arasında trimesterler arasında anlamlı bir fark saptayamadık ise de, özellikle 1. ve 2.trimesterlerdeki gebelerde <25 yaş grubunda cinsel istek skorunu daha yüksek saptadık.

Yapılan çalışmalarda eşleri ilköğretim mezunu olan gebe kadınların cinsel yaşam kalitesinin eşleri lise mezunu veya daha yüksek eğitim düzeyli olan gebe kadınlar ile kıyaslandığında daha düşük olduğu gösterilmiştir (1,3). Biz çalışmamızda gebe kadınların eşlerinin eğitim düzeyini değerlendirmedik, gebe kadınların eğitim düzeyleri ve cinsel fonksiyonları arasındaki ilişkiyi değerlendirdik

ve gebe kadınların eğitim durumunun cinsel hayat kalitelerine veya cinsel fonksiyonlar üzerine herhangi bir etkisinin olmadığını saptadık. Eğitim seviyesi yüksek olanlarda cinsel bilginin ve cinsel hayat kalitesinin yüksek olmaması kadının hayatı ve eğitim süresi boyunca cinsellik ile ilgili cinsel hayat kalitesini yükseltici eğitim almadıkları anlamı da doğurmaktadır. Bu sebepten dolayı gebelik öncesi ve gebelik süresince kadınlara eğitim düzeylerinden bağımsız bir şekilde cinsel yaşam ve yaşam kalitesi hakkında eğitim verilmesinin uygun olacağı kanaatindeyiz.

Bu çalışmada bulduğumuz bir başka sonuç ise cinsel yaşam kalitesinin ikinci trimesterde en yüksek olduğudur. Birinci trimesterde ise cinsel yaşam kalitesi en düşük düzeylerde dir. Gebelik başlangıcı ile birlikte gebenin birinci önceliği eşinden çocuğuna kaymakta bu da gebede cinsel arzu ve isteklerin geçici olarak baskılanmasına sebep olmaktadır (12,43). Cinsel açıdan pasif duruma geçen gebe bu duygularını bir bebeğinin olacağını bilme duygusu ile bastırmakta ve çoğunlukla eşinin cinsel isteklerine olumlu cevap verememektedir. Bu sebeple ilk trimesterde gebede cinsel yaşam kalitesinde azalma görülmesi son derece doğal bir bulgu gibi değerlendirilebilir. İkinci trimestere geçişle birlikte gebe artık gebelik sürecine alışmış, önceliği tekrardan eşine ve doğal olarak cinsel hayatına yönelmiştir. Bu dönemde cinsel fonksiyonların artmasına paralel olarak cinsel yaşam kalitesi de olumlu etkilenmiş, gebe psikolojik ve fiziksel yönden tam bir iyilik haline yakın bir döneme girmiştir. Ancak zaman ilerledikçe bebeğin büyümesine paralel karın çapı artmış bu da cinsel yaşam kalitesini olumsuz etkilemeye başlamıştır. Tüm bu sebeplerden ötürü çalışmamızda saptadığımız CYKÖ değişiklikleri son derece doğal sonuçlardır.

Literatürde gebelikte CYKÖ ile alakalı çalışma sayısı son derece sınırlıdır. Yapılan çalışmalarda gebelikte gözlenen cinsel fonksiyon değişiklikleri (cinsellikten alınan hazın azalması ve tatmin olmada düşüş) nedeniyle cinsel yaşam hayat kalitesinin düştüğü büyük oranda saptanmıştır (22,42,92). Ancak bu çalışmada benzer çalışmalardan bir miktar farklı olarak birinci trimesterde cinsel yaşam kalitesinde belirgin düşüş ve ikinci trimesterde daha yüksek cinsel yaşam kalite ölçüğü skorları saptadık ( $p=0.03$ ). Literatürden kısmen farklı bulduğumuz bu

sonuçlar, çalışma dizaynlarındaki farklılıklar, gebelerin izlem süreleri, ve kültürel farklılıklar gibi çok değişik faktörlerden etkilenebilmektedir.

İlk doğum veya birden fazla doğum hikayesi gibi parametrelerin cinsel yaşam kalitesi üzerinde etkili olup olmadığı çok değişik çalışmalarda araştırılmıştır. Doğum sayısının artmasıyla CYKÖ skorunun azaldığını gösteren çalışmalar mevcut olmakla birlikte eski doğum hikayesinin bu açıdan etkili olmadığını belirten çalışmalar da mevcuttur (7,8,10). Daha önce doğum yapmış gebenin gebelik psikolojisini üzerinden daha hızlı atması, takip eden gebeliklerinde cinsel yaşam üzerinde olumlu etki oluşturmaktadır. Birinci trimesterde sıklıkla yaşanan duygusal dönemden erkenden çıkan gebe cinsel yaşam açısından daha aktif ve istekli olmaktadır. Biz bu çalışmamızda, her ne kadar daha önce doğum yapmış olmanın cinsel yaşam kalitesi üzerinde pozitif etkisi olduğunu saptamış isek de, bu istatistiksel olarak anlamlı değildi.

