

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

**(YÜKSEK LİSANS TEZİ)**

**GEBE KADINLARIN CİNSEL DOYUMLARININ BELİRLENMESİ**  
**VE**  
**CİNSELLİĞİ ETKİLEYEN ETMENLERİN İNCELENMESİ**

**AYSU YILDIZ KARAAHMET**

**DANIŞMAN**

**YRD.DOÇ.DR. MERAL MADENOĞLU KIVANÇ**

**EBELİK ANABİLİM DALI**

**EBELİK PROGRAMI**

**İSTANBUL-2017**

## YÜKSEK LİSANS TEZİ ONAYI

İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Anabilim Dalı, Ebelik Yüksek Lisans Programında Yüksek Lisans öğrencisi Aysu YILDIZ KARAAHMET tarafından Yrd.Doç.Dr.Meral MADENOĞLU KIVANÇ'ın danışmanlığında hazırlanan "Gebe Kadınların Cinsel Doyumlarının Belirlenmesi ve Cinselliği Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi" başlıklı tez aşağıdaki jüri üyeleri tarafından 17 /11/20117 tarihinde yapılan Tez Savunma Sınavında başarılı bulunmuş ve Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

**Jüri Başkanı**  
Yrd.Doç.Dr.Gülbahar KESKİN  
Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi  
Ebelik Bölümü

**Jüri-Danışman**  
Yrd.Doç.Dr.Meral MADENOĞLU KIVANÇ  
İstanbul Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Fakültesi  
Ebelik Bölümü

**Jüri**  
Doç.Dr.Neslihan KESER ÖZCAN  
İstanbul Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Fakültesi  
Ebelik Bölümü

## BEYAN

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

**AYSU YILDIZ KARAAHMET**

**İMZA**



## İTHAF

Bana bu dünyada en güzel duyguyu yaşatan 09.03.2017 'de dünyaya gelen güzel kızım U MAY'ıma ve en zor zamanlarımda bana hep destek olan eşim Mehmet Can KARAAHMET'e ithaf ediyorum.

## TEŞEKKÜR

Tezimin yapım sürecinde değerli fikirlerini ve yol göstericiliğini esirgemeyen tez danıŐmanım Sayın Yrd.Doç.Dr Meral MADENOğLU KIVANÇ'a,

Değerli zamanlarını ayırarak tezimin jürisine katılan, tezi geliŐtirici fikir ve öneriler getiren Sayın Doç. Dr. Neslihan KESER ÖZCAN ve Yrd. Doç. Dr. Gülbahar KESKİN'e,

Değerli zamanlarını ayırarak sabır ve içtenlikle sorularımı yanıtlayan tüm katılımcılara,

Tez çalışmam süresince daima yanımda olduklarını hissettiren aileme ve eşime teşekkürlerimi sunarım.



## İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI .....	
BEYAN .....	
İTHAF .....	
TEŞEKKÜR .....	
İÇİNDEKİLER .....	
TABLolar LİSTESİ .....	
ŞEKİLLERİN LİSTESİ .....	
SEMBOLLER\KISALTMALAR LİSTESİ .....	
ÖZET .....	
ABSTRACT.....	
1. GİRİŞ VE AMAÇ .....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	2
2.1. Cinselliğe Tarihsel Bakış .....	2
2.2. Kadınlarda Cinsel Sağlık Kavramı.....	3
2.3. Kadının Cinsel Anatomisi.....	4
2.3.1. Dış Genital Organlar.....	4
2.3.1.1. Mons Pubis .....	5
2.3.1.2. Labia Majör .....	5
2.3.1.3. Labia Minör.....	5
2.3.1.4. Klitoris.....	6
2.3.1.5. Vestibul.....	7
2.3.1.6. Hymen.....	7
2.3.1.7. Bartholin Bezleri.....	8
2.3.1.8. Skene Kanalları.....	8
2.3.1.9. Perine.....	8
2.3.2. İç Genital Organlar.....	8
2.3.2.1. Overler.....	9
2.3.2.2. Uterus.....	9

2.3.2.3. Fallop Tüpleri.....	10
2.3.2.4. Vajina.....	10
2.3.2.5. Grafenberg Noktası (G Noktası).....	11
2.3.2.6. Pelvik Taban Kasları.....	11
2.4. Kadınlarda ve Gebelikte Cinsel Yanıt Süreci.....	11
2.4.1. İstek Fazı.....	13
2.4.2. Uyarılma Fazı.....	13
2.4.3. Plato Fazı.....	13
2.4.4. Orgazm Fazı.....	13
2.4.5. Çözülme Fazı .....	14
2.5. Cinsel İşlev Bozukluklarının Etiyolojisi .....	14
2.5.1. Tıbbi Hastalıklar.....	16
2.5.2. Ameliyatlar.....	16
2.5.3. Reprodüktif Değişiklikler.....	17
2.5.4. Alkol ve Madde Bağımlılığı.....	17
2.5.5. Psikososyal Sebepler .....	17
2.6. Cinsel İşlev Bozukluklarının Epidemiyolojisi.....	18
2.7. Cinsel İşlev Bozukluklarının Sınıflandırılması.....	19
2.7.1. Kadın Orgazm Bozukluğu.....	19
2.7.2. Kadın Cinsel İlgi / Uyarılma Bozukluğu.....	19
2.7.3. Genital Pelvik Ağrı / Penetrasyon Bozukluğu.....	20
2.8. Gebelik.....	20
2.8.1. Gebelikte Cinsellik Fizyolojisi.....	21
2.8.2. Gebelikte Cinselliği Etkileyen Faktörler.....	22
2.8.2.1. Psikolojik.....	22
2.8.2.2. Sosyo-Kültürel Faktörler.....	23
2.8.2.2.1. Cinsel Rolün Cinsel Davranışa Etkisi.....	24
2.8.2.2.2. Kültürel Normların Cinsel Davranışlara Etkisi.....	25
2.8.2.2.3. Ekonomik faktörlerin Cinsel Davranışlara Etkisi.....	25
2.8.2.2.4. Evlilik Durumunun Cinsel Davranışlara Etkisi.....	25
2.8.2.2.5. Mitler ve Yanlış İnanışlar.....	26
2.8.3. Gebelikte Görülen Cinsel Sorunlar.....	27

2.8.4. Gebelikte Cinsel Doyum ve Ebelik Yaklaşımı.....	29
2.9. Ebelik Girişimleri ve Cinselliği Değerlendirmede Kullanılan Modeller.....	30
2.9.1. Kadınların Cinsel Yaşama İlişkin Problemlerini Belirlemeye ve Cinsel Fonksiyon Durumlarını Değerlendirmeye Yönelik Ebelik Girişimleri.....	30
2.9.1.1. Ebe Gözlemi.....	31
2.9.1.2. Kapsamlı Öykü.....	31
2.9.1.3. Kadını Cinsel Gelişim Öyküsü.....	31
2.9.1.4. Kadının Fizik Muayene Bulguları.....	32
2.9.2. Belirlenen Problemin Çözümüne ve Cinsel Sağlığın Devam Etmesine Ait Girişimler.....	33
2.9.3. Cinselliği Değerlendirmede Kullanılan Modeller .....	35
2.9.3.1. Plissit Modeli.....	36
2.9.3.2. Ex-Plissit Modeli.....	39
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	42
3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi .....	42
3.2. Araştırmanın Sorusu.....	42
3.3. Araştırmanın Değişkenleri .....	42
3.4. Araştırmanın Yapılacağı Yer ve Zaman .....	42
3.5. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme .....	42
3.5.1. Örneklem Seçimi .....	44
3.5.1.1. Araştırmaya Alınma Ölçütleri .....	44
3.5.1.2. Araştırmadan Dışlanma Ölçütleri .....	44
3.6. Verilerin Toplanması .....	45
3.6.1. Veri Toplama Araçları .....	45
3.6.1.1. Gebelerin Cinsel Doyumlarının Belirlendiği Anket Soru Formu (EK-1).....	45
3.6.1.2. Golombok–Rust Cinsel Doyum Ölçeği (GRCDÖ) - Kadın Formu (EK-2).....	45
3.7. Araştırmanın Uygulanması .....	46
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi.....	46
3.9. Araştırmanın Etik yönü.....	47
3.10. Araştırma Sürecinde Karşılaşılan Olumlu ve Olumsuz Durumlar .....	48
3.10.1. Olumlu Durumlar .....	48
3.10.2. Olumsuz Durumlar .....	48



3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları .....	48
4. BULGULAR.....	49
4.1. Katılımcıların Kişisel Özelliklerine Ait Bulgular.....	50
4.2. Katılımcıların Evlilik Durumlarına Ait Bulgular.....	51
4.3.Katılımcıların Önceki Gebelik Durumlarına Ait Bulgular .....	52
4.4.Katılımcıların Cinsel Özelliklerine Ait Bulgular.....	53
4.5.Katılımcıların Gebeliklerine Ait Bulgular.....	54
4.6. Gebelikte Cinsel Yaşam İfadesine Ait Bulgular .....	55
4.7. Gebelikte Cinsel İlişki Korkusu Durumlarına Ait Bulgular.....	57
4.8. Gebelikte Kendilerinin ve Eşlerinin Fiziksel Değişimi Hakkındaki Düşüncelerine Ait Bulgular .....	58
4.9. Gebelikte Cinsel Yaşam Bilgisi Alma Durumuna Ait Bulgular.....	59
4.10. Gebelikte Korunmasız İlişki Korkusu ve Sebepleri.....	60
4.11. Cinsel Doyum ve Alt Boyutlarının Ortalama Puanları.....	61
4.12. Katılımcıların Kişisel Özellikleri İle Cinsel Doyumları Arasındaki Farklılık Testi Bulguları .....	62
4.13. Katılımcıların Cinsel İstek, İlişki Süresi, Birleşme Durumları İle Cinsel Doyumları Arasındaki Farklılık Testine Ait Bulgular.....	63
4.14. Katılımcıların Bir Önceki Döneme Göre Cinsel İstek Düzeyleri İle Cinsel Doyumları Arasındaki Farklılık Testine Ait Bulgular .....	64
4.15. Gebelik ve Gebelik Öncesi Dönemi Cinsellik Durumuna Göre Cinsel Doyum Sonuçları.....	65
4.2. Gebelerin Cinsel Doyum Düzeylerine İlişkin Bulgular.....	66
4.2.1. Gebelerin Cinsel Doyum Düzeylerine İlişkin Anova Testi Bulgular.....	67
4.2.2.Gebelerin Cinsel Doyum Düzeylerine İlişkin t Testi Bulgular.....	68
5. TARTIŞMA .....	69
5.1. Gebe Kadınların Kişisel Özellikleri ile Cinsel Doyumlarına Ait Bulguların Tartışılması.....	69
5.2. Gebe Kadınların Cinsel Özellikleri ve Gebelik Durumları ile Cinsel Doyumlarına Ait Bulguların Tartışılması.....	71
5.3. Gebe Kadınların Cinsel Yaşam İfadesi ile Cinsel Doyumlarına Ait Bulguların Tartışılması.....	73
5.4. Gebelikte Cinsel İlişki Korku Durumları ile Cinsel Doyumlarına Ait Bulguların	

Tartışılması.....	74
5.5. Gebelikteki Fiziksel Değişim İle Cinsel Doyumlarına Ait Bulguların Tartışılması.....	76
5.6. Gebelikte Cinsel Yaşam Bilgisi Alma Durumuna Ait Bulguların Tartışılması.....	77
5.7. Gebelikte Korunmasız İlişki Korkusu ve Durumuna Ait Bulguların Tartışılması.....	78
6. SONUÇ VE ÖNERİLER .....	79
KAYNAKLAR.....	81
FORMLAR .....	93
İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI .....	107
ÖZGEÇMİŞ.....	109



## TABLULARIN LİSTESİ

Tablo 1: Cinselliği değerlendirmede kullanılan modeller .....	36
Tablo 2: Trimester dönemlerine göre Cinsellik Durumu .....	40
Tablo 3: Ölçek puan dönüştürme .....	47
Tablo 4: Normal dağılım testi sonuçları.....	48
Tablo 4-1: Gebe kadınların kişisel özellikleri (N=208).....	50
Tablo 4-2: Gebe kadınların evlilik durumları (N=208).....	52
Tablo 4-3: Katılımcıların önceki gebelik durumları (N=208) .....	53
Tablo 4-4: Katılımcıların cinsel özellikleri (N=208) .....	54
Tablo 4-5: Katılımcıların gebelik durumu ve cinsel isteklerine ait bulgular (N=208) .....	55
Tablo 4-6: Gebelikte cinsel yaşam ifadesi (N=208) .....	57
Tablo 4-7: Katılımcıların gebelikte cinsel ilişki korkusu durumları (N=208) .....	59
Tablo 4-8: Gebelikte fiziksel değişim hakkındaki düşünceler (N=208) .....	59
Tablo 4-9: Gebelikte cinsel yaşam bilgisi alma durumu (N=208) .....	60
Tablo 4-10: Gebelikte korunmasız ilişki korkusu durumu (N=208) .....	61
Tablo 4-11: Cinsel doyum ve alt boyutlarının ortalama puanları (N=208) .....	62
Tablo 4-12: Katılımcıların kişisel özellikleri ile cinsel doyumları arasındaki farklılık testi.....	63
Tablo 4-13: Katılımcıların cinsel istek, ilişki ve birleşme durumları ile cinsel doyumları arasındaki farklılık testi sonuçları .....	64
Tablo 4-14: Katılımcıların bir önceki döneme göre cinsel istek düzeyleri ile cinsel doyumları arasındaki farklılık testi sonuçları.....	65
Tablo 4-15: Katılımcıların Gebelik ve Gebelik Öncesi Döneme Ait Cinsellik Durumuna Göre Cinsel Doyumları Sonuçları.....	67

## ŞEKİLLERİN LİSTESİ

Şekil 1. Kadının Dış Üreme Organları .....	5
--	---

Şekil 2. Kadın Dış Genital Organları	.....7
Şekil 3. Hymen Çeşitleri	.....7
Şekil 4. Kadının İç Üreme Organları	.....9

## SEMBOLLER / KISALTMALARIN LİSTESİ

ACOG	: American College of Obstetrician and Gynecologists
APA	: American Psychiatric Association
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
CD	: Cinsel Disfonksiyon
CETAD	: Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği
HCG	: Human Koryonik Gonotropin
ICD	: International Classification of Diseases
FSFI	: Kadın Cinsel Fonksiyon Ölçeği
TAD	: Türk Androloji Derneği
TSH	: Tiroid Stimüle Hormon

## ÖZET

Karahmet, A.Y. (2017). Gebelerde Cinsel Doyumun Belirlenmesi ve Cinselliği Etkileyen Etmelerin İncelenmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik ABD. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul, 2017.

**Amaç:** Gebe kadınlarda cinsel doyumlarının ve cinselliğini etkileyen faktörlerin belirlenmesidir.

**Gereç ve Yöntem:** Araştırmanın evrenini, İstanbul İli' ne bağlı, Bağcılar ilçesinde bulunan Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Doğum Polikliniği'ne Aralık 2016- Nisan 2017 tarihleri arasında başvuran 208 gebe kadın oluşturdu. Veri toplama aracı olarak araştırmacı tarafından geliştirilen 41 sorudan oluşan Soru Formu ve Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği (GRCD) Kadın Formu kullanıldı.

**Bulgular:** Araştırmadan elde edilen veriler, Statistical Package For The Social Sciences (SPSS) for Windows 21,0 paket programında kaydedilerek analiz edildi. Verilerin analizinde yüzdellik, ortalama, t testi ve Anova testi kullanıldı. ( $p < 0,05$ 'in altındaki değerler anlamlı kabul edildi). Araştırma sonucunda gebe kadınların; %49,5'inin 25-34 yaş arasında, %29,8'i lise eğitimi aldığı, %75,4'ü gibi büyük bir çoğunluğunun ev hanımı olduğu belirlendi. Gebe kadınların %34,1'i 8 yıldan fazl evli olduğu, %63,9'u severek evlendiği ve %71,6'sının gebeliklerinin planlı olduğu saptanmıştır.

Gebelerin cinsel doyum alt boyutlarının ortalama puanları incelendiğinde sıklık  $3,79 \pm 3,46$ ; iletişim  $4,14 \pm 1,95$ ; doyum  $6,09 \pm 4,14$ ; kaçınma  $3,50 \pm 3,14$ ; dokunma  $5,73 \pm 3,39$ ; vaginismus  $6,47 \pm 3,03$ ; anorgasmi  $6,90 \pm 3,17$  olarak tespit edildi. Cinsel doyum ortalama puanının ise;  $42,86 \pm 15,24$  ortalama puana sahip olduğu sonucuna ulaşıldı. Genel cinsel doyum puan ortalamaları dikkate alındığında gebelerde cinsel doyum ölçeğine göre problem sınırında olduğu, ölçek puanlamasına göre problemin olduğu düşünülebilir.

**Sonuç:** Bu çalışmada, gebelerin cinsel doyumlarının gebelik öncesine göre azaldığı ve cinselliğin yaş, eğitim, evlilik, doğum şekli gibi birçok faktörden etkilendiği görüldü. Elde edilen sonuçlar doğrultusunda gebe kadınlara, gebeliğin cinsel doyuma etkileri konusunda danışmanlık verilmesi önerilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Gebelik, cinsellik, cinsel doyum, cinsel yaşam

## ABSTRACT

Karahmet, A.Y. (2017). Determination of Sexual Satisfaction in Pregnancy and Investigation of Factors Affecting Sexuality. İstanbul University Health Sciences Institute, Department of Midwifery. Master Thesis. İstanbul, 2017.

Objective: To determine sexual satisfaction and factors affecting sexuality in pregnant women.

Materials and Methods: The study's universe consisted of 208 pregnant women who applied to the Education and Research Hospital, Obstetrics and Gynecology Clinic, Bağcılar, İstanbul, between December 2016 to April 2017. Questionnaire consisting of 41 questions developed by the researcher and Golombok-Rust Sexual Satisfaction Questionnaire (GRSCO) Female Form were used as data collection tools.

Result: The data obtained from the study were recorded and analyzed in the Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows 21.0 package program. Percentage, mean, t test and Anova test were used in the analysis of the data. (values below  $p < 0.05$  were considered significant). As a result of the research; 49.5% of them are between the ages of 25-34, 29.8% of them are in high school education and 75.4% of them are housewives. 34.1% of pregnant women were married more than 8 years, 63.9% were married fondly and 71.6% of pregnant women were planned.

