



T.C.
KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÜROLOJİ ANABİLİM DALI

GEBELİĞİN KADIN SEKSÜEL FONKSİYONUNA ETKİSİ

Dr. Önder MALKOÇ
UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Doç.Dr. Sefa RESİM

KAHRAMANMARAŞ /2010

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimimde, değerli bilgi, deneyim ve tecrübelerinden faydalandığım ve bu tez çalışmasının oluşturulmasında büyük katkılarımgördüğüm, aynı zamanda tez danışmanım olan değerli hocam Sayın. Doç. Dr. Sefa RESİM'e en içten saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Beş yıllık eğitimim boyunca Üroloji A.D'daki diğer hocalarım Sayın Yrd. Doç. Dr. Tayfun ŞAHİNKANAT'a ve Sayın Yrd. Doç. Dr. Bülent ALTINOLUK'a en içten saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Asistanlık eğitimim süresince birlikte çalıştığım değerli asistan arkadaşlarıma, tüm rotasyonlarımda birlikte çalışmış olduğum hocalarıma ve asistan arkadaşlarıma ve tüm hastane personeline teşekkürlerimi sunarım.

Hayatımın her karesinde bana destek veren hayat arkadaşım Yeliz'e ve tüm aileme teşekkürler...

Dr.Önder MALKOÇ

İÇİNDEKİLER

Sayfa

TEŞEKKÜR.....	i
İÇİNDEKİLER.....	ii
KISALTMALAR.....	iv
TABLolar LİSTESİ.....	v
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	vi
ÖZET.....	vii
ABSTRACT.....	viii
1.GİRİŞ ve AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1 Kadın Genital Sistemin Anatomisi	3
2.1.1. Dış genital organlar	3
2.1.2. İç genital organlar.....	5
2.1.3. Kadın genitalindeki diğer önemli yapılar.....	7
2.2.Cinsel İşlevin Fizyolojisi.....	10
2.2.1. Birinci aşama: Cinsel istek (libido) fazı.....	12
2.2.2. İkinci aşama: Cinsel uyarılma (heyecanlanma).....	12
2.2.3. Üçüncü aşama: Orgazm fazı.....	12
2.2.4. Dördüncü aşama: Çözülme (rezolüsyon) fazı.....	14
2.3.Gebelikte Görülen Fizyolojik Değişiklikler.....	15
2.3.1. Genital sistem organlarındaki değişiklikler.....	15
2.4. Endokrin Sistem ve Seksüel Davranış.....	16
2.5. Gebelikte Psikolojik Uyum.....	19
2.5.1. Birinci Trimestir.....	21
2.5.2. İkinci Trimestir.....	22
2.5.3. Üçüncü Trimestir.....	23
2.6. Gebelikte Cinsel Yaşam ve İhtiyaçlar.....	24
2.6.1. Gebelikte cinsel yaşam	24
2.6.2. Gebelikte Cinsel İhtiyaçlar	27

3. HASTA ve YÖNTEM.....	34
4. BULGULAR.....	33
5.TARTIŞMA.....	42
6. SONUÇ	48
7. KAYNAKLAR.....	49
8. EKLER.....	56

KISALTMALAR

NHSL	: National Health and Social Life Survey
E2	: Östradiol
E1	: Östron
T	: Testosteron
DHEA	: Dihidroepiandrostenon
FSFI	: Female Sexual Function Index
AFUD	: American Foundation Urologic Disease / Amerikan Ürolojik Hastalıklar Kurumu
CFB	: Cinsel Fonksiyon Bozukluğu
SPSS	: Statistical Package for Social Sciences
L	: Lumbar
N	: Nervus
S	: Sakral
Gl	: Glandula
M	: Muskulus
V	: Vena
A	: Arteria
SSRI	: Selektif Serotonin Re Uptake İnhibitörleri
DM	: Diabetes mellitus
NVY	: Normal Vaginal Yol
C/S	: Sezaryan
IVF	: İn Vitro Fertilizasyon
MSS	: Merkezi Sinir Sistemi

TABLolar LİSTESİ

Tablo no :	Sayfa no:
Tablo 1 : FSFI Alt Gurup ve Tam Skala Puanları	33
Tablo 2 : Gebelerin Bazı Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı	35
Tablo 3 : Gebelerin Eşlerinin Bazı Özellikleri	36
Tablo 4 : Gebelerin FSFI Puan Aralıklarına Göre Dağılımı	37
Tablo 5 : FSFI Skorlaması (n: 207)	37
Tablo 6 : Gebelerin FSFI Puanlarının Bazı Özelliklerine göre Dağılımı	38
Tablo 7 : Gebelik Öncesi Cinsel Sorunu Olan Gebelerle Cinsel Sorunu Olmayan Gebelerin FSFI Puanlarının Karşılaştırılması (n:207)	40
Tablo 8 : Gebelikte Cinsel İlişkiyi Onaylamayanların Nedenleri	41
Tablo 9 : Trimestirlerin Homojenliğinin Karşılaştırılması	42
Tablo 10 : Her Bir Ttrimesterin Gebelik Haftası Ortalaması	42
Tablo 11 : Parite ile Arzu Arasındaki İlişkinin Dağılımı	43
Tablo 12 : Parite İle Tatmin Olma Arasındaki İlişki	43

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil no:	Sayfa no:
Şekil 1 : Kadın Dış Genital Organları	4
Şekil 2 : Kadın Dış Genital ve Pelvik Organlarının Sagital Görünümü	6

ÖZET

Amaç: Gebeliğin kadın cinsel fonksiyonu üzerine etkisini belirlemek için yaptığımız bu çalışma ile hem ülkemiz kadınlarının gebelikte cinsellikle ilgili doğru ve yanlış tutumlarını ortaya koymak hem de sağlık çalışanları olarak bizlerin gebelik dönemindeki çiftlere seksüel danışmanlık yaparak çiftlerin bu dönemi sorunsuz yaşamalarını sağlamaktır.

Materyal ve Metod: Bu çalışmaya 01.07.2010 ve 31.07.2010 tarihleri arasında Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniğine, Kahramanmaraş Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniğine, ve Kahramanmaraş Sağlık İl Müdürlüğüne bağlı sağlık ocaklarına müracaat eden 8 hafta ve üzeri gebelik tanısı alan 207 gebe hasta dahil edildi.

Hastaların değerlendirilmesinde araştırmacı tarafından geliştirilen form ve Female Sexual Function Index (FSFI) = Kadın Cinsel İşlev Değerlendirme formu kullanılmıştır. K.S.Ü Araştırma ve Uygulama Hastanesi Etik Kurulundan izin alınmıştır. Anket formu ve ölçek uygulanmadan önce katılımcılara araştırma hakkında sözlü açıklama yapılmış, onay alınmıştır. İstatistiksel analizlerde Ki-kare testi, Fisher's Exact testi ve Kruskal-Wallis varyans analizi yapıldı. Post hoc test olarak Mann-Whitney U testi uygulandı.

Bulgular: Araştırmada gebe kadınlardaki cinsel fonksiyon bozukluğu (CFB) görülme oranları FSFI puanlarıyla değerlendirilmiştir. Elde edilen verilerde gebe kadınların % 13'ünün 26 ve üzeri puan alarak CFB olmadığı saptanmıştır, % 87'sinin 26'nın altında FSFI puanı alarak CFB saptanmıştır. Bunun yanında gebe kadınların cinsel fonksiyonlarının birçok sosyodemografik faktörden etkilendiği de ortaya çıkmıştır. Bu etkenler içerisinde en önemlisi yaş olarak tespit edilmiş olup eğitim düzeyi, eşin eğitim düzeyi, eşinin cinsel sorunu ile cinsel fonksiyonları anlamlı düzeyde etkilediği bulunmuştur. Evlilik süresi, parite, doğum şekli, çocuk sayısı ve gebelik haftası, geçirdiği ameliyatlar ve kullandığı ilaçların gebe kadın cinsel fonksiyonu etkilemediği bulunmuştur.

Sonuç: Bu çalışma ile, gebe kadınların gebelik esnasındaki cinsel ilişkilerinde, cinsellik hakkındaki duygu ve düşüncelerinde ne gibi değişiklik olduğunu saptadık.

Anahtar Kelimeler: Cinsellik, Kadın Cinsel İşlev Değerlendirme formu, Cinsel Fonksiyon Bozukluğu, Seksüel danışmanlık

ABSTRACT

Purpose: Our aim in this study is both to bring up true or false attitudes of women of our country about sexuality in pregnancy and ,as working people in health, to provide to live of this term of partners without problem in our counseling.

Material and Method : 207 pregnant people who are pregnant above 8 weeks and pregnancy diagnosis , applying to gynaecopathy and maternity clinic,Kahramanmaraş Gyneacopathy and Maternity Hospital and Gyneacopathy and Maternity Polyclinic, Faculty of Medicine, Kahramanmaraş Sutcu Imam University between 01.07.2010-31.07.2010 dates are included in this study.

Evaluation of patinces, form which is improved by searcher and form of Female Sexual Function Index(FSFI) have been used.Authorization has been taken from Ethic Council of Research and Use Hospital of Kahramanmaraş Sütçü İmam University. Oral information has been given about research to participants and their okay has been taken before form of questionnaire and scale have been practise.Test of Ki-square, test of Fischer's Exact and Kruskal-Wallis variance analysis have been made.Test of Mann-Whitney U as Post Hoc test has been fulfilled.

Symptoms:Ratios of being seen Sexual Dysfunction in pregnant women have been evaluated with points of FSF.In data that are acquired, as taking 26 points and above, 13 % of women that have not been SD have been appointed, as taking 26 points and below, 87 % of women who have been SD have been appointed.Besides, sexual functions, which are effected from lots of sociodemographic factors, of women have appeared, too.The most important factor among these factors has been appointed as age, however , it has been appointed that education level, education level of partner, sexual problem of partner have effected sexual functions.It has been found that duration of marriage, parity, parturition type, quantity of child, operations and being used medicine have not effected sexual function of pregnant women.

Result: By means of this study, we have appointed what kind of changes have been in emotions and thoughts about sexuality in sexual relations of pregnant women during the pregnancy.

Key Words:Sexuality(cinsellik), Form of Female Sexual Function Index(Kadın cinsel fonksiyon işlev formu),Sexual Dysfunction(Cinsel fonksiyon bozukluğu), Sexual Counseling(cinsel danışmanlık)

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Kadın Cinsel Fonksiyon Bocukluğu (CFB) ve yaşa bağımlı olan ve kadınların % 20-50'sini etkileyen bir sorundur. (1) CFB etyolojisinde biyolojik ve psikolojik faktörlerin ortak rol aldığı düşünülmektedir. Cinsel fonksiyon ile ilgili problemlerin gebe kadınlarda da görüldüğü yapılan çalışmalarda ortaya konmuştur (2, 3). Bu çalışmalara göre, artan gebelik haftası ile birlikte cinsel aktivitede azalma görülmektedir. Gebelik esnasındaki cinsel fonksiyonun azalmasıyla ilgili birçok faktör bulunduğu düşünülmektedir. Fiziksel rahatsızlık, bebeğe zarar verme korkusu, ilginin azalması, fiziksel beceriksizlik, ağırlı ilişki ve çekiciliğin azalması gibi (3,4,5).

Gebelik ve CFB arasındaki ilişki literatürde gösterilmiştir ancak bu çalışmaların birçoğu kesitsel veya retrospektiftir. Farklı çalışmalardan elde edilen sonuçlar karşılaştırma yapmak için uygun değildir çünkü gebelikteki CFB'yi değerlendirmek için farklı yöntem ve metodlar kullanılmıştır. Ayrıca semptomların derecesini değerlendirmek de zordur bu yüzden daha objektif ölçümlere ihtiyaç vardır (3).

Gebelik esnasındaki cinsel fonksiyonun anahtar noktalarını değerlendiren çalışmalar az sayıdadır. Biz bu çalışmada normal rutin antenatal kontrole gelen sağlıklı gebelerde cinsel fonksiyonu değerlendirmek amacıyla Kadın Cinsel İşlev Ölçeği (FSFI) anketini kullandık.

Gebelik döneminde meydana gelen fiziksel ve duygusal değişimler kadının günlük, iş ve cinsel yaşamını etkilemektedir. Gebelik döneminde cinsel ilişkinin devamı, bir yandan eşler arasındaki uyumu artırırken diğer yandan da duygusal bağlarını güçlendirmektedir (6).

Gebe kadının vücudunda ve psikolojisinde yaşadığı değişiklikler gebenin cinselliğini de etkilemektedir. Gebe kadın, ya değişikliklere uyum göstererek cinsel yaşamına devam etmektedir ya da cinsel sorunlarla karşı karşıya kalmaktadır. Yapılan çalışmalar, gebelik ve doğumun cinsel problemlerin ortaya çıkmasına neden olduğunu göstermektedir (7).

Gebelik dönemindeki cinsel yaşam; kadının cinselliği algılayışı, kültürel normlar, anne babalık düşüncesi, ekonomik faktörler, bilgi yetersizliği, cinsel yaşama yönelik olumsuz düşünceler, mitler, yanlış inanışlar ve bebeğe zarar verme düşüncesi gibi nedenler cinsellik üzerinde olumsuz etki yapabilmektedir. (8,9). Gebe kalma süresi, in vitro fertilizasyon (IVF) ya da diğer yardımcı üreme teknikleri ile gebe kalma, önceki gebelikte abortus veya medikal problemlerle karşılaşmış olmak da gebelikteki cinsel

ilişkiyi etkileyebilmektedir (10). Kadın bu dönemde cinsel ilgi ve memnuniyette azalma hissedebilir, dispareni ve orgazm sıklığında azalma gibi cinsel disfonksiyonlar da yaşayabilmektedir (11,12).

Gebelik döneminde cinsel ilişki yaşamının gebede uterin aktiviteyi artırarak kontraksiyonları başlatabileceği, abortus veya preterm eylem gibi sorunlara neden olabileceği, cinsel ilişkinin fetüste mekanik stres yaratabileceği ve bu nedenle bebeğin zarar görebileceği şeklinde düşünceler mevcuttur. Yapılan çalışmalar, cinsel ilişki ile perinatal mortalite arasında kesin bir ilişkiyi net olarak göstermemekle birlikte modern tıp bilimi birkaç tıbbi durum dışında gebelikte cinselliği kısıtlamamaktadır (13,14).

Mills ve arkadaşları (1981) cinsel ilişkinin bebeğin sağlığını tehdit etmediğini gösterirken, Sydow (1999)'da sağlıklı bir gebelikte doğuma kadar olan sürede cinsel ilişkiyi etkileyecek herhangi bir neden olmadığını açıklamaktadır (13,14,15).

Çalışmalarda ispatlanmamasına rağmen birçok eş bebeğe zarar geleceği düşüncesi ile cinsel aktiviteden uzaklaşmakta ve cinsel birliktelik yaşayıp yaşamama konusunda çelişki yaşamaktadır. Yapılan çalışmalar aylara göre ilişki sıklığında önemli oranda azalma bildirmekte ve eşlerin cinsel aktiviteden uzak durmayı tercih ettikleri görüşünü doğrulamaktadır (13,14,16).

Bu çalışma; evli gebe kadınlarda gebelik esnasındaki cinsel yaşamlarını, cinsellik hakkındaki düşüncelerini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Kadın Genital Sistemin Anatomisi

2.1.1. Dış genital organlar

Kadının dış genitalleri, vulva olarak bilinmektedir. Vulva önde simfisis pubis arkada anal sfinkter ve yanlarda tuber iskiadiumlardan oluşmaktadır. Üç temel yapı içerir:

- 1) labial yapılar
- 2) interlabial boşluk
- 3) erektil yapılar

2.1.1.1. Mons pubis: Symphysis pubis in önündeki üçgen şeklindeki kabarık sahadır. Bu kabarıklığı yağ dokusu oluşturur.burada bulunan kıllara pubes denir. Vücudun diğer yerlerine göre daha kalındır. Mons pubisteki kıllar kadınlarda spina iliaca anterior superior ları birleştiren hattı geçmez ve keskin bir çizgi şeklindedir (17,18).

Labial yapılar uretra ve vajen girişini koruyacak şekilde şekillenmiş, bir çift simetrik deri kıvrıntısından oluşmaktadır.

2.1.1.2. Labium majus: Dıştaki kat labium majus mons pubis ten aşağıya ve arkaya uzanan yağ dokusu yastıkçıklarından oluşur. Dış yüzleri sebace bezleri, ter bezleri ve ergenlikten sonra kıllar içeren pigmentli deriyle kaplıdır. Lig. teres uteri nin sonlanma yeridir. Labia majör cinsel yanıt sırasında istek fazında yassılaşı ve ayrılır. Uyarılma fazında, nullipar kadınlarda incelirken multipar kadınlarda şişer. Çözülme aşamasında ise yeniden eski boyutuna geri dönmektedir (19,20).

2.1.1.3. Labium minus: Labia majoraların aksine kılsızdır ve yağ dokusu içermez. Dış ve iç olarak iki parçaya ayrılır. Dış parçalar clitoris in üzerinde prepicium clitoridis i yapacak şekilde birleşirler. İç parçalar clitorisi yapacak şekilde birleşirler. Cinsel uyarı dönemi yeterli olmayan kadınlarda labia minör gevşek kalabilir ve penisle birlikte içeri doğru sürüklenerek disparoniye neden olabilir (21). Labia minördeki glandlar vulvanın kayganlaşmasını sağlar. Böylece penisin girişi kolaylaşmış olur. Zengin sinir desteği sayesinde erotik fonksiyonlar esnasında duyarlı hale gelmektedir (22).

2.1.1.4. Klitoris: Labia minörlerin yukarıdaki birleşme bölgesinin arasında yer

alır. 5–6 mm uzunluğunda, 6-8 mm genişliğinde silindirik erektil bir organdır. Kadın cinsel olarak uyarıldığında klitoral ve labial arterlere olan kan akımında artış olmaktadır. Artan kan akımıyla intrakavernozal basınçta artış, klitoral ve labial engorjman oluşur (19). Klitorisin sebasöz bezleri peynir benzeri, yağlı, kendine özgü kokusu olan, feroman gibi hizmet eden simegma adı verilen bir salgı salgılar. Klitorisin zengin vaskülaritesi ve sinir ağı, klitorisi ısıya, dokunmaya ve basınca karşı oldukça duyarlı hale getirir. Klitorisin ana fonksiyonu cinsel gerginliği uyarmak ve arttırmaktır (23).

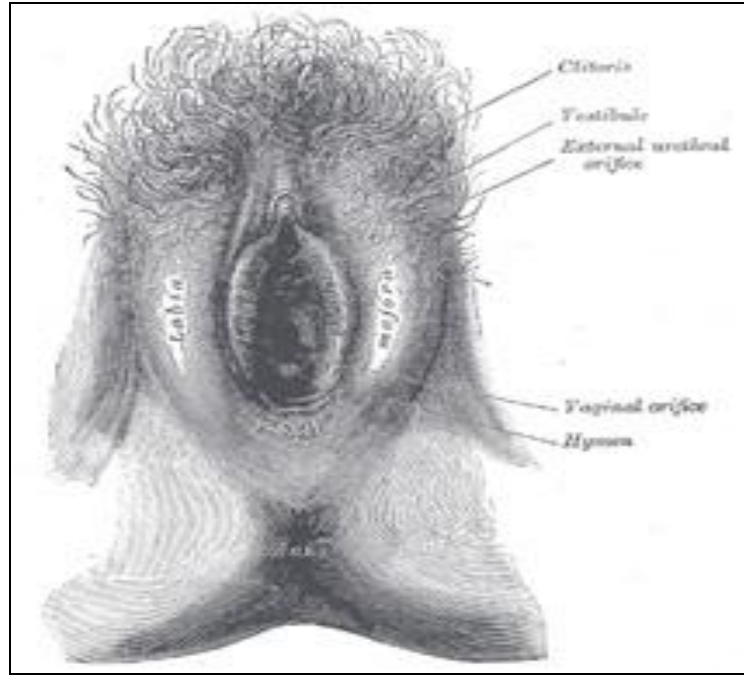
Sakral pleksusun dalı olan pudental sinirin postlabial ve perineal dalları ile innervasyonu sağlanır. Kanlanmaya baktığımızda dış genital organlar internal pudental arterin dalları, internal iliak arterin dalları ve femoral arterin dalı olan eksternal pudental arter ile kanlanır. Ven sistemi ise cinsel ilişki sırasında ve daha büyük oranda gebelik süresince dilate olan venöz pleksuslardan oluşur. Venler büyük çoğunlukla arterlere eşlik eder. Klitoristen kanı toplayan venler, vajinal ve vezikal venöz pleksuslarla birleşmektedir.

2.1.1.5. Vestibulum vagina (interlabial boşluk): labium minuslar arasında bulunan yarıktır. Önde klitoris arkada frenulum vardır. Bu boşluğa büyük vestibüler glandlar, üretral ve vajinal orifisler açılır. Vestibüler glandlar cinsel uyarıda kayganlaştırıcı sıvı salgılar. Ostium vaginanın vestibulum vaginaya açıldığı yerde bakirelerde ince mukozal bir zarla kaplıdır. Genellikle ilk koitus sırasında yırtılır ve birkaç parçaya ayrılır.

Kadın erektil yapılarını klitoris ve vestibüler bulbus oluşturur. Clitoris erkekteki penisin homologudur erektil doku içerir ve kanla dolunca genişler. İki crus, iki corpus cavernosum ve bir glansı vardır. Fakat corpus spongiosum yoktur (17,24).