Cinsel yaşam açısından en aktif yaş grubunun 25-30'lu yaşlar arası olduğu göz önüne alındığında, bu yaş grubundaki gebelerin cinsel yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi büyük önem arz etmektedir. Yapılan çalışmalarda da bu yaş grubundaki gebelerde cinsel yaşam kalitesinde iyileşmeler görüldüğü rapor edilmiştir (7-10). Bununla birlikte bu yaş grubundaki gebelerde cinsel fonksiyonlar da sıklıkla olumlu yönde etkilenmektedir. Ancak biz bu çalışmada yaş grupları açısından gebeleri değerlendirdiğimizde CYKÖ'leri açısından gruplar arasında farklılık saptayamadık.

## 6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Sosyal ve kültürel faktörler gebelik döneminde çiftlerin cinsel hayatını belirgin bir şekilde etkilemektedir. Özellikle çiftlerin eğitim düzeyleri, çalışıyor olup olmamaları, kaç yıldır evli oldukları ve hatta etnik kimlikleri gebelikteki cinsel fonksiyonları etkileyebilmektedir. Bununla birlikte gebelik döneminde sık olarak gözlenen bulantı ve kusmalar, halsizlik ve yorgunluk hissi gibi durumlar da gebede cinselliği negatif yönde etkileyen diğer faktörlerdir. Çoğu gebe kadın gebelikte bu nedenlerden dolayı cinsel fonksiyonlarının etkilendiğini ve buna bağlı olarak azaldığını belirtmektedirler. Bunlara ek olarak gebelikte birlikte kadın bedeninde yaşanan değişiklikler gebe kadın tarafından bir olumsuzluk olarak algılanmakta ve cinsel fonksiyonlarda azalmaya sebep olmaktadır. Gebeliğin birinci trimesterinde her ne kadar cinsel istek ve arzulamada farklılıklar rapor edilmiş ise de genel kanaat libidonun azalmasına bağlı olarak cinsel fonksiyonlarda azalma olduğu yönündedir. Gebelik dönemi ilerledikçe karnı büyümeye başlayan kadın, cinsel ilişki pozisyonlarında da sıkıntı yaşamaya başlamaktadır. Bu da özellikle üçüncü trimesterde gözlenen cinsel disfonksiyonun en sık sebebidir. Biz de benzer şekilde bu çalışmamızda gebelikteki cinsel fonksiyonlarda belirgin bir düşüş olduğunu ve en belirgin düşüşün birinci ve üçüncü trimesterlerde olduğunu belirledik. Cinselliğin sağlık bakımının önemli bir parçası olduğu düşünüldüğünde gebe kadınların cinsel işlev bozuklukları ile ilgili sorunlarının erken safhada saptanıp çözüme ulaştırılmasının gebe kadının ve eşinin cinsel sağlığının gelişmesi ve yaşam kalitelerinin yükseltilmesinde etkili olabileceğini düşünmekteyiz.

Çalışmamızda gebelik döneminin cinsellik üzerinde belirgin etkilere sahip olduğunu gösterdik. Özellikle üçüncü trimesterde gözlenen cinsel fonksiyon değişiklikleri için gebe ve eşine uygun danışmanlık hizmetinin verilmesi önemlidir. Unutulmamalıdır ki gebelik ve doğum sadece genel hayat halitesi üzerinde değil aynı zamanda cinsel yaşam kalitesi üzerine de önemli etkilere sahip fizyolojik yaşam dönemleridir.