When the mean scores of sexual satisfaction subscales of pregnant women were examined, frequency was  $3.79 \pm 3.46$ ; communication  $4.14 \pm 1.95$ ; satisfaction  $6.09 \pm 4.14$ ; avoidance  $3.50 \pm 3.14$ ; touch  $5.73 \pm 3.39$ ; vaginismus  $6.47 \pm 3.03$ ; anorgasmia was found to be  $6.90 \pm 3.17$ . The mean score of sexual satisfaction is; The mean score of  $42.86 \pm 15.24$  was reached. Considering the general sexual satisfaction score averages, it can be considered that there is a problem according to the scale score that the problem is borderline according to the sex satisfaction level at the gynecology.

Conclusion: In this study, it was seen that the sexual satisfaction of the pregnant women decreased according to the pregnancy and the sex was influenced by many factors such as age, education, marriage, birth style. It is suggested that pregnant women should be counseled about the sexual satisfaction effects of the pregnant women in the direction of the obtained results.

Keywords: Pregnancy, sexuality, sexual satisfaction, sexual life

## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Aile, toplumun sosyal ve geleneksel bir kurumudur. Kültürün nesilden nesile aktarılmasında ve toplumun uygun bireylerin yetiştirilmesinde ailenin evrensel bir sorumluluğu ve rolü bulunmaktadır. Doğurganlık, bu evrensel rolü yerine getirmektedir. (Donaldsons, 1996).

Fizyolojik süreç olan gebelik kadının hayatında önemi büyük stres ve yük oluşturmaktadır. Gebelik, kadını sosyolojik, biyolojik, psikolojik her yönden etkilemektedir. Bu sebeple gebelik kavramı, ciddi bir stres etkeni olarakta değerlendirilmektedir.

Cinsellik bireyin ruhsal ve bedensel birlikteliği ile gerçekleşen, üremeye ve doyuma ait yaşantılar olarak ifade edilmektedir. Dürtüsel olan cinsellik, kökenini biyolojik bir kaynaktan alır. Dürtüsel kabul görmekle beraber cinsellik, cinsel tutum ve davranışlarla öğrenilmektedir (Tunç, 2005). Cinsellik tam anlamıyla duygu, düşünce ve davranışları içeren, çoğalma ile ilişkili, sevmeye ve sevilme, bağlanma ve bağlanılma, sahip olunma ve sahip olma ile psikolojik gereksinimleri karşılayan, birlikteliği sosyal etkileşimle sağlayan temel iç güdüsel insan gereksinimi olarak tanımlanır (Bitzer ve Alder, 2000). Üreme yönüyle neslin devamı için önemlidir. Organizmanın uyarılması açısından cinsellik, dürtüsel-ilkel ve ilksel şekilde yaşanır ve meydana gelir, bir kere var olmasıyla öğrenilir, zenginleşir ve şekillenir (Tunç, 2005).

Yaşamın her döneminde cinsellik çeşitli şekillerde tanımlanmaktadır. Cinsellik, bireyin yaşam kalitesini oluşturan öğeler arasında önemli bir yer tutmaktadır (Kömürcü ve ark. 2014). Dürtüsel-ilkel ve ilksel anlamıyla cinsellik zaman içinde toplumsal açıdan kültürel süreç ve etmenlerden etkilenirken şekillenir (Tunç, 2005). İntrauterin hayattan başlayıp ölüme kadar devam eden cinsellik, insan yaşamının önemli bir parçası olup fizyolojik, sosyal, kişilerarası ve kültürel yönleri ile söz konusudur (Gökyıldız ve Beji 2005, Taylor 2007, Moseley 2010, Bozdemir ve Özcan 2011). Cinselliğin, bireyin varlığını sürdürmek için hayati bir işi olmasa da, yaşam kalitesini meydana getiren öğeler arasında yer almaktadır (Gülsüm ve ark, 2009).

Cinsellik; kadınların arzu edilmesi, çocuk doğurabilme kabiliyeti ve beden imajını içermesinin yanında emosyonel, entelektüel ve sosyokültürel birleşmeleri de kapsayan bir kavramdır. Kadının normal sağlığını olumsuz etkileyen bütün faktörler cinsel yaşamı da negatif etkileyerek cinsel disfonksiyona sebep olmaktadır (Kütmeç, 2009). Kadın evlilik yaşamı boyunca; gebelik, doğum, loğusalık, menopoz gibi çeşitli evrelerden geçmektedir. Anatomik, fizyolojik ve ruhsal değişimlerin bir sonucu olarak gebelik, cinsel yaşamı etkilemekte ve duyguları değiştirmektedir ( Fok ve ark 2005, Gökyıldız ve Beji 2005, Bilen ve Aksu 2016).

Gebelikte cinselliğe ilişkin genel düşünce hormonal uyarılar nedeni ile fiziksel ve ruhsal bir takım değişiklikler, kadının genel sağlığı, ilişkileri ve cinselliği üzerinde birçok etkiye neden olabilmektedir (Ertem ve Sevil, 2010). Çiftlerin gebeliğe olan reaksiyonu, aile olma fikri, kadının cinsel kimliği ve rolü, kültürel normlar ve ekonomik faktörler, bebeğe zarar verme korkusu da gebelik sürecinde cinselliği etkilemektedir. Gebelikte cinsel aktivite devam ederken gebelerin büyük kısmında özellikle son trimesterde cinsel ilişki sıklığında ve cinsel istekte azalma olduğu belirtilmiştir (Adınma 1995, Naim ve Bhutto 2000, Aslan ve ark. 2005, Arıca ve ark.2012).

Gebelik döneminde cinselliğin nasıl yaşandığı ve hangi değişimlerden etkilendiğini belirleyen araştırmalar incelendiğinde; artan gebelik yaşının özellikle cinsel istek, cinsel ilişki sıklığı, orgazm ve cinsel tatmin fonksiyonlarında azalmaya yol açtığı belirlenmiştir (Arıca ve ark. 2012). Gebelikte cinsellik konusundaki son araştırmalara göre cinsellikle ilgili bilgilerin giderek artması çiftlerin kaygılarını giderici, güvenilir bilgiler edinmesini sağlamaktadır (Adınma 1995, Eryılmaz ve ark. 2004, Özkan ve ark. 2009).

Literatürlere göre gebeliğin cinsel sorunlara yol açtığı yönündedir. Gebelik döneminde cinsel yaşamın hangi olası değişimlerden etkilendiğini belirleyen araştırmalar azdır (Eryılmaz ve ark. 2004, Özkan ve ark. 2009). Bu nedenle “Gebe Kadınların Cinsel Doyumlarının Belirlenmesi ve Cinselliği Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi amacıyla çalışma planlanmıştır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Cinselliğe Tarihsel Bakış

Tarihi süreç içerisinde cinselliğe bakıldığında cinselliğin birçok toplumsal açıdan kendine özgü anlayış ve dönemlerden söyleyebiliriz. Bu süreçler içerisinde günümüze kadar gelindiğinde cinselliğin en büyük belirleyici ve etki mekanizmalarından birinin de din olduğu görülmektedir. Din dışında toplumsal birçok güç cinselliğin belirleyicileri arasında olmuştur.

Cinsellik, hem çoğalma aracı olarak soyun sürekliliği hem de haz verici etkilerinden dolayı toplumlar, devletler ve dinler için taşıdığı önem oldukça fazladır. Cinsellik devletin ve toplumun temel yapısı sayılan ailenin oluşturulmasından dolayı asıl düzenleyici olurken aynı zamanda yok olmasında da bazı biyolojik parçalar içermektedir. Cinsellik norm, yasa, ritüeller ile yönetilmeye çalışılmış ve bu durumun ilk örneklerine tarih öncesi dönemlere dayandığı görülmektedir. Mağara yaşantısından önce insanların gelişigüzel ilişkilerde bulunurken, mağara yaşantısı ile yerleşik alan ve insanların ortak yaşam alanlarının gelişerek devam ettiği görülmektedir (Tannaili, 2003).

Tarih öncesi dönemdeki erkek-kadın ilişkileriyle ilgili bilgi az olsa da, antropolog Malinowski'nin Tombriand Adası'ndaki yerliler üzerinde yaptığı çalışmasında bazı kurallar uygulanmıştır. Yerlilerin, aileden kimse ile evlenmesi ve aldatma olayları hoş karşılanmamıştır. Cinsel istek ve dürtüler normal görülürken bu dönemlerde cinselliğin rastgele yaşanmadığı ve kurallara bağlı olduğu görülmüştür (Caner, 2004). Tarih öncesi dönemde toplum ana soylu yaşamdan neolitik çağ ile birlikte ataerkil bir yaşam şekline dönüşmüştür. Bu değişim önemli bir dönüm noktası olurken cinsiyet rollerini şekillendirmiş ve erkeğe özgürlükçü bir cinsel yaşam sunarken kadını üreme ile sınırlandırmıştır (Tannaili, 2003).

Roma ve Antik Yunan'da da ataerkil ilişkiler dikkat çekmiştir. İslamiyet, Musevilik ve Hristiyanlıkta da kadının cinselliği üreme ile sınırlandırılıp, İslamiyet ve Yahudilik de cinsellik günah görülmeyip, evlilik zorunlu kılınmıştır. İslamiyet de çok eşlilik yasal olmuştur. Hristiyanlıkta ise cinsellik günah sayılıp kadının zevk alması yasaklanmış sadece üreme için cinsellik hoş görülmüştür (Bhugra ve Padmal, 1995; Yalom, 2002; Tannaili, 2003). Batı da



cinselliğin Roma ve Antik Yunan dan sonra Hristiyanlık ve Yahudilik dinlerinin etkisi altında biçimlenmiş ve üreme ile sınırlı kalırken doğuda ise cinselliğin ruhu zenginleştirip, mükemmelleştirilmesine katkıda bulunduğu inandırıcıdır (Tannaili, 2003).

Neolitik Çağ'dan 18.yüzyıla kadar cinselliğin haz ve üreme objesi olarak görülüp, bu davranışın erkekler adına gelişmesine neden olmuştur. Cinsellik kadınlar için ise erkeği mutlu etmek ve üreme aracı olarak kabul görülmesine sebep olmuştur. Ancak bu durum Antik Yunan'daki egemen kadınların daha alt statüdeki ve Antik Roma'dakilere göre daha özgür oldukları, eşlerini boşayabilme, koca dışında erkekler ile ilişki kurabilme ve sevgilileriyle evlenme hakkına sahip oldukları anlaşılmıştır (Yalom, 2002).

Cinselliğin günümüz şekli ise 18. yüzyıla dayanmaktadır. Bu dönemde erkek ve kadının haz açısından farklı olmadığı görüşü gündeme gelmiştir. 20. yüzyıla gelindiğinde kadının oy kullanma hakkı, dine dayalı olmayan eğitimi, meslek ve iş sahibi olması erkeğe karşı statüsü değişmiştir. Günümüz kadını daha özgürlükçü, geleneksel inancı yıkan bir hale bürünmüştür. Kadın haz almak için cinselliğini kullanmaya başlamıştır (Dameron, 1992).

## 2.2. Kadınlarda Cinsel Sağlık Kavramı

Cinsellik bireyin, ruhsal ve bedensel katılımı ile oluştuğu üremeye ve doyuma yönelik yaşam şekillerini içerir. Cinsellik psikolojik, biyolojik ve sosyal bir birliktelikte değerlendirilip, psikolojik anlamıyla bütün olma, yakınlaşma, doyum ve bir olma isteği, biyolojik anlamıyla fiziki rahatlamayı, sosyal anlamıyla da iki bireyin toplumsal değer yargısı ve bir arada yaşama kabulünü sağlar (Tunç, 2005).

Cinselliğe ilişkin bilgilere bakıldığında ilk kurumsal bilgiler Freud'un psikoanaliz uyguladığı hastalardan elde edilmektedir. Freud saldırganlık ve cinsellik olmak üzere iki farklı dürtü ile psikoseksüel kuramını tanımlamaktadır. Teoride Freud, , cinselliğin amacının sadece cinsellik olmadığını birlik, sevgi, yakınlık ve bütünlük isteklerini de karşıladığını belirtmektedir (Tunç, 2005). Cinsellik; duygusal, cinsel kimlik, erotizm, seks, üreme ve cinsel uyum gibi insan olabilmenin yapısını meydana getiren olgudur. Bunun yanı sıra psikolojik, hukuki, sosyoekonomik, biyolojik, spiritüel ve etnik durumlardan etkilenmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre cinsel sağlık; " sadece hastalık, fonksiyon bozukluğu veya sakatlığın olmaması değil duygusal, zihinsel ve sosyal olarak cinsellikle ilgili iyilik halidir. Cinsel sağlık; cinsellik ve cinsel ilişkilerde; zorlama, ayrımcılık ve şiddetten arınmış hem keyifli hem de güvenli cinsel deneyimlere sahip olma olasılığının sonucu olarak olumlu ve saygılı bir yaklaşım gerektiren durumdur (DSÖ, 2010). Cinsellik; psikolojik, sosyal, ekonomik, politik, kültürel, hukuki, tarihi, dini, biyolojik ve ruhsal faktörlerden etkilenmektedir.

Dünya Cinsel Sağlık Birliği'nin Cinsel Haklar Bildirgesi tanımında ise cinsellik, her insanın kişiliğinin ayrılmaz bir parçasıdır. Cinselliğin tam olarak gelişimi temas, mahremiyet, duygusal ifade, zevk, şefkat, aşk gibi temel insan ihtiyaçlarının doyumuna bağlıdır.

Cinsel hayatın sağlıklı olması, suçluluk hissi ve anksiyetenin bulunmaması ile ifade edilmektedir. Cinselliğin sağlıklı ya da normal olduğunu tanımlamak ve karar vermek zordur. Bu tanımları yapmak için anormal durumların göz önüne alınması gerekmektedir. Birincil cinsel organların kullanılmaması, cinselliğin-zorlayıcı bir şekilde yaşanması, başkasına ve kendine cinsel birliktelikte zarar verilmesi gibi anormal davranışlardan yola çıkarak sağlıklı cinsel ilişki tanımlı yapılabilir (Tunç, 2005). Bu bağlamda cinsel kimliğin sağlıklı gelişmiş olması sağlıklı bir cinsel hayat oluşumunu sağlayabilir.

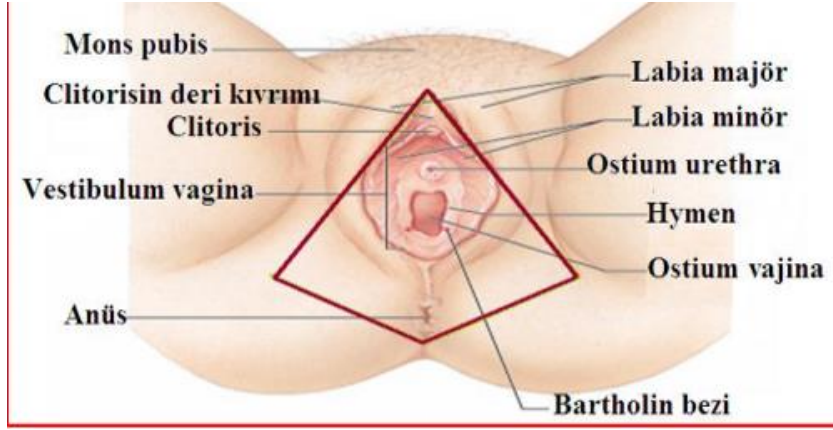
Genel sağlığın vazgeçilmez unsurlarından birini meydana getiren cinsellik yaşamın diğer alanlarından ayrı olarak düşünülemez ve değerlendirilemez. Kadının cinsel sağlığını bozan bütün durumlar cinsel hayatı da negatif etkileyerek cinsel disfonksiyona (CD) sebep oluşturabilmektedir (Kütmeç, 2009).

Cinsel sağlık, toplumu en fazla ilgilendiren hususlardan birisi olup cinsel sorunlar yönünden insanları çok fazla mutsuz eden sağlık problemleri arasında yer almaktadır. Bireyin cinsel sağlığın bozulmasında fiziksel sağlık durumu etkili olmaktadır (Bozdemir ve Özcan, 2011).

Cinsellik bireyin fizyolojik işleyişi, psikososyal ve biyolojik yapısının birleşimiyle anlamının daha kolay ifade edilebilir. Seksüel kimlik, cinsel davranış, cinsel yönelim ve cinsel kimlik cinselliğin oluşumunda birbiriyle bağıntılı olan dört temel faktördür. Seksüel kimlik; iç-dış genitaler, ikincil seks karakterleri, kromozomlar, gonadlar, hormonal durumlar gibi biyolojik seksüel durumları ifade eder. Cinsel davranış, cinsel cevap döngüsü içinde düşünülürken, cinsel yönelim bireyin cinsel dürtülerinin neye karşı ilgisinin olduğunu ifade eder. Cinsel dürtülerde; biseksüeller her iki cinsi, heteroseksüeller karşı cinsi ve homoseksüel eş cinsi ifade etmektedir. Cinsel kimlik ise, dişilik ve erkeklik organlarının oluşumunun normal olmasına rağmen bu yapıların oluşumunda çevresel faktörleri öne çıkarmaktadır. Kültürel yapı ve aile bu konuda önemli bir rol oynamaktadır. Bireyin kendini hangi cinsiyette hissedeceği, öğrenme şekli ve yetiştirme şartları belirleyen faktörlerdir.

## **2.3. Kadının Cinsel Anatomisi**

### **2.3.1. Dış Genital Organlar**



Şekil 1. Kadının Dış Üreme Organları

Kadınlarda ürogenital yarığı çevreleyen dış genital organlar vulva adını alır. Vulva; mons pubis, klitoris, labia majora ve minoradan oluşur. Mons pubis, vulvanın anterosuperior sınırını yaparken labia majora sağ ve solda ilerleyerek posteriorda perinede sonlanır. Vulva; mons pubis, labium major ve minör, klitoris, vestibulum, üretral meatus, hymen, skene kanalları ve bartholin bezlerini içermektedir (Şekil 1) (Sağlık Bakanlığı 2008; Kırço 2009).