Klitorisin kanlanması; Ana arter iliohipogastrik pudental yataktan gelir. Klitorisin innervasyonu; Klitoris birçok sinir ucu içerir. Dokunma, basınç ve sıcaklık duyularına oldukça duyarlıdır. Sempatikler T11-L2, parasempatikler S2-4'den gelir. Somatik duyuşal siniri pudental sinir içinde devam etmektedir.

Vestibüler bulbus, vajinal orifisin her iki yanında labia minora derisinin hemen altında bulunan yaklaşık 3'er cm.lik yapılardır. Her iki bulbus, perineal membranın inferior yüzeyine yapışmıştır ve bulbokavernoz kasla örtülüdür. Bu kaslar, erektil vestibüler bulbusa venöz kaynak oluşturulmasında yardımcı olur. Cinsel arzu sırasında kanla dolar, vajinanın girişini daraltır ve cinsel ilişki sırasında penisi sıkar. Bulbus vestibuli penisteki korpus spongiyozumun karşılığıdır (17).



Şekil 2: Kadın Dış Genital Organları (97)

2.1.2. İç genital organlar

İç genital organlar vajina, uterus, uterin tüpler ve overlerden oluşur. Fakat cinsel anatomi içinde vajina ve uterus incelenmektedir.

2.1.2.1. Vagina: Orta hatta yerleşmiş , ince duvarlı, hafifçe kavis yapan, düz bir musküler borudur. Vestibulum vagina ile cervix uteri arasında uzanır. Ostium vagina denilen bir delikle vestibulum vaginaya açılır. Cervix in portio vaginalisi vagina içine doğru girer ve vaginanın en üst kısmı ile araların fornix vaginae denilen çıkmazlar oluşur . fornix posterior peritonun en derin noktası olan douglas çıkmazına komşuluğu nedeniyle klinikte son derece önemlidir.

Vagina ön ve arka duvarı normalde birbiriyle temas halindedir. Vagina 2/3 üst kısmıyla 1/3 alt kısmının birleştiği yerde m. levator ani nin traksiyonu nedeniyle yaklaşık 120 derecelik bir açılanma yapmaktadır (24).

Vagina alt 1/3 kısmı lateralde m. levator ani, önde urethra, arkada da perineal cisimcikle komşu olup bu yapılara luschka lifleri vasıtasıyla kaynaşmaktadır.

Vagina nın iç yüzünü çok katlı yassı epitel örter. Salgı bezi içermez. Vagina nın ıslaklığı cervix uteriden gelen uterus salgısı sağlar. Bu salgı dökülmüş epitelyum

hücreleri , uterus salgısında bulunan fermentler ve bakteriler içerir ve asit karakterdedir. Dolayısıyla vajen ortamı enfeksiyonların gelişimine uygun bir ortam değildir (17,24,18).

Müsküler tabaka, kan damarlarının yoğun şekilde infiltre ettiği ve cinsel ilişki sırasında gevşemeye izin veren düz kaslardan oluşmaktadır. Vajen çok sayıda ruga denen mukozal katlantılar içerir ve bu yapılar fazlaca genişlemeye imkân sağlarken cinsel ilişkide de sürtünmeye bağlı uyarılmayı artırır. En yüksek erotik duyarlılığa sahip olan anterior vajinal duvar, posterior duvara göre daha yoğun bir innervasyona sahiptir ve distal bölgede proksimale göre daha fazla sayıda sinir lifi bulunmaktadır.

Vajenin kanlanması uzunluğu boyunca yoğun anastomotik ağ içerir ve üst kısmı uterin arterden, orta kısmı hipogastrik arterden, distal kısmı orta hemoroidal ve klitoral arterden kanlanmaktadır.

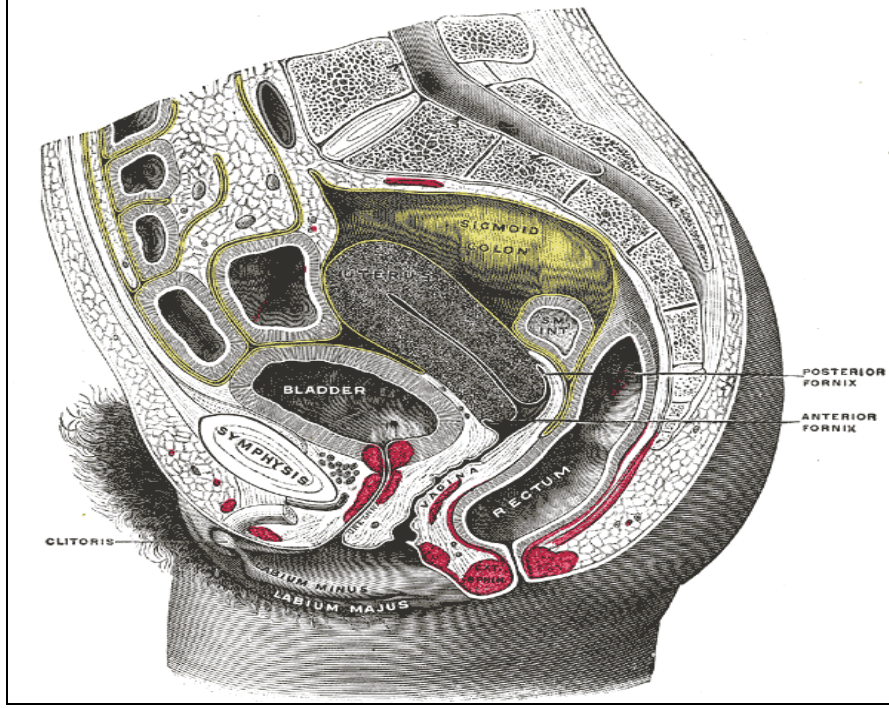
Vajenin innervasyonu: otonomik sinirleri hipogastrik pleksustan (sempatik, T11-L1, n.Hipogastrikus) ve pelvik pleksustan (parasempatik, S2-4, n.Pelvikus). Somatik siniri n. Pudendalis, hem bulbokavernoz ve iskiokavernoz kasları innerve eder hem de perineal bölgeye duyuşal lifler vermektedir (19,20).

2.1.2.1. Uterus: Alt bölümü serviksin oluşturduğu, armut biçiminde, mesane ve rektum arasına yerleşmiş müsküler bir organdır. Üstte Fallop tüpleri (yumurta kanalları) ile periton boşluğu, altta ise vajinal kanal yoluyla dış ortamla bağlantılıdır. Uterus boyutları değişkenlik gösterir: Doğum yapmamış kadınlarda ortalama 7-8 cm uzunluğunda ve 4 cm genişliğinde iken multipar kadınlarda bu boyutlar sırasıyla ortalama 9 ve 6 cm dir. Uterus dıştan seroza tabakasını oluşturan periton ile kaplıdır. Seroza tabakasının altında düz kaslardan oluşan müsküler tabaka (miyometriyum) yer almaktadır. Miyometriyumun altında ise stroma adı verilen, gevşek bağ dokusu ve hücrelerle çevrili tübüler salgı bezlerinden oluşan endometriyum tabakası vardır. Endometriyum, bazal ve fonksiyonel tabaka olmak üzere iki katmandan oluşur. Fonksiyonel tabaka, over hormonlarının (östrojen ve progesteron) etkisiyle değişime uğrar. Bu değişim, puberteden menopoza kadar sürer. Normalde yaklaşık 28 günde bir görülen menstrüasyon, endometriyal değişikliğin en belirgin özelliğidir (19,20).

Cinsel uyarılmada uterin ve servikal glandlar sekresyonları ile vaginal kayganlaşmaya katkıda bulunur.

Uterusun kanlanması internal iliak arterden dallanan ve üreteri çaprazlayarak uterusu ulaşan uterin arter ile sağlanır. Uterusun ven sistemini arterlere eşlik eden uterin

ve ovariyen venler oluşturur.



Şekil 2: Kadın Dış Genital ve Pelvik Organlarının Sagital Görünümü (97)

2.1.3. Kadın genitalindeki diğer önemli yapılar

2.1.3.1. Perineum: Apışarası bölgesi uyluklar arasında kalan eşkenar dörtgen şeklinde bir sahadır. Litotomi pozisyonunda bakıldığında perine sınırları yukarıda ve önde symphysis pubis, ön yan sınır iskiopubis kolu ve tuber ischiadicum, arka yan sınır Lig. Sacrotuberale ve aşağıda ve arkada Coccyx tarafından oluşturulmaktadır.

Tuber ischiadum'lardan geçen bir hayali çizgi perineum'u ikiye böler; önde trigonum ürogenitale, arkada trigonum anale. Centrum tendum perinei bu hayali çizginin tam orta noktasında yer alır. Bir bağ dokusu yığıntısı olan bu yapı erkeklerde bulbus penis anüs arasında, kadınlarda vagina ile anüs arasında bulunur. Perine dört kısımda incelenir; cilt, ciltaltı dokusu, yüzeysel kompartman, derin kompartman (25,17).

2.1.3.2. Trigonum ürogenitale: Dış genital organları içerir. Ciltaltı dokusu (fasia superficialis) Karın ön duvarında olduğu gibi iki tabaka halindedir. Fasia superficialisin yüzeysel yaprağı(yağsı tabaka) karındaki Camper fasiaının devamı

şeklinde olup Cruveilhier fasiası yağ dokusundan zengin, düzensiz tabakalaşma gösteren ciltaltı dokusunun bir parçasıdır. Membranöz yaprağı Colles fasiası adını alır ve karındaki Scarpa fasiaları erkekte penis ve scrotum etrafında birleşir ve yağ dokusu içermez, tunica dartos olarak devam eder. Kadınlarda labium majus altında yağ dokusu içermektedir (24).

2.1.3.3. Yüzeysel kompartman (spatium perinei superficialis): Membrana perinei ile Colles fasiası arasındaki aralıktır.

İçerdiği yapılar; M.Transversus perinei superficialis, M.Bulbospongiosus, M. İschiocavernosus A. V. Pudenda interna'nın perineal dalları, N. Pudendus'un perineal dalları, Centrum tendineum perinei, Bulbus vestibuli(erkekte bulbus penis), GL.vestibularis majör(Bartholin bezi), Crus clitoridis (erkekte crus penis). M.transversus perinei superficialis ince şerit şeklinde bir kas olup tuber ischiadicum'dan başlar centrum tendium perinei'de sonlanır. Centrum tendium perinei'de sonlanır m. Sphincter ani externus, ve m. Bulbospongiosus un kas lifleriyle birleşir. Her iki tarafın kası birlikte kontraksiyon yaptığında centrum tendum perinei tespit eder.

M. Bulbospongiosus ostium vajinayı sarar ve bulus vestibuli'nin yüzeyini örter. Bulbus vestibuliyi ortaya çıkarabilmek için bu kasın kaldırılması gerekir. Bu kas centrum tendineum perinei'den başlar ve corpus clitoridis'te sonlanır. Vajinaya sfinkter görevi yapar ve clitoris'in ereksiyonuna yardım eder. Bulbus vestibuli ostium vagina' yı yandan çevreleyen bir çift erektil organdır. İki buçuk üç santim uzunluğunda olan bu yapıların ön uçları birleşir, arka uçları birbiriyle temas etmez.

Gl. Vestibularis majör bulbus vestibulinin arkasında bulunur. Bu bezin bezin iki santimetre uzunluğundaki kanalı labium minus ile hymen arasındaki oluğa (sulcus nymphohymenalis) açılır. Bezin fonksiyonu cinsel uyarı sırasında vajinanın ıslanmasını ve kayganlığını sağlamaktır. Bu sayede vajinayı sürtünmelerden korur. Bezin kanalı çeşitli nedenlere bağlı olarak tıkanabilir. Buna bağlı olarak bartholin bezi kisti ve abseleri gelişebilmektedir.

M. ischiocavernosus tuber ischiadicum'lar ve crus clitoridis'lerin serbest yüzlerinden başlar, crus clitoridis'in üst kısmında ve corpus clitoridiste sonlanır. Crus clitoridis'leri örter cruslar üzerine baskı yaparak venöz dönüşü önler ve ereksiyonu devam ettirir. Bu kas m. bulbospongiosus'la birlikte clitoris'i aşağıya doğru çeker.

Centrum tendineum perinei vaginanın alt kısmı perine derisi ve anüs arasında yerleşmiş sıkı bir bağ dokusu kitlesidir. Kadınlarda pelvis tabanının desteklenmesi açısından daha önemli bir yapı olup erkeklerden 2 kat daha büyüktür. Derin ve yüzeysel

perine aralıklarını örten fasiaların yoğunlaşmasıyla oluşmuştur. Centrum tendium perinei ile ilişkili yapılar şunlardır: M transversus perinei superficialis , M spongiosus, membrana perinei, M sphincter ani externus, M transversus perinei profundus. Bu yapılar centrum tendineum perine'yi kemik pelvise bağlar ve yerinde kalmasına yardımcı olmaktadır (25).

2.1.3.4. Derin kompartman (spatium perinei profundus): Bu aralık membrana perinei'nin derinindeki aralık olarak ifade edilmekte. İçerdiği yapılar: M transversus perinei profundus, M sphincter urethrae externus, A. V. Pudenda interna, N. Pudendus, N. Dorsalis clitoridis. Bu gün için m. transversus perinei profundus yerine üç farklı kastan bahsedilmektedir. Bunlardan m. sphincter urethrovaginalis ve m. compressor urethrae arkadan başlayıp m. sphincter urethra ile birlikte urethrayı komprese ederler.

2.1.3.5. Membrana perinei (perineal membran): Yüzeysel kompartman ile derin kompartman arasında bulunan üçgen şeklinde yoğun fibromusculer dokudan oluşmuş bir membrandır. Sadece trigonum urogenitale de bulunup trigonum analede yoktur ön kısmı kalınlaşarak lig. Transversum perineiyi yapar. Bu bağla ligamentum arcuatum pubis arasından v. Dorsalis clitoridis geçer. sağlam bir fascial yapı olan membrana perinei arkada corpus perineiyeye tutunur ve yanlardan her iki ramus ischiopucis arasında uzanır. Urethra ve vagina tarafından delinir. Derin perine aralığının üst sınırını yapar perineal cisimciği ve vagina yı kemik pelvise sabitleyerek pelvik organların prolapsuslarını önler (17,21).

2.1.3.6. Perine bölgesinin damarları ve sinirleri: A. pudenda interna ve a. Pudenda externa dir.

A. Pudenda interna A. İliaca interna nın dalıdır. For ishiadicum minus'tan , spina ischiadica çevresinde bir çengel yaparak geçer ve perine ye girer. Seyri boyunca n. Pudendus ile birlikte dir. Pudental kanalda, fossa ischionalis in lateral duvarında seyredir. Dalları: 1. A. rectalis inferior 2. A perinealis, 3. A. bulbi vestibuli, 4. A. Profunda clitoridis, 5. A. Dorsalis clitoridis

A. pudenda externe A. Femoralisten çıkar. Funiculus spermaticus veya lig. Rotundum'un üzerinden geçerek içe doğru seyredir ve pubis üzerindeki deri ve labium majusta dağılır.

N.pudendus A. Pudenda interna ile birlikte for. İschadicum majus tan , m. piriformis ve m. coccygeus kasları arasından geçerek pelvisi terk eder. Spina ischiadica yı çarpazlar ve for. İschadicum minus tan geçerek perine ye girer. Canalis pudendalis

(Alcock kanalı) içinde seyreder. Lateralden mediale doğru fossa ischionalisi kateder ve m. sphincter ani externusta sonlanır.

N. Perinealis pudendal kanalda seyreder. R. Profundus ve R. Süperficialis dallarına ayrılır. N.perinealis profundus tüm perineal kasları innerve eder. N. Perineails superficialis scrotum veya labia major u innerve eden rr. Labiales posreiores dallarını verir. N. Dorsalis clitoridis perineal membranı deler, lig. Suspensorium clitoridis in iki tabakası arasında ilerler. Clitoris te seyrederek deri , prepicium ve glansı innerve eder (17,21).

2.2. Cinsel İşlevin Fizyolojisi

İnsan cinselliği ile ilgili ilk kapsamlı araştırma Kinsey ve arkadaşları tarafından yayınlanmıştır. Bu araştırma 1938 ile 1952 yılları arasındaki, insanın cinsel davranış biçimleri ile ilgili istatistiklerin derlenmesinden oluşmaktadır. Kinsey ve arkadaşlarının çalışmalarını takiben W. H. Masters ve V.E. Johnson tarafından yürütülen ve 10 yılı aşkın bir araştırmanın ardından sonuçları ilk kez 1966 yılında “İnsanda Cinsel Davranış” adlı kitapta yayınlanan bir çalışma ise bugün bile insan cinsel fizyolojisi ile ilgili bilgilerimizin temelini oluşturmaktadır. Masters ve Johnson, insan cinselliğini ilk kez laboratuvar ortamında incelemiş, yüzlerce gönüllü kadın ve erkek denek üzerinde sürdürdükleri çalışmalarında, deneklerin cinsel uyarılara verdikleri yanıtları doğrudan gözleyerek ve nesnel ölçüm yöntemlerini kullanarak cinsel tepki sürecinin bütün evrelerini kaydetmektedir (26).

Kadın cinsel sağlığındaki gelişmeler erkek cinsel sağlığındaki gelişmeleri geriden takip etmektedir. Buna rağmen yapılan birçok epidemiyolojik çalışma kadın cinsel problem ve şikayetlerinin erkeklerden daha fazla olduğunu göstermektedir.

Masters ve Johnson (1966), fizyolojik özelliklere ve bireylerin kişisel bildirimlerine göre cinsel tepkiyi dört faza bölmüştür. Bu fazlar heyecanlanma, plato, orgazm ve rezolüsyondur (27).

Heyecanlanma fazı, vajinal mukazanın genişlemesiyle başlar ve bu da vajinal duvarların kalınlaşmasına ve vajinaya sıvı transüstasyonuna neden olur. Vajina geriye doğru genişler ve klitoris hızla kanla dolar. Vazokonjesyon ve genişleme, labia minörler, labia majörler, klitoris ve vajinayı da içeren vulvar yapılarda oluşur. Memelerde, memebaşı ereksiyonu ve vazokonjesyon nedeniyle hafif bir büyüme görülür. Musküler gerilim artmıştır, kalp hızı ve kan basıncı hafif olarak artmış olabilir.

Plato fazında, bu fizyolojik değişimler daha yoğun hale gelir. Labia minörler,

kanla dolar ve genişler, labial konjesyon en üst noktaya gelene kadar orgazmın oluşmadığı tahmin edilmektedir. Klitoris klitoral bölgenin altında rektrakte olur ve neredeyse görünürden kaybolur. Vajinadaki değişiklikler uzamaya neden olur ve dış üçte birlik kesimi kanla dolarak daralır. Deride kızarıklık genişler, kas geriliminde , kan basıncında ve kalp hızında artışlar olur.

Orgazmik fazda, fizyolojik ve psikolojik zevk doruk noktasına ulaşır. Bu noktada, en önemli değişiklik vajinanın dış üçte birlik kesiminde meydana gelir. Bu bölüm, 0,8 saniyelik aralıklarla ritmik olarak pek çok kez kasılmaktadır. Fundustan başlayarak servikse doğru uterusu kasılır. Diğer değişiklikler; kan basıncında, solunumda, kalp hızında, pelvik hareketlerde ve rektal sfinkterin istemsiz kasılmasında artış içerir (28).

Rezölüsyon fazında, pelvik ve vulvar konjesyonda yavaş bir kaybolma ve vulvar yapılarla memelerde normal boyuta dönüş olur.

Bu model çok yararlı olmasına rağmen, Levin cinsel arzunun psikolojik fazında dikkat çekmek amacıyla arzu fazından önce bir etki fazı gelmesi gerektiğini vurgulamaktadır. Bununla birlikte, bu şekilde erkeklerde ki modele benzerlik sağlanacaksa da, kadın cinsel arzusu hakkında çok az bilgi vardır ve kadın cinsel isteğinin nasıl aktif hale geldiği hakkında neredeyse hiç bilgi bulunmamaktadır (29).

Bu dört evre bugünkü bilgilerimiz ışığında da geçerli kabul edilmektedir. Ancak, cinsel işlev bozukluklarının sınıflandırılması ile ayırıcı tanı ve tedavi açısından asıl önemli olan evreler ise “uyarılma” ve “orgazm” evreleridir. “Plato” evresi, esas olarak fizyolojik açıdan “uyarılma” evresinin bir bölümü olarak kabul edilmektedir (26).

Seks terapisinin kurucularından biri olan Helen Singer Kaplan 1979’ yılında bu fazları değiştirmiştir ve ‘arzu’ kelimesini ekleyerek;

- a) Arzu
- b) Uyarılma
- c) Orgazm olmak üzere 3 faza ayırmıştır.

Bu sınıflama DSM–IV’de yer alan cinsel fonksiyon bozukluğu tanımına temel oluşturmuştur. Ancak 1998’de Amerikan Ürolojik Hastalıklar Kuruluşu (AFUD) tarafından

- a) Cinsel istek (sexual desire)
- b) Uyarılma (sexual arousal)
- c) Orgazm (orgasm)
- d) Çözülme (resolution) olarak yeniden sınıflandırılmıştır.