## 7. KAYNAKLAR

- 1 E. EGE, B. AKIN, S. YARALI ARSLAN, AND N. BİLGİLİ, "Sağlıklı Kadınlarda Cinsel Fonksiyon Bozukluğu Sıklığı ve Risk Faktörleri," *Tübitak Bilim Araştırma Vakfı Dergisi* **3(1)**, 137-144 (2010).
- 2 S. KİSA, S. ZEYNELOĞLU, D. YILMAZ, AND T. GÜNER, "Quality of sexual life and its effect on marital adjustment of Turkish women in pregnancy," *Journal of sex & marital therapy* **40** (4), 309-322 (2014).
- 3 N. TUĞUT AND Z. GOLBAŞI, "Aspects of emotional and physical discomfort in gynecologic examination: a study of Turkish women," *The journal of obstetrics and gynaecology research* **40** (6), 1777-1784 (2014).
- 4 A. ABACI, B. MAKAY, E. UNSAL, O. MUSTAFA, AND T. AKTUG, "An unusual complication of dorsal penile nerve block for circumcision," *Paediatric anaesthesia* **16** (10), 1094-1095 (2006).
- 5 N. TUĞUT AND Z. GÖLBAŞI, "Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın Türkçe Versiyonunun Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması," *Cumhuriyet Tıp Dergisi* **32(2)**, 172-180 (2010).
- 6 Ş. Yüksel and D. Cindoğlu, presented at the Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği, Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği Bilgilendirme Dosyası, 2007 (unpublished).
- 7 K. VON SYDOW, "Sexuality during pregnancy and after childbirth: a metacontent analysis of 59 studies," *Journal of psychosomatic research* **47** (1), 27-49 (1999).
- 8 A. P. LEITE, A. A. CAMPOS, A. R. DIAS, A. M. AMED, E. DE SOUZA, AND L. CAMANO, "Prevalence of sexual dysfunction during pregnancy," *Revista da Associacao Medica Brasileira* **55** (5), 563-568 (2009).
- 9 G. ERYILMAZ, E. EGE, AND H. ZİNCİR, "Gebelikte cinsel yaşamı etkileyen faktörlerin incelenmesi," *Atatürk üniversitesi hemşirelik yüksekokulu dergisi* **5(1)**, 11-18 (2002).
- 10 J. MOODLEY AND S. M. KHEDUN, "Sexual activity during pregnancy: a questionnaire-based study," *Southern African Journal of Epidemiology and Infection* **26** (1), 33-35 (2011).
- 11 H. K. HENSON, "Breast Cancer and Sexuality," *Sexuality and Disability* **20(4)**, 261-275 (2002).
- 12 F. AÇIKGÖZ, "Cinsel Sağlığa Yönelik Hemşirelik Yaklaşım Modelleri," *Androloji Bülteni* **47(1)**, 305-307 (2011).
- 13 V Çoban, Yüksek lisans tezi, Cumhuriyet Üniversitesi, Sivas, 2012.
- 14 W. A. FISHER AND J. D. FISHER, "Understanding and promoting sexual and reproductive health behavior: theory and method," *Annual review of sex research* **9**, 39-76 (1998).
- 15 E. O. LAUMANN, A. PAİK, AND R. C. ROSEN, "Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors," *Jama* **281** (6), 537-544 (1999).

- 16 S. CAYAN, E. AKBAY, M. BOZLU, B. CANPOLAT, D. ACAR, AND E. ULUSOY, "The prevalence of female sexual dysfunction and potential risk factors that may impair sexual function in Turkish women," *Urologia internationalis* **72** (1), 52-57 (2004).
- 17 E. OKSUZ AND S. MALHAN, "Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction in Turkish women," *The Journal of urology* **175** (2), 654-658; discussion 658 (2006).
- 18 E. D. MOREIRA, JR., G. BROCK, D. B. GLASSER, A. NICOLOSI, E. O. LAUMANN, A. PAIK, T. WANG, C. GINGELL, AND GSSAB INVESTIGATORS' GROUP, "Help-seeking behaviour for sexual problems: the global study of sexual attitudes and behaviors," *International journal of clinical practice* **59** (1), 6-16 (2005).
- 19 R. N. PAULS, J. A. OCCHINO, AND V. L. DRYFHOUT, "Effects of pregnancy on female sexual function and body image: a prospective study," *The journal of sexual medicine* **5** (8), 1915-1922 (2008).
- 20 G. ASLAN, D. ASLAN, A. KIZILYAR, C. ISPAHI, AND A. ESEN, "A prospective analysis of sexual functions during pregnancy," *International journal of impotence research* **17** (2), 154-157 (2005).
- 21 B. EROL, O. SANLI, D. KORKMAZ, A. SEYHAN, T. AKMAN, AND A. KADIOGLU, "A cross-sectional study of female sexual function and dysfunction during pregnancy," *The journal of sexual medicine* **4** (5), 1381-1387 (2007).
- 22 W. Y. FOK, L. Y. CHAN, AND P. M. YUEN, "Sexual behavior and activity in Chinese pregnant women," *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica* **84** (10), 934-938 (2005).
- 23 G. ERTEM AND Ü. SEVİL, "Gebeliğin Cinselliğe Etkisi", in *Dirim Tıp Gazetesi* (2009), Vol. 85 (1), pp. 40-47.
- 24 M. L. MC DANIEL, "Sexuality in Pregnancy," *The Female Patient* **32**(8), 35-40 (2007).
- 25 B. A. GÜMÜŞ, N. ÇEVİK, H. S. HYUSNİ, Ş. BIÇEN, G. KESKİN, AND A. T. MALAK, "Gebelikte Benlik Saygısı ve Beden İmajı ile İlişkili Özellikler," *Anatolian Journal of Clinical Investigation* **5**(1), 7-14 (2011).
- 26 D. M. SAGIV-REISS, G. E. BIRNBAUM, AND M. P. SAFİR, "Changes in sexual experiences and relationship quality during pregnancy," *Archives of sexual behavior* **41** (5), 1241-1251 (2012).
- 27 H. L. LIU, P. HSU, AND K. H. CHEN, "Sexual Activity during Pregnancy in Taiwan: A Qualitative Study," *Sexual medicine* **1** (2), 54-61 (2013).
- 28 M. SERATI, S. SALVATORE, G. SIESTO, E. CATTONI, M. ZANIRATO, V. KHULLAR, A. CROMI, F. GHEZZI, AND P. BOLIS, "Female sexual function during pregnancy and after childbirth," *The journal of sexual medicine* **7** (8), 2782-2790 (2010).
- 29 A. ŞENTÜRK ERENEL, K. EROĞLU, G. VURAL, AND B. DİLBAZ, "A Pilot Study: In What Ways Do Women in Turkey Experience a Change in Their Sexuality during Pregnancy?," *Sex. Disabil* **29**(3), 207-216 (2011).
- 30 K. LUTKIEWICZ AND M. BIDZAN, "Sexual Activity of Pregnant Polish Women and the Assessment of the Marital Relation Quality," *Health Psychology Report* **1**(1), 9-17 (2013).