Dış genital organlar internal pudental arterin dalları, internal iliak arterin dalları ve femoral arterin dalı olan eksternal pudental arter ile kanlanmaktadır. Ven sistemi ise cinsel ilişki sırasında ve daha büyük oranda gebelik süresince dilate olan venöz pleksuslardan oluşur. Venlerin büyük çoğunluğu arterlere eşlik eder. Ancak klitoristen kanı toplayan venler vajinal ve vezikal venöz pleksuslarla birleşmektedir.

### 2.3.1.1. Mons Pubis

Mons pubis, simfizis pubisin üzerini saran yüzeyi kıllarla kaplı bir tümsektir. Mons pubisin derin yağ dokusu içinde klitoris derisi ve glansına doğru uzanan yelpaze şeklinde fibröz yağ dokusu tabakası mevcuttur. İç üreme organlarının korunmasını sağlamaktadır. Gevşek bağ dokusu ve derialtı yağ dokusundan oluşmaktadır. Puberte ile birlikte kıllanmaya başlamaktadır. Kıllar altta labia majöre doğru yayılır ve üst sınırında yatay bir çizgiyle sonlanmaktadır. Bu bölgede bulunan kılların cinsel işlevinden de söz edilmektedir. Bu kılların, kadınlara has bir kokunun çabuk dağılmasını önlediği ve bu cinsel kokuyu muhafaza edici özelliği olduğu belirtilmektedir (Sağlık Bakanlığı 2008; Kırço 2009; Taşkın 2012).

### 2.3.1.2. Labia Major

Vulvada, introitusun her iki yanında, yağ ve bağ dokusundan oluşan iki geniş deri kıvrımıdır. Yağ ve ter bezleri içeren labia majörün dış kısmında kıllar vardır, iç kısmında yoktur. Bu kıvrımlar önde simfizis pubis üzerinde birleşerek, erişkinde üzeri kıllarla kaplı olan mons pubisi oluşturmaktadır.

### 2.3.1.3. Labia Minör

Subkutanöz yağ dokusu olmayan, elastik cilt yapısı olan labia minör önden arkaya kadar vaginal açıklığı takip etmektedir. Labia minorun pembe iç yapısı vaginal mukoza ile devam etmekte ve bir çok duyuşal sinir uçlarını içermektedir. Labia minörün büyüklük ve görünümleri bireyden bireye değişir. Labium minör ön tarafa doğru ilerledikçe iki tabakaya ayrılmaktadır.

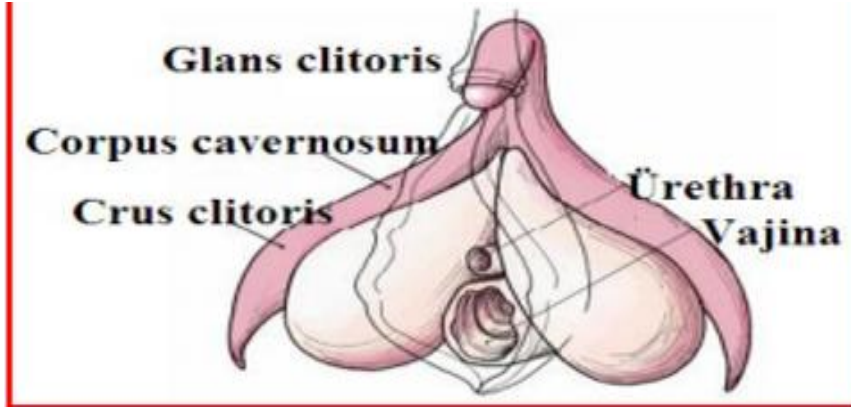
Önde praeputium klitoridisin ön tarafını oluşturmakta ve glans klitoridisin tabanını çevreleyerek desteklemektedir. Arka tabaka ise frenulum klitoridisi oluşturmaktadır. Labia majörlere paralel olarak uzanan labia minörler deri kıvrımlarından meydana gelmektedir. Şekil, uzunluk ve genişlikleri ırka ve bireyden bireye değişmektedir. Dış yüzeyleri epidermis ile örtülüdür. Yumuşak, nemli ve pembe renktedir. Labia majorlar gibi yağ bezleri, damar ve sinir yönünden zengindir. Vajinal girişin etrafını çevreler ve klitorisin biraz altında birleşir. Bu bölgede yoğun damarlanma vardır, cinsel uyarılma sırasında kabarmakta ve renk değiştirmektedir (CETAD 2007; Kırço 2009).

#### 2.3.1.4. Klitoris

Anatomik ve fizyolojik özellikleri bakımından erkekteki penis karşılığı bir organdır. Ancak penise göre çok daha küçüktür ve üretra (idrar yolu) klitorisin içinden geçmez. Klitoris bir gövde ve bir baş (glans)'dan oluşmaktadır. Özellikle baş kısmı yüksek oranda duyarlıdır. Cinsel uyarılma esnasında klitoris genişler, kabarır. (Embriyolojik olarak erkekteki penise karşılık geldiği düşünülen yapıdır. Büyük dudaklar arasında neredeyse saklanmış dışarı doğru 0.5-1 cm. çıkıntı yapmıştır; klitorisin iki yana da uzanan erektil dokusunun toplam uzunluğu yaklaşık 20 cm'dir. Üstü klitoris başlığı denilen yapıyla örtülüdür, özellikle orgazmın gelişmesinde klitoris başlığının klitorise sürtünmesinin büyük rolü vardır.

Klitoris, Grafenberg noktası ile birlikte vücutta ender görülen oluşumlardan biridir. Heyecanlanma evresinde en ufak uyarı, fantezi kurulması bile klitorisin çapında artmaya neden olur. Bu evrede kadınlar pelvis içinde bir dolgunluk hissi, iritasyon ve boşalma ihtiyacı duyarlar. Ayrıca klitorisin gövdesi ve iki taraftaki bacakları da kanla dolup şişer ve küçük dudaklar civarındaki basınçla meydana gelen hazdan sorumlu olurlar. Klitoris gövdesinin % 10-20 oranında büyüdüğü ve bunun erkekteki ereksiyona karşılık geldiği bilinmektedir (Kızıltepe 2006; CETAD 2007).

Klitoris bir çok sinir ucu içerir. Dokunma, basınç ve sıcaklık duyularına oldukça duyarlıdır. Sempatikler T11-L2, parasempatikler S2-4'den gelir. Somatik duyuşal siniri pudendal sinir içinde devam eder. Pudendal sinir ve damarların sonlanmaları dorsal klitoral ve perineal sinir ve damarlarla olur. Dorsal klitoral nörovasküler demet ramusiskiopubikus'un periostuna yapı şık olarak kurus klitoridis boyunca yükselir. Bu demet kurus, korpus ve glans klitoridis ve labiumların yüzeyel bölümlerini innerve eder ve kanlandırır. Bulbus klitoridis ve üretra, perineal nörovasküler demetler ile desteklenir (Şekil 2) (Kızıltepe 2006).



Şekil 2. Kadın Dış Genital Organları

### 2.3.1.5. Vestibül

Labia minörün arasındaki açıklığa vestibül adı verilir. Önde üretra ve her iki yanda paraüretral ya da skene kanalları buraya açılır. Vajinal açıklık ince bir zar olan hymen (kızlık zarı) ile çevrelenmiştir. Cinsel ilişki sırasında vajinanın kayganlığını sağlamak üzere mukus salgılayan bu bezler gonokoksik ya da diğer enfeksiyonların sık rastlanan yerleşim yeridir. Vestibülün üst kısmında yer alan klitoris, cinsel uyarı sırasında kan akımı ile genişleyen erektil bir organdır.

### 2.3.1.6. Hymen

Vajinal açıklığı kısmen örten elastik bir mukoz membrandır. Kızlık zarı, dış cinsel organların bir bölümünü oluşturan vulvanın devamı olan ve hormonların etkisi ile özelliğini yaşa göre değiştiren bir dokudur. Farklı yapılarında bulunabilir (Şekil 3) (CETAD 2007; Taşkın 2012).



Şekil 3. Hymen Çeşitleri

### 2.3.1.7. Bartholin Bezleri

Sağlı sollu, bir çift oval şekilli bez olup vulvadaki en büyük gland, bartholin bezidir. Labia minörlerin arkasında yer alan bezelye büyüklüğündeki bu bez, vajina girişinin yanlarında bulunur ve 2 cm uzunluğundaki kanal aracılığıyla hymen ile labia minörlerin birleşme yerinin arasındaki oluğa açılmaktadır.

Bartholin bezlerinin salgısı, seksüel uyarılar ile artar, cinsel birleşme sırasında vajinaya kayganlık sağlamakta ve birleşmeyi kolaylaştırmaktadır. Ayrıca salgının asidik özelliği sayesinde enfeksiyonlara karşı koruma da sağlamaktadır (Milli Eğitim Bakanlığı, 2012).

### **2.3.1.8. Skene Kanalları**

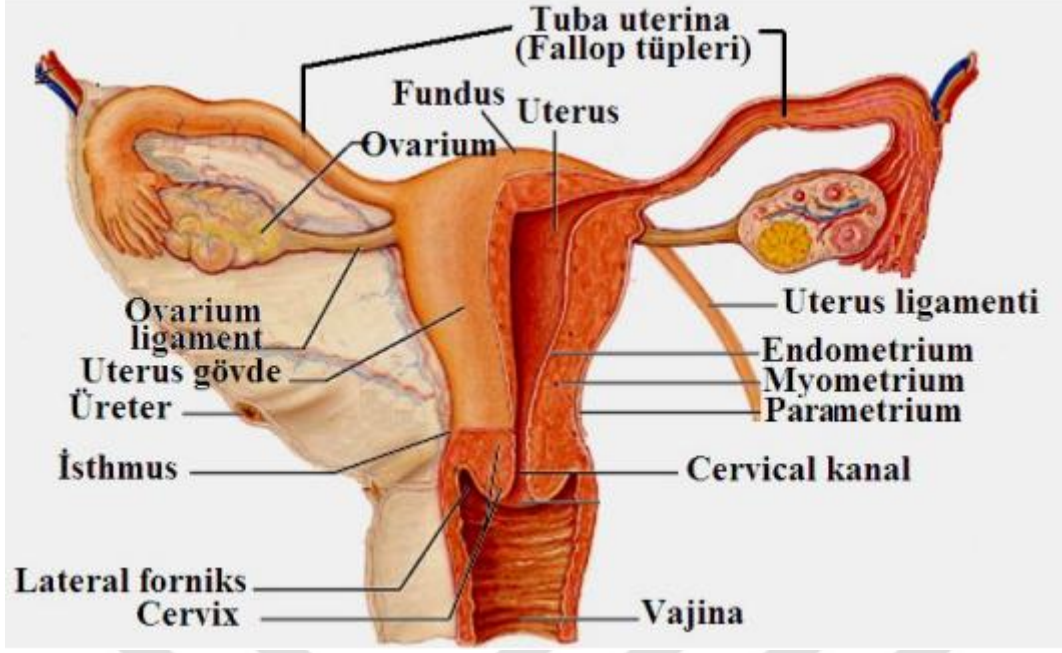
Meatüsün her iki yanına açılan küçük, kör kanallardır. Erkeklerde prostat bezinin karşılığıdır. Ancak salgı üretmez. Mikroorganizmaların (özellikle gonokokların) yerleşmesi ve çoğalması için uygun bir ortam oluşturmaktadır (Kırço 2009).

### **2.3.1.9. Perine**

Anatomik olarak mons pubisten anüse kadar uzanan kısma denir. Bütün dış genital organları, bunlara ait kas, fascia, damar ve sinirleri içine almaktadır. Pelvis tabanının yüzünü oluşturur ve pelvis organlarına destek görevi yapmaktadır (Kırço 2009).

### **2.3.2. İç Genital Organlar**

Kadının iç genital organları overler, uterus, fallop tüplerinden ve vajinadan oluşmaktadır. Fakat seksüel anatomi içinde vajina ve uterus incelenmektedir (CETAD 2007; Kırço 2009; Taşkın 2012).



Şekil 4. Kadının İç Üreme Organları

### 2.3.2.1. Overler

Uterusun her iki yanında, tuba uterinaların fimbria uçlarına yakın olarak yerleşmiş olan overler 4x2,5x1,5 cm boyutlarındaki organlardır (Şekil 4). Histolojik kesitinde içte medulla, dışta korteks olmak üzere iki tabakaya rastlanmaktadır. Medulla tabakası bağ dokusu, sinir, kan ve lenf damarlarından ve düz kas demetlerinden oluşmaktadır. Medulla tabakası ise kan damarlarından zengin gevşek bağ dokusundan oluşmaktadır.

Dışta korteks tabakasında farklı gelişme safhalarında olan ve folikül adı verilen oluşumlar yer almaktadır. Overlerin kanlanması hilusta bir plexus oluşturan ovariyen arter ve venlerle sağlanmaktadır (Başaran 2008; Taşkın 2012). Cinsel ilişkiye ve uyarıma direkt aktif katılımı yoktur fakat östrojen ve progesteronun salgılanmasından sorumludur. Orgazm sırasında fallop tüpleriyle birlikte overlerde de kasılmalar gelişmektedir (CETAD 2007; Sağlık Bakanlığı 2008; Milli Eğitim Bakanlığı 2012; Tashbulatova ve ark. 2013).

Gebelikte ovulasyon (yumurtlama) overlerde durur, damarlaşıma giderek artar. Tek bir korpus luteum olmaktadır. Gebeliğin ilk 10-12 haftası süresince Korpus luteum östrojen, progesteron salgılar ve relaksin salgılanmaktadır. Sonrasında ise bu salgılama görevini plasenta geliştirerek korpus luteumdan alarak; progesteron ve östrojen hormonlarını salgılar. Daha sonrasında korpus luteum gerileyerek fibröz bir doku durumuna gelir ( Taşkın, 2014).

### 2.3.2.2. Uterus

Pelvis boşluğunda, rektum ile mesane arasında yer alan kalın duvarlı, içi boş ve musküler yapıda bir organdır. Uterus dört bölümden oluşmaktadır. Fundus; uterusun üst bölümüdür.



Salpinksler (tüp, boru) buraya tutunmaktadır. Corpus; uterusun yaklaşık 2/3''ünü kapsayan gövde bölümüdür. Corpus uteri, fundustan isthmusa doğru daralmaktadır. Corpus uterinin mesane ile komşu olan yüzüne facies vesicalis adı verilir. Arka yüzü sigmoid kolon ile komşudur. İsthmus, uterus gövdesi ile boynu arasında yer alan yaklaşık 1 cm' lik bölümüdür. Cinsel ilişkiye ve uyarıma direkt aktif katılımı yoktur ama orgazm kasılmalarına uterus da eşlik etmektedir (CETAD 2007; Milli Eğitim Bakanlığı, 2012).

Gebelik esnasında plasenta, amnion sıvısı, fetüs ve zarların büyümesine denk olarak, uterusun lanlanması ve hacminde de artma görülür. Uterusun kas tabakasında hiperplazi ve hipertrofi oluşarak 7-8 cm boyuna ulaşır. Uterus gebeliğin sonunda 60 gr. ağırlığından 32 cm uzunluğuna ve 1000 gr. ağırlığına ulaşırken, hacminde de artma oluşur. Pelvisin sol tarafında rektosigmoid kolonun olması nedeniyle uterus büyüdükçe sağa doğru dönmektedir (dekstrorotasyon). Büyümenin bu evresinde uterin ligamentlerin gerilmesi durumuna bağlı olarak hassasiyet ve ağrı meydana gelmektedir. Uterus büyümesi kontraksiyonun artmasına zemin hazırlamaktadır. Gebeliğin ilk trimesterinde düzensiz, ağrısız meydana gelen kontraksiyonlar gebeliğin ikinci, üçüncü ayından sonraki dönemlerde dokunarak karından hissedilebilir durumlara gelebilmektedir. Üçüncü trimester da sık aralıklarla hissedilerek anneyi rahatsız edebilir. Braxton Hicks kontraksiyonları bu kontraksiyonlara verilen addır.10-20dakıda bir gelen ve gebeliğin son iki haftasında görülen bu kontraksiyonlara denilmektedir (Taşkın, 2014).

### 2.3.2.3. Fallop Tüpleri

Uterusun üst köşelerinden overlere uzanan, tüp şeklinde, sağ ve sol tarafta bulunan iki organdır. Uterusa açılan deliğine ostium uterinum, karın boşluğuna açılan deliğine ise ostium abdominale tuba uterina adı verilmektedir. Uzunlukları yaklaşık 10 cm. kadardır. Orgazm kasılmalarına uterus ile birlikte eşlik etmektedir (CETAD 2007; Milli Eğitim Bakanlığı, 2012).

### 2.3.2.4. Vajina

Serviksten, vajinal açıklığa kadar uzanan 7–10 cm'lik silindirik organdır. Ekseni uterus ekseni ile 90 derece açı yapar. Arka duvarı daha uzundur. Vajen çok sayıda rugae denen mukozal katlantılar içermekte ve yapılar fazlaca genişlemeye imkan sağlarken seksüel ilişkide de sürtünmeye bağlı uyarılmayı artırmaktadır (Kızıltepe 2006; Kırço 2009). Cinsel heyecanın başlamasıyla birlikte 10-30 saniyede vajinal ıslanma meydana gelir. Bu ıslanmayı yapan özel bir salgı bezi yoktur. Vajinayı çevreleyen damarlardaki kan göllenmesinden süzülen transüda (proteinden fakir hücrelerarası sıvı) niteliğindeki sıvı vajinanın ıslanmasını ve cinsel ilişkinin gelişmesini sağlar.

Doğum yapmamış kadınlarda uyarılmamış vajinanın uzunluğu 7-8 cm, çapı 2 cm'dir, vajina uyarılınca boyu 9,5 - 10,5 cm olmaktadır. Doğum yapmış kadınlarda uyarılmamış vajinanın uzunluğu 8-10 cm, çapı 3-4 cm'dir. Uyarılınca boyu 11-12 cm olmaktadır. Vajinanın sadece 1/3'lik dış kısmı cinsel yönden uyarılmakta, geri kalan bölüm sadece basıncı hissetmektedir. Uterus ise serviks basıncı ve titreşimini hissetmektedir (CETAD 2007; Kırço 2009).



Gebelik döneminde vajen de damarlaşması ve kanlanması artarken, papilleri genişlerken, mukozası kalınlaşmaktadır. Vajenin düz kas dokusu hipertrofiye uğramaktadır. Vajen rengi açık kırmızı renkten; koyu kırmızı-mor görünümüne dönüşmektedir (Chadwick belirtisi). Vajenin Ph'sı düşerek asit bir ortam meydana gelmektedir (3,5-6). Bu durum vajenin patojen mikroorganizmalara karşı direncini arttırmış olur. Vajinal servikal salgılar fazlalaşarak, beyaz mukoid akıntıya sebep olabilmektedir (Taşkın, 2014).