2.2.1. Birinci aşama: Cinsel istek (libido) fazı: Libido kelimesi Latince “libd” kelimesinden türetilmiştir. Freud libidoyu, “bilinçli bir aktivite boyunca genel cinsel enerjinin farkında olmak” şeklinde tanımlamıştır (30). Libido (cinsel istek); cinsel fanteziler ve cinsel aktiviteye karşı duyulan arzu ya da cinsel olmak için gerekli motivasyon ve eğilim şeklinde de tanımlanmaktadır (31).

Kadında cinsel yanıt, cinsel istek ile başlar. Cinsel istek çok düşük seviyelerden fanteziler gibi oldukça yüksek derecelere kadar geniş bir aralıkta olabilir. Beklentilerden ya da geçmiş deneyimlerden gelen cinsel düşünce ya da his nörolojik yollardan uyanma mekanizmasına yardım eder. İstek; cinsel uyum, tercihler, psikolojik durum ve çevre tarafından etkilenmektedir (32).

2.2.2. İkinci aşama: Cinsel uyarılma (heyecanlanma): Uyanış fazı, parasempatik sinir sistemi ile oluşturulur. Bu faz, erotik duygular ve vajinal lubrikasyonun oluşmasıyla karakterizedir. Cinsel yanıtın varlığı ilk olarak vajinal lubrikasyonun görülmesiyle başlar ve bu durum, cinsel uyarıcı algılandıktan sonraki 10 - 30 saniye içinde aktive olmaktadır (31,32,33). Lubrikasyon artmış olan vazokonjesyon sonucu vajinal duvardan sızan transüda karakterindeki mukoid sıvı ile oluşur. Lubrikasyon olayının parasempatik sinirlerin etkisi ile arteriolar dilatasyon sonucu gerçekleştiği ifade edilmektedir. Bunun sonucunda kalp ve solunum sayısı artarak kan basıncında yükselme meydana gelir. Aynı zamanda uterus pelviste yükselmeye başlar. Nullipar kadınlarda labia majör incelirken multipar kadınlarda tersi olup şişer. Labia minör hem nulliparlarda hem de multiparlarda şişer. Klitoris boyu ve çapı büyür. Yapısı erkek penisine benzerdir ancak iç taraftaki parçası orantısal olarak çok daha büyüktür ve üç kat daha yüksek hassasiyete sahiptir.

Bu dönemde kadınlarda taşikardi, hızlı nefes alma, kan basıncında artma, genel bir ısınma hissi, göğüslerde gerginlik, myotoni, göğüs uçlarında ereksiyon ve deride renklenme gözlenir. Yaklaşık olarak kadınların % 75'i bu uyarılmayı yaşamaktadır (19,34,32).

2.2.3. Üçüncü aşama: Orgazm fazı: Orgazm Yunanca “şehvetli heyecan “ anlamına gelen “orgasmus“ sözcüğünden türemiştir. Kadın orgazmı hakkında birçok yazar yorum yapmış ve tanımlamıştır. Levin(1992) çeşitli yazarlar tarafından yapılmış 13 tanımı listelemiştir.(46) Daha sonra Mah ve Binik (2001) bu tanımlara yenilerini

eklemişlerdir ve bu tanımları 3 gruba ayırmaktadır;

1. Biyolojik açıdan ele alındığı tanımlar
2. Psikolojik açıdan ele alındığı tanımlar
3. Hem biyolojik hem psikolojik açıdan alınan tanımlar (35,36).

Orgazm evresi; evreler arasında süre açısından en kısa ancak cinsel haz açısından en yoğun evredir. Bu evre erkekte ejakülasyon, kadında ise perine ve vajina etrafındaki kaslar ile vazokonjesyon sonucu büyüyen dokuların ritmik refleks kasılmaları ile karakterizedir. Genel bir tanımla kadında orgazm, sonucunda bir mutluluk ve tatmin hissini vererek cinsel olarak indüklenen vazokonjesyonu çözen sıklıkla uterus ve anüs kontraksiyonları ve myotoni ile birlikte vajinayı saran pelvik çizgili kasların istemsiz, ritmik kontraksiyonlarının eşlik ettiği bilinç düzeyini değiştiren değişken, geçici ve en yüksek sınırdaki yoğun bir zevk duyma halidir.

Orgazm sempatik sinir sistemi tarafından oluşturulan miyotik bir cevaptır. Sempatik sinir sistemi bu aşamanın özelliği olan klonik kasılmaları kontrol eder. Vajinanın, anal sfinkterin ve uterusun çevresindeki kaslar, kadının orgazm olmaya başladığını hissetmesinden 2 - 4 saniye sonra başlayarak kasılır. Bu kasılmalar 3 – 15 titrişimlik bir sayıda 0,8 saniye aralığında ortaya çıkar. Heyecan gibi orgazm da uyarının yeterli süre ve şiddetle gerçekleştiği zaman elde edilebilen bir tepkimedir (31,32,33). Genital bölge dışında da kalp atışında, kan basıncında (20 – 40 mmHg artışı) ve solunum sayısında artış ortaya çıkmaktadır (37). Yüz kasılmaları dahil olmak üzere kas gruplarındaki spazmlar yaygındır. Orgazm 3 -25 saniye sürer ve bilinç hafif bir şekilde bulanıktır. Orgazm sırasında klitoriste bir değişiklik gözlenmemektedir (31,32,33). Ejekülasyon ise tartışmalıdır.

Orgazm ile birlikte, kan akımı, solunum sayısı, serum prolaktin, vazopresin, oksitosin, adrenalın seviyeleri artmaktadır. Özellikle prolaktin orgazm ile birlikte artmakta ve 60 dk yüksek kalabilmektedir. Yapılan insan ve hayvan çalışmalarında orgazmın spinal kord tarafından yönetildiği ve orgazma ulaşmak için sakral spinal kord iletilisinin sağlam olması gerektiği gösterilmektedir.

Orgazm süresi ile ilgili Bohlen, Held, Sanderson ve Ahlgren 11 nülipar denekte orgazm sırasında oluşan vajinal müsküler kontraksiyonları, orgazm süresi bakımından büyük farklılık gösteren üç tipe ayırmaktadır. (38):

- a) Düzenli, ritmik kontraksiyonları olanlar (ortalama süresi 13 sn)
- b) Önce düzenli sonra düzensiz olanlar (ortalama süresi 50,6 sn)
- c) Düzensiz ritmik kontraksiyonları olanlar (ortalama 24,4 sn)

Erkekler ve kadınlar arasındaki orgazmda farklılıklar mevcuttur:

* Erkeklerden farklı olarak kadınlar kısa zaman aralıklarıyla çoklu orgazm yaşayabilirler,

* Kadınlar uzun süre etkili olabilen orgazmı yaşayabilirler (buna “status/extend orgasm” denir.

* Pelvik kas kasılmalarında kaydedilmiş farklılıklar vardır. Spesifik olarak erkeklerde bulunan bölünmüş ritmik patern kadınlarda görülmez.

* Erkeklerde, bir kere başladıktan sonra, cinsel stimulasyon dursa bile orgazm gerçekleşir. Ancak kadınlarda klitoral ya da vajinal orgazm ortasında stimulasyon durursa, orgazm da durur.

* Orgazm kadında klitoris ve vajinada; yoğunluk kazanır. Kadında memelerde, labiumlarda, klitoriste ve uterusda bu evreye özgü değişiklikler görülmez.

Masters ve Johnson kırk yıllık gözlemleri ve tarifleri sonucu orgazmda görülen değişiklikleri üçe ayırmıştır:

1. Yaklaşan orgazmı gösterenler
2. Gerçek orgazm esnasında meydana gelenler
3. Orgazm gerçekleştiğini gösterenler

1.Orgazm öncesi belirtiler

Labia minörde renk değişikliği,

2. Orgazm süresince oluşan belirtiler

Vajinal ritmik kontraksiyonlar,

Uterin kontraksiyonlar,

Anal sfinkter kontraksiyonları,

3.Orgazm olduğunu gösterilen belirtiler

Areola konjestiyonu,

Artmış post orgazmik vajinal nabız amplitüdü,

Artmış plazma prolaktin düzeyi,

2.2.4. Dördüncü aşama: Çözülme (resolüsyon) fazı: Dördüncü ve son aşama olan çözülme, tüm genital ve ekstragenital değişikliklerin uyarı öncesi durumuna dönmesidir. Kanın genital bölgeden çekilmesi ve cinse gerilimin aniden boşalması ile gerçekleşir ve bütün vücudu dinlenme konumuna getirir (31,32). Terleme vardır. Bu aşamada hiperventilasyon ve taşikardi devam edebilir. Tam uterus inişi, klitoris ve vajenin normale dönüşü ile labiumun dekonjesyonu yaklaşık 5 – 10 dakika sürmektedir

(31,32).

2.3. Gebelikte Görülen Fizyolojik Değişiklikler

Gebelik, erkek üreme hücresi spermatazoon ve dişi üreme hücresi oositin birleşerek zigot adı verilen yeni bir organizma oluşturmasıyla yani döllenme (fertilizasyon) ile başlamaktadır. Döllenmeden itibaren 266 gün veya düzenli adet gören kadınlarda, son adet ilk gününden hesaplandığında 280 gün veya 40 hafta olan gebelik süresi, bebeğin gelişim dönemelerine göre farklı isimlerle adlandırılmaktadır. Gebeliğin başlangıcı ile 8. hafta arası embriyonik dönem olarak isimlendirilirken, 3. ayın başından doğuma kadar süren ve bebeğin bedeninin büyümesi, doku ve organların olgunlaşması ile karakterize süreç ise fetal dönem olarak adlandırılmaktadır. Ayrıca gebelik süreci üçer aylık periyodlara bölünerek ilk üç aylık dönem (0-12 haftalar arası) "1. trimester", 2. üç aylık dönem (13-25 hafta arası) "2. trimester", 3. üç aylık dönem (26 - 40 haftalar arası) ise "3. trimester" olarak adlandırılmaktadır (39).

Annede gebelik sırasında implantasyonla başlayıp doğuma kadar devam eden vucuttaki tüm sistemleri kapsayan anatomik, biyokimyasal, fizyolojik ve psikolojik değişiklikler olur. Bu değişikliklerin başlıca 3 hedefi vardır. Bu hedefler;

1. Anneyi doğuma hazırlamak
2. Annede fetüsün ihtiyaçlarını karşılayacak değişiklikler yapmak
3. Fetüsü doğuma kadar beslemek, barındırmak ve korumaktır

Tüm bu değişiklikler plasentadan salgılanan gonodotropin, östrojen, progesteron, somatotropin ve diğer hormonlar tarafından kontrol edilir Bu değişiklikler sonucu gelişen bulgu ve belirtiler tamamen fizyolojiktir, hastalıklarla karıştırılmamalıdır. Annenin gebeliğe uyum süreci aynı zamanda kapsamlı bir sağlık taramasıdır. Bu dönemi sorunsuz geçiren bir kadın bir süre sağlıklı yaşamaya devam edecektir denilebilir. Diğer taraftan annede mevcut hastalık gebeliğe bağlı fizyolojik değişiklikler nedeniyle ağırlaşabilir. Meydana gelen fizyolojik değişiklikler doğumdan sonraki 6-8 hafta sonunda gebelik öncesi döneme dönmektedir (17).

Gebelik süresince annenin gebeliğe uyum sağlayabilmesi için tüm vücut sistemlerinde gebelik belirtilerinin yanısıra bir takım değişiklikler oluşmaktadır. Döllenme ile başlayan ve gebelik süresince solunum sistemi, üriner sistem, kardiyovasküler sistem, sindirim sistemi, kas iskelet sistemi ve metabolik sistemde devam eden bu değişiklikler gebe kadında birden fazla rahatsızlığın yaşanmasına yol açar ve bu rahatsızlıkların çoğu doğumdan sonra kaybolmaktadır (17).

2.3.1. Genital sistem organlarındaki değişiklikler: Gebelik sırasında en belirgin değişiklikler genital sistemde gözlenir. Uterus en fazla değişikliğe uğrayan organdır.

2.3.1.1. Uterustaki değişiklikler: Uterus gebe olmayan kadında 60-70 g ağırlığında tepesi aşağıya bakan üçgen şeklinde iç hacmi 10 ml olan kas tabakasından zengin bir organdır. Gebelik sırasında fetüs, plasenta, amnion sıvısı ve zarların büyümesine paralel olarak uterusun hacmi, kanlanması artar, kas tabakası hipertrofi ve hiperplaziye uğrar, bu değişiklikler sonucu şekli ilk 3 ayda küre, son 3 ayda ise boylamasına oval hal alır. (17)

Uterusun hacmi 10 ml'den doğuma yakın dönemde 5 l'ye bazen 20 l'ye kadar ulaşabilir. Termde ağırlığı 1100 g olur. Uterus pelvis sol tarafta rectosigmoid kolonun bulunması sebebiyle büyüdükçe sağ tarafa döner (dekstrotasyon). Bu büyüme döneminde round ve broad ligamanlar gerilir ağrı ve hassasiyete sebep olur (40)

Üterin kan akımı %80'i plasental yatağa, %10-15 endometriyuma ve %5'inden azı miyometriyuma gider. Plasental yataktaki bu düşük basınçlı, yüksek debili kan akımı fetüs için gerekli maddelerin geçişini kolaylaştırır. Miyometriyum kontraksiyonları üterin kan akımını azaltır. (41)

2.3.1.1. Serviksteki değişiklikler: Gebelik boyunca servikste damarlanma artar bunedenle serviks erken gebelik döneminden itibaren mor renkli görülür (Chadwick belirtisi)

2.3.1.1. Vagendeki değişiklikler: Gebelikte vagen damarlanması artar, vagen mukozası kalınlaşır ve papilleri genişler. Düz kas dokusu hipertrofiye olur. Vagen koyu kırmızı-mor renkli görülür (Chadwick belirtisi). Vagen Ph'sı düşer (3.5-6). Vaginal servikal salgılar artarak, beyaz mukoid bir akıntıya neden olur (17).

2.3.1.1. Overlerdeki değişiklikler: Overlerde ovulasyon durur. Damarlanma artmıştır. Tek bir korpus luteum saptanır. Korpus luteum gebeliğin ilk 7 haftası boyunca progesteron salgılar. 7-9 haftalarda plasenta ile ortak progesteron salgılar. Relaksin gebelik boyunca korpus luteumdan salgılanır (17).

2.4. Endokrin Sistem ve Cinsel Davranış

Kadınlarrın cinsel davranışında üç steroid hormon yer alır: östradiol (E2) ve östron (E1) gibi ilgili östrojenler; progesteron gibi progistinler testosteron (T), dihidrotestosteron (DHT), androstenedion ve dehidroepiandrostedion'u (DHEA) da

içeren bir grup androjenler (80). Menstrüel siklus sırasındaki plasma E2 düzeyleriyle insan cinsel tepkisinin ilişkisine yönelik pek çok çalışma yapılmıştır. Cinsel tatmin ve ilişki sıklığı E2 düzeyi ile ilgili değildir. Bu bulgulara rağmen Persky östradiolün psikoendokrin çalışmalarındaki tek belirleyici olmadığına dikkat çekmiştir. Östrojenler, etkilerini adrenal androjen üretiminin stimülasyonu ile gösterebilir. Östrojene devam eden postmenapozal kadınlar da , daha yüksek pregnenolon (DHEA prekürsörü), DHEA ve DHEA sülfat düzeyleri saptandı (80). Östrojen kortizol bağlayan globülin üretimini stimüle eder. Bu da, kortikosteroid ve adrenal androjen üretimini artırır. Normal kadınlarda olduğu gibi cerrahi olarak kastre edilmiş kadınlarda da cinsel davranış , östrojen düzeylerinin siklik değişiminden anlamlı olarak etkilemez. Bununla birlikte, postmenapozal kadınlar arasında iyi olduğunu hissetme, östrojen alımıyla ilişkilidir.

İkinci grup kadın gonadal hormonları, olan progestinler üzerinde de pek çok araştırma yapılmıştır fakat bunların cinsel davranışla ilgisi yoktur. Pek çok kadın da menstürüel siklusun premenstrüel fazında rahatsızlık duygularının meydana geldiğinin gözlemlenmesiyle progesteronun fiziksel ve psikolojik olarak hoş olmayan duygulara neden olabileceği hipotezi ortaya atılmıştır. Persky ve iş arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada, progesteronun östroidole oranı ve depresif ruh hali arasında pozitif korelasyon olduğu bulunmaktadır (80). Östrodiol ve progesteronun, Merkezi Sinir Sistemi (MSS) inde bir reseptör için yarışma olasılığı vardır, bu oran en yüksekte olduğunda negatif etkilerin olması mümkündür. Genel olarak cinsel davranış ve progesteronun ilişkisi üzerine yapılmış çok az araştırma bulunmaktadır (80).

Kadın cinsel fonksiyonunda androjenlerin rolü ve dahası, CFB için eksojen androjenlerin kullanımı gittikçe daha çok ilgi odağı olmaktadır. Kadınlarda 1-androjen düzeyleri yaşla azalmaktadır. 2- androjen düzeyindeki azalma cinsel ilgideki azalmayla ilişkilidir ve 3-androjen replasmanı düzelmiş cinsel fonksiyonla ilişkilidir. Androjen replasmanı yapılmasının MSS mekanizması bilinmemektedir. Kadınlarda androjen replasmanının etkisi, nörofizyolojik ilişkilerini değerlendirme amacıyla testosteronun östrojene dönüşümünü engelleyen stratejileri kullanan kontrollü çalışmalar yapılmaktadır.

Genel olarak kadın cinsel fonksiyon fizyolojisini düzenleyen temel hormonlar olan östrojen ve androjenlerin kan seviyelerinin azaldığı durumlarda CFB meydana gelir. Bunların dışında cinsel fonksiyonu etkileyen endokrin hastalıklarda mevcuttur.

Hipertroidi ve hipotroidisi olan kadın hastalarda cinsel fonksiyonu araştıran

literatür son yıllara kadar yoktu. Son zamanlarda yapılan bir çalışmada tiroid hastalığı olan 48 kadın incelenmiş (30 hipotiroidik, 18 hipertiroidi) ve bu olguların cinsel fonksiyonu FSFI ile değerlendirilmektedir.

Sonuçlara göre tiroid hastalığı olan kadınlarda lubrikasyon azlığı, orgazm bozukluğu, koitus dışında ve sırasında genital ağrının olduğu tespit edilirken depresyon prevalansıda yüksek bulunmuştur (35).

Hiperprolaktinemi; hipotalamohipofizer aksın en sık rastlanan endokrin bozukluğudur ve kadınlarda sık görülür. Cinsel fonksiyonu ve motivasyonu, üreme fonksiyonunu etkiler. Yükselen prolaktin GnRH'ın pulsatil salınımını inhibe etmektedir. Çalışmalara baktığımızda Hulter ve arkadaşları hipotalamohipofizer hastalığı olan 48 kadında cinsel fonksiyonu araştırmışlar ve hastaların % 79'unda libidoda azalma, % 64,6'sında lubrikasyon bozukluğu ve % 68'inde orgazm patolojileri tespit etmektedir (26).

Bir başka çalışmada ise 109 hasta incelenmiş ve % 62,4'ünde libido azalması tespit edilmiştir. Libido azalması hiperprolaktinemili olgularda % 84,1 iken serum seviyesi normal olan hastalarda % 32,6 olarak bildirilmektedir.

Prolaktin seviyesi yüksek olan hemodializ hastalarında ve antipsikotik ve nöroleptik ilaçları kullananlarda libido azalır ve anorgazmi oluşmaktadır. Mastogiaco ve arkadaşları, 99 hemodiyaliz hastasında cinsel ilişki sıklığının ve orgazm bozukluğunun aynı yaştaki kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşük olduğunu göstermektedir (46).

Depresyon tedavisinde kullanılan selektif seratonin reuptake inhibitörleri (SSRI) de prolaktin seviyesini yükseltmektedir.

Diabetes meilituslu hastalarda nöropati, vasküler bozukluklar, azalmış libido ve buna bağlı psikolojik sorunlar, uyarılma bozukluğu, vajinal lubrikasyonda azalma, orgazm patolojileri ve ağrılı cinsel ilişki sıkça rastlanan sorunlardır. En sık görülen cinsel sorun azalmış cinsel uyarı ve yetersiz vajinal lubrikasyondur. Patofizyolojisi henüz tam bilinmemekle birlikte Tip II DM'li hastalarda cinsel fonksiyon bozukluğu daha sık görülmektedir. Enzlin ve arkadaşları Tip II DM'da CFBa sıkça rastlanıldığı halde Tip I DM'de aynı oranı bulmamışlardır (47). Buna benzer bir çalışmayı Schiel ve arkadaşları tarafında yapılmış ve kadın hastalarda CFB Tip I'de % 18 iken Tip II hastalarda % 42 olarak tespit edilmektedir (48).

Erol ve arkadaşları Tip II DM'li kadın hastalarda cinsel fonksiyon prevalansını araştırmışlar ve DM'li hastalarda esas yakınmanın azalmış libido olduğunu ve bu oranın

da %77 olduğunu göstermişlerdir. Azalmış klitoral duyu % 62,5, vaginal kuruluk % 37,5 ve orgazm bozukluğu % 49 oranında bildirilmektedir (49).

2.5. Gebelikte Psikolojik Uyum

İnsanoğlu neslini devam ettirebilmek için erkek ve kadın çiftinin cinsel birleşmesine muhtaçtır. Bu birleşme sonucunda oluşan gebelik, son adet tarihinin ilk gününden itibaren doğuma kadar olan ortalama 280 günlük süreyi kapsar. Gebelik, fertilizasyon aşamasıyla başlayan, plasenta farklılaşması, embrio, fetus oluşum ve gelişimiyle devam eden ve doğum evresiyle sonlanan bir süreçtir (50).