- 31 F. TORKESTANI, S. H. HADAVAND, Z. KHODASHENASE, S. BESHARAT, A. DAVATI, Z. KARIMI, AND N. ZAFARGHANDI, "Frequency and Perception of Sexual Activity during Pregnancy in Iranian Couples," *International journal of fertility & sterility* **6** (2), 107-110 (2012).
- 32 J. I. ADINMA, "Sexuality in Nigerian pregnant women: perceptions and practice," *The Australian & New Zealand journal of obstetrics & gynaecology* **35** (3), 290-293 (1995).
- 33 S. GOKYILDIZ AND N. K. BEJI, "The effects of pregnancy on sexual life," *Journal of sex & marital therapy* **31** (3), 201-215 (2005).
- 34 J. R. PAULETA, N. M. PEREIRA, AND L. M. GRACA, "Sexuality during pregnancy," *The journal of sexual medicine* **7** (1 Pt 1), 136-142 (2010).
- 35 R. MAASOUMI, M. LAMYIAN, A. MONTAZERI, S. A. AZIN, M. E. AGUILAR-VAFAIE, AND E. HAJIZADEH, "The sexual quality of life-female (SQOL-F) questionnaire: translation and psychometric properties of the Iranian version," *Reproductive health* **10**, 25 (2013).
- 36 F. QUIRK, S. HAUGHIE, AND T. SYMONDS, "The use of the sexual function questionnaire as a screening tool for women with sexual dysfunction," *The journal of sexual medicine* **2** (4), 469-477 (2005).
- 37 J. ISAJEVA, M. SILKUNAS, G. S. DRASUTIENE, AND D. BARTKEVICIENE, "Features of the Sexual Life during Pregnancy," *Acta medica Lituanica* **19**(2), 67-74 (2012).
- 38 H. YILDIZ, "The Relation Between Prepregnancy Sexuality and Sexual Function During Pregnancy and the Postpartum Period: A Prospective Study," *Journal of sex & marital therapy* **4**(1), 49-59 (2014).
- 39 L. M. NALDONI, M. A. PAZMINO, P. A. PEZZAN, S. B. PEREIRA, G. DUARTE, AND C. H. FERREIRA, "Evaluation of sexual function in Brazilian pregnant women," *Journal of sex & marital therapy* **37** (2), 116-129 (2011).
- 40 A. E. SAYLE, D. A. SAVITZ, J. M. THORP, JR., I. HERTZ-PICCIOTTO, AND A. J. WILCOX, "Sexual activity during late pregnancy and risk of preterm delivery," *Obstetrics and gynecology* **97** (2), 283-289 (2001).
- 41 S. G. ARICA, S. ALKAN, S. BALI, Y. E. MANSUROGLU, AND C. ÖZER, "The effect of pregnancy over sexual life. Turkish Family Physican," *Turkish Family Physican* **2**(3), 19-24 (2011).
- 42 E. BARTELLAS, J. M. CRANE, M. DALEY, K. A. BENNETT, AND D. HUTCHENS, "Sexuality and sexual activity in pregnancy," *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology* **107** (8), 964-968 (2000).
- 43 S. ORUC, A. ESEN, S. LACIN, H. ADIGUZEL, Y. UYAR, AND F. KOYUNCU, "Sexual behaviour during pregnancy," *The Australian & New Zealand journal of obstetrics & gynaecology* **39** (1), 48-50 (1999).
- 44 R. P. PERKINS, "Sexuality in pregnancy: what determines behavior?," *Obstetrics and gynecology* **59** (2), 189-198 (1982).
- 45 E. L. RYDING, "Sexuality during and after pregnancy," *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica* **63** (8), 679-682 (1984).