### 2.3.2.5. Grafenberg Noktası (G Noktası)

Grafenberg noktası seksolog Dr. Ernst Grafenberg adlı kadın doğum doktoru tarafından 1944 yılında keşfedilmiştir (Şekil 4). G noktasının uyarılması ile hormonal metabolizma aktif hale getirilmekte ve beyinde yoğun bir cinsel istek/arzu yaşanmasına neden olmaktadır. Kalp hızında, vücut ısısında ve solunum sayısında artış gözlenmektedir. Cinsel ilişki sırasında G noktasına yapılan basınç ve titreşim G noktasını uyararak orgazma neden olmaktadır (CETAD 2007; Kırço 2009).

### 2.3.2.6. Pelvik Taban Kasları

Pelvik taban kasları kemik pelvisin tabanını oluşturur. Bu yapılar seksüel ilişki ve doğum için önemli olmasının yanında pelvik ve abdominal organlara destek olur, idrar ve gaita kontinansına yardımcı olur. Pelvik tabanın fonksiyonunda kemiğin, koruyucu rolü belirgin iken pelvik organları destekleyici rolü çok azdır.

Pelvik organlar primer olarak pelvik tabanı oluşturan kaslar ve bunların ligament bağlantıları ile desteklenmektedir (Güler 2006). Pelvik taban kas yapısında en önemli rolü Levator Ani kas grubu üstlenmektedir. Levator ani kası, ürogenital diyafragma ve perineal membrandan oluşur ve pelvik destek için önemlidir. Levator ani kasları, orgazm ve vajinal penetrasyon sırasında motor yanıtı düzenlemektedir (Herschorn 2004).

## 2.4. Kadınlarda ve Gebelikte Cinsel Yanıt Süreci

Cinsel yanıt döngüsü kadınlarda psikolojik, biyolojik, çevresel etkenlerin etkilediği deneyimler olarak gösterilmektedir. İnsanda cinsel uyarıda verilen fizyolojik tepkiyi inceleyen Masters ve Johnson bu tepkiyi gruplandırmıştır (Masters ve Johnson 1994). Kadındaki cinsel yanıt döngüsü, tepkinin süresiyle ve yoğunluğu ile ilgili olup sayısız çeşitlilik gösterebilir.

*Cinsel İstek (Libido) Evresi:* Libido (cinsel istek); cinsel fantezi ve cinsel birliktelikte bulunmak için duyulan istek, cinsellik veya arzu için ihtiyaç duyulan harekte geçme istek ve gücü olarak ifade edilmektedir (Yadav ve ark. 2001). Kadın da cinsel yanıt süreci cinsel istek ile başlar. Cinselliğin kişi tarafından istenmesini kapsar libido evresi. Libido; cinsel tercihler, cinsel uyum, çevre ve psikolojik faktörlerden etkilenebilmektedir (Baram, 1998). Libido evresi cinsel ilişkinin psikolojik yönünü ve kişisel uyarılmayı içerdiğinden cinsel döngü sürecinin en önemli evresini meydana getirmektedir (Yüksel ve Cindoğlu, 2007). Erotik düşünce ve duygunun yoğun olarak meydana geldiği, bedende yaygın kanlanma ve vajinal ıslanmanın (lubrikasyon) oluşmasıyla karakterize olan bir evredir. Cinsel istek seviyesinin ölçülmesi ve tanılması güçtür

(Tashbulatova, 2007). Cinsellik için vücutta üretilen kimyasallara ve hormonlara yanıt olarak dopamin (nörotransmitter) salgılanmaya başlar beyin tarafından ve bundan dolayı kişi cinselliğe karşı dürtü ve istek duymaya başlamaktadır. Bu sebeple, aktif cinsel hayat iyi çalışan bir dopaminerjik bir sisteme ihtiyaç duymaktadır. Testesteron cinsel istekten asıl sorumlu olan hormondur. Testesteron, sadece erkeklerde cinsel istekle alakalı bir hormon değil, kadınlar için de oldukça önemli olduğu ortaya konmuştur. Prolaktin ise cinsel isteği olumsuz etkilemektedir (Ünsal ve Canatar, 2014).

*Uyarılma Evresi;* gerçekleşen ilk evredir. Temelinde erotik duygu ve düşüncelerin belirmesi, kadında genel olarak myotoni ve vazokonjesyon ile kendini gösterir. Herhangi bir durumda ve bedensel ya da psikolojik uyarı ile meydana gelebilir. Tepkinin şiddeti cinsel uyarının süre ve yoğunluğuna göre yavaş ya da hızlı bir şekilde değişebilir. Uyarılma evresi yeterli süre ve yoğunlukta devam eden bir cinsel uyarın karşısında uyarılma evresi kısa sürebileceği gibi psikolojik ya da fiziksel açıdan uygunsuz durumlarda da cinsel uyarılma uzayabilir ya da kaybolabilir. Cinsel uyarının devam ettirilmesi ve cinsel heyecanın artmasıyla birlikte cinsel gerilim ve haz duygusu yükselir ve kişinin orgazmına kadar devam eder asetilkolin, nörotransmitter sistem, kolinerjik sistem uyarılmadan sorumlu iken antikolinerjik ajanların uyarılmayı negatif etkiledikleri bilinmektedir (Hoeman, 1996; Baram, 1998; Yadav, 2001; İncesu, 2004; Yüksel ve Cindoğlu, 2007; Çavaş, 2008; Ünsal ve Canatar, 2014).

*Plato Evresi;* uyarılma evresinden orgazm evresine geçiş niteliğinde olup etkin bir cinsel etkinin devam etmesi, cinsel heyecanın artmasıyla birlikte plato sürecine girilir. Haz duygusu, cinsel istek ve cinsel gerilim artarak orgazma geçebilecek noktaya kadar devam eder.

*Orgazm Evresi;* cinsel haz konusunda en yoğun ancak en kısa evredir. Kadında vajen ve perine etrafındaki kasların vajekonjesyonu sonucunda büyüyen dokuların ritmik refleks kasılmaları ile sonuçlanır. Bu evre kadında vajinada ve pelviste hissedilir. Evreler arasında süre açısından en kısa ancak duyumsanan cinsel haz açısından en yoğun evredir.

Sempatik sinir sistemi tarafından meydana getirilen orgazm miyotik bir yanıttır. Vajinanın, uterusun, anal sfinkterin etrafındaki kaslar, kadının orgazm olma durumunu hissetmesinden 2-4 saniye sonra kasılır. Bu kasılmalar 0,8 saniye aralıklarla, 3- 15 titreşim olarak meydana gelir. Kasılmaların şiddeti kadına ve cinsel ilişkide deneyimlenen haza göre farklılık gösterirken, şiddeti de giderek azalan şekilde sürmektedir. Kalp atışında, solunum sayısında artış ve kan basıncında (20-40 mm Hg) artış meydana gelmektedir. Yüz kasılmalarının da kapsayan tüm kas gruplarında spazmlar yaygındır. Orgazm 3-25 saniye devam edip ve bu esnada bilinç hafif olarak bulanıklaşabilmektedir (Sağduyu ve diğerleri, 1997; İncesu, 2004).

*Çözülme Evresi;* son gerçekleşen evredir. Orgazmın gerçekleştiği ya da gerçekleşmeyip plato evresinin takip eden durumlarda bedenin bütününde ve genital bölgelerde cinsel uyarılma öncesi döneme bütün fizyolojik durumların aynı sırayı takip ederek dakikalar içerisinde kaybolmasıdır. Çözülme esnasında terleme olabilir. Hiperventilasyon ve taşikardi sürebilmektedir. Uterusun inişi, klitoris ve vajenin normale durumuna geçişi ile labiumların dekonjesyonu yaklaşık 5-10 dakika devam edebilmektedir. Cinselliğin her aşamasında olduğu gibi bireysel farklılıklar göstermektedir. Bu fazın süresi cinsiyete, orgazmın deneyimlenip

deneyimlenmemesine, cinsel uyarının sürmesine, yoğunluğuna göre farklılık göstermektedir. Bu evrede kadınlar uyarının tekrar başlamasıyla yeniden orgazm olabilir. (Baram, 1998; Yadav, 2001; İncesu, 2004; Yüksel ve Cindoğlu, 2007). Gebelikte cinsel yanıt sürecine bakıldığında ise fazlar şu şekilde gerçekleşmektedir.

#### **2.4.1. İstek Fazı**

Libido artışı veya azalması gibi değişiklikler gebeliğin farklı trimesterlerinde meydana gelebilir (Poray1995, Poray 1996).

Gebelik süresi boyunca cinsel istekte azalma veya artış yönünde farklılıklar oluşmaktadır. Bütün kadınlar birbirinden farklı olmasına rağmen sıklıkla kadının gebelik dönemindeki cinsel isteği, gebeliğin birinci trimesterinde bulantı, kusma türevi rahatsızlıklar dışında önemli bir ölçüde değişmemektedir. Pelvik konjesyonun ikinci trimesterde artmasına bağlı olarak geri dönmekte veya artabilmektedir. Üçüncü trimesterde bebeğe zarar verme endişesi ve korkusu, cinsel ilişkiye girme durumundaki fiziksel zorluklar ve anksiyeteden dolayı cinsel istek yine azalma eğilimine girer (Sagiv-Reiss ve ark. 2012; Johnson, 2011).

#### **2.4.2. Uyarılma Fazı**

Gebe kadında cinsel uyarılma öncesinde fazla vazokonjesyon sebebiyle eksternal ,internal organlarda konjesyon yanıtı myotonik cevaptan daha fazladır. Primiparlarda labia majörlerdeki değişiklik gebelik öncesindeki gibi iken multiparlarda bu değişiklikler büyük ve fazla şekilde ödemli olabilirler. Labia minörlerdeki değişiklik ise ikisinde de büyük olabilir. Değişiklikler bu yönde I. Ve II. Trimesterde devam ederken III. Trimesterde vazokonjesyonun artmış olması labia minörlerin büyümesine neden olurken olmayan cinsel uyarılma durumunda bile gebelik döneminde artmış venöz konjesyon mukoid akıntıyı artırır. Artma işlemi gebelik süresince devam eder. Uyarılma esnasında da vaginal nemlenme miktarı daha fazla olur (Poray1995, Poray 1996).

#### **2.4.3. Plato Fazı**

Labia minörlerdeki değişimler devam ederken plato fazında rengi orgazmla normal zamandaki gibi pembeden kırmızıya değişiklik gösterir. Primiparlar ve multiparlarda artmış vanöz konjesyon orgazmik sahada da artışa yol açar; gebelik devam ettikçe sahadaki artış da ilerler (Poray1995, Poray 1996).

#### **2.4.4. Orgazm Fazı**

Bu faz oldukça değişkendir. Gebelik süresince vaginanın 1/3 distali ve uterus kasılmaları meydana gelir. III. Trimesterde, özellikle son 4 gebelik haftasında uterusunda düzenli ritmik kasılmalar yerine tonik spazmlar olabilir. Orgazm esnasında bazen ağrı duyulabilir ve genital

birleşmeden sonrasında da ağrı devam edebilir. Vazokonstrüksiyon esnasında dinmez ve olumsuz etkileyebilir. Pelvik konjesyon kadınların bazılarında cinsel deneyim ve orgazmı pozitif etkileyerek artırabilir, bazende orgazmı ilk kez gebelikte bile deneyimlenebilir (Efe, 2006).

#### 2.4.5. Çözülme Fazı

Pelvik konjesyon orgazm esnasında tamamen durmaz. Gebelik devam ettikçe genişleyen damarlardaki kanın geri çekilmesi gittikçe artar. Devam eden kanlanma sonucu görülen şişlik kadının uyarılmamasına rağmen uzun süre uyarı hissetmesine sebep olmaktadır ( Dickason ve ark.1990). Bilinenin aksine en önemli cinsel organ vagina, penis olmayıp merkezini beyin oluşturmaktadır. Cinsel fonksiyonlardan sorumlu olan limbik sistem ve hipotalamus beynin esas alanları olmakla beraber merkezi sinir sisteminin birçok bölgesi için içindedir. Nörotransmitter sistemi, çok sayıda hormon ve peptid cinsel işlevlerin düzenlenmesinde görevlidir (Crenshaw ve Goldberg 1996).

Cinsel istekde bilinen en önemli nörotransmitter dopamin olup fantezi, dürtü ve motivasyonun oluşmasında rol oynar. Bu sebepler doğrultusunda aktif bir cinsel yaşam için dopaminerjik sistem yaşamsaldır. Gebelikte cinsel fonksiyonda birçok hormon rol oynamaktadır; östrojen, progesteron, prolaktin, testesteron, tiroid stimüle eden hormon (TSH), human koryonik gonadotropin (HCG) hormon düzeylerindeki ciddi farklılıklar cinsel fonksiyonda değişikliklere neden olmaktadır.

Östrojen, progesteron, ve prolaktin hormon miktarlarının gebelik döneminde artışı bu dönemde bulantı, kusma, yorgunluk, kilo artışı ve memede duyarlılık gibi durumlara sebep olmaktadır. Yine prolaktinin kadınlarda laktasyon döneminde ve hiperprolaktinemi yapan bütün durumlarda olumsuz cinsel isteksizliğe neden olduğu araştırmalar ile ortaya konmuştur Bu duruma ek olarak progesteronun artışı ve vajina dokularında oluşan konjesyon sebebiyle disparoni, vajina akıntısında fazlalaşma ve isteksiz idrar kaybını meydana getirmektedir (Crenshaw ve Goldberg 1996; Stahl 2003; Johnson, 2011).

Hormonların oluşturduğu bu gibi fiziksel, mental ve duygusal farklılıklar cinsel hayatı negatif olarak etkilemektedir. Bunun yanı sıra testesteron da cinsel istekten sorumlu bir hormondur. Testesteron sadece erkek odaklı bir hormon olamayıp yapılan çalışmalarda kadınlar için de çok önemli olduğunu ortaya koymuştur ve her iki cinsinde cinsel isteğinden sorumlu olduğu düşünülmektedir TSH hormonunun gebelik depresyon etkisi üzerinde güçlü bir bağ olduğu ifade edilmektedir (Crenshaw ve Goldberg 1996; Çalık ve Aktaş, 2011; (Santiago, 2013).

#### 2.5. Cinsel İşlev Bozukluklarının Etyolojisi

Cinsel işlev bozukluklarının oldukça karmaşık sebepleri bulunmaktadır Bazen psikolojik, bazen organik, bazen de her ikisinin sonucu olarak gözlenmektedir (May, 2003). İnsanın organik yapısından psikolojik yapısına kadar oldukça fazla alandan negatif olarak etkilenmektedir. Cinsel işlev bozukluklarının sebeplerini kadınlarda şu şekilde sıralanabilir.

Cinsel işlev bozukluklarının sınıflandırılmasına ait az oranda çalışma bulunmasına karşın belli cinsel bozukluklar ile ilişki kurulan genel etiyolojik durumlar bulunmaktadır. Yapılan bir araştırmada 40-70 yaş arasındaki kadınlarda %34.8 oranında erektil disfonksiyon gözlemlendiği bulunmuş, bu sonuç sağlık durumu (kardiovasküler hastalık, diyabet, hipertansiyon), yaş, duygusal etmenlerle ilişkilendirilmiştir. Başka bir çalışmanın odaklanması ise eğitim düzeyi ırk-etnik köken ve yaş gibi üç önemli faktör üzerinde durulmuştur (Laumann 1999). Kadınlarda yapılan bu çalışmanın sonuçları doğrultusunda ıslanma sorunu dışındaki cinsel problemler yaşla azalmaktadır. Eğitim düzeyinde olan artış cinsel bozukluk da daha az problemler gözlenmektedir.

Etnik köken farklılığı bulunan kadınlar arasında beyaz kadınlar cinsel eylem sırasında daha çok ağrı hissettiklerini ifade etmişlerdir. Latin kadınlar da cinsel işlev sorunu en düşük sıklıkta deneyimlerken siyah kadınların ise çok sayıda istek azlığı ifade etmişlerdir. Psikanalitik kuram çocukluk yaşantılarından kaynaklanan bilinç dışı çatışmaların cinsel işlev bozukluklarına neden olduğunun ifade ederek belirterek, erken çocukluk yaşantıları, psikoseksüel gelişim dönemlerindeki aksaklıklar, ödipus kompleksi, kastrasyon anksiyetesi ya da penis kıskançlığı gibi nedenleri sıralamaktadır (Freud 1966).

Kuramcıların psikopatolojiye sistemik yaklaşımları ise cinsel yetersizliğin köklerini cinsel durumdan yaralayıcı bir ortam oluşturmaları sebebiyle eşler arasında meydana gelen patolojik etkileşime bağlamaktadır. Öğrenme teorisi ve davranışçı model ise cinsel davranışların da bütün davranışlar da olduğu gibi öğrenildiği ve cinsel işlev sorunu olanlarda cinsel uyarılara yanlış tepkiler vermeyi öğrenmiş oldukları düşüncesini temel almaktadır.

Geleneksel kuramların günümüzde sunduğu etyolojik sebeplerin yanında eşler arası ilişkilerin, farklı düşünce ve imajların cinsel bilgi eksikliğinin de etiyolojide etkili olduğu düşünülmektedir (Masters ve Johnson 1994; Hawton 1989). Anksiyete genelde cinsel işlev bozukluklarında en sık görülen etiyolojik etmenler olup kaynağının ne olduğuna bakılmaksızın cinsel cevaba eşlik eden haz hissini engeller. Cinsel davranış hoş olmayan bir şekilde, çoğunlukla gerginlik ve hayal kırıklığına yani negatif bir yaşantı ile sonuçlanır.