Gebelik adı verilen bu zaman diliminde, birçok fiziksel ve fizyolojik değişikliğin yanısıra psikolojik ve sosyal değişikliklerin de yaşandığı görülür. Aslında meydana gelen değişimler birbiriyle iç içe olup çiftlerin birlikteliklerini algılamalarında, gebelik hakkında duygu ve düşüncelerinin oluşumunda etkili olmaktadır. Buna bağlı olarak eşlerin birlikteliğinde bulunan aşk, sevgi, arkadaşlık, evlilik doyumu ve cinsel doyum gibi alanların olumlu veya olumsuz etkilenebileceği düşünülebilir. Diğer yandan gebe kadının gebeliği hakkındaki duygu ve düşüncelerinin nasıl etkilendiğini geniş bir spektrum içinde değerlendirmek gerekir. Bazı kadınlar gebe kalmayı eğlence ve kendilerine verilmiş bir hediye olarak görürken bazıları ise özerkliğini tehdit eden, dönüşü olmayan ve sorumluluk alınmasını gerektiren bir durum olarak görmektedir. Sonuç olarak, her bir değişim yeni bir uyum gerektirdiği için gebelikteki değişimler de gebe kadın ve partneri için psikolojik uyum gerektirmektedir (7, 51, 52).

Williams, gebelikte psikolojik uyumu etkileyen dört faktör üzerinde durmuştur.

1. Vücut hacminin, ağırlığının ve şeklinin etkilenmesi (özellikle gebeliğin son trimestrinde): Gebe kadın vücut ölçüleriyle o ana kadar olan kendi değerliliğine ilişkin hissedışı, cinsel çekiciliğini ve feminen yapısını kaybetmiştir.

2. Bu dönemin geçiş dönemi özellikleri sergilemesi: Gebelik, adaptasyon gerektiren ve henüz öğrenilmemiş sorunları içeren gelişimsel bir krizdir. Bunlarla baş etmeyi sağlayacak çözüm yollarının öğrenilmesi gerekmektedir.

3. Gebeliğin, kadının evliliğine ve diğer ilişkilerine olan etkileri: Örneğin bebek bakımı endişeleri, eşinin ihtiyaçlarını karşılayamama ve eşini kaybetme korkusu, gebeliğin kadın için rol değişimini dayatıyor olması.

4. Anne adayının erken çocukluk dönemindeki anne-çocuk ilişkisine ait psikodinamik çatışmaların uyarılması (53).

Bu faktörlerden anlaşılacağı gibi gebelikteki psikolojik uyum, gebe kadının

içinde bulunduğu ve ilişkide olduğu tüm alanlardan etkilenir. Ancak gebelik her zaman gebe kadının ve partnerinin yapacağı psikolojik uyumla sonuçlanmayabilir. Bu süreçte çiftlerin baş etme becerileri de son derece önemlidir. Baş etme becerilerinin eksikliği durumunda da gebelik, kriz riskini içinde taşımaktadır (50, 51). Dolayısıyla gebelik, bir taraftan anne adayını ve partneri için psikolojik uyumla giden bir süreç olurken, aynı zamanda stresli ve psikiyatrik hastalıkların ortaya çıkabileceği bir durumu başlatabilmektedir (54).

Gebelik dönemi bazılarında kadının yaşamında yeni ve değişik rollere uyumu gerektiren bir kriz dönemi olarak da algılanmaktadır. Yaşanan bu kriz dönemi gelişimi sağlayabileceği gibi uyum güçlüğü yaratan bir sorun haline de gelebilmektedir (55).

Gebelik ve doğum fizyolojik bir süreç olmasına karşın, kadın vücudu için önemli bir yük ve stres oluşturmaktadır. Gebelik süresince anne organ faaliyetleri, fetüsün emrine girmekte ve vücuttaki tüm kaynaklar fetüs için kullanılmaktadır. Fizyolojik açıdan gebeliği yaşayan kişi kadın olmasına rağmen, gebe kadının çevresindeki yakın bireyler de bu olaydan etkilenmektedir.

Annenin yaşadığı duygusal ve fizyolojik sorunların yanı sıra, ebeveynliğe geçiş döneminde aile de bir kriz dönemi yaşamaktadır. Aile sistemi değişmekte, bunun yanında aile ilişkileri ve rollerinde de bazı değişimler meydana gelmektedir. Aileye yeni bir üyenin katılması ile ailenin alışmış olduğu düzen değişmekte, bebeğin bakımı aile fertlerinin öncelikli görevleri haline gelebilmektedir (55).

Gebelik döneminde ve gebelik sonrası dönemde kadınların normal yaşantılarını dengeli ve uyumlu bir şekilde sürdürebilmeleri ve annelik rolünün gereklerini yerine getirebilmeleri için kişisel ve sosyal uyumlarının yeterli düzeyde olması gerekmektedir. Tüm dünyada olduğu gibi, ülkemizde de kadınlar gebelik döneminde bazı uyum problemleri yaşayabilmektedirler. Bu uyum sorunları bazen kadın tarafından yakın çevreye davranışlarla yansıtılmakta bazen ise bastırılarak içe atılmaktadır. Fark edilemeyen bu uyum sorunları kadının eşi, akrabaları ve yakın çevresindeki arkadaşları ile olan iletişimini ve yaşam düzenini bozmakta, hatta annenin sosyal uyumunu ve bebeğe verilen bakım kalitesini olumsuz olarak etkileyebilmektedir (56).

Gebe kadınların arzuladıkları desteğin, algıladıkları destekten fazla olduğu, eşlerinin, verdiği fiziksel ve duygusal desteğin, hamile kadınların annelerinin verdiği fiziksel ve duygusal destekten daha önemli olarak değerlendirdikleri, hamileliğin anne adayını için, baba adayına kıyasla daha stresli bir dönem olarak algılandığı belirlenmiştir (56).

Kadın bu süreç boyunca yoğun fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişimler yaşamaktadır. Anne yaşadığı fiziksel, psikolojik, sosyal ve kişisel streslerle etkili bir şekilde baş edemediğinde gebelik, doğum ve ebeveyn olma gibi eylemler anne için gelişimsel ve durumsal bir kriz niteliği taşıyabilmektedir. Anne adayları gebelik süresince günlük yaşamlarının altüst olduğunu hissetmekte, özellikle bazı kısıtlamalara ve fiziksel değişimlere uyum sağlamak zorunda kalmaktadır (57).

Gebelik karşısındaki tepkiler, bireyin anılarına, korkularına, sosyal ve ekonomik çevre koşullarına, isteklerine bağlı olarak değişmektedir. Gebelik ve gebelik sonrası duygu durum bozuklukları, çok sayıda yeni anneyi etkilemektedir. Duygu durum bozuklukları sık karşılaşılan obstetrik yan etkilerden biri olarak görülmektedir. Doğurganlık dönemi, kadınlarda depresyonun başlaması açısından yüksek riskli bir dönemdir. Ayrıca hemen hemen hiç bir yaşam olayı, gebelik ve doğumun neden olduğu nöroendokrin ve psikososyal değişikliklerle kıyaslanamamaktadır. Gebelik döneminde yaşanan tüm olaylar kadın ruh sağlığını etkilemektedir. Gebelik dönemindeki kaygı ve depresyon, doğum sonrasında gelişecek olan depresyonun göstergesi olabilmektedir. Bireyler gebelik döneminde, fiziksel ve duygusal olarak etkilenmekte, gebeliğin getirdiği rollere uyum göstermek konusunda zorlanmalar yaşayabilmektedirler. (58)

Gebeliğin ilk üç ayında gebeliğini kabullenen ve güven duygusu içinde olan gebelerdeki uyum süreci olumlu gelişmektedir. Gebelikten hoşlanma, mutluluk duyma, fiziksel rahatsızlıkları iyi tolere etme, kendisi ve ailesinin gebelik ve doğumla baş edebileceği, özgüven ve umut duygusu kadının gebeliği kabullendiğini gösteren belirtilerdir. Hamile kadınlar, gebeliklerinin ikinci üç ayında tamamen fetüsü koruma duyguları ile hareket etmektedirler. Gebe kadın tamamen kendine ve bebeğine dönük yaşadığı için kendisine hayran ve içe dönük olarak tanımlanır. Son üç ayda kendine dönüklük devam eder. Duygusal dalgalanmalar olur. Gebeliği ile gurur duyar fakat aynı zamanda doğum ile ilgili korku ve endişeleri vardır. Fiziksel ve ruhsal destek için başkalarına özellikle eşine bağımlılık artar. Daha duyarlı hale gelir. Bebeğini kaybedeceği ya da ona zarar verebileceği duygularını yaşar. Çelişkili ve birbiriyle çatışan(ambivalan) duyguları vardır. Gebelikten nefret eder, bebeği ister, fakat doğumdan korkar. Görüldüğü gibi gebeliğin başlangıcından itibaren kadın farklı duygulanımlar yaşamakta, bu duygusal dalgalanmaları ve kararsızlıkları da eşi ve yakın çevresine aktarmaktadır.

Kadının gebeliğe psikososyal tepkisi ve uyumu geçen her trimesterde başarması gereken farklı gelişimsel görevler çerçevesinde değerlendirilmektedir. Kadının tüm

trimesterlerde başarması gereken gelişimsel görevleri ve bazı genel tepkileri vardır. Bunlar (59):

2.5.1. Birinci Trimester: Bu dönemde kadının başarması gereken gelişimsel görev gebeliğin kabul edilmesidir. Kadının yaşadığı duygusal ve davranışsal değişimler ise şunlardır.

2.5.1.1. Belirsizlik: İlk haftalarda kadın gebe olup olmadığını anlamak ve doğrulamak için çaba harcar. Kadın ya gebelik belirtilerini doğrulamak için istekli ya da bu olasılıktan dolayı endişelidir.

2.5.1.2. Ambivalan duygular: Gebelik tanısı kesin olarak koyulduktan sonra hemen hemen tüm kadınlar ambivalan (çelişkili) duygular yaşar. Bu duyguların nedeni, gebelikle birlikte yaşamda meydana gelebilecek büyük değişimler, doğum ve çocuk büyütme ile ilgili ekonomik güçlükler, ev problemleri, iş yaşamına etkisi, hazır olmama duygusu ve yaşanan fiziksel rahatsızlıklardır (60).

Bebek anomalili doğarsa çocuğunu istemez ve kendini şiddetle suçlar. Gebelikte hissettiği ambivalans duygular nedeni ile bebeğin anomalili olduğuna inanır (61).

"Primer odak olarak 'benlik'". İlk trimester boyunca kadının ilgisi kendi üzerindedir. Fiziksel değişimler ve hormon seviyesi duygusal dalgalanmalara neden olabilir. Kadının eşi ve ailesi bu değişimlere önceden hazırlanmalıdır.

2.5.1.3. İçe Kapanma / Pasiflik: Anne adayının gösterdiği karakteristik davranış değişiklikleri içe dönük olma ve pasif görünmesidir. Dışa dönük aktif kadın önceki aktiviteleri ile daha az ilgilenebilir ve dinlenmeye, yalnız kalmaya gereksinimi artabilir.

2.5.1.4. Duygusal Dalgalanmalar: Gebelik boyunca çoğu kadının duyguları, duygusal dalgalanmaları ile karakterizedir. Gebelikte öfke patlaması, sevinç, neşe, gözyaşı v.b. duygusal dalgalanmalar sık olarak görülür. Bu davranışların nedeni cinsel endişeler, doğum sırasındaki acıdan korkma ya da gebelikteki hormonal değişiklikler, eş ve anne ile olan ilişkiler, kültürel tutumlar, anneliğe hazırlanma ile ilgili olabilir (141).

2.5.2. İkinci Trimester: Kadının başarması gereken gelişimsel görev, bir önceki trimesterde onun için gerçek olmayan fetüsü ayrı bir varlık olarak algılayıp kabul etmektir. Bu dönemin davranışsal ve duygusal değişimleri şöyledir;

2.5.2.1. Gebeliğin fiziksel olarak doğrulanması: Kadın bu dönemde bebeğin hareketlerini hisseder. Bu hareket önemli bir olaydır, çünkü uterus içinde bir yaşamın geliştiğini doğrular. Kadın artık bebeği vücudunun bir parçası olarak değil, kendisine bağımlı olmasına rağmen kendisinden ayrı bir varlık olarak algılar (62).

2.5.2.2. Primer odak olarak 'bebek: Kadın bu dönemde bebeğe odaklanır. Genellikle kendisini iyi hisseder ve sağlıklı bebek dünyaya getirebilmek için yapması gerekenleri düşünür. Yaratıcı bir enerji ve memnuniyet duygusu vardır.

2.5.2.3. Narsizm ve içe dönme: Bebeği koruma yetenekleri hakkında endişelenirler. Bu endişe sıklıkla narsizm ve içe dönme şeklinde kendini gösterir. Kıyafetleri, yediği besinler ve yaşadığı çevre öncesine göre daha önemlidir, çevresel olayları bebeğin sağlığını etkileme durumuna göre değerlendirirler ve bu nedenle bazı kadınlar işlerine ve çevresindeki diğer bireylere daha az ilgi gösterirler (62).

2.5.2.4. Beden imajı: Kadınlar bedenlerinde olan hızlı ve yoğun değişimi çoğunlukla olumlu karşılarlar. Bebeğin büyüdüğünü gösterdiği için kadın ve eşinde gurur yaratır. Ancak bazı kadınlarda bu değişimler olumsuz bir beden imgesi yaratabilir. (63).

Fox ve arkadaşlarının 1997 yılında yaptıkları bir araştırmaya göre, gebelikten önce normal kiloda olan kadınların, gebelikte birlikte daha olumsuz bir beden imajını , kilolu olan kadınların ise, daha olumlu beden imajını algıladıkları görülmüştür (64).

Gebelik her ne kadar bir gelişim, büyüme olayı olsa da, hem kadın hem de erkek için duygusal karmaşanın yaşandığı bir dönemdir. Gebe kadının hızlı fizyolojik ve duygusal değişimini anlamayan eş, gebe kadının karışık duyguları ile şaşkına dönebilirler. Yapıcı konuşmalar ve tartışmalar, çiftin ilişkisini güçlendirir. Erkek gebelik süresince eşini güzel, çekici bulur ve iletişim kurarsa, kadının beden imajı olumlu yönde etkilenir, eşi olumsuz tepkiler verir ya da cinsel yönden ilgisiz kalırsa kadının beden imajı olumsuz olarak etkilenir (61).

2.5.3. Üçüncü Trimester: Kadın, bu dönemdeki gelişimsel görevleri, annelik rolünü algılamaya başlaması ve "bir anne olacağım" diyebilmesidir. Annelik rolünü kazanma doğumdan sonra da devam eden bir süreçtir. Kadının bu dönemde gösterdiği duygusal ve davranışsal değişimler şöyle sıralanabilir.

2.5.3.1. Duyarlılık: Kadın daha duyarlı hale gelir. Bebeğini kaybedeceği ya da ona zarar vereceği duygusunu yaşar ve bu nedenle kendine çok dikkat eder.

2.5.3.2. Bağımlılığın artması: Gebeliğin son aylarında kadın fiziksel ve duygusal destek için başkalarına özellikle eşine bağımlı olmaya başlar. Bağımlılık belirtileri kişiden kişiye değişebilir. Gebe kadın eşine her an ulaşabileceğinden emin olmak için onu telefon ile sık sık arayabilir ve kendisi söylemese de eşinin bu duygularını anlamasını bekler.

2.5.3.3. Doğum korkuları: Kadınların çoğunun doğum zamanını belirleyememe, hastaneye yetişememe ve doğum sürecinde geçireceği yaşantılara ilişkin korkuları vardır. İlk gebeliği olanlarda bilinmeyen korkusu vardır. Bir ve daha fazla çocuğu olanlar ise bir şeylerin yanlış gideceğinden korkarlar. Ayrıca doğum ağrılarından, doğum esnasında bebeğin ve kendisinin yaşamının sonlanmasından ya da duygusal ve fiziksel olarak kontrol kaybı yaşamaktan korkabilirler (65).

2.6. Gebelikte Cinsel Yaşam ve İhtiyaçlar

2.6.1. Gebelikte cinsel yaşam : Kadınlarda cinsel problemlere sık rastlanır ve bunların ruh halinde, kendine güvende, yaşam kalitesiyle kişilerarası ilişkilerde derin etkileri vardır. ABD'nin Ulusal Sağlık ve Sosyal Yaşam Anketine göre (National Health and Social Life Survey = NHSL) kadınların üçte biri cinsel ilgi yokluğu bildirmektedir ve neredeyse her dört kadından biri orgazm deneyimi yaşamamaktadır. Kadınların yaklaşık % 20 si lubrikasyon zorlukları bildirmektedir ve aynı orandaki kadın da seksüel zevk verici bulmamaktadır. Pek çok kadın için CFB, fiziksel olarak rahatsız edici, psikolojik olarak stres verici ve sosyal olarak yıkıcıdır (10).

Kadın cinselliği anatomik, psikolojik, fizyolojik, tıbbi ve sosyal bileşenleri olan multifaktöryel bir durumdur (66). Cinsellik; kişinin cinsel organlarının fonksiyonlarını, sahip olduğu cinsel fonksiyonları algılamasını, cinsel ifadelerini ve tercihlerini içerir. Bireyin yaşantısının biyolojik, psikolojik, kişilerarası ve davranışsal olarak önemli bir yönü olan cinsellik; yaşa, cinsiyete, kişisel tutumlara, örf ve adetlere dayanarak her birey tarafından farklı şekilde tanımlanmaktadır (67).

Cinsel yaşam, doğumdan sonra cinsel dürtülerin gelişerek cinsel isteğe dönüşmesi sonucu başlar. Ancak, cinsel isteğin gelişmesinde erkeğin ve kadının birbirlerine duydukları ilgi, sevgi ve çevrenin önemli bir rolü vardır. İnsanlık tarihi boyunca, cinsel yaşamı denetlemek, sınırlamak, yönlendirmek ve yüceltmek için evlilik kurumlaşmış ve toplumun en küçük birimi olan aile oluşmuştur. Böylece cinsel yaşam özellikle evliliğin önemli öğelerinden biri haline gelmektedir (68).

Cinsel sağlık; cinsel açıdan bedensel, duygusal ve toplumsal tam bir iyilik hali olup, kadın-erkek, genç-yaşlı bütün insanlar için temel bir haktır. Cinsel davranış ve cinsel sağlığı etkileyen faktörler, bireyin genetik yapısı, psikoseksüel gelişimi, geçmiş cinsel deneyimleri, toplumsal değer yargıları, cinsiyete özgü rol ve beklentileri, cinsel

inancıları, geçirilen hastalık ve ameliyatlardır (69). Cinsellik hem hastalıkta hem de sağlıkta insanın kişisel açıdan temel gereksinimidir (31).

Kadında cinsel yaşam puberte ile başlayıp hayatının sonuna kadar devam edebilen fizyolojik bir olaydır. Kadında cinsel yaşamı etkileyen önemli dönemler bulunmaktadır. Bunlar gebelik, menapoz, doğum kontrol yönteminin kullanıldığı dönem ve hastalık dönemlerini içerir (70). Bizim amacımız, gebe kadınların gebelik dönemindeki cinsel ilişki ile ilgili görüşlerinin neler olduğunu ve cinsel yaşamlarının nasıl etkilendiğini tanımlamaktır.

Çiftlerin cinsel yaşamı gebelik ve doğum sonu dönemde meydana gelen bedensel ve psikolojik değişiklikler nedeniyle etkilenebilmektedir. Bu değişiklikler gebeliğin her trimesterinde görülebilmektedir. Gebelik süreci ilerledikçe, cinsel ilgi ve aktivite genellikle azalmaktadır. Partnerle yaşanan ilişkideki değişiklikler, ebeveynlik, cinsel aktiviteyle ilgili inançlar, gebelik döneminde cinsel aktivitelerle ilgili kuşklar ve vücut görünümünde olan değişimlerden kaynaklanan endişeler hamilelik döneminde cinsel istek azalmasına neden olabilmektedir (31).

Gebeliğin birinci trimesterinde çiftler cinsellik konusunda çoğunlukla karmaşık düşünceler içindedir. Yeni duruma alışma sürecinde çiftler bir taraftan bulantı, kusma gibi gebeliğe ait problemlerle karşılaşırken, diğer taraftan cinsel yaşamlarındaki bu yeni durumu, cinsel partnerin özelliklerini kabullenme sürecine girerler. İkinci trimesterde, çiftler gebeliği kabullenme sürecini tamamlarlar. Bulantı ve kusmalar azalır ve cinsel yaşamda biraz daha düzelme ve normalleşme görülür. Üçüncü trimesterde, ilerlemiş gebelik nedeniyle genel olarak cinsel fonksiyonlarda gerileme görülür. 9. ayda çiftlerde belirgin olarak cinsel ilişkiden kaçınma gözlenmektedir. 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, plasenta previa vs. gibi faktörler cinsel ilişkiden kaçınma için bu dönemdeki temel faktörlerdir (31).