- 46 K. YAMAÇ, R. GÜRSOY, AND N. ÇAKIR, *Gebelik ve Sistemik Hastalıklar*. (MN Medikal&Nobel Tıp Kitabevleri, 2002).
- 47 R. E. GARFIELD, W. L. MANER, AND L. B. MACKAY, "Comparing uterine electromyography activity of antepartum patients versus term labor patients," *American journal of obstetrics and gynecology* **193**(23) (2005).
- 48 B. J. SPRAGUE, T. M. PHERNETTON, R. R. MAGNESS, AND N. C. CHESLER, "The effects of the ovarian cycle and pregnancy on uterine vascular impedance and uterine artery mechanics," *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology* **144 Suppl 1**, S170-178 (2009).
- 49 E. JAUNIAUX, M. R. JOHNSON, D. JURKOVIC, B. RAMSAY, S. CAMPBELL, AND S. MEURIS, "The role of relaxin in the development of the uteroplacental circulation in early pregnancy," *Obstetrics and gynecology* **84** (3), 338-342 (1994).
- 50 K. J. STRAACH, J. M. SHELTON, J. A. RICHARDSON, V. C. HASCALL, AND M. S. MAHENDROO, "Regulation of hyaluronan expression during cervical ripening," *Glycobiology* **15** (1), 55-65 (2005).
- 51 C. P. READ, R. A. WORD, M. A. RUSCHEINSKY, B. C. TIMMONS, AND M. S. MAHENDROO, "Cervical remodeling during pregnancy and parturition: molecular characterization of the softening phase in mice," *Reproduction* **134** (2), 327-340 (2007).
- 52 M. HEIN, A. C. PETERSEN, R. B. HELMIG, N. ULDBJERG, AND J. REINHOLDT, "Immunoglobulin levels and phagocytes in the cervical mucus plug at term of pregnancy," *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica* **84** (8), 734-742 (2005).
- 53 P. VILLASECA, C. CAMPINO, E. OESTREICHER, D. MAYERSON, M. SERON-FERRE, AND E. ARTEAGA, "Bilateral oophorectomy in a pregnant woman: hormonal profile from late gestation to post-partum: case report," *Human reproduction* **20** (2), 397-401 (2005).
- 54 C. P. HODGKINSON, "Physiology of the ovarian veins during pregnancy," *Obstetrics and gynecology* **1** (1), 26-37 (1953).
- 55 C. BATUKAN, M. T. OZGUN, C. TURKYILMAZ, AND M. TAYYAR, "Isolated torsion of the fallopian tube during pregnancy: a case report," *The Journal of reproductive medicine* **52** (8), 745-747 (2007).
- 56 M. B. BERGER, C. BETSCHAT, N. KHANDWALA, J. O. DELANCEY, AND H. K. HAEFNER, "Incidental bartholin gland cysts identified on pelvic magnetic resonance imaging," *Obstetrics and gynecology* **120** (4), 798-802 (2012).
- 57 D. D. RAHN, M. D. RUFF, S. A. BROWN, H. F. TIBBALS, AND R. A. WORD, "Biomechanical properties of the vaginal wall: effect of pregnancy, elastic fiber deficiency, and pelvic organ prolapse," *American journal of obstetrics and gynecology* **198** (5), 590 e591-596 (2008).
- 58 M. A. FARAGE AND H. I. MAIBACH, "Morphology and physiological changes of genital skin and mucosa," *Current problems in dermatology* **40**, 9-19 (2011).
- 59 K. REAMY, S. E. WHITE, W. C. DANIELL, AND E. S. LE VINE, "Sexuality and pregnancy. A prospective study," *The Journal of reproductive medicine* **27** (6), 321-327 (1982).