Cinsel uyarılmanın fizyolojik antagonisti olan anksiyete, yinelenen cinsel tecrübelerle benzer negatif duyguların deneyimleneceği korkusu ile uyarılma gerçekleşmez. Bu durum kısır bir döngünün meydana gelmesine ve performans anksiyetesi cinsel işlev bozukluğunun devam etmesine neden olur. Eşinin de hayal kırıklığına uğraması hastanın performans anksiyetesini fazlalaştırır. Hasta bu durumdan kurtulmak için cinsellikten uzaklaşmaya ve sakınmaya başlar. Bu durum çoğunlukla başka bir çatışmaya neden olur. Sakınma davranışı hasta tarafından rahatlama şeklinde tanımlanırken, eşi yönünden belki de “artık istenmediği” şeklinde ifade edilmektedir. Bu durum eşler arası çatışmalara sebep olmakta ve performans anksiyetesini de giderek kuvvetlendirmektedir. Fobisel kısır döngü diğer etiyolojik aktörlerden bağımsız olarak tüm cinsel işlev sorunlarının etiyolojisinde yer alırken bireyin özelliklerine bağlı olarak bireyler üzerinde farklı derecelerde etkili olmaktadır.

### **2.5.1. Tıbbi Hastalıklar**

Nörolojik rahatsızlıklar, kardiyovasküler hastalıklar, endokrin bozukluklar ve medikal hastalıklar (mesane, diyaliz, otoümmün, barsak hastalıkları) cinsel durumları negatif olarak etkilediği görülmüştür.

Kalp hastalığı, şeker hastalığı (diabet), yüksek kolesterol düzeyleri, hipertansiyon gibi farklı sistemik sorunlar, damar sertliği (ateroskleroz) gibi damar yapısıyla ilgili problemler ve sigara alışkanlığı gibi sebeplerle cinsel organlara giden kan akımı bozulabilir (Önem ve ark. 2004; Güvel 2004; Şatıroğlu, 2007).

Normal bir cinsel uyarının gerçekleşebilmesi için cinsel organların damar bütünlüğü tam olması gerekmektedir. Damar sertliğine sahip olan kadınlar üzerinde yapılan araştırmalar ile vajina ve klitorisdeki azalmış kan dolaşımının cinsel uyarılmada sorunlara ve bozulmaya yol açtığı ve bu tür hastalarda azalmış vajinal kayganlık, gecikmiş vajinal genişleme, azalmış vajinal duyarlılık ağrılı, azalmış klitoral orgazm ya da rahatsız edici cinsel ilişki tespit edilmiştir.

Bunun dışında künt perineal travma (cinsel organların olduğu bölgeye kesici olmayan darbe), pelvis (leğen kemiği) kırıkları ile yaralanması ya da pelvik damar yatağının (leğen kemiği içindeki damar yapısı) vajinal ve klitoral kan akımının azalmasına sebep oluşturmaktadır.

Diyaliz, üremi ve böbrek yetmezliğinin cinsel işlev bozukluğuna sebep oluşturduğu görülmüştür. Diabet hem cinsel organlardaki kan dolaşımı ve damar yapısı hemde sinirlerde oluşturduğu problemler sebebiyle cinsel işlev bozukluğuna neden olmaktadır.

Yapılan bir çalışmada şeker hastalığına sahip olan 75 kadına cinsel işlev sorgulaması yapıp ve elde edilen veriler sağlıklı normal cinsel aktiviteye sahip 30 kadınla karşılaştırılmıştır. Sonuçlara bakıldığında diabetik kadınların cinsel işlevinin normal kadınlara göre belirli derecede bozulduğu, orgazm güclüğü cinsel arzuda azalma olmak üzere klitoral duyarlılıkla azalma, vajinal kuruluk ve vajinal rahatsızlık hissi gibi problemleri oldukça fazla oranlarda deneyimledikleri belirlenmiştir (Türk Androloji Derneği-TAD, 2014)

## 2.5.2. Ameliyatlar

Üreme organlarına ait çeşitli cerrahi girişimler sinir zedelenmesine yol açabilmenin yanı sıra hormonal dengeyi bozabilmekte ve vücutta meydana getirdiği değişiklikler nedeniyle de cinsel işlev bozukluğuna sebep olabilmektedir.

Jinekolojik, meme kanserleri ya da histerektomi gibi üreme organlarına ait farklı cerrahi girişimler sinir zedelenmesine neden olmanın yanında hormonal homeostazisi bozabilmekte ve vücutta oluşturduğu farklılıklar sebebiyle, cinsellik üzerinde hem psikolojik hem de fiziksel olumsuz etkileri görülmektedir. Özellikle mastektomi (memenin alınması) ya da barsağa ve mesaneye yönelik ameliyatlarda açılan ostomiler (mesane ya da barsağın karın bölgesinde

meydana gelen bir açıklıktan boşalması) sebebiyle, kadının beden algısı bozulabilmekte ve cinsel hayatı da bundan etkilenmektedir.

Kadınlıkla eşleşen organların kaybının cinsel duygusunun azalttığı, jinekolojik kanser ameliyatı geçirmiş kadınları %40'ında disparoni, %74'ünde cinsel istek de azalma görülmektedir. Bening faktörlere bağlı meme kanseri ameliyatı geçirmiş hastalarda %21-%39'unda cinsel fonksiyon bozukluğu, histerektomi olmuş hastaların ise %30'unda cinsel işlev bozuklukları olduğu gözlenmektedir.

### 2.5.3. Reprodüktif Değişimler

Kadın üreme hayatında (gebelik, puberte, menopoz, postpartum) oluşan farklılıklarda cinsel hayat üzerinde etkileri olduğu bilinmektedir. Postpartum süreçte ve gebelikte cinsel fonksiyonlarda azalma tespit edilmiştir. Menopozal süreçte ise östrojen ve androjen hormonunun azalmasının kadının duygu durumunu değiştirdiği, disparoniye sebep olduğu, sekonder seks karakterlerini geriletmediğini, cinsel ilişki ve isteği sıklığında azalmaya sebep olduğu saptanmıştır (Şatıroğlu 2003; TAD, 2014).

### 2.5.4. Alkol ve Madde Bağımlılığı

Kokain, alkol, barbitürat ve benzodiazepinler gibi zevk ve eğlence için kullanılan pek çok ilaç ve türevi maddelerin az alımının cinsel isteğe olan ilginin artmasına fazla miktarlarda alımının cinsel istek üzerinde azalmaya neden olduğu saptanmıştır (May, 2003).

Hipertansiyon , kalp hastalıkları, kanser, depresyon, mide şikayetleri ve hormonal problemlerin tedavisinde kullanılan bazı ilaçlarla kimi idrar söktürücüler cinsel işlevlerin bozulmasına neden olmaktadır. İlaçları miktarı bu durumlarda tedaviyi engellemeyecek şekilde azaltılabilir daha az etkileyecek bir ilaçla değiştirilebilir ya da ilacın değiştirilemeyeceği durumlarda cinsel işlevleri düzenleyici usuller tedaviye eklenebilir (TAD, 2014).

### 2.5.5. Psikososyal Sebepler

Çocukluk çağı yetiştirilme biçimi ve bu süreçte kazanılan çeşitli hayat deneyimleri, takıntılar ve alışkanlıklar bireyin yaşamının sonraki süreçlerini de etkilemektedir. Bozuk aile ilişkilerinin yanında, yetersiz ve yanlış cinsel bilgilerle büyüyen veya çocuklukta cinsel travma deneyimleyen bireylerde, cinsel işlev bozukluğuna yatkınlık meydana gelmektedir. Yaşamın ileri evrelerinde deneyimlenen cinsel başarısızlıklar, aldatılma, hamilelik, depresyon ve doğum sonrası ruhsal problemler, yaşlanma, organik hastalıklara tepki, eşdeki cinsel sorunlar ve cinsel şiddete maruz kalma gibi sebeplerle cinsel işlev bozukluğu başlamaktadır. Kendine güvensizlik, çiftler arasındaki çekiciliğin kaybolması, cinsellik hakkında kalıplaşmış yanlış

düşünceler, cinsellikten ve başarısızlıktan korkma, ilişkinin bozulması, psikiyatrik rahatsızlıklar ve yetersiz ön sevişme probleminin aşılmasını zorlaştırmaktadır.

Özellikle sonradan kazanılmış orgazm bozukluklarında, organik sebeplere psikolojik kökenli problemlerde eşlik edebilir. Farklı psikolojik unsurlar arasında vajinaya zarar gelebileceği endişesi, partnere yönelik ilgi kaybı ya da partner tarafından reddedilme hissi ve korkusu ve suçluluk hissi ön plana çıkmaktadır (TAD, 2014).

## 2.6. Cinsel İşlev Bozukluklarının Epidemiyolojisi

Cinsellikte azalma, yokluk ve tikslenme gibi cinsel isteğin değişik görülme durumları söz konusudur. Kadınlarda bu durum erkeklere oranla daha fazla görülmektedir. %35 oranında kadınlarda cinsel istekte azalma görülmektedir. Yaşamı süresince cinselliğe olan ilgisinin azalması ya da hiç tatmin olmama yaşamaktadır. Bu durum kadınların seyrek ya da çok zor bir şekilde orgazm olmasına neden olur.

Cinsellikte isteksizliğin sebepleri arasında; cinsel organlara ya da hormonal durumla ilgili bozukluklar, olumsuz cinsel deneyimler, bazı ilaçlar, eşle cinsellik dışında olumlu paylaşım deneyimleyememe, kendine güvenmeme, depresyon ve yoğun stres yer almaktadır. Cinsellikteki tiksinti sebepleri; cinsel organlara , sıvılara veya cinsel aktiviteye karşı yaşanabilir.

Çocukların gelişme dönemindeki takıntılar, tecavüz, cinsel istismar ya da travmaya maruz kalma, yetersiz veya yanlış bilgiler, cinsellikle ilgili endişe ve korkular, partnerin tacizci ve uygunsuz davranışları sebepler arasında gösterilir (TAD, 2014).

Cinsel işlev bozukluğu; hem cinsel doyuma ulaşmadaki hem de cinsel doyum isteğinde bozulmalar şeklinde de tanımlanmaktadır (Nusbaum ve ark 2004). Malhan ve Öksüz'ün yaptıkları bir çalışmada cinsel disfonksiyon sıklığının kadınlarda ortalama %48.3 olduğunu, bu sorunu yaşayan kadınların %40.9'unun ıslanma sorunları, %35.9'unun uyarılma bozukluğu, %42.9'unun ağrı problemleri, %45'inin doyumsuzluk, %42.7'sinin orgazm bozukluğu deneyimlediklerini belirlemişlerdir (APA, 2000). Başka bir çalışmada ise cinsel disfonksiyon sıklığı kadınlarda %37.9 olarak belirtilmiştir (Arlington, 2013).

Kadın cinsel işlev bozukluğu (disfonksiyon); cinsel cevap döngüsünün aşamalarındaki fizyolojik süreçlerden bir ya da birkaç basamağının bozulması (Örn; orgazm, istek, lubrikasyon, ve uyarılma) olmakla birlikte kadınların yaşam kalitesini azaltan hormonal, vasküler, farmakolojik, nörojenik, musküler yönü olan çok yönlü bir problemdir (Kaplan, 1979, Basson, 2000).

## 2.7. Cinsel İşlev Bozukluklarının Sınıflandırılması



Master ve Johnson (1994) tarafından tanımlanan ve geliştirilmesi Kaplan (1979)'ın yaptığı Cinsel disfonksiyon sınıflandırma sistemleri cinsel yanıt siklus modelleri üzerine oluşturulmaktadır. Bu modeller cinsel cevabın uyarılma, orgazm ve isteği içeren aşamaların koordinasyonu ve birbirini takibi üzerinde durmaktadır. Cinsel fonksiyon bozuklukları; 1992 yılında Dünya Sağlık Örgütü tarafından yapılan uluslararası (ICD-10 - International Classification of Diseases - 10); cinsel istek kaybı ya da azlığı, vaginal yanıt eksikliği (yetmezliği), orgazmik disfonksiyon, cinsel tiksinti bozuklukları, organik olmayan disparoni, aşırı cinsel dürtü, organik olmayan vajinismus olarak yer almaktadır (Sungur ve Gunduz, 2013).

APA, (1994) ise Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayısal El Kitabında cinsel disfonksiyonları; orgazm ile ilgili bozukluklar, cinsel istek bozuklukları, cinsel ağrı bozuklukları, cinsel uyarılma bozuklukları, madde kullanımının neden olduğu cinsel işlev bozukluğu, genel bir tıbbi duruma oluşturduğu cinsel işlev bozukluğu ve başka türlü isimlendirilemeyen cinsel işlev bozuklukları olarak sınıflandırmaktadır. Buna göre kadın cinsel fonksiyon bozuklukları sınıflandırmalarında organik ve psikojenik bozukluklar arasında ayırım olmadığını, mental ve medikal sağlık alanlarında subjektif sıkıntı kriterine uygun bir diyagnostik sınıflandırma sistemine ihtiyaç olduğu saptanmıştır. 1998 yılında bu durumdan dolayı Boston'da 19 uzmanın katılımıyla düzenlenen bir konferansta; kadın cinsel fonksiyon bozukluklarının yeniden düzenlenmesi, sınıflandırma / tanımları değerlendirilmiş ve 2000 yılında bir uluslararası konsensus raporu yayımlanmıştır (Öskay ve Beji, 2008).

Bu sınıflandırma ile ilgili olumsuz eleştirilerin sebebiyle Paris'te kadın cinsel disfonksiyonu üzerine ikinci uluslararası konsensus toplantısı düzenlenmiş olup bu konsensüs toplantısında cinsel uyarılma bozuklukları tanımına göre dört ayrı gruba ayrılmıştır (Basson, 2000). Bu sınıflandırmaya göre genital cinsel uyarılma bozukluğu, genital subjektif uyarılma bozukluğu, subjektif uyarılma bozukluğu ve devamlı cinsel uyarılma bozukluğu olarak, disparoni, cinsel tiksinti bozukluğu, orgazmik bozukluk, cinsel istek bozukluğu ve vajinismus tanımları değiştirilmiştir (Öskay ve Beji, 2008). Fakat son çalışmalar kadınlarda cinsel cevap sürecini ve uyarılma arasında kesin bir ayırımın olmama durumunu cinsel davranışları yorumlamada yeterli olmadığı belirtilmektedir (İshak ve Tabia, 2013).

### **2.7.1. Kadın Orgazm Bozukluğu**

Orgazmda belirgin olarak seyreklik olma / veya olmaması ve gecikme aynı zamanda belirgin bir şekilde orgazm duyumunun yoğunluğunun azalması gibi belirtilerden en az yaklaşık 6 ay süresince birinin hemen hemen (yaklaşık %75) bütün ilişkilerinde yaşamasıyla ile tanı konulur (APA, 2013).

### **2.7.2. Kadın Cinsel İlgi / Uyarılma Bozukluğu**

Aşağıda tanımlanan belirtilerden minimum 6 ay boyunca en az üçü ile ifade edilen cinsel ilgi uyarılma eksikliği.

Cinsel aktivite yoğunluğunun yokluğu veya azalması ya da sıklığı,

Erotik düşüncelerin ve cinsel fantezilerin yokluğu ya da azalması,

Partnerinin ilişkiyi başlatma girişimlerine tepkisinin yokluğu ve ya azalması ve partneriyle cinsel birlikteliğin başlatamaması,

Bütün cinsel ilişkilerinde (yaklaşık %75'inde) zevk ve cinsel heyecan yokluğu ya da azlığı,

Yazılı, sözlü, görsel olan iç veya dış cinsel erotik uyarılara karşı cinsel ilgi yokluğu veya azalması,

Bütün cinsel ilişkilerinde (yaklaşık %75'inde) genital veya nongenital duyumların yokluğu veya azalması (APA, 2013).

### **2.7.3. Genital Pelvik Ağrı / Penetrasyon Bozukluğu**

Aşağıda ifade edilen en az yaklaşık olarak 6 ay süresince aşağıdaki belirtilerden bir veya daha fazlasını tekrarlayan ya da sürekli biçimde deneyimlenmesiyle ile tanı koyulur.

Penetrasyon , vajinal ilişki esnasında belirgin zorluk,

Vajinal ilişki/penetrasyon esnasında belirgin pelvik veya vulva vajinal ağrı,

Vajinal penetrasyonda pelvik veya vulvavajinal ağrı konusunda belirgin bir anksiyete veya korku,

Vajinal penetrasyon girişimi esnasında pelvik kasların belirgin bir biçimde gerilmesi veya kasılması (APA, 2013).

## **2.8. Gebelik**

Gebelik, ailelerin yaşamlarındaki en önemli olaylardan biri olarak görülür. Anne ve babalığa atılmış önemli bir ilk adım olan gebelik, kadının aile ve çalışma ortamındaki rollerin değiştiği, biyopsikososyal dengesinin bunun yanı sıra ebeveynlik ilişkisinin anne ve bebek arasında kurulduğu hayatsal bir sürecidir.

Anne adayı gebelik sürecinde, gebeliğin dönemlerine göre bir düzine değişiklikleri gösteren psikolojik ve fizyolojik farklılıklar yaşamaktadır. I.Trimesterdeki gebelik sürecinde gebeliğe ait ambivalan duygulara ek olarak kusma ve bulantı gibi fizyolojik değişimlerde görülmektedir. Gebeliğin aile üyeleri tarafından istenmesi ya da planlanmış olsa bile kadınların çoğu gebelik için zamanın doğru olup olmamasını sorgulamaktadır. Bu süreçte gebe kadın kendine daha çok vakit ayırarak bebeği ikinci plana atıp gebeliğe odaklanmaktadır.Fetal hareketlerin hissedildiği II. Trimester de gebe kadın bebeğini bir birey olarak kabul etmeye başlamaktadır (Taşkın 2012, ACOG 2014, Murray ve McKinney 2014).

Bu dönem fizyolojik rahatsızlıkların geçmesiyle birlikte gebeliğin daha rahat bu seferde kendi içinde farklı endişe ve sorunlarla gebeyi meşgul etmektedir. Bu süreçte gebe bebeğinin sağlığı ile ilgili endişe duymaktadır.Gebeliğin son süreci olan III. Trimesterde ise fizyolojik rahatsızlık süreci artmakta ve kadının ilgisi doğum olayına ve bebeğe odaklanmaktadır. Kadın bu süreçte doğumun nasıl gerçekleşeceği, doğum süreciyle nasıl başa çıkacağı gibi artan anksiyete deneyimlemektedir.Son trimesterde kadınların çoğu doğum esnasında zarar göreceği veya öleceği korkuları meydana gelmektedir.Gebeliğin son süreci olan bu dönemde kadın bebeği için bakım

konusunda yeterli olup olamayacağı, doğum sonrası dönemini nasıl ilerleyip kendisinin nasıl uyum sağlayacağı konusunda korku ve endişe deneyimlemektedir. Bu süreç kadının eşi, sosyal çevresi ve sağlık çalışanları tarafından en çok zor dönem olduğu görülmektedir (Van der Akker 2012;ACOG 2014;Murray ve McKinney 2014).