Bebeğin doğumuyla birlikte birlikte kadının yaşamında, onun cinsel gereksinimlerini değiştirecek ve ilişkilerini etkileyecek birçok sosyal, emosyonel ve fiziksel sosyal değişiklik ortaya çıkmaktadır. Olsson, Lundqvist, Faxelid ve Nissen'in (2005) yaptığı bir çalışmada kadınların doğum sonrası cinsel yaşam deneyimlerine ilişkin düşüncelerinin bazıları şunlardır:

•Memelerdeki ve vajinadaki fiziksel değişiklikler nedeni ile kendini daha az çekici hissetme,

•Vajinal ve perineal yırtıklar nedeni ile sonraki cinsel yaşamları konusunda endişe duyma,

•Fiziksel değişiklikleri kabul etmede güçlük, bunların kalıcı olmasından endişe duyma,

•Emzirmeye başlama ile birlikte memeleri cinsellikle ilgili görmeme, memelerin bu iki farklı fonksiyonunu bütünleştirmede zorlanma

•Yorgunluk, bebek bakımı nedeniyle zaman bulamama, önceliklerin değişmesi,

•Boş zaman bulduğunda uyumayı, dinlenmeyi cinsel ilişkiye tercih etme,

•Cinsel ilişki sırasında bebeğin varlığının rahatsız edici etkisi,

• Bazı kadınlar ise olumlu bir deneyim olarak,doğum sonrasında vücudunu daha iyi tanıdığını, kaslarını daha kolay belirleyebildiğini ve cinsel doyuma daha kolay nasıl ulaşabileceğini öğrendiğini ifade etmektedir (71).

Aşırı yorgunluk gibi fiziksel faktörler, karın bölgesinin büyümesi ve belirli cinsel pozisyonlarda yaşanan rahatsızlıklar ya da doğumdan ve epizyotomiden kaynaklanan travmalarla ilgili vajinal rahatsızlıklar doğrudan olarak bu dönemdeki cinsel birleşme sıklığının azalmasına neden olabilmektedir (31).

Postpartum dönemde yaygın olarak karşılaşılan sorunlardan biri de disparoni'dir. Postpartum dönemde cinsel ilişkiye başlama, kültürel-dini faktörler, annenin yaşı, emzirme, etnik köken ve doğum sürecinde ortaya çıkan laserasyonlara bağlı gelişebilen disparoniden etkilenmektedir. Ülkemizde cinsel ilişkiye postpartum 40. günden sonra başlanması önerilmektedir. Ancak perine bölgesindeki doğum sürecinde oluşan laserasyonlara bağlı disparoni, ilişkiye başlama zamanını belirlemede temel etken olabilmektedir (72).

Gebelik döneminde gebenin vücudunda ve psikolojisinde yaşadığı değişiklikler gebenin cinselliğini etkilemektedir. Bu dönemde gebe kadın, ya bu değişikliklere uyum göstererek, onlarla baş eder ve cinsel yaşamına devam eder ya da cinsel sorunlarla karşı karşıya kalır. Yapılan çalışmalar, gebelik ve doğumun cinsel problemlerin ortaya çıkmasına neden olduğunu gösterilmektedir (7).

Kadınlar için cinsellik; arzu edilebilir olma, çocuk doğurma yeteneği ve beden imajını kapsamalarının yanı sıra emosyonel, entelektüel ve sosyokültürel bileşenleri de içine alan geniş bir kavramdır. Cinselliği doğrudan ya da dolaylı olarak etkileyen gebelik gibi fizyolojik durumlar cinsel işlevi bozabilmekte ve dolayısıyla da bireylerde fiziksel, ruhsal ve sosyal sorunlara neden olabilmektedir (73).

Gebelik döneminde meydana gelen fiziksel ve duygusal değişimler kadının

günlük, iş ve cinsel yaşamını etkiler. Gebelik döneminde cinsel ilişkinin devamı, bir yandan eşler arasındaki uyumu artırırken diğer yandan duygusal bağlarını güçlendirir. Evlilik ilişkisinin ve cinsel hayatın devamlılığı için de gereklidir (6).

Gebelik döneminde cinsel ilişki yaşamının uterin akti-viteyi artırarak kontraksiyonları başlatabileceği, abortus veya preterm eylem gibi sorunlara neden olabileceği, cinsel ilişkinin fetüste mekanik stres yaratabileceği ve bu nedenle bebeğin zarar görebileceği şeklinde düşünceler mevcuttur. Yapılan çalışmalar cinsel ilişki ile perinatal mortalite arasında kesin bir ilişkiyi net olarak göstermemekle birlikte modern tıp bilimi birkaç tıbbi durum dışında gebelikte cinselliği kısıtlamamaktadır (8, 9).

Mills ve arkadaşları (1981) cinsel ilişkinin bebeğin sağlığını tehdit etmediğini gösterirken, Sydow (1999)'da sağlıklı bir gebelikte doğuma kadar olan sürede cinsel ilişkiyi etkileyecek herhangi bir neden olmadığını açıklamaktadır (13, 14, 68).

Çalışmalarda ispatlanmamasına rağmen birçok eş bebeğe zarar geleceği düşüncesi ile cinsel aktiviteden uzaklaşmakta ve cinsel birliktelik yaşayıp yaşamama konusunda çelişki yaşamaktadır. Yapılan çalışmalar aylara göre ilişki sıklığında önemli oranda azalma bildirmekte ve eşlerin cinsel aktiviteden uzak durmayı tercih ettikleri görüşünü doğrulamaktadır (13, 14, 16).

2.6.2. Gebelikte Cinsel İhtiyaçlar :

Hamileliğin her trimesteri cinsellikte, değişiklikler gerektirir. Her trimesterde, gebenin ihtiyaçları ve aylardaki değişiklikler için bilgilendirilmelidir. Cinsel ilişkiyi güçlendirmek için gebe daha çok bilgilendirilmeli ki cinsel ihtiyaçlarını karşılamada zorluk çekmesin.

Her trimesterdeki fiziksel değişiklikler cinsel ilişkide değişikliklere yol açmaktadır. Hamilelik, değişimi tanımak, için bir zaman dilimidir. Cinsel aktiviteler ve davranışlar, kültürel yapı ve kişisel mahremiyetlerden etkilenebilmektedir.

Cinsel eğitimi sağlarken, kişinin kültürel yapısı dikkate alınmalıdır. Bazı kadınlar cinselliği konuşmanın hoş olmadığını düşünürken bazıları kendilerinin ihtiyacı olduğunu söylemektedir. Kadının endişelerini konu alırken, kullandığımız dil, ölçülü olmalıdır. Kültürel veya dini sebeplerle kadının cinsel ilişkideki rolü aktif veya pasif olabilmektedir (74).

Birinci Trimester: Birinci trimester gebeler, cinsel ilgi ve alakayı gösteren semptomlar sergileyebilmektedir. Gebelik endişesi, değişen yaşam şekli ve roller ve fiziksel semptomlar (bulantı-kusma-yorgunluk) cinsel arzu ve istekte azalma ile

sonuçlanabilmektedir. Gebe kadınlar ilişkiden sonra kramp, bel ağrısı ve göğüslerde gerginlikten şikayet edebilmektedir. Bu semptomlar karı - kocaya, cinsel paylaşımın hamilelikte emniyetli olmadığına inanmalarına yol açabilmektedir. Gebelerin eşleri bu inançları ve endişeleri dağıtmalı ki bir risk olmadığı eşlerini inandırmalı ki ilişkiye izin almalı (75).

Gebelerin cinsel sorumluluğunda bilgi dağarcıkları önemli rol oynamaktadır. Hamilelikte pelvik bölgede kan toplanması, artmış vaginal akıntılar, hormonal dalgalanmalar, abdominal büyüme, meme değişiklikleri olmaktadır. Bu değişimler gebelikte ve postpartum dönemde cinsel ilgiyi olumlu yönde etkileyebilmektedir. Gebe kadınların cinsel arzularının değişik olabileceğini eşi açıklamalıdır.

İkinci Trimester: İkinci trimester genel olarak iyi hissedilen haldedir. Cinsel ilginin artması ile sonuçlanır. Çiftler, kadının içe dönük ruh haline sahip olabileceği konusunda ve pasif olmasının gerektiği konusunda uyarılmalı. Büyümüş olan karın ve fetal hareketlere olan ilginin artması cinsel ilgiyi azaltarak disparoniye sebep olabilmektedir. Erkek, fetusa zara vermekten korkabilir, kadındaki fiziksel değişikliklerden olumsuz olarak etkilenebilmektedir. Çiftler fizyolojik ve duygusal etkilere odaklanabilmektedir. Özel ilgi, bilgilendirme, iletişim ve anlayışla üstesinden gelinebilir. Gebe kadınlarda gözlenen değişken duygulanmalar çiftin ilişkisini olumsuz etkileyebilmektedir. Rahat cinsellik, düşük stress ve anksiyete için değişik pozisyonlar denenebilir (75).

Üriner enfeksiyon, vagen giriş ile ilgili problemler, vaginit, abdominal basınç, penisin servikse teması, disparoniye yol açan nedenlerdendir. Kegel egzersizleri, pelvic kasılma perine kaslarını güçlendirmek suretiyle vazokonjesyondan kaynaklanan rahatsızlığı azaltabilmektedir.

İkinci trimesterdeki düşüklükler, preterm travay belirtileri, plesenta previa veya başka kanama problemleri olanlarda cinsellik ilk planda tutulmamalıdır. Cinsel pratikte değişik aktiviteler olmalı fakat çok yakınlaşmamalı, değişik duygular içinde olsalar bile sınırlarını bilmelidirler (76, 155).

Üçüncü Trimester: Bazı gebelerde 3. trimesterde cinsel ilgileri artar. Orgazmdaki artışı, cinsel bölgelerde artmış basınç ve kan artışına bağlanmaktadır. Gebe kadınların bir kısmı ise ilk orgazmlarını gebelikte tanımlamaktadır (74, 77).

Bu dönemde çoğu kadın kendini işe yaramaz ve eşlerinin ilgisini kaybettiğini düşünmektedir ve söylemektedir. Cinsel birleşme ağırlı olabilmektedir. Meme ucuna dokunmak, cinsel deneme ve orgazm, uterus kontraksiyonlarını arttırabilmektedir.

Büyüyen fetus pelvis alt bölgesine basınç oluşturarak panik girşim için rahat bir ortamı engelleyebilmektedir. Erkeklerdeki yaygın olan bir inanışa sonuçta o bir annedir. Anne kavramı, onunla ilişkiye girmek istemesinde bir isteksizlik, ve zarar vermeme duygusunu oluşturmaktadır (74, 76, 78).

Çiftler arasında 2. trimesterdeki pozisyonlar tekrar değerlendirilip denenebilir. Cinsel birleşmenin sıklığının azalması ağrıyı arttırabilir. Fetus 3. bir kişi imiş gibi hissedilip cinsel birleşmeyi aksatabilir (75). Pematür travay öyküsü olan kadınlar son 6-8 haftada cinselliğe son vermelidirler. Çünkü orgazma bağlı uterus kontraksiyonları travayı tetikleyebilir.

Gebelik komplikasyonları olmayan çiftler; amnion membran rüptüre olup, travay başlayana kadar cinsel birleşme sağlayabilirler. Günü geçmiş bayanlar dikkat etmelidirler çünkü semendeki yoğun prostaglandin travayı tetikleyebilmektedir (76).

Cinsel eğitim ve bilgi hamileliği pozitif olarak etkilemektedir. Gebelikte gebenin eşi ve kendisi ne istiyorsa, nasıl diliyorsa, bir plan içinde uygulamalıdır. Hamile çiftler, bir doktora, veya bu alnda eğitimli kişilere duygu ve düşüncelerini paylaşmalı ve yardım almalıdır. Cinsellik yaşamım temel bir ögesi olup gebelikte ve çocuk büyötmekle de ikinci plana düşmemelidir (79).

3. HASTA ve YÖNTEM

Çalışmamıza Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine, K.Maraş sağlık il müdürlüğüne bağlı 2 sağlık ocağına ve K.Maraş Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi kadın doğum polikliniğine başvuran toplam 207 gebe kadın alındı. Çalışma prospektif olarak yapıldı.

Bu çalışma ya dahil edilen iki sağlık ocağı sosyoekonomik ve kültürel farklılıkların etkisini ortaya koyabilmek için bir merkeze bağlı sağlık ocağı ile gecekondü bölgesinde bulunan diğer bir sağlık ocağı rastgele seçilmiştir.

Çalışmaya dahil edilme kriterleri 18-49 yaş arlığında olması, 8 hafta ve üzerinde gebe olması, bilgilendirildikten sonra çalışmayı kabul eden gebeler. Öznelerin çalışmaya dâhil edilmeme kriterleri; bilgilendirildikten sonra çalışmayı kabul etmeyen hastalar, bekar olan hastalar. Öznelerin çalışmadan çıkarılma kriterleri; gebe kadının sonradan nörojenik veya sistemik hastalığının oluşması ve çalışmadan ayrılmak istemesi.

Araştırma ve uygulama yapılacak yerler belirlendikten sonra verilerin toplanması aşamasına geçilmiştir. Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından geliştirilen 11 soruluk anket formu (Ek-2) ile 19 sorudan oluşan FSFI (Kadın Cinsel İşlev Ölçeği) (Ek-1) kullanılmıştır (87, 90). u indeks ile gebenin son 4 haftadaki cinsel fonksiyon durumu sorgulanmaktadır.

Çalışmamıza katılan gönüllü deneklere yaş, eğitim durumu, eşinin eğitim durumu, eşinin cinse sorunu, evlilik süresi, gebelik haftası, gebelik sayısı, doğum sayısı, doğum şekli, kullandığı ilaçlar daha önce geçirdiği operasyonları sorgulandı.

Tüm gebe kadınlardan çalışma başlangıcında sözlü olarak onam alındı. Cinsel istek, uyarılma, lubrikasyon, orgazm, memnuniyet, ağrı parametrelerini içeren 19 sorudan oluşan FSFI anketi uygulanarak gebenin son dört haftadaki cinsel fonksiyon durumu sorgulandı. FSFI skorlaması yapıldı. FSFI skorlamasına göre her soruya verilen cevaplar puanlandırıldı ve kat sayısı ile çarpılarak hesaplandı (Tablo 1) Araştırmada en yüksek puan 36, en düşük puan 2 olup Cut off değeri = 26 olarak alındı, 26 nın altında puan alan gebelerde cinsel fonksiyon bozukluğu olduğu kabul edildi (87, 90)

Tablo 1 FSFI alt gurup ve tam skala Puanları

	Sorular	Puan aralığı	Faktör	Minimum Puan	Maksimum Puan
İstek	1, 2	1 - 5	0.6	1.2	6.0
Uyarılma	3, 4, 5, 6	0 - 5	0.3	0	6.0
Lubrikasyon	7, 8, 9, 10	0 - 5	0.3	0	6.0
Orgazm	11, 12, 13	0 - 5	0.4	0	6.0
Memnuniyet	14, 15, 16	0- 5	0.4	0.8	6.0
Ağrı	17, 18, 19	0 - 5	0.4	0	6.0
Tam Puan Aralığı				2.0	36.0

Araştırmadan elde edilen veriler, bilgisayar ortamında SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 15.0 paket programı kullanılarak gerekli istatistiksel analizler yapıldı. Gruplar arası farkı değerlendirmek için student t-test kullanıldı (157). İki'den fazla alt grubu olan değişkenlerin cinsel fonksiyon puanları yönünden karşılaştırılmalarında tek yönlü varyans analizi (ANOVA) yapıldı. Bu test sonucunda gruplar arasında fark bulunduğunda farklılığın hangi ikili gruplardan kaynaklandığını ortaya çıkarmak içinde Scheffe testi uygulanmıştır (158). ($p < 0.05$ anlamlı olarak kabul edildi).

Bu derecelendirmede FSFI puanı düşük olan grupta CFB görülme oranı en yüksek, FSFI puanı yüksek olan grupta ise CFB görülme oranı en düşük olarak değerlendirilmektedir. Kısaca ters bir ilişki vardır. Puan düştükçe CFB görülme oranı yükselmektedir.

Soru formları katılımcılara verilmeden önce araştırmacı kendini tanıtmış (Adı, soyadı, çalıştığı kurum), araştırmanın amacı ve süresi konusunda bilgi vermiş (Ek-3), sözlü onaylarını almıştır. Katılımcılara gönüllü olacağı ve isterlerse çalışmadan ayrılacakları söylenmiştir. Katılımcılara soru formuna isimlerinin yazılmayacağı, bilgilerin güvenli bir şekilde saklanacağı ve yalnızca araştırma amacıyla kullanılacağı konusunda güvence verilmiştir. Katılımcılara evlerinde veya müracat ettikleri sağlık kuruluşlarında ulaşılmış ve formlar araştırmacı ve ebeler tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile doldurulmuştur. Formlar doldurulurken gebenin rahatlığı için tek başına olmasına

dikkat edilmiştir.

18- 49 yaş grubu gebelerde cinsel fonksiyonun bazı sosyodemografik faktörlerle ilişkisinin araştırıldığı bu çalışma, bazı sınırlılıkları da beraberinde getirmiştir. Araştırmanın sınırlılıkları arasında, gebelerin gözlem yapmadan, soruların doğrudan yönetilmesi, hastanın ek nörojenik veya sistemik hastalığının olması ve araştırmaya sadece kadınların alınmış, olması ve eşlerinin dahil edilmemiş olması bulunmaktadır.

Araştırmanın bağımsız değişkenleri; soru formundaki demografik özellikleri gösteren sorular; yaş, eğitim durumu, eşnin eğitim durumu, evlilik süresi, çocuk sayısı, doğum şekli, gebelik haftası, eşinin cinsel sorunu, geçirdiği ameliyatlar ve kullandığı ilaçlardır.

Araştırmanın bağımlı değişkenleri is çalışmada kullandığımız araştırmacı tarafından geliştirilen anket formu ve FSFI anket soruları ve bu soruların puan toplamlarından oluşan FSFI puanıdır.

4. BULGULAR

Bu çalışmada; gebeliğin kadın seksüel fonksiyonuna etkisi araştırmak için 18–49 yaş grubunda olan 207 gebe kadınla görüşülmüştür. Toplanan veriler sonucunda, kadınların ve eşlerinin bazı sosyo-demografik özellikleri incelenerek tablo 2’de gösterilmiştir.

Tablo 2 Gebelerin Bazı Sosyodemografik Özelliklerine Göre Gebelerin Dağılımı (n:207)

Özellikler	Sosyodemografik Özelliklerin Dağılımı	
	sayı	%
Eğitim Durumu		
Okur Yazar Olmayan	23	11,1
İlköğretim	146	70,5
Lise	25	12,1
Üniversite	13	6,3
Yaş		
≤ 20	29	14,0
21-25	69	33,4
26-30	52	25,1
31-35	32	15,5
≥ 36	25	12,1
Evlilik yılı		
1-5	114	55,0
6-10	51	24,6
11-15	21	10,2
≥ 16	21	10,2
Doğum Şekli		
Doğum yok	65	31,4
NVY	89	43,0
C/S	53	25,6
Parite		
Nullipar	65	31,4
Primipar	57	27,5
Multipar	85	41,1
Trimestir		
1. Trimestir	54	26,1
2. Trimestir	72	34,8
3. Trimestir	81	39,1

Tablo 2’de katılımcılara ilişkin tanıtıcı özellikler verilmiştir. Katılımcıların yaşları 15 ile 44 arasında değişmekte olup, yaş ortalaması $27.0048 \pm 5,9923$ dır.

Gebeler yaş aralığına göre incelendiğinde; Gebelerin % 14,0'ü 20 yaş ve altı grubunda, % 33,4'ü 21-25 yaş grubunda ve % 12,1'i 36 yaş ve üzerinde olduğu görülmektedir.

Gebelerin eğitim düzeyine göre dağılımları incelendiğinde ise en çok ilköğretim mezunlarının olduğu (% 70,5) saptandı. Eğitim düzeyi en az olanların üniversite mezunları (% 6,3) olduğu belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan gebelerin % 55'i 1-5 yıl aralığında, %10,2 sinin ise 16 yıl ve üzeri bir süredir evli olduğu belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan gebelerin % 31,4'ü daha önce hiç doğum yapmadığı, % 27,5'inin daha önce bir kez doğum yaptığı (primipar) ve % 41,1'i nin ise birden fazla doğum yaptığı (multipar) tespit edildi. Gebelerin doğum yapma şekli incelendiğinde, vaginal-müdahaleli doğum %43,0 ile birinci sırada yer aldığı görüldü. Gebelerin %31,4 ünün hiç doğum yapmadığı, % 25,6'sının ise C/S ile doğum yaptığı belirlendi.

Araştırmaya katılan gebeler trimestirlere göre gruplandırıldığında %26,1'inin birinci trimesterde, %34,8'inin ikinci trimestirde, %39,1'inin ise üçüncü trimestirde olduğu saptandı.

Tablo 3 Gebelerin Eşlerinin Bazı Özellikleri

Özellikler	Gebelerin eşlerinin bazı özelliklerinin dağılımı	
	sayı	%
Eşinin Eğitim Durumu		
Okur Yazar Olmayan	9	4,3
İlköğretim	111	53,6
Lise	64	30,9
Üniversite	23	11,1
Eşinin cinsel sorunu		
Sorun yok	144	69,6
Sertleşme sorunu	0	0
Peniste eğrilik	5	2,4
Erken boşalma	51	24,6
Geç boşalma	7	3,4

Araştırmaya katılan gebelerin eşlerinin eğitim durumu incelendiğinde ise % 53,6'sının ilköğretim, % 11,1'inin üniversite mezunu olduğu görülmektedir. Bu

sonuçlara göre evli çiftlerde erkeğin eğitim durumunun kadınlara göre biraz daha yüksek olmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı değildir (p: 0.05).