- 60 S. PASRIJA AND N. SHARMA, "Images in clinical medicine. Benign diffuse breast hyperplasia during pregnancy," *The New England journal of medicine* **355** (26), 2771 (2006).
- 61 A. C. VIDAIEFF, P. J. ROSS, C. K. LIVINGSTON, AND D. H. PARKS, "Gigantomastia complicating mirror syndrome in pregnancy," *Obstetrics and gynecology* **101** (5 Pt 2), 1139-1142 (2003).
- 62 A. SHOMA, L. ELBASSIONY, M. AMİN, K. ZALATA, N. MEGAHED, M. ELKHIARY, H. ABDELHAFEZ, AND I. ABDELAAL, "'Gestational gigantomastia': a review article and case presentation of a new surgical management option," *Surgical innovation* **18** (1), 94-101 (2011).
- 63 D. A. BARAM, R. BASSON, AND G. KAZANCI, *Cinsellik, Cinsel İşlev Bozukluğu ve Cinsel Saldırı*. (İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 2011).
- 64 W. B. MASTERS AND V. E. JOHNSON, *İnsanda Cinsel Davranış*. (İstanbul: Bilimsel ve Teknik Çeviri Yayınları Vakfı, 1994).
- 65 S. P. RATHORE, S. GUPTA, AND V. GUPTA, "Pattern and prevalence of physiological cutaneous changes in pregnancy: a study of 2000 antenatal women," *Indian journal of dermatology, venereology and leprology* **77** (3), 402 (2011).
- 66 M. M. MUALLEM AND N. G. RUBEİZ, "Physiological and biological skin changes in pregnancy," *Clinics in dermatology* **24** (2), 80-83 (2006).
- 67 D. A. SOLBERG, J. BUTLER, AND N. N. WAGNER, "Sexual behavior in pregnancy," *The New England journal of medicine* **288** (21), 1098-1103 (1973).
- 68 S. SHINAGAWA, S. SUZUKI, H. CHIHARA, Y. OTSUBO, T. TAKESHITA, AND T. ARAKI, "Maternal basal metabolic rate in twin pregnancy," *Gynecologic and obstetric investigation* **60** (3), 145-148 (2005).
- 69 G. CHAMBERLAIN, "ABC of antenatal care. The changing body in pregnancy," *Bmj* **302** (6778), 719-722 (1991).
- 70 A. P. HEENAN AND L. A. WOLFE, "Plasma osmolality and the strong ion difference predict respiratory adaptations in pregnant and nonpregnant women," *Canadian journal of physiology and pharmacology* **81** (9), 839-847 (2003).
- 71 M. D. LINDHEIMER AND J. M. DAVISON, "Osmoregulation, the secretion of arginine vasopressin and its metabolism during pregnancy," *European journal of endocrinology* **132** (2), 133-143 (1995).
- 72 A. C. KINSEY, W. B. POMEROY, C. E. MARTIN, AND P. H. GEBHARD, "Sexual Behavior In The Human Female," *Philadelphia: WB Saunders* (1953).
- 73 A. C. KINSEY, W. R. POMEROY, AND C. E. MARTIN, "Sexual behavior in the human male. 1948," *American journal of public health* **93** (6), 894-898 (2003).
- 74 T. L. CRENSHAW AND J. P. GOLDBERG, "Sexual aspects of neurochemistry," *Sexual Pharmacology: Drugs that Affect Sexual Functioning*, 37-61 (1996).
- 75 A. POROY, *Türkiye'de Cinsellik*. (İstanbul: Alfa Basım Yayım Dağıtım Ltd. Şti. Yayını, 2005).
- 76 J. READ, "ABC of sexual health: sexual problems associated with infertility, pregnancy, and ageing," *Bmj* **318** (7183), 587-589 (1999).