### 2.8.1. Gebelikte Cinsellik Fizyolojisi

Gebelik bir çok fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişikliklerin yaşandığı bir süreçtir (Çalık ve Aktaş, 2011). Gebelikte oluşan fizyolojik, anatomik, psikolojik farklılıklar kadının özellikle cinsel yaşamını engellemektedir (Ertem ve Sevil, 2010). Gebelikte bulantı-kusma, yorgunluk, uyku hali, fiziksel değişiklikler, dispareni, fiziksel aktivitede azalma, düşük / doğum korkusu gibi biomedikal değişimler; duygusal değişimler gebeliğe ilişkin olumsuz veya ambivalan duygular, beden imajında değişiklikler, fetüse zarar verme korkusu, bebekten çekinme gibi psikososyal değişimler cinsel ilgi ve aktivitenin azalmasına neden olmaktadır (Olsson ve ark.2005; Trutnovsky ve ark.2006).

Gebe kadında gebelik süresince meydana gelen fiziksel ve fizyolojik bu değişimlere hormon ve peptid sistemleri etkilenmektedir. Beyin cinselliğin temelini oluştururken progesteron, prolaktin, testesteron, dopamin cinsel istek dürtü, haz gibi birçok işlemde rol almaktadır (Crenshaw ve Goldberg, 1996). Progesteron hormonu gebelik döneminde normal dönemdeki bir kadınlık oranla on kat daha fazla bulunmaktadır. Östrojen için de durum aynı şekilde olup gebelik sürecinde normal sürece göre miktarı üç yılda üretilen toplam miktara eşittir. Bu hormonların normal süreçten daha fazla olması gebe kadının kendini zinde ve iyi hissetmesi, parlak bir saç, pürüzsüz bir tenin oluşmasını sağlarken cinsel organ ve memelerdeki bir takım değişikliklerde gebe kadını cinsel ilişkiye daha hassas ve duyarlı hale getirmektedir (Eryılmaz ve ark. 2004; Ertem ve Sevil 2010). Bu süreçteki fiziksel ve hormonal birçok değişiklik kadının kendi vücudunu farklı algılayıp, kendisini çirkin, cazibesiz düşünmesine sebep oluşturacaktır. Bu durum gebenin kendine olan güvenini azaltıp, benlik saygısını zedeleyecek; olumsuz beden imajına neden olacaktır. Beden imajındaki bu tarz fiziksel değişimlerin sonucu olumsuz cinsel bozukluklara sebep olmaktadır (Babacan ve ark. 2011; Chang ve ark. 2011).

I. Trimester; gebeliğin ilk trimesterinde gebelik dönemine ait sorunlar ve çiftlerin yeni sürece uyum sağlamaya çalışmaları sebebiyle cinsellik etkilenmektedir. Trimesterlere göre gebelikte cinsel hayatla ilgili yapılan çalışmalar doğrultusunda bakıldığında; cinsel ilişki sıklığında (Pauleta ve ark. 2010; Yangın ve Eroğlu, 2011; Torkestani ve ark. 2012; Liu ve ark. 2013; Efe ve ark. 2014; Yıldız, 2015) ve cinsel ilişkide bulunma oranının gebelik trimesteri ilerledikçe azaldığı (Ertem ve Sevil 2010; Erenel ve ark. 2011; Yangın and Eroğlu 2011; Liu ve ark. 2013) görülmektedir. Bu dönemde cinsel ilişkinin olumsuz etkilenmesine artan bulantı-kusma, meme ve vajinal rahatsızlık, yorgunluk, fiziksel aktivitedeki azalma, uykuya yönelme, libidoda azalma gibi temel durumların neden olduğu düşünülür. Yine bebeğine zarar verme, onu düşürme düşüncesi libido azalmasına neden olmaktadır (Mahmoud ve ark, 1995).

II. Trimester; gebeliğe ve bebeğe uyum sürecinin yaşandığı ve cinselliğin en rahat gerçekleştiği evredir. Gebe artık sürece uyum sağlamış, gebeliği kabul etmiş, psikolojik olarak bu sürece uyum sağlamaktadır. İlk trimester de meydana gelen bazı negatif durumlar aşılmakta veya

azalmaktadır (Aslan ve ark., 2005). Bu dönemde de babalar bebeklerin yaşanan ilişkiden haberdar olduğunu düşünerek negatif bir algı içine girmektedirler (Pauleta , 2010 ).

III.Triemester; II.Triemester de azalan negatif durumlar uterusun büyümesine ek olarak tekrar meydana gelir. Artan yorgunluk, memelerden süt gelmesi, büyüyen fetüs nedeniyle mesaneye artan baskının sebebiyle sık idrara çıkma, solunum sıkıntısı, mide sorunları, hareketin azalması ve kasılmaların artması nedeniyle libido azalmasına ve ikinci plana atılan cinselliğe neden olmaktadır.Gebelikte dönem ilerledikçe deneyimlenen fiziksel ve psikolojik sorunlar bebeğe zarar verme korkusu, cinsel birleşmenin düşüğe ve erken doğuma sebep olacağına inanma, gebelik döneminde cinsel birleşmeyi tehlikeli ve günah olarak düşünme gebelikteki cinsel yaşamı ve cinsel ilişki prevalansını etkilemektedir (Poroy, 1996; Aslan ve ark. 2005; Rados ve ark. 2014; Pauleta ve ark. 2010; Ertem ve Sevil, 2010).

## **2.8.2. Gebelikte Cinselliği Etkileyen Faktörler**

Gebelikte cinsel ilişki seks hakkındaki mitlerden, psikolojik faktörlerden, kadındaki fiziksel değişikliklerden ve cinsel disfonksiyonlardan etkilenmektedir.

### **2.8.2.1. Psikolojik Faktörler**

Gebelik, cinsel birleşme sonucu olarak fertilizasyonla başlayan, plasenta farklılaşması, embriyo, fetüsün meydana gelmesi ve gelişimiyle süren ve doğumla sonlanan bir evredir (Taşkın, 2014). Gebelik, kadının hayatında bir dönüm noktası, ebeveynler arası uyumun sağlandığı doğal bir süreçtir. Bu süreç doğal olduğu kadar büyük krizleride beraberinde getirir; kadın, gelecekteki annelik rolünü kabullenmeye çalışırken, büyük streslerle karşı karşıya kalmaktadır. Bu süreçte meydana gelen stres ilişkiyi olumsuz etkiler (Ertem ve Sevil, 2010). İlk dönemlerdeki gebelik menstruasyonun kesilmesi, yorgunluk, mide bulantısı tarzında zıt duyguların (ambivalan) deneyimlenmesine sebep olarak öfke, iğrenme, mutluluk, depresyon, kaygı olarak duyguların oluşmasına neden olmaktadır. Her gebenin bu sürece uyumu farklı olmakla birlikte cinsel cevap değişen fizyolojik faktörlere bağlı olarak değişecektir (Olsson, ve ark. 2005; Trutnovsky ve ark. 2006).Gebeliğin ilk zamanlarındaki bu negatif durumları kabullenme ve uyuma doğru giderken gebeliğin son zamanlarında tekrar huzursuz ve bu seferde bebek için endişelenme sürecine girilir.

Lucie Jessner ve arkadaşlarının belirttiği bir durumda şudur; psikolojik duygular ve gebelik birbiriyle ilişkili kavramlardır. Bazı kadınlar gebeliğin ilk zamanlarında gebe kalma korkusu olmaması nedeniyle korunmasız ve özgür cinsel ilişki düşüncesiyle cinselliği daha olumlu yaşayabilirler. İlk gebeliği yaşayan kadınlar bu süreci yaşlanma süreci olarak görüp, bebeklerin kendilerine ayak bağı, gençliklerini götürebileceklerini ve özgürlüklerini kısıtlayacakları düşüncesiyle olaya bakarlar (Gillian ve ark. 1997).

Yine bu dönemde değişen beden imajı kadının cinselliğe bakış açısını ve uyumunu etkileyen bir diğer önemli faktördür. Bu süreçte yine gebeden gebeye her gebe farklılık göstermektedir. Bazıları bu süreci doğal ve olumlu karşılarken bazıları değişen yapısı, duyguları,

büyüyen memeleri, artan vücut oranıyla, değişen ten rengiyle eski halini kazanıp kazanamama düşüncesiyle endişelenmektedir (Ertem ve Sevil 2010).

Gebe kadın anne olacağını öğrendiği andan doğumuna kadar farklı sevinç, üzüntü, bebeğinin sağlıklı doğup doğmayacağı endişesi içine girer. Bu gibi endişelerle eşiyle olan cinsel ilişkisinin etkileneceği korkusu yaşamaktadır.

Çalışan kadınlar doğumla beraber kariyer planlarında nasıl bir değişiklik yaşayacakları konusunda endişelenirken bu durum yine cinselliğine yansiyarak cinsel istek ve aktivitenin azalmasına neden olmaktadır. Ebevenylerin gebeliği kabullenme süreci uterus büyüdükçe artarken bu durum bebeğe zarar verir miyiz, ilişkiyi hisseder mi gibi düşünceleri beraberinde getirmektedir.

Gebelik dönemine göre gebelik psikolojisi ve cinsel yanıtlar farklılıklar göstermektedir. Başlarda kadın gebeliğini anlamak ve doğrulamak için çaba harcar. Bu gebelik planlanmış bir gebelikse, gebelik belirtilerini deneyimlemek için istekli, planlı bir gebelik ise gebe olma ihtimalinden dolayı endişeli olabilmektedir. Gebelik kesinleştikten sonra neredeyse bütün kadınlar ikircikli duygular deneyimler. Bunun sebebi gebelikle birlikte oluşabilecek büyük farklılıklar, doğum ve çocuk büyütme konusundaki ekonomik güçlükler, iş yaşamına etkisi, ev problemleri, yaşanan fiziksel rahatsızlıklar, hazır olamama duygusudur (Pillitteri, 1992). İlk trimester süresince kadının ilgisi kendi üzerindedir. İlk trimesterde meydana gelen hormon seviyesinin artışı ve fiziksel farklılıklar gebede öfke patlaması, neşe, sevinç, ağlama krizi duygusal dalgalanmalara sebep olabilmektedir. Kadının eşi ve ailesi bu değişimlere önceden hazırlanmalıdır. (Malkoç, 2010). Gebelikten mutluluk duyma, hoşlanma, sevinç, fiziksel rahatsızlıkları iyi tolere etme, umut duygusu ve özgüven kadının gebeliği kabullendiğini göstermektedir (Biol, 2005). İkinci trimester gebenin fetüsü kendinden ayrı bir varlık gibi algılayıp kabul ettiği evredir. İkinci evre bebek hareketlerinin hissedilmesiyle uterus içinde farklı bir hayatın geliştiğini doğrular.

Gebeliğin bu evresinde gebe fetüsü vücuduna ait parça olarak değil, kendisine bağımlı ancak kendisinden farklı bir varlık olarak hissetmeye başlamaktadır. Üçüncü trimester da ise gebenin bebeği koruma duygusu içinde hareket eder. Gebelik döneminde beden imajı cinsel hayatı etkileyen faktörlerden birisidir. Beden imajı kadın yaşamının her döneminde farklılık gösterir. Gebelik evresinde oluşan farklılıklar, kadının bedenini farklı hissetmesine, çirkin, hantal, cazibesiz, beceriksiz, sakar hissetmesine sebep olabilmektedir (Taşkın, 2014; Malkoç, 2010; Biol, 2005; Öz, 2004).

#### **4.8.2.2. Sosyo-Kültürel Faktörler**

Gebelik esnasında sosyal, dini adetler ya da kültürel adetler çiftlerin hayatında fiziksel ve duygusal farklılıklar oluşturarak cinsel hayatı ve cinselliği etkilemektedir (Pauleta ve ark., 2010; Efe ve diğerleri, 2014). Cinsellikte problemler göz önüne alındığında yapılan bir çok araştırmada sosyokültürel ve sosya demografik durumların cinsellik üzerinde birçok etkisi olduğunu göstermektedir. Araştırmalarda; eğitim, yaş, gebelik sayısı, gebelik öyküsü, uygun aile planlaması

kullanımı, beden kitle indeksi, evlilik ve eş durumları, kadının yetiştirilme şekli ve yetiştiği toplumun tutumu, dini, ailevi ve kişisel değer uyumsuzlukları, yaşam şartları, cinsellikle ilgili bilgi eksikliği, sosyal tabu ve toplumun cinsellikle ilgili yetiştirme şekli gibi bir çok durum cinselliği negatif etkilemektedir.

Hormonal Değişiklikler; gebelik döneminde kanda artan progesteron, östrojen, prolaktin seviyeleri bulantı, kusma, yorgunluk, göğüslerde hassasiyet ve kilo alma gibi belirtilere sebep olmaktadır. Bu gibi durumlar cinsel uyarılma ve isteği azaltabilmektedir (O'Leary ve ark. 1991; Arıca ve ark. 2012). Vajinal dokunun epitel hücrelerinde artmaya sebep olan relaksin hormonu vajinal lümenin etrafında artma ve bunun neticesinde vajinal hisde azalma yaratmaktadır (Kohsaka ve ark. 1998; Zhao ve ark. 2000). Gebelik esnasında kadında serum testesteron düzeyi, seks hormonunu bağlayan plazma proteini ve globülin düzeyi de artar.

İlk trimesterde gebenin kanında serbest androjen düzeyi gebelik öncesine döneme göre yükselirken, II. ve III. trimesterlerde gebelik öncesi düzeylerine döner, bu sebeple ilk trimesterde cinsel hazda düşüş meydana gelir (Pessina ve ark. 2006; Onol ve ark. 2006; Stuckey, 2008). Aslan ve arkadaşlarının (2005) Kadın Cinsel Fonksiyon Ölçeği'ni (FSFI) kullanarak sağlıklı 40 gebe üzerinde yaptıkları bir araştırmada gebelerin cinsel fonksiyonu düzeyleri ölçülmüştür. İlk trimesterden başlayarak gebelerin son trimestere kadar ölçeğin bütün alanlarında düşüş deneyimlendiği belirlenmiştir (Aslan ve ark. 2005; Erol ve ark. 2007; Stuckey, 2008).

#### **2.8.2.2.1. Cinsel Rolün Cinsel Davranışlara Etkisi**

Kadınlığa ait bir durum olan gebelik döneminde, birçok kadın cinsel kimlik rolüyle gururlanırken, birçoğu reddetme eğilimi içinde olarak cinsel rollerinden hoşnut olmazlar. Bu durum gebeliğin plansız olma durumunda daha da olumsuz bir duruma sürüklenir ve partnerini suçlayarak, cinsel ilişkinin azalmasına neden olur. Aslında bu durum toplumun cinselliğe bakış açısının kadınlar üzerindeki nasıl etki bıraktığını göstermektedir.

Gelişmiş toplumlara bakıldığında cinsellik rahat bir şekilde ifade edilen bir durum iken, gelişmekte olan toplumlarda ise tabu olma durumunu korumaktadır (Arıca ve ark 2012). Yetiştirilen kızlara cinsellikle ilgilenmemesi öğretilirken; cinsellik ile ilgili aktiviteler ve cinselliğe olan ilgisi kısıtlanır ve kınanır. Beklenen tek şey kocalarının cinselliğine cevap vermeleri istenir (İncesu 2004). Moulton (1976) 'ın tanımında "iyi kız" sendromu kadın geleneksel cinsel rolünü kabullenenlere göre boyun eğme , incelikli olma, yumuşak başlılık, edilgenlik ve incelikli olmaktır. Bunun aksine yetiştirilen erkek çocuklarına erkeklik ile ilgili toplumsal şekilde öğretilenler her durumda seks isteme olayıdır. Kadınların arzularını doyurma ve elde etmek üzerine yetiştirilen erkekler, sevgiyi cinsel durumdan ayırmak zorunda bırakılırlar (Gökyıldız ve Beji 2005).

#### **2.8.2.2.2. Kültürel Normların Cinsel Davranışlara Etkisi**

Tüm kadınlar için fizyolojik işleyişin aynı olup da kültürel ilkelerin çok farklılık gösterdiği bir durumdur cinsellik. Toplumdan topluma farklılık gösterip, tarih süresince devam etmiş diğer bir tutum ise gebelikte cinselliktir. Değişen toplumlara göre gebelikte cinsel davranışlar farklılık gösterir, bazıları gebelikte cinselliğin sürdürülerek bebeğin sağlığına iyi

geleceğine bazıları ise zarar ve olumsuzluklara neden olacağı düşüncesiyle engellenip yasaklanması sağlanır. Çoğu kültür gebelik olayını cinselliğin tamamlanması olarak görür (Taşkın, 1997).

Eski bir çok inanişya göre gebelik ve cinselliğin birbiri üzerindeki etkisi söz konusudur. Bu inanişlardan olan Hindu inancına göre gebeliğin sağlıklı ve devamlı olması için meni gerekli olduğu düşünülüp gebelik süresince cinsel birliktelik desteklenir. Yeni Gineliler ise cinselliğin gebeliğe zarar verdiği kanısıyla anlaşıldığı andan itibaren çocuğun yürümesine kadar cinsel ilişkiyi yasaklama durumundadırlar (Poroy 1995; Poroy 1996).

Yine Hindistan da bazı kültürlerde cinsellik utanılan ve az konuşulan bir konudur. Ülkemizde ise bölgesel farklılıklar olmasına karşın; gebelikte cinsel ilişkide bulunmak kontrolsüzlük olarak düşünülüp, bebeğe verilecek zarar düşünülerek kırk gün yasaklanır. Bu inaniş toplumun yanı sıra bir çok doktor tarafından da hastalara iletilir. Gebelikte cinsel ilişki toplumdan topluma farklılık göstererek kısıtlanırken, modern tıp riskli durumlar dışında gebelik süresince cinselliği özgür kılmaktadır (Efe 2014).