Araştırmaya katılan gebelerin eşlerinin cinsel sorunu sorgulandığında ise gebelerin büyük çoğunluğu (% 69,6) eşinin cinsel sorunu olduğunu ifade ederken, % 24,6'sı erken boşalmadan, % 3,4'ü geç boşalmadan ve % 2,4'ü ise peniste eğrilikten bahsetmişlerdir. Gebelerin hiçbirinin eşinde sertleşme problemi olmadığını belirtmeleri dikkat çekmektedir.

Tablo 4 Gebelerin FSFI Puan Aralıklarına Göre Dağılımı

FSFI Puan Aralıkları	n	%
< 26	180	87
26-36 arası	27	13
Toplam	207	100

Tablo 4'de gebelerin FSFI'ya verdiği yanıtlardan aldıkları toplam puanlar gösterilmiştir. Gebelerin % 13,0'ı 26 ve üzerinde puan alırken, % 87'side 26'nın altında puan alarak CFB tanısı almışlardır.

Tablo 5 FSFI Skorlaması (n: 207)

FSFI Skalası	n	Mean ± SD
İstek	207	2,9188 ± 1,0741
Uyarılma	207	2,9232 ± 1,2251
Lubrikasyon	207	2,8870 ± 1,1795
Orgazm	207	3,3005 ± 1,4953
Memnuniyet	207	3,7063 ± 1,5523
Ağrı	207	3,3411 ± 1,7576

Tablo 5'de FSFI alt grublarının ortalama aldıkları puanlar izlenmektedir. En iyi ortalmaya 3,70 ile memnuniyet sahip iken, en düşük ortalama puana 2,88 puanla

lubrikasyonun sahip olduğu bulunmuştur.

Tablo 6 Gebelerin FSFI Puanlarının Bazı Özelliklerine göre Dağılımı (n:207)

FSFI Puan Dağılımı	Düşük FSFI		Yüksek FSFI		Toplam		P Değeri
	n	%	n	%	n	%	
Eğitim Durumu							
Okur Yazar Değil	20	87,0	3	13,0	23	100	p: 0,001
İlköğretim	134	91,8	12	8,2	146	100	
Lise	19	76,0	6	24,0	25	100	
Üniversite	7	53,8	6	46,2	13	100	
Toplam	180	87,0	27	13,0	207	100	
Eş Eğitim							
Okur Yazar Değil	8	88,9	1	11,1	23	100	p: 0,001
İlköğretim	103	92,8	8	8	146	100	
Lise	54	84,4	10	15,6	25	100	
Üniversite	15	65,2	8	34,8	13	100	
Toplam	180	87,0	27	13,0	207	100	
Parite							
Nullipar	54	83,1	11	16,9	65	100	p: 0,110
Primipar	53	93,0	4	7,0	57	100	
Multipar	73	85,9	12	14,1	85	100	
Toplam	180	87,0	27	13,0	180	100	
Yaş							
≤20	25	86,2	4	13,8	29	100	p: 0,184
21-25	62	89,9	7	10,1	69	100	
26-30	48	92,3	4	7,7	52	100	
31-35	25	78,1	7	21,9	32	100	
≥36	20	80,0	5	20,0	25	100	
Toplam	180	87,0	27	13,0	100	100	
Trimestir							
1. Trimestir	47	87,0	7	13,0	54	100	p: 0,243
2. Trimestir	58	80,6	14	19,4	72	100	
3. Trimestir	75	92,6	6	7,4	81	100	
Toplam	180	87,0	27	13,0	207	100	
Evlilik yılı							
1-5	101	88,6	13	11,4	114	100	p: 0,585
6-10	43	84,3	8	15,7	51	100	
11-15	18	85,7	3	14,3	21	100	
≥16	18	85,7	3	14,3	21	100	
Toplam	180	87,0	27	13,0	207	100	
Doğum Şekli							
Doğum yok	54	83,1	11	16,9	65	100	p: 0,505
NVY	80	89,9	9	10,1	89	100	
C/S	46	86,8	7	13,2	53	100	
Toplam	180	87,0	27	13,0	207	100	

Tablo 6'da gebelerin demografik özelliklerine göre aldıkları FSFI Puan ortalamasının dağılımı gösterilmiştir.

Gebe kadınların yaş gruplarına göre aldıkları puan ortalamalarına bakıldığında, gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte ($p: 0,184$) 26 ve üzerinde puanı en fazla oranda %21,9 ile 31-35 yaş grubu alırken 26 ve üzeri puanı en az oranda % 7,7 ile 26-30 yaş grubu almıştır.

Çalışmada kadınların eğitim düzeyine bakıldığında; yüksek FSFI puanını en fazla %46,2 lik oranla üniversite mezunları alırken, yüksek FSFI puanını en az alan ise % 8,2 ile ilköğretim mezunları olmuştur. Gebelerin eğitim düzeyi ile FSFI puanları karşılaştırıldığında ise gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p: 0,001$). Bu gruplar arasındaki fark ikili karşılaştırmalarla incelenmiş (Scheffe testi) ve eğitim durumu ilköğretim olanlarla üniversite mezunu olanlar arasında olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Eğitim düzeyi düşük olan gebelerde CFB görülme oranı daha yüksektir.

Bu çalışmada kadınların eşlerinin eğitim durumlarına göre FSFI puanları da karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p: 0,001$). Gruplar arasındaki farkın, eğitim durumu ilköğretim olanlarla üniversite olanlar arasında olduğu saptanmıştır. Ayrıca eğitim durumu üniversite olanların 26 ve üzeri FSFI puanı alma oranları % 34.8 ile en fazla iken, eğitim durumu ilköğretim olanların 26 ve üzeri FSFI puanı alma oranları % 8 ile en düşük bulundu. Bu iki grubun arasında FSFI puanları yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Buna göre gebenin eşinin eğitim durumu yükseldikçe FSFI puanında yükselme olduğu görülmektedir.

Çalışmamızda evlilik yılı ile FSFI puanları karşılaştırıldığında gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0,05$). Özellikle 1-5 yıl evli olanların daha az yüksek FSFI puanı aldıkları görüldü. Bunun sebebinin ise bu grupta yer alanların daha fazla oranda ilk gebeliğe sahip olmaları nedeniyle bebeğe zarar vereceğim korkusunu daha fazla yaşamaları ve cinsel aktiviteden uzak durmaları olabilir.

Çalışmada gebelerin doğum yapma şekliyle FSFI puanları karşılaştırıldı ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı ($p > 0,05$). Hiç doğum yapmayan gebeler de CFB oranı %83,1 iken, primiparlarda CFB görülme oranı % 93,0 idi.

Çalışmada gebelerin çocuk sayısı ile FSFI puanları karşılaştırıldı ve gruplar

arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı ($p > 0,05$). Hiç doğum yapmayan gebelerin NVY ve C/S ile doğum yapanlardan daha fazla 26 ve üzerinde FSFI puanı (% 16,9) aldığı görüldü ancak istatistiksel olarak anlamlı değildi.

Çalışmamızda gebelere gebelik öncesi cinsel probleminiz var mıydı sorusuna gebelerin % 58,5'i olumsuz yanıt verdi. %41,5 i ise en az bir cinsel sorun yaşadığını ifade etti. Bu sorunlar içinde % 39,5 oranı ile cinsel isteksizlik birinci sırada izlendi.

Tablo 7 Gebelik Öncesi Cinsel Sorunu Olan Gebelerle Cinsel Sorunu Olmayan Gebelerin FSFI Puanlarının Karşılaştırılması (n:207)

Gebelik Öncesi Cinsel Problem	Düşük FSFI		Yüksek FSFI		Toplam		P Değeri
	n	%	n	%	n	%	
Yok	100	78,7	27	21,3	127	100	p: 0,000
Var	80	100	0	0	80	100	
Toplam	180	87,0	27	21,3	207	100	

Gebelik öncesi cinsel sorunu olan gebelerle cinsel sorunu olmayan gebelerin FSFI puanlarını karşılaştırdık. Gebelik öncesi cinsel problemi olmayanların 26 ve üzeri FSFI puanı alırların oranı %21,3 iken, gebelik öncesi cinsel sorunu olduğunu ifade eden gebelerin hiçbiri 26 ve üzerinde FSFI puanı almadığı saptandı. Bu sonuç tablo 7'de de gösterildiği gibi istatistiksel olarak anlamlıydı (P: 0,000).

Gebelik sırasında cinsel ilişkiyi onaylayıp onaylamadıkları sorusuna gebelerin % 61,4'ü onaylarken, %38,6'sı gebelikte cinsel ilişkiyi onaylamadığını ifade etti. Gebelik döneminde cinsel ilişkiyi onaylayanların % 81,1'i haftada 1-2 kez, % 13,4'ü haftada 3-5 kez, % 5,5'i ise haftada 5 ve üzeri cinsel ilişkiye girdiğini ifade etti.

Gebelikte cinsel ilişkiyi onaylayanların, %32,3'ü gebeliğin son 1 ayına kadar, %33,1'i son iki aya kadar, % 23,6'sı doğumdan 1-2 hafta öncesine kadar ve % 11'i doğuma kadar cinsel ilişkiye girilebilir şekilde görüş belirttiler.

Trimestirlere göre gebelikte cinsel ilişkiyi onaylayanlarla onaylamayanların oranına bakıldığında birinci trimestirde 1.6 kat, ikinci trimestirde 2,3 kat, üçüncü trimestirde ise 1,2 kat olduğu saptandı. Bu oranlardanda anlaşılacağı üzere gebelikte cinsel ilişkiyi en çok ikinci trimestir gebeler onaylamıştır.

Gebelikte cinsel ilişkiyi onaylamayan gebelere nedeni soruldu. Gebelerin %35'

ağrı olur korkusu veya ağrım var, % 21,3'ü düşük tehdidi, %16,3'ü gebelikte cinsel ilişki berbat bir şey, % 10'ü ise günah olduğu için cinsel ilişkiye girmediğini belirtti. Gebelerin hiçbiri fiziksel görünümüm bozulduğu için, kendimi güzel bulmuyorum şeklinde düşünmedi.

Tablo 8 Gebelikte cinsel ilişkiyi onaylamayanların nedenleri

Nedenler	n	%
Gebelikte cinsel ilişki berbat bir şey	13	16,3
Fiziksel görünümüm bozulduğu için, kendimi güzel bulmuyorum	0	0
Günah olduğu için	8	10,0
Kanama olur korkusu	5	6,3
Düşük tehdidi	17	21,3
Aşırı bulantı kusmam var	5	6,3
Ağrı olur korkusu veya ağrım var	28	35,0
Diğer	4	5,0
Toplam	80	100,0

Gebelik sırasında cinsel ilişkiye girmenizde bir değişiklik oldu mu? Sorusuna gebelerin %41,1'i hayır değişmedi, % 3,9 cinsel ilişkiye girme arzum arttı derken, % 56'sı ise cinsel ilişkiye girme arzum azaldı şeklinde cevap verdi.

Gebelik esnasında orgazm (tatmin olma) olmanızda ne gibi değişiklik oldu? sorusuna gebelerin % 53,1'i değişiklik olmadığını belirtirken, % 41,5'i gebelikte daha zor orgazm olduğunu belirtti.

Araştırmamızda gebelere gebelik esnasında cinsel ilişki sırasında uyarılma, tahrik olmanızda ne gibi değişiklik oldu diye de soruldu. Gebelerin % 55,6'sı değişiklik olmadığını, % 39,1'i se daha zor uyarılıp, daha zor tahrik olduğunu belirtti.

Gebelerin % 46,4'ü gebelik esnasında cinsel ilişkiyi diğer gebelere tavsiye ederken, % 53,6'sı ise tavsiye etmemektedir. Gebelere gebelik sırasında eşlerinin cinsel ilişkiye bakışında ne gibi değişiklik olduğu soruldu. Gebelerin % 60,9'u değişiklik olmadığını, % 23,7'sinin olumlu yönde değişiklik olduğunu ve % 15,5'i ise olumsuz yönde değişiklik olduğunu belirtti.

Araştırmaya katılan gebeleri gebelik haftasına göre 3 gruba ayırdık 12 haftaya kadar gebe olanlar 1. trimestir, 13-24 hafta arası gebe olanlar 2. trimestir, 25-40 hafta arası gebe olanlar 3. trimestir. Her trimestirdeki gebe grublarının eğitim, eşin eğitim durumu, yaş, doğum şekli, parite ve evlilik yılı gibi özelliklerinin homajen olup

olmadığını araştırdık Tablo 9’da da gözlendiği gibi grublar arasında istatistiksel fark saptanmadı ($p > 0,05$). Bu sonuç bize grublar arası homojenliği göstermektedir (Tablo 9).

Tablo 9 Trimestirlerin Homojenliğinin Karşılaştırılması

Trimestirlerin Homojenliğinin Karşılaştırılması	1. Trimestir		2. Trimestir		3. Trimestir		Toplam		P değeri
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Eğitim Durumu									
Okur Yazar Olmayan	8	14,8	10	13,9	5	6,2	23	11,1	p: 0,187
İlköğretim	39	72,2	45	62,5	62	76,5	146	70,5	
Lise	6	11,1	10	13,9	9	11,1	25	12,1	
Üniversite	1	1,9	7	9,7	5	6,2	13	6,3	
Yaş									
20 ve altı	10	18,5	12	16,7	7	8,7	29	14,0	p: 0,228
21-25	16	29,6	26	36,1	27	33,3	69	33,3	
26-30	15	27,8	13	18,1	24	29,7	52	25,2	
31-35	9	16,7	10	13,9	13	16,0	32	15,5	
36 ve üzeri	4	7,4	11	15,3	10	12,3	25	12,0	
Eş Eğitim									
Okur Yazar Değil	2	3,7	6	8,3	1	1,2	9	4,3	p: 0,923
İlköğretim	29	53,7	33	45,8	49	60,5	111	53,6	
Lise	19	35,2	23	31,9	22	27,2	64	30,9	
Üniversite	4	7,4	10	13,9	9	11,1	23	11,1	
Doğum Şekli									
Doğum Yapmamış	18	33,3	25	34,7	22	27,1	65	31,4	p: 0,948
NVY	20	37,1	29	40,3	40	49,4	89	43,0	
C/S	16	29,6	18	25,0	19	23,5	53	25,6	
Parite									
Nullipar	18	33,4	25	34,7	22	27,2	65	31,4	p: 0,139
Primipar	12	22,2	17	23,6	28	34,5	57	27,5	
Multipar	24	44,4	30	41,7	31	38,3	85	41,1	
Evlilik yılı									
1-5	28	51,9	43	59,7	43	53,1	114	55,2	p: 0,505
6-10	17	31,5	14	19,4	20	24,7	51	24,6	
11-15	6	11,1	7	9,7	8	9,9	21	10,1	
16 ve üzeri	3	5,5	8	11,2	10	12,3	21	10,1	
Toplam	54	100	72	100	81	100	207	100	

Tablo 10 Her bir Trimestirin Gebelik Haftası Ortalaması

Trimestir	n	Gebelik haftası
		AO (Aritmetik Ortalama) \pm SS
1. Trimestir	54	10,0185 \pm 1,4983
2. Trimestir	72	19,1528 \pm 3,1384
3. Trimestir	81	31,8025 \pm 4,2202

Araştırmaya katılan gebelerin trimestirlere göre gebelik haftası ortalamaları tablo 12 de gösterilmiştir.

Tablo 11 Parite ile Arzu Arasındaki İlişkinin Dağılımı

Parite	n	Arzu	P değeri
		AO \pm SS	
Nullipar	65	5,3692 \pm 1,7551	p: 0,021
Primipar	57	4,5614 \pm 1,6692	
Multipar	85	4,6824 \pm 1,8336	
Toplam	207	4,8647 \pm 1,7902	

Tablo 12 Parite ile Tatmin Olma Arasındaki İlişki

Parite	n	Tatmin	P değeri
		AO \pm SS	
Nullipar	65	10,2462 \pm 4,0040	p: 0,031
Primipar	57	8,4561 \pm 3,5960	
Multipar	85	9,0588 \pm 3,8556	
Toplam	207	9,2657 \pm 3,8807	

FSFI subgrublarının pariteyle karşılaştırıldığında nulliparların primiparlara göre arzu (P: 0,037) ve tatmin (P: 0,032) duygularının istatistiksel olarak daha anlamlı olduğu saptandı (Tablo 11,12).

5. TARTIŞMA

Kadınlarda yaygın olarak kabul gören davranış gebelik sırasında cinsel aktivitede bir düşüş izlendiğidir. Gebelik sırasında ortaya çıkan fizyolojik ve psikolojik değişiklikler cinsel işlev ve memnuniyeti etkileyebilmektedir (46, 47, 88, 89). Cinsellik ve gebe kadınlarda cinsel aktivite literatürde yoğun olarak incelenmiştir. Ancak, prospektif çalışmalar gebelik sırasında sadece cinsel fonksiyonu değerlendirmeye sınırlıdır. Biz çalışmamızı gerçekleştirirken sadece gebelikteki cinsel fonksiyonları değil, aynı zamanda eşlerin gebelikte cinselliğe bakışını da sorguladık.

Gebelik esnasındaki cinsel sorumlulukta, fiziksel ve ruhsal değişimler önemli yer alır. Uyarılma fazı genital damarlanmanın artması üzerine kısalsabilir. Göğüsler gergin ve fiziksel kontakta daha çabuk etkilenir. Böylece plato fazına kolayca ulaşılabilir. 1. trimesterde, gebelere açık olmayı, açıkça iletişim kurmayı ve alternatif cinsel aktiviteler için öneriler verilmelidir. Kültürel ve kişisel tercihe göre, vücut imajı, makyaj ve kıyafetlerle süslenebilir. Eşlere, gebelik ve postpartum dönemde cinsel değişimler olabileceği söylenmelidir. Çiftler değişik pozisyonlar deneyebilir, öpüşebilir, dokunabilir. Kimileride birbirlerini masturbasyonla sonlandırabilirler (23, 74).

Bizim sonuçlarımız gebelik esnasında cinsel fonksiyon da genel bir düşüş olduğu şeklindedir. Gebe kadınların cinsel fonksiyonları üzerine normatif veriler az olduğundan ve bu çalışmada kullanılan tanım ve metoddaki farklılıklar, gebelikte cinsellikle ilgili çalışmaların birbiriyle karşılaştırılmasında sorun çıkartmaktadır.

Kadınlarda görülen cinsel fonksiyon bozukluğu, kadının yaşamını olumsuz etkileyen ve yaşam kalitesini düşüren oldukça önemli bir sağlık sorunudur. Sağlık çalışanlarının bununla ilgili olarak, bireye etkin sağlık hizmeti verebilmesi için öncelikle cinsel fonksiyon bozukluğunun görülme sıklığını, nedenlerini ve buna etki eden faktörleri bilmesi gerekir (95).

Gebe kadınlarda cinsel fonksiyonu ölçmek için yapılan önceki çalışmalarda kullanılan yöntemler bu popülasyonda cinsel fonksiyonu ölçmek için sınırlı kalmıştır. (90). Çalışmamızda kadın cinsel fonksiyon için doğrulanmış ve güvenilirliği kabul görmüş FSFI anketini kullandık. Prospektif olarak kadın cinsel fonksiyonları üzerine gebeliğin etkisi göstermeye çalıştık.

Daha önce yapılan çalışmalarda, gebelikteki her trimesterde cinsel ilişki sıklığında bir azalma tespit edilmektedir. Hamile kadınların önemli bir bölümünün gebelikte cinsel birleşmeden kaçındığı bildirilmektedir (2, 3, 91 92). Onah ve arkadaşları, cinsel birleşme sıklığını gebelik öncesi 3,2 / haftada gebelik esnasında ise 1.8 / hafta olarak

bildirmiştir. (47). Bizim bulgularımızda gebelikte cinsel aktivite sıklığının azaldığı yönündeydi. Gebelerin % 38,6'sı gebelikte cinsel ilişkiyi onaylamazken, % 49,8'i haftada 1-2 kez cinsel ilişkiye girdiğini tesbit ettik.

Yapılan çalışmalarda, gebelik ilerledikçe FSFI alt grublarında düşük skorlar saptanmış. Cinsel ilgi, 1. trimester ve 3. trimester sonunda azalmışken, 2. trimester de ise değişken olarak bulunmuş (46, 47, 88, 89). Gebelik esnasında lubrikasyonun yoğun olduğu orgazmın ise değişken olduğu saptanmaktadır (91, 93, 94). Bizim çalışmamızda ise istek, uyarılma, lubrikasyon ve orgazm alanı puanları gebeliğin trimesterleri arasında önemsiz bulunmuştur. Daha önceki çalışmalarda disparoni gebelerin % 22- 50'sinde görüldüğü ve gebelik ilerledikçe disparoni görülme oranı arttığı belirtilirken (46), bizim çalışmamızda disparoni görülme oranı daha azdı (% 9,2).

Araştırmaya katılan gebelerin % 72,4'ü 30 yaş ve altında idi. Yine bu gebelerin % 55,0' inin evlilik süresi 5 yıl ve altında idi. Ülkemizdeki en yüksek doğurganlık hızı 25 - 29 yaş grubunda olduğu bilinmektedir (81) Olgularımızın gebelik sayıları, evlilik sürelerinin kısa olması ve yaş ortalamalarının az olması nedeniyle düşüktü.