- 77 F. SERRANO AND M. L. LIMA, "Recurrent miscarriage: psychological and relational consequences for couples," *Psychology and psychotherapy* **79** (Pt 4), 585-594 (2006).
- 78 M. A. DEJUDICIBUS AND M. P. MCCABE, "Psychological factors and the sexuality of pregnant and postpartum women," *Journal of sex research* **39** (2), 94-103 (2002).
- 79 J. T. LEE, "The meaning of sexual satisfaction in pregnant Taiwanese women," *Journal of midwifery & women's health* **47** (4), 278-286 (2002).
- 80 P. O'LEARY, P. BOYNE, P. FLETT, J. BEILBY, AND I. JAMES, "Longitudinal assessment of changes in reproductive hormones during normal pregnancy," *Clinical chemistry* **37** (5), 667-672 (1991).
- 81 T. KOHSAKA, G. MIN, G. LUKAS, S. TRUPIN, E. T. CAMPBELL, AND O. D. SHERWOOD, "Identification of specific relaxin-binding cells in the human female," *Biology of reproduction* **59** (4), 991-999 (1998); L. ZHAO, C. S. SAMUEL, G. W. TREGGAR, F. BECK, AND E. M. WINTOUR, "Collagen studies in late pregnant relaxin null mice," *Biology of reproduction* **63** (3), 697-703 (2000).
- 82 M. A. PESSINA, R. F. HOYT, JR., I. GOLDSTEIN, AND A. M. TRAISH, "Differential effects of estradiol, progesterone, and testosterone on vaginal structural integrity," *Endocrinology* **147** (1), 61-69 (2006).
- 83 F. F. ONOL, F. ERCAN, AND T. TARCAN, "The effect of ovariectomy on rat vaginal tissue contractility and histomorphology," *The journal of sexual medicine* **3** (2), 233-241 (2006).
- 84 B. G. STUCKEY, "Female sexual function and dysfunction in the reproductive years: the influence of endogenous and exogenous sex hormones," *The journal of sexual medicine* **5** (10), 2282-2290 (2008).
- 85 S. O. SHAHEEN, M. HINES, R. B. NEWSON, M. WHEELER, D. R. M. HERRICK, D. P. STRACHAN, R. W. JONES, P. G. J. BURNEY, AND A. J. HENDERSON, "Maternal testosterone in pregnancy and atopic outcomes in childhood," *Allergy* **62** (1), 25-32 (2007).
- 86 E. ASLAN AND M. FYNES, "Female sexual dysfunction," *International urogynecology journal and pelvic floor dysfunction* **19** (2), 293-305 (2008).
- 87 H. E. ONAH, G. C. ILOABACHIE, S. N. OBI, F. O. EZUGWU, AND J. N. EZE, "Nigerian male sexual activity during pregnancy," *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics* **76** (2), 219-223 (2002).
- 88 E. O. ORJI, I. O. OGUNLOLA, AND O. B. FASUBAA, "Sexuality among pregnant women in South West Nigeria," *Journal of obstetrics and gynaecology : the journal of the Institute of Obstetrics and Gynaecology* **22** (2), 166-168 (2002).
- 89 K. A. MAY AND L. MAHLMEISTER, *Comprehensive Maternity Nursing: Nursing Process and Child-bearing Family*. (JB Lippincott, 1994), 2 ed.
- 90 K. REAMY AND S. E. WHITE, "Sexuality in pregnancy and the puerperium: a review," *Obstetrical & gynecological survey* **40** (1), 1-13 (1985).
- 91 Ş. Gokyıldız and N. K. Beji, Yüksek Lisans Tezi İstanbul Üniversitesi, 2001.

- 92 C. E. JOHNSON, "Sexual health during pregnancy and the postpartum," *The journal of sexual medicine* **8** (5), 1267-1284; quiz 1285-1266 (2011).

## 8.Ekler

### EK-1: 8.1. Sosyodemografik ve Klinik Özellikler Değerlendirme Formu

#### SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK ÖZELLİKLER DEĞERLENDİRME FORMU

YAŞ:

ÇALIŞMA DURUMU: 1) Çalışıyor 2) çalışmıyor

MEDENİ DURUMU: 1)Bekar 2) Evli 3) Dul

KAÇ YILDIR EVLİSİNİZ:

ÖĞRENİM DÜZEYİ:

1) İlkokul 2) Ortaokul 3)Lise 4) Üniversite 5) Yüksek Lisans

YAŞADIĞI YER: 1)Köy 2)İlçe 3) Sehir merkezi

SİGARA KULLANIMI (VARSA SIKLIK VE MİKTARINI BELİRTİNİZ):

1. Yok 2. Var

ALKOL KULLANIMI: 1. Yok 2. Var

GEBELİK HAFTASI:

GEBELİK 1) Planlı 2) Plansız (sürpriz bebek)

KAÇINCI GEBELİK:

ÇOCUK SAYISI:

KAÇINCI EVLİLİK:

EVDE YAŞAYAN KİŞİ SAYISI:

OTURDUĞUNUZ EV: 1) kira 2) kendimizin

EVLENME ŞEKLİ: 1) anlaşarak 2) görücü usulü

BİLİLEN EK HASTALIK:

ŞU AN KULLANDIĞI İLAÇLAR:

## EK-2: Kadın Cinsel İşlev Ölçeği(FSFI) Anketi

### 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. Teşekkür ederiz.*

\* **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 karn ve tüm vücudu saran kuvvetli ritmik kasılmalar olması.  
**Tüm sorularda yalnız bir kutuyu işaretleyiniz.**

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

- 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
- Öldükçe 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
- Yarisında tatminkardı, yarisında 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
- Yarisında tatminkardı, yarisında 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
- Yarisında tatminkardı, yarisında tatminkar değildi
- Genellikle tatminkar değildi
- Hiç tatminkar değildi

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

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- Çok tatminkardı
- Genellikle tatminkardı
- Yarisında tatminkardı, yarisında tatminkar değildi
- Genellikle tatminkar değildi
- Hiç tatminkar değildi

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

- 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 duyduunuz?