Cinsel işlev sorunlarının prevalansı farklı kültür ve toplumlarda benzerlik göstermekte iken toplumsal ve kültürel faktörlerin meydana getirdiği bazı değişikliklerde mevcuttur. Ülkemiz gibi muhafazakar kesimler de cinselliğin konuşulmaması, ayıp günah olarak görülüp yasaklanması, resmi bir cinsellik eğitiminin olmayışı , yetersiz bilgi eksikliği, önemsenemeyen bekaret durumu gibi faktörler kadınların cinsel istek azlığı ve vajinismus gibi erkeklerde de çeşitli cinsel işlev bozukluklarına daha cinselliğin özgür yaşandığı kesimlere kıyasla fazla oranlarda karşılaşılmamasına neden olur (İncesu, 2004).

#### **2.8.2.2.3. Ekonomik Faktörlerin Cinsel Davranışlara Etkisi**

Gebelik planlı olması durumunda bile çiftlerin birçoğu için gebeliğin sonucunda getireceği ekonomik problemler yönünden endişe içerisinde bu etmenle başa çıkma yetersizliği deneyimlemektedir. Plansız bir gebelik ve az bir ekonomik kaynak durumunda, çiftlerin birbirini suçlamasına ve cinsel hayatlarında sorunlar meydana getirebilir (Gökıldız ve Beji 2005).

#### **2.8.2.2.4. Evlilik Durumunun Cinsel Davranışlara Etkisi**

Cinsel İşlev sorunları ve bozuklukları evlilik ve aile uzmanları tarafında, bazı durumlarda ilişkilerdeki bozulma durumunda meydana gelen bir sorun olarak değerlendirilmektedir. Cinsel problemin boyutu hangi durumda olursa olsun, çiftler arasındaki duygu, ilişki ve düşünce yapısındaki paylaşım ve yakınlaşmalar dikkat edilmesi gereken bir faktördür. Evlenme yaşı, fiziksel çekicilik, olumlu ve olumsuz tutum, , evlenme yaşı , sosyoekonomik durum ,etkileycilik, ilgi alanları, çocuklar, cinsel yaşam ve ortak amaç gibi evlilik durumunda mutluluğu belirleyen etmenler, araştırmacılar tarafından dikkatin çeken durumlar haline gelmiştir.

Son zamanlarda, evliliğin cinselliğin mutlulukla ilgili etkileşimi daha da dikkat çeker duruma gelmiştir. Cinsel işlev sorunlarının, eşler arasındaki ilişkideki dengeyi muhafaza etmekte oynadığı rolden bahsedilmektedir. Evlilikte cinsel hayatı eşlerin ortak iletişiminden farklı düşünmek olası değildir. Çiftler arasındaki iletişim bozukluğunun veya çatışmaların cinsel yapıyı da etkilemesi umulan bir durumdur (Gülsün ve ark. 2009).

Gebelik durumunda aile durumu ise daha farklı boyuta taşınmaktadır. Özellikle adölesan ebevenyler evlilik , doğum ve gebelik açısından desteğe daha fazla ihtiyaç duyar. Gebeliği kabullenmeme, sonlandırma beklenen bir olgudur. Gebelik durumu annenin cinsel yaşantısını bir adölesan gibi hissetmesine ve kendine ait cinsel yaşamındaki çözemediği çatışmaların gün yüzüne çıkmasına neden olabilir (Orji ve ark. 2002).

### 2.8.2.2.5. Mitler ve Yanlış İnanışlar

19.yy başlarında ortaya çıkan cinsellik kavramı; cinsel temas, birleşme ve ilişki anlamlarını karşılayacak homilia, mixis, sunousia, , ocheia, plesiasmos gibi kelimeler Eski yunan ve Latinler de kullanılmıştır (Foucault 2007). Üremenin gizemi düşüncesinden çok etkilenen ilk toplumlar cinsellik kavramını “bereket” ve “üreme” tanrılarında da görüldüğü gibi dinsel bir olgu şeklinde tabulaştırmış ve efsaneleştirmişlerdir (Şentürk, 2006, Özarus 2005). Cinsellik de her bireyin hayatında yer alan giyinmek, yemek yemek, temizlenme gibi öğrenilerek deneyimlenen bir durum olmasına karşın ne yazık ki genel olarak hakkında konuşulmayan, varlık kabul edilmiyor gibi davranılan bir olgudur. Toplumsal olgu olması, kültürel etkileşimlere neden olur.

Nesilden nesile aktarılan bilgiler bireylerin cinselliği yaşamasında, bilgilerin içeriğiyle yapıp yapmaması gereken şeyleri öğrenerek deneyimlerler. Öğrenilen yanlış bilgi ve inanışlar ilişkilerini farklı yaşamasına ve cinsel sorunların deneyimlenmesine neden olur. Bireylerin cinsellikle ilgili doğru sanıp düşündüğü, yanlış bilimsel değeri olmayan abartılı inanışlara cinsel mit olarak adlandırılmaktadır (Özmen, 1999).

Cinsellik çerçevesine bakışı etkileyen etmenler; toplumun yer alan din, kültür, toplumsal cinsiyet, yasalar, toplumsal mit \ inanışlar sayılabilir (Avcı ve Beji, 2011). Farklı toplum ve kültürlerde oldukça fazla benzerliği olan cinsel mitler toplum içinde kabul görmektedir. Zinbergeld 1978 yılında ilk kez yerleşik cinsel mitlerin toplum içinde varlığından söz etmiş ve cinsel işlev sorun ve bozukluklarının meydana gelmesinde ve sürmesinde yer edindiğini ileri sürmüştür (Özmen, 1999). Bu yanlış bilgilerin tarih boyunca sürüp devam ettiği önemli bir alanda gebelik ve cinsellik alanında olmuştur. Kitzinger, gebelikte cinsel ilişkiye girmenin kadınlarda erken doğuma ya da düşüğe sebep olacağı, erkeklerin ise bebeğin amniyon kesesini yırtıp bebeğe zarar verip, doğumu başlatacağı düşüncesiyle cinsel birleşmeden kaçındıkları inanışı söz konusudur (Gillian, 1997).

Reamy ve White göre toplum içerisindeki normların gebe kadını gebelik süresince çekici görmeyip, gebelik zamanında cinsel aktivite ve isteğin olmamasını desteklediğini sunmuşlardır. Wallace’ın de bu görüşü desteklemektedir. Toplumun cinsellik ile ilgili düşüncesiyle gebe kadının ne hissettiği arasında çok fazla fark vardır. Gebelik de kadınların çok az kısmının seksi hissetmesinin yanında kendilerini alımsız, halsiz, nörotik, çok kırılğan ve şişman hissettikleri



görüşü yaygındır. Contratto, kanıtlamaya çalıştığı yaygın bir batı görüşüne göre ‘aseksüel anneler iyi annelerdir’ demektedir. Contratto, yeni anne olan ya da gebelerin kendi cinselliğinden oldukça rahatsız olduğunu, bilinçsiz ya da bilinçli ağrı hissettiklerini düşünmektedir. Ussher’e göre de cinsel eş ve anne aynı sürede olamaz. Bunlar, gebelik zamanında cinsel ilişkiyi cinselliği ve boyutunu etkileyebilirken, sosyal durumların özümsemesini ileri sürmektedir. Black ise gebelikte kadının törelerin izin vermeyen yönlerinden rahatsız olmaması cinsel aktivite, yanıt ve libidoları önceden deneyimlenmeyen yüksek düzeylere ulaşma gibi görüş bildirmektedir (Gillian, 1997).

### 2.8.3. Gebelikte Görülen Cinsel Sorunlar

Gebelikte meydana gelen bazı sağlık sorunları stres yaratıp cinsel sağlığı olumsuz şekilde etkilemektedir. En fazla karşılaşılan sağlık sorunları üriner sistem enfeksiyonları, kandidiyazis, disparoni hemoroidlerdir (Ertem ve Sevil 2010).

#### 2.9.1. Kandidiyazis

Vajenin ya da vulvanın fungal enfeksiyonuna vajinal kandidiyazis denir. Yoğun kıvamlı, kokulu, sarımsı-beyaz akıntıya yanma, ödem ve kaşıntı ile karakterizedir (Şatıroğlu ve Aydınuraz, 2007). Enfeksiyon sistemik bir hastalığın varlığında (diyabet, HIV, obesite), gebelikte ve ilaç kullanımı (antibiyotik, steroid, oral kontraseptif) gibi durumların eşliğinde gösterebilir. Enfeksiyon gebe kadının uykusuzluğuna ve çok yorgun düşmesine sebep olabilir, vulva ve vagina kabarmış ve kızarmıştır. Bu tablo cinsel aktiviteyi olumsuz etkilemektedir.

#### 2.9.2. Üriner Sistem Enfeksiyonları

Gebelik üriner sistemde bir çok fizyolojik ve anatomik farklılıklara sebep olmaktadır. Pelvik organlar yapısal olarak yer değiştirme eğilimine girer. Hormonal faktörlerin özellikle progesteronun artması gibi durumlar üriner sistemde değişiklikler-yaratmaktadır. Yine buna büyüyen uterus ve fetus eklendiğinde üreterlerde oluşan baskı artmaktadır. Bu gibi farklılıklar üriner sistem enfeksiyonlarına gebelik süresince oluşmasına neden olur. Mesanede artan baskı gebe kadınların sık idrar boşaltımına ve stres inkontinans gibi şikayetlerine neden olur. Noktürinin uykuyu bozması, beraberinde yorgunluk ve rahatsızlığa neden olurken üriner inkontinans psikolojik ve sosyal etkileşimler oluşturarak cinsel işlevi olumsuz etkileyebilir. Gerçek stres inkontinans durumunda cinsel ilişki varlığında yaygın şekilde penetrasyon sırasında idrar sızması olmaktadır (Le ve ark. 2004).

#### 2.9.3. Disparoni

Bir çok kadın devam eden cinsel hayatlarının herhangi bir zamanında vajina-penis birlikteliğini kapsayan bir cinsel birleşimde (penetrasyon sırasında) acı ve ağrı

deneyimleyebilirler. Cinsel ilişki esnasında oluşan bu ağrı disparoni olarak adlandırılmaktadır (Kece, 2015).

APA, disparoniyi; cinsel birleşme sırasında, ardında ya da öncesinde devamlı ya da tekrarlayıcı genital ağrının olması durumu olarak tanımlanmaktadır. Erkek ve kadın her iki cinstede ağrı olabilir. Ancak klinik düzeyde kadın disparonisi önemi daha fazladır. Cinselliğin aktif döneminde % 46'ya varan görülme sıklığına ulaşmaktadır. Disparoni vakalarında %15'e varan organik pelvik disfonksiyonlar görülmektedir (Stuart ve Sundeen 2005, Yüksel 2006). Disparoninin gebelikte artışı tartışılmaktadır. Gebeliklerin % 22-50'sinde görüldüğü düşünülmektedir (Naim ve Bhutto 2000). Disparoni gebelik öncesi var ise etkisi vardır ve devam etmektedir. Aslan ve arkadaşlarının (2005), ulusal bir çalışmada özellikle gebeliğin üçüncü trimesterde disparoninin arttığı ifade edilmiştir. White ve Reamy'in (1985) yürüttükleri çalışmada disparoniye gebelikte bir çok durumun sebep olduğunu bildirmişlerdir.

### **2.9.3.1. Fiziksel Faktörler**

Vaginal konjesyon ve azalmış lubrikasyon, pelvik vazokonjesyon, sakroiliak eklemlerin ve simfisis pubis subluksasyonu, retrovert uterus (özellikle gebeliğin ilk haftaları), koryoamnionitis, fetal başın derin angojmanı, üriner sistem enfeksiyonları, herpes, kandida, siğiller ve trikomonas vaginalis

### **2.9.3.2. Psikolojik Faktörler**

Vaginismus, vücut imajı değişikliği, anksiyete, yorgunluk, cinsel suçluluk, eşler arasındaki iletişim yetersizliği ve dargınlık, kadının herhangi bir hayat döneminde ve gebelikte disparoni yönünden cinsel semptomların tanımlanması, değerlendirilmesi, açıklanması, ve iyileştirilmesi önemlidir (Reamy ve ark 1982).

### **2.9.4. Hemoroidler**

Anal bölgedeki variköz venler olan hemoroidler gebelikte oldukça yaygındır. Gebelik döneminde progesteronun periferik durumunu azaltması, venöz dilatasyon sebebiyle hemoroidler oluşabilir. Konstipasyon, önceki dönemlerdeki hemoroidler, aşırı kilolu olma durumu diğer faktörler arasında yer alır. Doğumun ikinci evresinde hemoroid artar ve loğusalık dönemini sıkıntıya neden olur. Anüs çevresindeki kızarıklık, rektal kanama, mukozal farklılıklar ve kaşıntı cinsel hayatı etkilemektedir (Le ve ark 2004).

### **2.8.4. Gebelikte Cinsel Doyum ve Ebelik Yaklaşımı**

Cinsel hayat psikolojik, ekonomik, fizyolojik, sosyal, dini inanışlar ve kültürel oldukça fazla faktörden etkilenmektedir. Bu nedenle cinsel fonksiyonlarla ilgili deneyimlenen

problemlerin prevalansı ülkelere göre hatta bir ülkenin farklı bölgeleri arasında bile farklılık göstermektedir.

Cinsel işlev bozukluğu görülme prevalansı İzlanda 'da %22, İngiltere'de %33 olmasının yanısıra (Demirezen, 2006), ABD'de %43 olarak belirlenmiş (Laumann ve ark 1994). Safarinejad (2006)'nın yaptığı bir çalışma İran'da kadınların %31,5'inde , Elnashar ve ark (2007) tarafından Mısır'da yaptığı çalışmaya göre ise kadınların % 68,9'unda cinsel problem deneyimledikleri görülmüştür. Ülkemizde ise cinselliğe dair alınan bilgi ve uyaran etkisiyle değer yargılarıyla ilgili bir takım farklılık olmasına karşın, erkek ve kadın algılarında çok fazla farklılıkların olmadığı görülmektedir.

Cinsellik toplumsal, sosyal faktörler, kültürel ve dini inançların etkisi sebebiyle rahatça konuşulamayan, sorulamayan bir konu olurken, tabu olarak kabul edilmeye devam etmektedir (Tuğrul 1993; Kaya ve ark 2007). Bu sebeple bu konudaki çalışmaların sayısı oldukça sınırlıdır. Demirezen ve ark. (2006)'nın yaptıkları bir çalışmada, kadınların %67,5'nin cinsel hayatlarına dair problemler deneyimledikleri belirlemiştir. Yine Öksüz ve Malhan (2006)'nın yaptığı çalışmada kadınların % 48,3'ünde cinsel problemler deneyimledikleri bildirilmiştir.

Bireysel hayatın devam etmesi için kesinlikle doyurulması zorunlu ve gerekli olmayan ancak türün devamlılığı için gerekli olduğu cinsellik, kadınlar için çocuk doğurma yeteneği, beden imajı ve arzu edilebilir olmanın yanında entelektüel, sosyokültürel ve emosyonel bileşenleride kapsayan bir durumdur (Henson 2002; Aygin ve Aslan 2008).

Cinsellikte yaşanan sorunlar kadınlar için oldukça büyük önem arz etmekte olup özel, sosyal ve fiziksel açıdan yıkıcı ve rahatsız edici bir durum yaratmaktadır. Eş ile anlaşmazlık ve uyumsuzluklar, emosyonel stres ve yuvanın yıkılması gibi durumlar ile sonuçlanmaktadır. Deneyimlenen bu problemler kadınların yaşam kalitelerini düşürüp, kendine olan güvenlerini ve ruhsal durumlarını oldukça etkilemektedir (Laumann ve ark. 1999; Aygin ve Aslan 2008). Cinsel sorunların bu denli kadınların yaşamları üzerinde yıkıcı etkileri olan fakat kültürel, sosyal, dini ve toplumsal etkisi bastırılan, mahremiyeti açısından rahatça ifade edilip sorgulanamayan bir durum olması nedeniyle sağlık personelleri tarafından da araştırılıp irdelenmediği ve bakım konusunda ele alınmadığı görülmektedir.

Steinke ve Patterson Midgley (1996)'nın yaptığı çalışmada ebe \ hemşirelerin yalnızca %15'inin hastalarına cinsel konularda danışmalığı teklif ettiği belirlenmiştir (Steinke ve Patterson Midgley,1996). Başka bir çalışmada taburculuk öncesi olguların %97,1'ine cinsel ilişki konusunda bilgi verilmediğini fakat olguların %57,8'inin kendilerine cinsellik konusunda bilgi verilmesini istediklerini belirlemiştir. Sağlık bakımının önemli bir parçası olduğu bütün sağlık profesyonellerince kabul edilip benimsenmesine karşın cinsellik sağlık çalışanlarının zamanındaki kısıtlılıklar, bireysel anksiyetelerin artması, cinsel fonksiyonlara dair bilgi-egitim eksikliği sonucu cinsel problemleri görüşmede zorluk deneyimlemeleri gibi sebeplerden dolayı bakım konusunda ele alınmadığı görülürken; erken dönemde fark edilip çözüme ulaştırılmasının kadın sağlığının gelişmesi ve yaşam kalitesinin yükseltilmesinde etkili olabileceği düşünülmektedir (Haboubi ve Lincoln, 2003; Yıldız ve Pınar 2004).

Kadın cinselliği bio-psikososyal-kültürel etmenlerden etkilenmekte olup bu sebeple multidisipliner bir ekip yaklaşımını gerektirmektedir. Ebeler bu ekibin önemli bir üyesi olup kadın cinsel sağlığının geliştirme ve korunmasında oldukça önemli rollere sahiptir (Ohl 2007).

Bütüncül sağlık bakımının önemli bir unsuru olmasına karşın cinsellikle ilgili oldukça az sayıda ebe bu alanda uygun girişim ve değerlendirme yapabilmektedir. Ebelerin cinsellikle ilgili danışmanlık konularında ki bilgi eksikliğine sahip olduğu düşüncesi, bu konuyu önemsememeleri, utanmaları, iş yoğunluğu, cinsellikle ilgili tartışmalarda anksiyete yaşayıp, bireysel baskıcı tutumları ebelerin bu konuda isteksiz olmasına nedene olmaktadır. Halbuki ebe ve hemşireler, hastalarla en fazla zaman geçiren, onları en doğru şekilde gözlemleyebilen bireyler olduğu için cinsel sorunlara ilişkin konuların saptanmasında oldukça önemli yer tutmaktadır (Steinke ve Patterson-Midgley, 1996; Parish ve ark. 2007).