Kadın cinsel disfonksiyonu yaşa bağımlı, progresif ve kadınların %30-50'sini ilgilendiren bir sorundur (16, 82). Kadın cinsel disfonksiyon oranı ülkelerde çeşitli farklılıklar göstermekle birlikte ABD'de %43 ve İngiltere'de %33'dür. Ülkemizde Öksüz ve arkadaşları (83) 18-45 yaş grubu için cinsel disfonksiyon oranını %48.3, 25 - 29 yaş grubu için %41 oranında bildirmiştir.

Çalışmamızda gebelik öncesi cinsel disfonksiyon yaşama oranı hem diğer ülkelerden, hem de Öksüz ve arkadaşlarının (83) ülkemiz için bildirdiği orandan daha yüksektir (% 58,5). Olgularımızın gebelik öncesi cinsel disfonksiyon oranı yüksek olmasına rağmen, haftalık ilişki sıklığı diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir (14, 84, 85). Bulgumuz çiftlerin cinsel sorunlar yaşamalarına rağmen cinsel ilişkiden uzaklaşmadığını göstermektedir.

Literatürde, kadınlardaki en yaygın cinsel disfonksiyonunun orgazm bozuklukları, erkeklerde ise prematür ejakülasyon olduğu bildirilmektedir (82). Çalışmamızda da kadınların gebelik öncesi dönemde en fazla cinsel isteksizlik, cinsel ilişki sırasında ağrı, vaginal kuruluk ve orgazm gibi sorunlara sahip oldukları, eşlerinin ise önemli oranda prematür ejakülasyon problemi yaşadıkları belirlendi.

Öksüz ve arkadaşları da (83) 18-55 yaş grubu kadınlarla yaptıkları çalışmada %35.9 uyarılma problemi, %48.3 cinsel isteksizlik, %40.9 vajinal kuruluk ve %42.7

orgazm sorunları ve %42.9 oranında cinsel ilişki sırasında ağrı tanımlamışlardır ve bu bulgular bizim çalışma bulgularımızdan oldukça yüksek orana sahiptir.

Gebe kadınların gebelik sırasında yaşanan cinsel ilişkinin abortus ve erken doğumu provoke ettiğini ve bu nedenle fetüse zarar vermemek için cinsel ilişkiden kaçındıkları yapılan çalışmalarda ortaya koyulmuştur (6, 8, 14, 15, 16, 86). Gebelik sırasında yaşanan cinsel ilişkinin fetüse zarar vereceğini düşünenlerin oranını Bartellas ve ark. (86) %41, Eryılmaz ve arkadaşları (11) %46.2, Adınma (84) %34.8, Naim (85) %45.4 olarak bildirmiştir. Bizim çalışmamızda gebelerin % 21,3'ü düşük tehdidi, % 6,3'ü ise kanama olur korkusu nedeniyle gebelikte cinsel ilişkiyi onaylamadıkları belirlendi.

Araştırmaya katılan gebelerin önemli bir kısmı gebelikte cinsel ilişki yaşamayı "berbat bir şey" olarak tanımlamaktadır. Bu durum Türk toplumundaki kadınların cinsellikten uzak yetiştirilmeleri ve cinselliğe gebelik dışında da sıcak bakmamaları ile ilişkili olabilir. Bunun dışında bu bulgu ülkemizde gebelik sırasında cinsel ilişkide bulunmanın bebeğe zarar verebileceği görüşünü de doğrulayabilir (9).

Nannetti'ye göre gebelik, kadın yaşamında cinselliğin olmadığı bir andır ve gebelik sırasında erkekler eşlerini cinsel partner gibi görmek yerine, anne olarak görmektedirler (6).

Olumsuz görüşler olmasına rağmen izim çalışmamızda gebelerin yarıdan çoğu (% 61,4) gebelik döneminde cinsel ilişki yaşamının normal olduğunu belirtmişlerdir. Ancak gebelik süresinde düzenli ilişki yaşayanların oranı azdır ve diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir (11).

Gebelikte kadının yaşadığı fizyolojik ve psikolojik değişiklikler cinsel yaşamı etkilemektedir (16,14). Üç trimestere ayrılan gebeliğin birinci trimesterinde, gebeliğe ait problemler ve çiftlerin yeni duruma uyum sağlamaya çalışmaları nedeniyle cinsellik etkilenir (6,8,9). İkinci trimesterde gebelik kabul edilmiştir ve şikâyetler azaldığı için cinsel yaşam normalleşir (6,13,11,8). Üçüncü trimesterde ise gebeliğin ilerlemesine bağlı cinsel fonksiyonlarda gerileme görülür. Kadınlarda, fetüse zarar verme korkusu, libido eksikliği, kendini cinsel yönden zayıf görme, yorgunluk, halsizlik, ağırlı koitus gibi nedenlerle cinsel ilişkiden uzaklaşma vardır (6,8). Üçüncü trimesterde erkeklerin de anneye ve fetüse zarar verme endişesi ile cinsel ilişkiden uzak kalmayı tercih ettikleri belirtilmiştir (6). Bizim çalışmamızda gebelerin eşlerinin %60,9'unun gebelikte cinsel ilişkiye bakışında değişiklik olmadığını, %15,5'inin gebelikte cinsel ilişkiye bakışında

olumsuz yönde değişiklik olduğunu ve % 23,7'sinin ise olumlu yönde değişiklik olduğunu belirledik.

Bir çok çalışmada gebelikteki cinsel ilişki sıklığının gebelik öncesi döneme göre azaldığı ifade edilir (85,14-8). Çalışmamızda da cinsel ilişki sıklığı gebelik ilerledikçe azaldığı belirlendi. Sonuçlarımız cinsel ilişki sıklığının gebelik boyunca azaldığını bildiren Bartellas ve ark (86), Gökyıldız ve ark.ları (14), Judicibus ve ark.ları (10), Adınma (8) ve Aslan ve ark (85)'nin çalışma bulgularıyla benzerlik göstermekteydi. Çalışmalardan sadece Şahin ve ark.larının (13) çalışmasında, gebelik döneminde cinsel ilişki sıklığının değişmediği bildirilmiştir.

Gebelik dönemindeki cinsel yaşam memnuniyeti trimesterlere göre azalmaktadır, Judicibus (10), Gökyıldız (14), Bartellas ve ark (86) ile Şahin ve ark.larının (13) çalışmalarında gebelik ilerledikçe cinsel ilişki memnuniyetinde azalma olduğunu bildirmiştir. Olgularımızın da "Cinsel doyum" puanlarının gebelik ilerledikçe azaldığı ve diğer çalışma bulguları ile benzerlik gösterdiği belirlendi.

Gebelik sırasındaki fiziksel ve duygusal faktörler dispa-roniye yol açar (14). Gebelerin %22-50'sinde cinsel ilişki sırasında ağrı olduğu bildirilmiştir (85). Çalışma kapsamına aldığımız gebelerin "cinsel ilişkide ağrı" şikayeti olanların oranı % 13,5 idi. Cinsel ilişkide ağrı şikayeti 1. ve 3. trimesterde benzer olduğu, 2. trimesterde ise daha düşük olduğu belirlendi. Gebelikteki cinsel ilişkide ağrı yaşama oranını Adınma (8) %22.7 ve Naim (85) %37.3 olarak bildirmiştir.

Gebelik sırasında kadınlar cinsel ilişki sıklığında azalma ve orgazm sorunları gibi sorunlar yaşarlar (2,82). Gebelik sırasındaki cinsel disfonksiyonları Şahin çalışmasında (13) cinsel doyumda azalma, Bartellas ve ark (86) cinsel ilişki sıklığında (%51), cinsel ilgide (%58) ve orgazm sıklığında azalma (%34) şeklinde tanımlamıştır.

Çalışmamızda cinsel fonksiyonlar FSFI ile sorgulanmış ve ölçekten alınan puana göre cinsel disfonksiyon var veya yok şeklinde sınıflandırılmıştır. Gebelerimizin cinsel disfonksiyon yaşama oranları diğer çalışma bulgularından daha fazla (% 87) bulunmuştur.

Yapılan bir çalışmada yaş, evlilik durumu ve eğitim seviyesinin cinselliği farklı şekillerde etkilediği ortaya konulmuştur (14). Aynı çalışmada yaş ve evlilik durumu ile cinsel arzunun arttığı, eğitim seviyesi ile azaldığı bildirilmiştir (14). Evlilik süresi arttıkça cinsel yaşamın olumsuz etkilendiğini açıklayan çalışmalar da vardır (11,13,82).

Bizim çalışmamızda, literatürle benzer şekilde gebe yaşının cinsel disfonksiyon üzerinde etkisi olduğu, cinsel disfonksiyon yaşayan grupta gebe yaş ortalamalarının daha düşük olduğu saptanmıştır.

Yapılan çalışmalarda evlilik süresi ile gebelikte cinsel disfonksiyon yaşama arasında ilişki olduğu, evlilik süresi arttıkça cinsel ilişkinin negatif etkilendiği gözlemlendi (11,13,82). Yapılan çalışmalarda katılımcıların evlilik süresine göre FSFI puanları incelendiğinde FSFI puanının evliliğin ilk yıllarında daha yüksek olduğu, evlilik süresi uzadıkça puanın düştüğü, yani CFB'nin daha yaygın görüldüğü saptanmıştır. Bu durum; evlilik süresinin artmasıyla birlikte yaş, doğum sayısı, çocuk sayısı, evde yaşayan kişi sayısı ve doğuma ilişkin perinatal travma gibi cinsel fonksiyonları olumsuz etkileyen nedenlerinden kaynaklandığı düşünülebilir. Ülkemizde, Güvel ve arkadaşlarının (2003) yaptığı benzer çalışmada ise evlilik süresi ile FSFI puanları arasındaki fark anlamsız bulunmuştur (96). Bizim gebeler üzerinde yaptığımız çalışmada Güvel ve arkadaşların yaptığı çalışma gibi evlilik süresi ile FSFI puanları arasındaki fark anlamsız bulunmuştur. Bunun sebebi çalışmaya katılan gebelerin çoğunun ilk gebeliği olması nedeniyle gebelikte cinselliğin bebeğe zarar verebileceği korkusu olabilir.

Hem Gökyıldız ve ark.larının (14), hem de Eryılmaz ve ark.larının (11) çalışmasında, gebelik sayısının cinsel yaşamı etkilemediği belirlendi. Bizim çalışmamızda ise hiç doğum yapmayanların primiparlardan daha iyi cinsel fonksiyona sahip olduğu bulundu.

Çalışmamızda, özellikle 2. trimesterdeki gebelerin daha az cinsel disfonksiyon yaşadıkları belirlendi. Bu durum cinsel ilişkinin özellikle 2. trimesterde daha az etkilendiğini belirten literatür görüşüyle benzerdi (8).

Bizim çalışmamızda hem kadının, hem de eşin öğrenim durumu, gebelik sırasında cinsel disfonksiyon yaşama durumunu anlamlı olarak etkiliyordu. Eryılmaz ve ark.larının (11) çalışma bulgularından farklı olarak, eğitim seviyesi arttıkça gebelik sırasında cinsel disfonksiyon görülme oranının azaldığı belirlendi. Eğitim seviyesi yüksek olan grup gebelik döneminde yaşadığı cinsel disfonksiyonlarla nasıl baş edebileceği konusunda daha kolay bilgiye ulaşım daha az sorun yaşıyor olabilir.

Gebelik dönemi, önceden var olan cinsel problemlerin ortaya çıkması için kritik bir dönemdir (6). Çalışmamızda da gebelik öncesi cinsel disfonksiyonu olanlar, olmayanlara göre anlamlı oranda gebelikte cinsel disfonksiyon yaşıyorlardı. Bu durum gebelik öncesi dönemde yaşanan sorunların gebelikte de devam ettiğinin göstergesi

olabilir. Gebelik sırasında yaşanan cinsel problemler evlilik ilişkisini negatif olarak etkilemektedir ve gebenin uyumunu zorlaştırmaktadır (85).

6. SONUÇ

Sonuç olarak kadınlar hem gebelik öncesi dönemde hem de gebelik sırasında cinsel sorunlar yaşamaktadırlar ve bu sorunlar, çiftlere gebelik ve cinsel yaşam konusunda danışmanlık yapılarak ortadan kaldırılabılır. Etkili bir şekilde planlanacak ve uygulanacak antenatal eğitimler çiftleri destekleyerek daha iyi bir gebelik dönemi yaşanmasını sağlayacaktır (13,14,15,87). Ülkemizde cinsel disfonksiyon yaşamasına rağmen sağlık personelinin yardım alan kişilerin sayısı oldukça azdır. Bu nedenle sağlık kurumuna başvuran her gebenin sağlık personeli tarafından bu yönde sorgulanması, kadını cesaretlendirerek yaşadığı sorunları açıklamasına fırsat sağlayacaktır.

Doktorlar, gebelikte psikoseksüel problemler olabileceği konusunda çiftleri bilgilendirmelidir. Cinsel ilgideki dalgalanmalar ve aşamalı cinsel istek azalmasının kadınlarda erkeklere göre daha yaygın olduğu çiftlere anlatılmalıdır. Gebelik sırasında koital pozisyonlarda değişiklikler konusunda çiftler bilgilendirilerek hem gebe hem eşi adına anksiyete en aza indirilmelidir.

Önemli olan başka bir nokta ise; cinsel ilişkinin normal olarak gebelikte komplikasyona neden olmayacağı konusunda çiftler bilgilendirilmelidirler.

7. KAYNAKLAR

1. Basson R et al. Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications. *J Urol* 2000; 888 - 893.
2. Reamy K, White S. E, Daneli W. C, Levine E. S. Sexuality and pregnancy: a prospective study. *J Reprod Med* 1982; 27: 321 - 327.
3. Von Sydow K. Sexuality during pregnancy and after childbirth: a meta content analysis of 59 studies. *J Psychosom Res* 1999; 47: 27- 49.
4. Perkins R. P. Sexuality in pregnancy: what determines behaviour? *Obstet Gynecol* 1982; 59: 189 - 198.
5. Orji E. O, Ogunlola I. O, Fasubaa O. B. Sexuality among pregnant women in South West Nigeria. *J Obstet gynaecol* 2002; 22: 166-168.
6. Johannes B, Judith A. Sexuality during pregnancy and the postpartum period.; *Journal of Sex Education Theraphy*. 2000; 25(1): 49 - 59.
7. Bitzer J, Alder J. (2000). Sexuality During Pregnancy and the Postpartum Period, *Journal of Sex Education and Therapy*. Vol. 25, Issue. 1, p.49 - 59
8. Aslan G. Gebelerde Cinsel Yaşam ve Cinsel Sağlık.; *Androloji Bülteni*. 2005 Aralık; 23: 359 - 362.
9. Yetkin N, incesu C; *Cinsel İşlev Bozuklukları*. İstanbul, Roche Müstehzarları Afi Yayınları, 2001
10. Laumann E. O, Paik A, Rosen R. C: Sexual dysfunction in the Uniten States prevalence and predictions. *JAMA* 1999; 281: 537.
11. Eryılmaz G, Ege E, Zincir H. Factors effecting sexual life during pregnancy in eastern Turkey; *Gynecol Obstet Invest*. 2004; 57: 103 - 108.
12. Judicibus M. A, McCabe M. P. Psychological factors and the sexuality of pregnant and postpartum women. *The Journal of Sex Research*. 2002 May; 39 (2): 9
13. Şahin N. H. Gebelikte seksüel değişiklikler; *İ.Ü.F.N.H.Y.O. Hemşirelik Dergisi*. 2003; 13 (51):25-36.
14. Gökyıldız fi, Beji N. K. The effects of pregnancy on sexual life; *Journal of Sex Marital Therapy*. 2005; 31:201 - 215
15. Hyde J. S, Delamater J. D, Plant E. A, Byrd J. M. Sexuality during pregnancy and the year postpartum; *Journal of Sex Research*. 1996; 33 (2):143 - 151

16. Aslan G, Aslan D, Kızılyar A, İspahi Ç, Esen A. A prospective analysis of sexual functions during pregnancy; International Journal of Impotence Research. 2005; 17: 154 - 157
17. Nedim Çiçek M, Tamer Mungan M. Klinikte Obstetrik ve Jinekoloji Güneş Kitabevleri: 2007: s: 10 - 19,
18. Fahri Dere Anatomi Okullar Pazarı Kitapevi 3. Baskı Temmuz 1994: s: 688 - 703
19. Hoeman, S. Sexuality Education and Counseling. Rehabilitation Nursing. (2nd Ed.) Mosby-Year Book (1996).
20. Ling F, Duff P. Sexual Counselling. Obstetrics and Gynecology Principles for Practice. McGraw-Hill Companies (2002).
21. Perineum. Clinically Oriented Anatomy by Keith L. Moore and Arthur F. Dalley. Wilkings, 1992.p357 - 440
22. Atasü, T. Şahmay, Ş. (2001). Cinsel Fonksiyon Fizyolojisi ve Bozuklukları. Jinekoloji. (3.Baskı). İstanbul: Üniversal Bilimsel Yayınları.
23. Olds S. B, London M .L, Ladewig P. A. (2000). Maternal Newborn Nursing. A Family and Community Based Approach. Sixth Ed. Prentice- Hall, Inc. Upper Saddle River, New Jersey.
24. Anatomi. Kaplan Arıncı, Alaitin Elhan Güneş Kitapevi, 2001. s:337 - 347
25. The female organs of generation. Gray's Anatomy. Henry Gray. p:1025 - 1040.
26. Masters W. B, Johnson V. E. Human Sexual Behavior. İnsan Cinsel Davranış. Sayın. Ü. (Çev. ed), İstanbul, Bilimsel ve teknik Yayınları Çeviri Vâkfi 1994.
27. Masters W. H, Johnson V. E: Human Sexual Response. Boston, Little, Brown, 1966.
28. Khan A. U, Cataio J: Differences in sexual behavior. In Men and Women in Biological perspective. New York, Praeger, 1984, pp: 177 - 193.
29. New perspectives in the management of Female Sexual Dysfunction. Boston University School of Medicine and the Department Of Urology, Oct 22 - 24, 1999.
30. Fitzpatrick L. A. (2004). Libido and The Perimenopausal Women. Menopause, 11(2): 136 -1 37.
31. Yadav J, Genaralli L, Ratakonda U.(2001). Female Sexuality and Common Sexual Dysfunctions: Evaluation and Management in A Primary Care Setting. Prim Care Update Ob/Gyns, 8 (1): 5 - 11.

32. Baram D. (1998). Cinsellik ve Cinsel Fonksiyon. J. Berek (Ed.). Novak Jinekoloji. Ankara: Nobel kitapevi.
33. Yaniv H. (2000). Kanser Hastalarında Seksüalite. Onkoloji Hemşireliği Derneği Kurs Kitabı, İsrail Kanser Derneği.
34. Berman J, Berman L, Goldstei I. (1999). Female Sexual Dysfunction İncidence, Pathophysiology, Evolution and Treatment Options. Urol, 54: 385
35. Goldstein I, Giraldi A, Kadioğlu A et al: Physiology of female sexual function and pathophysiology of female sexual dysfunction in: T.F. Lue, R. Basson, R. Rosen et al: Sexual Medicine Sexual Disfunctions in Men and Women. Editions 21. Paris, Health Publications, 2004; 716 – 717.
36. Mah K, Bink Y. M. The nature of human orgasm: A critical review of major trends. Clin. Psychol Rev. 2001; 21: 823 – 856.
37. Breslin E, Lucas V. (2003).Female Sexuality. Women’s Health Nursing. Saunders an İmprint of Elseiver Scienc. 405 – 433.
38. Bohlen G, Held JP, Sanderson M. O, Ahlgren A. The female orgasm: Pelvic contractions. Arch Sex Behav 1982; 11: 367 – 386.
39. Sadler T. W. 1993. Langman's Medikal Embiryoloji. Çev. Ed. Can Başaklar. Ankara: Palme Yayıncılık.
40. Annenin gebeliğe adaptasyonu. In Cunnigham Gry F, Gant Norman F, Leveno Kenneth J, Gilstrap III Larry C, Haunth John C, Wenstrom Katharine D. Williams Doğum Bilgisi Cilt 1: Nobel Tıp Kitapevi: 2005: 167 - 195.
41. Reskin R. Anatomic alterations in the reproductive tract. Creasy, Resnic: Meternal-Fetal Medicine Principle and Practice: WB Saunders Company, Philadelphia 1994: 128 - 132.
42. Hunter D, Robson SC: Adaptation of the maternal heart in Pregnancy. Br Heart J: 1992; 68-540.
43. Ansan K: Propedötik Kadrn - Doğum. 2. Baskı, s: 42 - 43 Nobel Tıp Kitapevleri Ltd.Şti 1997.
44. Whittaker P. G, MacPhail S, Lind T: Serial hematologic changes and pregnancy outcome. Obstet Gynecol 1996; 88: 32 - 52.
45. Bobak I, Jensen D. Maternity Gynecologic Care The Nurse and the Family s: 244-248 Mosby Co. USA, 1993.