- 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

### Ek-3: Cinsel Yaşam Kalite Ölçeği-Kadın Anketi

Aşağıdaki ankette her biri 6 seçenekten oluşan 18 ifade bulunmaktadır. İlk 6 seçeneği gebelik öncesi cinsel yaşamınızı düşünerek, sonraki 6 seçeneği bu gebeliğinizi düşünerek yanıtlayınız. Size uygun seçeneği, ilgili ifadenin karşısında bulunan kutucuğa X işareti koyarak yanıtlayınız.

Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın (CYKÖ-K)	Gebelik Öncesinde						Şimdiki Gebelikte					
	Tamamen Kabuluyorum	Büyük Ölçüde Kabuluyorum	Kısmen Kabuluyorum	Kısmen Kabulmıyorum	Büyük Ölçüde Kabulmıyorum	Hiç Kabulmıyorum	Tamamen Kabuluyorum	Büyük Ölçüde Kabuluyorum	Kısmen Kabuluyorum	Kısmen Kabulmıyorum	Büyük Ölçüde Kabulmıyorum	Hiç Kabulmıyorum
1.Cinsel yaşamımı düşündüğümde hayatımın eğlenceli /zevкли bir parçası olduğunu düşünüyorum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.Cinsel yaşamımı düşündüğümde hayal kırıklığı hissediyorum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.Cinsel yaşamımı düşündüğümde kendimi üzgün (depresif) hissediyorum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.Cinsel yaşamımı düşündüğümde kendimi bir kadın olarak eksik hissediyorum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.Cinsel yaşamımı düşündüğümde kendimi iyi hissediyorum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.Cinsel bir eş olarak kendime güvenimi yitirdim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.Cinsel yaşamımı düşündüğümde sıkıntı hissediyorum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



8.Cinsel yaşamımı düşündüğümde kızgınlık hissediyorum	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
9.Cinsel yaşamımı düşündüğümde eşime yakın olduğumu hissediyorum	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
10.Cinsel yaşamımın geleceği hakkında endişeleniyorum	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
11.Cinsel ilişkiden zevk almıyorum	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
12.Cinsel yaşamımı düşündüğümde utanıyorum	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
13.Cinsel konularla ilgili eşimle konuşabileceğimi düşünüyorum	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
14.Cinsel ilişkiden kaçınıyorum	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
15.Cinsel yaşamımı düşündüğümde suçluluk hissediyorum	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
16.Cinsel yaşamımı düşündüğümde eşimin rencide olmuş yada reddedilmiş	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
17.Cinsel yaşamımı düşündüğümde birşeyleri kaybetmiş gibi hissediyorum	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
18.Cinsel yaşamımı düşündüğümde cinsel ilişki sıklığından memnunum	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]

## Ek-4: Etik Kurul Onam Formu



T.C.  
ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI  
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı : 18920478-050.01.04/E.68977  
Konu : Başvuru İncelemesi

08.06.2017

Sayın Yrd. Doç. Dr. Fatma BEYAZİT

Yürütücülüğünü yapmış olduğunuz "Gebeliğin Değişik Dönemlerinde Cinsel Aktiviteyi Etkileyen Faktörler ve Bunun Hayat Kalitesi Üzerine Olan Etkisinin Değerlendirilmesi" başlıklı 2011-KAEK-27/2017-E.62417 nolu projeniz ile ilgili olarak Klinik Araştırmalar Etik Kurulunun almış olduğu 07/06/2017 tarih ve 11-04 nolu kararı aşağıdadır.

Bilgilerinize rica ederim.

**Karar Tarihi** : 07.06.2017 14:00  
**Karar No** : 2017-11

**Karar-04)**2011-KAEK-27/2017-E.62417 no'lu araştırma ile ilgili olarak, proje yürütücüsü Yrd. Doç. Dr. Fatma BEYAZİT'in sunumunun dinlenmesinin ve raportörün hazırladığı değerlendirilmenin okunması sonrasında yapılan oylamada "**ETİK KURUL ONAYINI ALIR.**" kararı verilmiştir.

 e-imzalıdır

Prof. Dr. Öztürk ÖZDEMİR  
Başkan