46. Mastrogiacomo I, Serafini E, Zusas, Zucchetta P, Romagnoli GF, Saporiti E, Dean P, Ronco C, et al: Hyperprolactinemia and sexual disturbances among uremic women on hemodialysis. *Nephron* 1984; 37: 195 – 199.
47. Enzlin P, Mathieu C, Van Den Bruel A, Bosteels J, Vanderschueren D, Demyttenaere K. Sexual dysfunction in women with type 1 diabetes. *Diabetes Care*, 2002; 25 672 – 677.
48. Schiel R, Muller UA, Prevalence of sexual disorders in a selection free diabetic population (JEVIN), *Diabetes Res Clin Ract* 1999; 44: 115–121
49. Erol B, Tefekli A, Ozbey I, Salman F, Dıncak N, Kadioğlu A, Tellaloğlu S. Sexual dysfunction in tip 2 diabetic females: a comparative study. *J. Sex Marital Ther* 2002; 28, 55 – 62.
50. Taskın, L. (1997). Gebeliğin Fizyolojisi, Dogum Ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, Ed L. Taskın, Hacettepe Universitesi Hemsirelik Yuksek Okulu, Ü. Baskı, Ankara.
51. Ahluwalia Y.K, Meyer B.E.B. (1992). Psychiatric Disorders, PRINCIPLES and PRACTICE of MEDICAL THERAPY in PREGNANCY, Second Edition, Eds: N. Gleicher, Associate Ed: S. A. Gall, B. M. Sibai, U. Elkayam, R. M. Galbraith, G. E. Sorto.
52. BİLİR S. (1994) Gebelik, Ana ve Çocuk Sağlığı, Alkim Yayınevi, 5. Baskı.
53. Dameron G. W. (1992). Sexuality, PRINCIPLES and PRACTICE of MEDICAL THERAPY in PREGNANCY, Ed. N. Gleicher, Secand Edition.
54. Sayıl I. (2000). Kriz Kavramı, Kriz ve Krize Müdahale, Eds. I. Sayıl O. E, Berksun R, Palabiyikoglu H. D, Ozguven C, Soykan S: Ankara Universitesi Kriz Araştırma ve Uygulama Merkezi Yayınları, Yaym No: 6, Ankara.
55. Kronitz, Reena C. 1983. "Transition to Parenthood: The Effects of The Birth of a First Child on Marital Interpersonal Perception, Marital Adjustment, and Marital Decision-Making". Graduate Programme in Psychology. Canada - USA: York University.
56. Üner, Reha. 1994. "Hamile Kadınlar İçin Eşlerinden Gelen Destek; Algılanan ve Arzulanan Destek Konusunda Desteği Alanların ve Sunanların Bakış Açıları". Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ankara: Ortadoğu Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Yüksekokulu Sosyal Psikoloji Anabilim Dalı.
57. Nelson, Antonia M. 2003. "Transition to Motherhood". *Journal of Obstetric and Gynecologic, and Neonatal Nursing*. 32, 4

58. Altınay Cebeci, Sevsen ve ark. 2002. "Puerperal Dönemde Depresyon Semptom Prevelansı: Obstetrik Risk Faktörleri, Kaygı Düzeyi ve Sosyal Destek İlişkisi". *Kriz Dergisi*. 10, 1, 02, 12, 2007. ss: 11 - 18.
59. Birol, Leman. *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*. Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık. 2005. 218 - 221
60. Pillitteri A. *Maternal and Child Health Nursing (Care of the Child Bearing and Child Bearing Nursing)*. s. 171 JB. Lippincott Company, 1992.
61. Zwelling E: *Psychological Responses to Pregnancy* (Editör: Francine H. Nichols). *Maternal-Newborn Nursing Theory and Practise*. s.454-455 W.B. Saunders Comp USA, 1997
62. Doğum Öncesi Eğitim. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın ve Çocuk Sağlığı Eğitim ve Araştırma Birimi, İstanbul, 2000
63. May K. A, Mhlmeister L. R: *Nursing Care of the Family in the Postpartum Period*. *Comprehensive Maternity Nursing Nursing Process and the Childbearing Family* s.879 Second Edition, 1990
64. Fox P, Yamaguchi C: *Body Image Change In Pregnancy: A Comparison Normal Weight and Overveight Primigravidas*, *Birth*, 24:1 s.442 - 447, 1997
65. Taşlan L: *Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Genişletilmiş* TJ. Baskı. Sistem Ofset, Ankara, 2002
66. Demirezen E, Erdoğan S, Önem K. (2006). Birinci Basamak Sağlık Merkezine Başvuran Kırk Yaşın Altındaki Kadınlarda Cinsel Fonksiyonun Değerlendirilmesi. *Androloji Bülteni*, (25):177 – 180.
67. Can G. (2004). *Kanserde Cinsel Sağlık*. *Türk Androloji Bülteni*, (19): 355 - 356.
68. Eroğlu K, Karaöz S. (1997). *Küretajın Cinsel Yaşam Üzerine Etkisi*. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 4(1): 43 - 50.
69. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 4(1): 43 - 50.
70. Patric Cş Walsh M. D *Campbell's Urology*. Çeviri Ed: Kadri Anafarta M, Önder Yaman M, 8. baskı, 2. cilt, ss.1710 - 1730.
71. Olsson A, Lundqvist M, Faxelid, E, Nissen E. (2005) *Women's Thoughts About Sexual Life After Childbirth: Focus Group Discussions With Women After Childbirth*. *Scand J Caring Sci*, 19: 381 – 387.
72. Arslan H, Potur D, Bilgin N. (2004) *Postpartum Disparoni Gelişimini Etkileyen Faktörler ve Koruyucu Önlemler*. *Türk Androloji Bülteni*, Haziran, 18: 266 – 268

73. Çavdar İ. (2006). Meme Kanserli Hastalarda Cinsel Sorunlar. Meme Sağlığı Dergisi, 2(2): 64 - 66.
74. Fogel C. I, Lauver D. (1990). Sexual health promotion. Philadelphia: W. B. Saunders.
75. Bing E, Colman L. (1989). Making love during pregnancy. New York: The Noonday Press.
76. Bailey V. R. (1989). Sexuality before and after birth. Midwives Chronicle & Nursing Notes, 102(1212), 24 - 26.
77. Mattson S, Smith J. E. (1993). Core curriculum for maternal-newborn nursing. Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses. Philadelphia: W. B. Saunders.
78. Fawcett J, York R. (1986). Spouses' physical and psychological symptoms during pregnancy and the postpartum. Nursing Research, 35(3), 144 - 148.
79. Ruth R. Alteneder, Deborah Hartzell R. N, MSN Addressing Couples' Sexuality Concerns During the Childbearing Period: Use of the PLISSIT Model: September 1996
80. Persky H: Abdulhood: The female, in Leif H. T (ed): Psychoendokrinoloji of human Sexuel Behavior. New York, Praeger, 1987, pp. 114 - 157
81. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003. 2004, Ankara, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Macro International Inc.
82. Kadioğlu A, Başar B, Semerci B, Orhan i, Aşcı R, Yaman M. Ö, Çayan S, Usta M F; Kendirci M. Erkek ve Kadın Cinsel Sağlığı.istanbul, Türk Androloji Derneği Yayını, 2004: 615 - 618.
83. Öksüz E, Malhan S. Prevelance and risk faktors for female sexual dysfunction in Turkish women.; The Journal of Urology. 2006 February. 175 (2): 658.
84. Adinma J. I. Sexuality in Nigerian pregnant women: perceptions and practice.; Aust N Z. J Obstet Gynecol. 1995 Aug; 35 (3): 290 - 293.
85. Naim M, Bhutto E, Sexuality during pregnancy in Pakistani women; J Pak Med assoc. 2000 Jan; 50 (1): 38 - 44.
86. Bartellas E, Crane J. M, Daley M. Bennett K. A. Hutchens D. Sexuality and sexual activity in pregnancy; BJOG. 2000 Aug; 107 (8): 964 - 968.
87. Yılmaz C. A, Eryılmaz H. Y. Kadın cinsel fonksiyon sorgulama indeksinin (IFSF) geçerlik- güvenilirlik çalışması.; Androloji Bülteni.2004 Haziran; 18:275-276.

88. Önem K, Ahmedov İ, Kadioğlu A., Kadın Cinsel fonksiyon Disfonksiyonunun Patofizyolojisi. Erkek ve Kadın Cinsel Sağlığı, Ed. Kadioğlu A, Başar M, Semerci B, Orhan İ, Aşçı R, Yaman M.Ö, Çayan S, Usta MF, Kendirci M, Türk androloji Derneği Yayını, İstanbul, 2004, s 620
89. Hulter B, Lundberg P. O, Sexual function in women with hypothalamo – pituitary disorders. Arch Sex Behav 1994; 23: 171 -183.
90. Rosen R et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. J Sex Marital Ther 2000; 26: 191-208.
91. Oruc S et al. Sexual behaviour during pregnancy. Aust NZ J Obstet Gynaecol 1999; 39: 48-50.
92. Solberg SD, Butler J, Wagner N. N. Sexual behaviour in pregnancy. N Engl J Med 1973; 288: 1098-1103.
93. Lee J. T. The meaning of sexual satisfaction in pregnant Taiwanese women. J Midwifery Womens Health 2002; 47: 275-286.
94. May KA, Mahlmeister LR. Comprehensive Maternity Nursing: Nursing Process and Child-bearing Family 2nd edn. JB Lippincott: Philadelphia, PA, 1994.
95. Alteneder R., Lamp J, Lee C. (1996). An exploration of women's health and obstetric nurses' role in addressing client sexuality issues. Unpublished raw data
96. Güvel S, Yaycıoğlu Ö, Bağış, T Savaş, N, Bulgan E, Özkardeş H. (2003). Evli Kadınlarda Cinsel Fonksiyonlara Etkin Faktörler. Türk Üroloji Dergisi, 29 (1): 43 – 48.
97. Gray's Anatomy The Anatomical Basis of Clinical Practice 2004-12

8. EKLER

EK 1: KADIN CİNSEL İŞLEV ÖLÇEĞİ

DN:	<input type="text"/>
Yaş:	<input type="text"/>
Eğitim Durumu:	Okumamış <input type="checkbox"/> İlköğretim <input type="checkbox"/> Lise <input type="checkbox"/> Üniversite <input type="checkbox"/>
Eşinizin eğitim durumu:	Okumamış <input type="checkbox"/> İlköğretim <input type="checkbox"/> Lise <input type="checkbox"/> Üniversite <input type="checkbox"/>
Eşinizle ilgili:	<input type="checkbox"/> Sertleşme sorunu <input type="checkbox"/> Peniste eğrilik <input type="checkbox"/> Erken boşalma <input type="checkbox"/> Geç boşalma
Hastalıklar:	<input type="checkbox"/> Kolesterol yüksekliği <input type="checkbox"/> Şeker hastalığı <input type="checkbox"/> Kalp hastalığı <input type="checkbox"/> Diğer <input type="text"/>
Çocuk sayısı:	<input type="text"/> primipar <input type="text"/> Multipar (kaçıncı hamileliği olduğu da yazılsın)
Doğum Şekli:	Normal doğum <input type="checkbox"/> Sezaryen <input type="checkbox"/>
Gebelik haftası	<input type="text"/> Kaç yıllık evlisiniz: <input type="text"/>
Geçirdiği ameliyatlar:	<input type="text"/> Kullandığı ilaçlar: <input type="text"/>

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 karın ve tüm vücudu saran kuvvetli ritmik kasılmalar olması.

Tüm sorularda yalnız bir kutuyu işaretleyiniz.

1. Gebelikte son 1 ay içinde, ne sıklıkta cinsel istek duydunuz?

- Hemen hemen her zaman (5 puan)
- Çoğu zaman (15 günden fazla) (4 puan)
- Bazen (15 günde) (3 puan)
- Birkaç kez (15 günden az) (2 puan)
- Hemen hemen hiç / hiçbir zaman (1 puan)

2. Gebelikte son 1 ay içinde, cinsel istek veya ilgi düzeyinizi (derecenizi) nasıl değerlendirirsiniz?

- Çok yüksek (5 puan)
- Yüksek (4 puan)
- Orta (3 puan)
- Düşük (2 puan)
- Çok düşük veya hiç (1 puan)

3. Gebelikte son 1 ay içinde, cinsel aktivite* veya cinsel ilişki** sırasında ne sıklıkta uyarıldığınızı hissettiniz?

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım (0 puan)
- Hemen hemen her zaman (5 puan)
- Çoğu zaman (15 günden fazla) (4 puan)
- Bazen (15 günde) (3 puan)
- Birkaç kez (15 günden az) (2 puan)
- Hemen hemen hiç / hiçbir zaman (1 puan)

4. Gebelikte son 1 ay içinde, cinsel aktivite* veya cinsel ilişki** sırasındaki uyarılma düzeyinizi nasıl derecelendirirsiniz?

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım. (0 puan)
- Çok yüksek (5 puan)
- Yüksek (4 puan)
- Orta (3 puan)
- Düşük (2 puan)

- Çok düşük veya hiç (1 puan)

5. Gebelikte son 1 ay içinde, cinsel aktivite* veya cinsel ilişki** sırasında cinsel bakımdan uyarılacağınızdan ne derecede emindiniz?

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım (0 puan)
- Çok emindim (5 puan)
- Emindim (4 puan)
- Oldukça emindim (3 puan)
- Az emindim (2 puan)
- Çok az / hiç emin değildim (1 puan)

6. Gebelikte son 1 ay içinde, cinsel aktivite* veya cinsel ilişki** sırasında uyarılma durumunuz sizin için ne sıklıkta tatminkardı?

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım (0 puan)
- Hemen hemen her zaman (5 puan)
- Çoğu zaman (15 günden fazla) (4 puan)
- Bazen (15 günde) (3 puan)
- Birkaç kez (15 günden az) (2 puan)
- Hemen hemen hiç / hiçbir zaman (1 puan)

7. Gebelikte son 1 ay içinde, cinsel aktivite* veya cinsel ilişki** sırasında hazneniz ne sıklıkla ıslandı / kayganlaştı ?

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım (0 puan)
- Hemen hemen her zaman (5 puan)
- Çoğu zaman (15 günden fazla) (4 puan)
- Bazen (15 günde) (3 puan)
- Birkaç kez (15 günden az) (2 puan)
- Hemen hemen hiç / hiçbir zaman (1 puan)

8. Gebelikte son 1 ay içinde, cinsel aktivite* veya cinsel ilişki** sırasında haznenizin ıslanması / kayganlaşmasındaki zorluk derecesi nasıldı?

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım (0 puan)

- Çok çok zor veya imkansızdı (1 puan)
- Çok zordu (2 puan)
- Zordu (3 puan)
- Biraz zordu (4 puan)
- Hiç zorluk çekmedim (5 puan)

9. Gebelikte son 1 ay içinde, cinsel aktivite* veya cinsel ilişkiniz** bitene kadar cinsel organınızın ıslaklığını / kayganlığını ne sıklıkta koruyabildiniz?

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım (0 puan)
- Hemen hemen her zaman (5 puan)
- Çoğu zaman (15 günden fazla) (4 puan)
- Bazen (15 günde) (3 puan)
- Birkaç kez (15 günden az) (2 puan)
- Hemen hemen hiç / hiçbir zaman (1 puan)

10. Gebelikte son 1 ay içinde, cinsel aktivite* veya cinsel ilişkiniz** bitene kadar haznenizin ıslaklığını / kayganlığını koruyabilme zorluğunuzun sıklığı neydi?

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım (0 puan)
- Hemen hemen her zaman (5 puan)
- Çoğu zaman (15 günden fazla) (4 puan)
- Bazen (15 günde) (3 puan)
- Birkaç kez (15 günden az) (2 puan)
- Hemen hemen hiç / hiçbir zaman (1 puan)

11. Gebelikte son 1 ay içinde, cinsel uyarılma*** veya cinsel ilişkide** ne sıklıkta orgazm**** oldunuz?

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım (0 puan)
- Hemen hemen her zaman (5 puan)
- Çoğu zaman (15 günden fazla) (4 puan)
- Bazen (15 günde) (3 puan)
- Birkaç kez (15 günden az) (2 puan)
- Hemen hemen hiç / hiçbir zaman (1 puan)

12. Gebelikte son 1 ay içinde, cinsel uyarılma*** veya cinsel ilişki** sırasında orgazma**** ulaşmak sizin için ne kadar zordu?

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım (0 puan)
- Çok çok zordu / imkansızdı (1 puan)
- Çok zordu (2 puan)
- Zordu (3 puan)
- Biraz zordu (4 puan)
- Hiç zorluk çekmedim (5 puan)

13. Gebelikte son 1 ay içinde, cinsel uyarılma*** veya cinsel ilişki** sırasında orgazma**** ulaşmanız ne kadar tatminkardı?

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım (0 puan)
- Çok tatminkardı (5 puan)
- Genellikle tatminkardı (4 puan)
- Yarısında tatminkardı, yarısında tatminkar değildi (3 puan)
- Genellikle tatminkar değildi (2 puan)
- Hiç tatminkar değildi (1 puan)

14. Gebelikte son 1 ay içinde, cinsel aktivite* veya cinsel ilişkiniz** sırasında siz ve eşiniz arasındaki duygusal yakınlık ne kadar tatminkardı?

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım (0 puan)
- Çok tatminkardı (5 puan)
- Genellikle tatminkardı (4 puan)
- Yarısında tatminkardı, yarısında tatminkar değildi (3 puan)
- Genellikle tatminkar değildi (2 puan)
- Hiç tatminkar değildi (1 puan)

15. Gebelikte son 1 ay içinde, eşinizle cinsel ilişkiniz** sizin için ne kadar tatminkardı?

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım (0 puan)
- Çok tatminkardı (5 puan)
- Genellikle tatminkardı (4 puan)

- Yarısında tatminkardı, yarısında tatminkar değildi (3 puan)
- Genellikle tatminkar değildi (2 puan)
- Hiç tatminkar değildi (1 puan)

16. Gebelikte son 1 ay içinde, genel olarak cinsel hayatınız sizin için ne kadar tatminkardı?

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım (0 puan)
- Çok tatminkardı (5 puan)
- Genellikle tatminkardı (4 puan)
- Yarısında tatminkardı, yarısında tatminkar değildi (3 puan)
- Genellikle tatminkar değildi (2 puan)
- Hiç tatminkar değildi (1 puan)

17. Gebelikte son 1 ay içindeki, cinsel ilişkinizde haznenize giriş sırasında ne sıklıkta ağrı veya rahatsızlık duydunuz?

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım (0 puan)
- Hemen hemen her zaman (1 puan)
- Çoğu zaman (15 günden fazla) (2 puan)
- Bazen (15 günde) (3 puan)
- Birkaç kez (15 günden az) (4 puan)
- Hemen hemen hiç / hiçbir zaman (5 puan)

18. Gebelikte son 1 ay içindeki, cinsel ilişkinizde haznenize girişten sonra ne sıklıkta ağrı veya rahatsızlık duydunuz?

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım (0 puan)
- Hemen hemen her zaman (1 puan)
- Çoğu zaman (15 günden fazla) (2 puan)
- Bazen (15 günde) (3 puan)
- Birkaç kez (15 günden az) (4 puan)
- Hemen hemen hiç / hiçbir zaman (5 puan)

19. Gebelikte son 1 ay içindeki, hazneye giriş sırasında veya sonrasında duyduğunuz

ağrı / rahatsızlığın derecesini nasıl değerlendirirsiniz?

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım (0 puan)
 - Çok yüksek (1 puan)
 - Yüksek (2 puan)
 - Orta (3 puan)
 - Düşük (4 puan)
 - Çok düşük veya hiç (5 puan)
-
-

EK 2:

1. Gebelik öncesi cinsel problemleriniz var mıydı?
 - Orgazım sorunu
 - Eşinizde erken boşalma
 - Cinsel isteksizlik
 - Cinsel ilişki sırasında ağrı
 - Vajinal kuruluk
 - Gebelik öncesi cinsel problemim yoktu
2. Gebelik sırasında cinsel ilişkiye giriyormusunuz?
 - Evet
 - Hayır
3. Gebelik döneminde cinsel ilişkiyi onaylıyormusunuz?
 - Evet
 - Hayır
4. Cevabınız evet ise, haftada kaç defa?
 - 1-2
 - 3-5
 - 5 ve üzeri
5. Cevabınız evet ise, cinsel ilişki ne zamana kadar olmalı;
 - son 1 aya kadar
 - son 2 aya kadar
 - doğumdan 1-2 hafta öncesine kadar
 - doğuma kadar
6. Cevabınız hayır ise, neden?
 - Gebelikte cinsel ilişki yaşamak berbat bir şey
 - Fiziksel görünümüm bozulduğu için kendimi güzel bulmuyorum
 - Günah olduğu için
 - Kanama olur korkusu
 - Düşük tehdidi
 - Aşırı bulantı kusmam var
 - Ağrı olur korkusu veya ağrı oluyor
 - Diğer
7. Gebelik esnasında cinsel ilişkiye girme isteğinizde bir değişiklik oldu mu?
 - Hayır, değişmedi
 - Evet, cinsel ilişkiye girme arzum arttı
 - Evet, cinsel ilişkiye girme arzum azaldı
8. Gebelik esnasında orgazm (tatmin olma) olmanızda bir değişiklik oldu mu?
 - Hayır, değişmedi
 - Evet, daha kolay tatmin oluyorum
 - Evet, artık daha zor tatmin oluyorum
9. Gebelik esnasında cinsel ilişki sırasında uyarılma, tahrik olmanızda herhangi bir

değişiklik oldu mu?

- Hayır, değişmedi
- Evet, daha kolay tahrik oluyorum
- Evet, daha zor tahrik oluyorum

10. Gebelik sırasında cinsel ilişkiye girmeyi başka gebelere de tavsiye edermisiniz?

- Evet
- Hayır

11. Gebelik sırasında eşinizin cinsel ilişkiye bakışında nasıl bir değişiklik oldu?

- Değişiklik olmadı
- Olumlu
- Olumsuz