Kadınların cinsel problemlerine yönelik ebelik yaklaşımı; cinsel sorunların belirlenmesi, cinsel sağlığın değerlendirilmesi, uygun ebelik girişimleri ile problemin çözülmesi ve cinsel sağlığın devam etmesi aşamalarını içermektedir.

Tüm bu sıradaki ebelik\ hemşirelik girişimlerinin amacı;

Kadınların cinsel problemlerini ifade edebilmeleri yönünde cesaretlendirmek ve cinsel problemlerin sebeplerini ve özelliklerini belirlemek,

Kadınların yaşam kalitesini yükseltmek ve belirlenen problemlerin çözümü için uygun girişimlerde bulunmak,

Kadının bireysel cinsel sağlığını güçlendirmektir.

## **2.9. Ebelik Girişimleri**

### **2.9.1. Kadınların Cinsel Yaşama İlişkin Problemlerini Belirlemeye ve Cinsel Fonksiyon Durumlarını Değerlendirmeye Yönelik Ebelik Girişimleri**

Kadının sözel veya davranışsal ifadelerini esas alarak cinselliği tartışmaya ve konuşmaya hazır olup olmadığı değerlendirilir.

Kadının kendini ifade etme şekilleri değerlendirilir.

Kadın ile görüşme için rahat, yüz yüze oturulan, özel , iyi aydınlatılmış bir ortam hazırlanır.

Kadınlar, cinsel hayatlarında oluşan farklılıkları ve deneyimlediği problemleri ifade etmesi konusunda cesaretlendirilir. Bu amaçla;

Ebe \ hemşire doğal,güvenilir ve rahat bir ortam oluşturur.

Cinsel girişimler konusunda rahatlıkla konuşup, kendini ifade edebileceğini belirtir.

Sadece görüşmeciden elde edilen bilgilerin kayıt edileceği ve görüşmenin gizli tutulacağı garanti edilir.,

Problem ne olursa olsun ciddiyetle ve samimiyetle ele alıp ilgilenileceği belirtilir.

### 2.9.1.1. Ebe Gözlemi

Eşi ile arasındaki sözlü/sözsüz iletişim kurma yöntemleri,  
Kadının fiziki özellikleri,  
Sosyal çevresi ile ilişkileri  
Eşine yönelik davranışları belirlenir.

### 2.9.1.2. Kapsamlı Öykü

Cinsel gelişim öyküsü,  
Sosyokültürel ve sosyo-demografik özellikleri,  
İstek, lubrikasyon, tatmin, orgazm ve uyarılma gibi cinsel işlev aşamalarının sorgulanması,  
Kronik hastalıkları,  
Sahip olduğu ruhsal ve fiziksel hastalıkları,  
Cinsel hayata ait yakınmalarının öyküsü değerlendirilir.

### 2.9.1.3. Kadının Cinsel Gelişim Öyküsü

Cinsel konusundaki bilgi düzeyi,  
İlk adete karşı tepkisi  
Ergenliğe giriş yaşı,  
Cinsellikle ait bilgilerin öğrenme yaşı ve bilgileri aldığı kişiler,  
Masturbasyonu değerlendirme şekli ve bakış açısı  
Toplumda yaygın olarak kabul gören tabular ve cinsel mitler konusundaki görüşleri,  
Geleneksel kadın rolünü kabullenme durumu,  
Karşı cins ile ilk yakınlaştığı yaşı,  
Cinsel travma, taciz öyküsünün bulunup bulunmaması, varsa ayrıntıları,  
Cinsel birleşmeyi ilk yaşadığı yaş ve partneri,  
Cinsel yaşam öyküsü evlilik öncesi dönemde değerlendirilir.  
Eşi ile ilişki\evlilik durumu değerlendirilir. Bu kapsamda;  
Evlilik şekli,  
Evlilik öncesi dönemde eşi ile görüşme süresi,  
Akraba evliliği ya da eşi ile yakın aile ilişkisi olup olmadığı,  
Evlilikte ilk gece dikkat edilmesi gereken gelenek ve görenekler,  
Evliliğini/ilişkisini değerlendirme şekli,

Eşi ile cinsel uyumunun düzeyi,  
 Eşinin cinsel konulardaki bilgi düzeyi  
 Eşi ile arasındaki duygusal yakınlığının ve cinsel hayatının tatmin edicilik seviyesi,  
 Varsa eşinin sağlık problemlerinin cinsel hayatlarına etkisi değerlendirilir.

#### **2.9.1.4. Kadının Fizik Muayene Bulguları**

Genital organların durumu ve yapısı,

Fizik muayeneye karşı hastanın bakış açısı ve tepkileri değerlendirilir.

Üreme organlarına ait yapılan ameliyatlar

Kadın cinsel işlev aşamaları değerlendirilir

Kadının kendisini rahatça cinsel istek konusunda rahat ifade edip edemediği,

Cinsel istek süresi, sıklığı ve bu sıklıktan duyduğu memnuniyeti,

Yeterli derecede uyarılma deneyimleme durumu

Cinsel ilişkiden sonra korku, utanma , suçluluk , iğrenme duyguları deneyimleme durumu değerlendirilir.

Cinsel birleşmeye ait özellikleri,

Cinsel birleşme esnasında ve sonrasında ağrı deneyimleme durumu,

Orgazm yaşabilme durumu, süresi ve sıklığı,

Cinsel fonksiyonlara ait yaşanan problemlerin özellikleri belirlenir. Cinsel

disfonksiyonun; süresi, başlangıcı, arttıran veya azaltan faktörler ile

Deneyimlenen problemi eş ile konuşabilme ve tartışabilme durumu belirlenir.

Cinsel disfonksiyona sebep olduğu düşünülen hastalıklar veya olaylar;

Toplumun sosyokültürel özelliklerine uygun, anlaşılır, cinsel işlev aşamalarını kapsayan , kullanımı kolay, bir ölçme aracı ile kadının cinsel fonksiyonları ve yapısı değerlendirilir.

Cinsel işlev bozukluklarının kadının günlük hayatına, sosyal aktivitelerine, çocukları ve eşi ile ilişkisine ve hayat kalitesine olan etkisi değerlendirilir.

Bütün bu aşamalar sırasında ve sonrasında ulaşılan bilgiler doğrultusunda holistik yaklaşım boyutunda yapılacak değerlendirme, cinsel problemlerin çözümü için esas oluşturur.

Cinsel problemlerin belirlenmesine ait yapılan değerlendirmenin her evresinde, bireysel değişiklikler dikkate alınarak problemin öncelikler belirlenir ve problemin çözümüne ait girişimler planlanır.

#### **2.9.2. Belirlenen Problemin Çözümüne ve Cinsel Sağlığın Devam Etmesine Ait Girişimler**

Kadın ile görüşme için rahat, yüz yüze oturulan, özel, iyi aydınlatılmış bir ortam hazırlanır.

Görüşmeye eşlerin birlikte katılımı desteklenir ve sağlanır

Görüşmeci eşlerin cesaretlendirmek ve rahatlamasını sağlamak için cinselliğin doğal bir süreç, ihtiyaç olduğunu ve cinsellikle ilgili problemlerin konuşulabileceğini anlatır.

Eşlerin cinsellik, cinsel işlev aşamaları, üreme organlarının yapı ve fonksiyonları konusundaki bilgi seviyelerine göre cinsel eğitim programları hazırlanır (Eğitimler yardımcı araçlar veya maketler kullanılarak eşlerin eğitim seviyesine göre, onların anlayabileceği, uygun bir dille planlanmalıdır).

Kadının cinsel hayatındaki problemleriyle başa çıkma ve destek kaynaklarını belirlemesine yardım edilir.

Kadının genel yapısı, ruhsal durumuna uygun (gebelik ve doğum sonrası, pelvik cerrahi sonrası, kanser, kalp krizi sonrası, MS), spesifik ve eğitici faaliyetler ile (seminer ve broşür vs) önerilerde bulunulabilir.

Cinsel problemlerin sebepleri tartışılır ve belirlenen sebepler yönünde girişimler planlanır.

Cinsel hayattaki farklılıkların veya problemlerin eşleri etkilemesi, cinselliğin kadın için önemi konuşulur ve tartışılır.

Psikolojik ve fiziksel rahatsızlıkların, hipertansiyon, diyabet benzeri kronik hastalıkların ve kullanılan ilaçların cinsel işlev bozukluklarına ve cinsel fonksiyonlara etkisini anlatmaya ait eğitim programları tasarlanır.

Kadın ve eşine duyulara yönelik odaklanma egzersizleri önerilerek kendi duygularından ve işlerinden emin olmaları sağlanıp, yardımcı olunur.

Duyulara odaklanma egzersizinin ilk safhasında beden incelemesi, sarılma, yüz yüze oturmaya müsaade edilir. Cinsel organlara ve memelere dokunmaya ve cinsel ilişkiye müsaade edilmez.

İkinci safhada cinsel organlar ve memelere dokunmanın yanında beden incelemesi yapılır. Cinsel ilişkiye müsaade edilmez.

Üçüncü safhada ise cinsel ilişkinin yanında beden incelemesine izin verilir. Bu şekilde duyulara odaklanılarak birlikteliğin kaybedilen özel zamanlarının tekrar kazanılması sağlanabilir (Albaugh ve Kellogg-Spadt2002).

Kadın ve eşinin cinsellik ile ilgili ön yargıları, inandığı cinsel mitlerin etkileri, geçerlikleri, bilimsel veriler ve kişinin sosyo-kültürel seviyesine uygun açıklamalarla ortadan kaldırılmaya çalışılır.

Cinsel doyum ile ilgili uygun ve alternatif cinsel ifadeler ve sözcüklerin kullanımı (okşama, kucaklama gibi) tartışılır.

Eşlere cinsel ilişki için uygun ortam ve zamanın seçiminin önemli olduğu vurgulanır.

Stresin, özellikle de cinsel işlev esnasında ve konularda deneyimlenen stresin cinsel hayat üzerine etkisi tartışılır. Stresle etkili başa çıkma yöntemlerini öğrenmesine yardım edilir. Bu yöntemler; derin nefes alma egzersizleri, gevşeme teknikleri, fiziksel egzersizlerdir.

Kadının deneyimlediği cinsel problemlerin kendi yaşam tarzına, sosyal hayatına, çocuk ve eşi ile ilişkilerine etkisi konusundaki görüşlerini paylaşması sağlanır.

Bu düşüncelerinin ve hislerinin eşi ile de paylaşması için desteklenir.

Eşi ile ilişkilerinde deneyimlediği problemlerin çözümü için etkili başa çıkma yöntemleri (eşi ile zaman geçirme, problemleri paylaşma ve sorunlar için birlikte çözüm yollarını arama ve bulma) geliştirmesi için yardım edilir. Eşi ile iletişimini devam ettirmesi için cesaretlendirilir (Çam ve Gümüş 2006).

Benlik saygısı, beden imajı, ilişkileri, özgüveni, kendini çekici hissetmesi, görünümünü nasıl algılama durumu gibi cinselliğe ait duygularını söylemesi sağlanır ve bu duygularını yeniden düzenlenmesi için destek olunur. Bu amaçla bireysel aktiviteler desteklenir ve bu aktivitelere eşin de katılımı sağlanır.

Hayatında farklılıklar yapması tavsiye edilir (fiziksel görünümde farklılıklar, hobilerin desteklenmesi, sosyal aktiviteler veya yeni hobiler kazanması gibi).

Kendine vakit ayırması önerilir.

Özel tedavi gerektiren cinsel problemler saptanmışsa, problemin çözümü için ilgili ünitelere yönlendirilir. Cinsel ilişki esnasında veya sonrasında ağrı deneyimliyorsa sebebinin araştırılması için uzmanlara yönlendirilir (Kütmeç 2009).

### **2.9.3. Cinselliği Değerlendirmede Kullanılan Modeller**



Cinsel sağlık; gebelik d6neminde bir takım inançlar, emosyonel ve fiziksel farklılıklardan etkilenir. Mitler, yanlış bilgi ve inanışlar gebelikteki değişimleri anlamadaki yetersizlikler sebebiyle problemler meydana gelebilir (G6kyıldız ve Beji, 2001).

Cinsel problemler gebe kadın veya eşini çeşitli şekillerde etkilemektedir. Hastalar; hastalıklarının ve tedavi süreçlerinin cinsel sağlıklarını etkileme boyutu konusunda endişe deneyimledikleri ve bu konuda bilgi eksiklerini gidermek istediklerini ifade etmişlerdir (Southard ve Keller 2009). Ebeler, kadının mevcut olan ve olası problemlerine yönelik ebelik girişimlerini gerçekleştirirken, kadının cinsel sağlığını da göz önünde bulundurmalıdır. Kaliteli ve bütüncül bakım sunmak ebelik bakımının birincil amaçları arasında bulunmaktadır (Ohl L.E, 2007). Fakat az sayıda ebe cinselliği değerlendirebilmektedir (Steinke ve ark,1996; Taylor ve Davis (2006) çalışmalarında, hastaların cinselliğe ve cinsel sağlığa ilişkin endişelerini paylaşmayı tercih ettikleri ilk kişinin ebe olduğunu belirtmişlerdir.

Cinsel sağlığın önemli bir parçası olan ebe ve hemşireler, cinselliğini değerlendirmenin, eğitim vermenin bütüncül bakımın bir parçası olduğuna inandıklarını ancak bu konuyu işlemeleri konusunda engelleri olduğunu belirtmişlerdir (Haboubi ve Lincoln 2003, Kotronoulas ve ark. 2009, Bal 2014). Ebeler hasta bakımında cinsel konuları ele almada güçlük yaşamadaki engeller arasında cinsellik konusunda verebilecekleri danışmanlık için bilgi eksikliğine sahip olmalarına inanmaları, önemsememeleri, utanmaları, iş yoğunluğu, cinsellik konusunda kişisel baskıcı tutumları, zaman kısıtlılığı ve cinsellik konusunda anksiyete yaşamaları bulunmaktadır (Saunamaki ve ark. 2010; Mick 2007; Magnan ve ark. 2005; Yıldız 2002). Bunun yanı sıra klinikte cinselliği değerlendirmede örnek alınacak modellerin azlığı da bir engel olarak belirtilmektedir.

Hasta cinselliğini değerlendirilmesinde, PLISSIT, BETTER, ALARM ve ALLOW modelleri önerilen ve en kullanışlı modellerdir. (Stevenson 2004;Taylor ve Davis 2006;Ayaz ve Kubilay 2008;Farnam ve ark. 2014;Rostamkhani ve ark. 2015). (Tablo 1 ).

**Tablo 1.Cinselliği Değerlendirmede Kullanılan Modeller**

<b>P-LI-SS-IT MODELİ</b>	
P= Permission- <i>İzin Verme</i> LI= Limited Information- <i>Sınırlı Bilgi</i> S= Spesifik Suggestion- <i>Özel Öneriler</i> IT= Intensive Therapy- <i>Yoğun Bakım</i>	Cinsellik ve cinsel sağlık bakım gereksinimlerinin karşılanması amacı ile geliştirilmiştir.
<b>BETTER MODELİ</b>	
B= Bring up the topic- <i>Ana konuyu gündeme getirme</i> E= Explain- <i>Açıklama</i> T= Telling- <i>Söyleme</i> T= Timing- <i>Zamanlama</i> E= Education- <i>Eğitim</i> R= Recording	Sağlık çalışanlarının kanserli hastaların bakımına cinselliği dahil etmelerine yardımcı olmak amacı ile geliştirilmiştir
<b>ALARM MODELİ</b>	
A= Activity- <i>Cinsel aktivitenin türü ve düzeyi</i> L= Libido- <i>İstek</i> A= Arousal- <i>Orgazm olabilme yeteneği</i> R= Resolution- <i>Çözülme ve gevşeme yeteneği</i> M= Medical information- <i>Şimdi ve geçmişte sürece eşlik eden tıbbi bilgiler</i>	Kanserden etkilenen insanların cinsellikle ilgili konulardaki iletişimini, cinsel aktivitelerinin değerlendirilmesini ve kısa sürede cinsel işlev sorunu saptamada kullanmak için geliştirilmiştir.
<b>ALLOW MODELİ</b>	
A= Ask- <i>Sor</i> L= Legitimize- <i>Onayla</i> L= Limitations- <i>Sınırları belirleme</i> O= Open up- <i>Açmak</i> W= Work together- <i>Birlikte çalışmak</i>	Hastanın cinsellikle ilgili kaygılarını değerlendirmesinde, cinsel öykünün alınmasında ve tedavi sürecinin planlanmasında kullanılması için geliştirilmiştir.

### 2.9.1. Pilissit Modeli

Annon tarafından 1976 geliştirilen model, cinsellik ve cinsel sağlık bakım ihtiyaçlarını karşılanması amacı gütmektedir ve bu model 2006 yılında Taylor ve Davis tarafından yeniden explicit adıyla gözden geçirilmiştir.

Pilissit modeli ile bireyin cinselliğe ilişkin paylaşımında bulunabilmesi ve cinsel sağlığa ilişkin bakım gereksinimleri karşılanması amaçlanmıştır. P-LI-SS-IT modeli bireyin her probleminin dört yaklaşım seviyesi sağlarken, cinselliği değerlendirme için bir yaklaşım tarzıdır ve açık uçlu soruları içerir Model; P- İzin verme (Permission), LI- Sınırlı bilgi (Limited Information), SS- Özel öneriler (Specific Suggestions), IT – Yoğun terapi (Intensive Therapy) olmak üzere dört seviyeden oluşmaktadır (Taylor ve Davis, 2006).

## I. İzin Verme (P- Permission)

Gebenin cinsel sağlık gereksinimlerini sağlamada ilk adım, değerlendirme aşamasıdır. Gebenin cinsellikle ilgili konulara girmesini olanak sağlar. Gebenin hisleri, düşünceleri ve bireysel cinsel aktivitesinin normal olduğu ve zararlı fiziksel ve duyuşsal davranışların olmaması hakkında güvence sağlar. Bu evrede ebelerden, gebelerin cinsellik ve cinsel sağlıkları ile ilgili problemlerini ifade etmesine müsaade etmeleri ve gebelerin duygularını anlamaya yoluna giderek uygun tedavi ortamı yaratmaları beklenir (Tuğut ve Gölbaşı, 2013). Gebe ve ebe arasındaki iletişimin bu aşaması bakım planı için veri toplama sürecine denk gelmektedir (Altendeder ve Hartzell, 1997;Gökyıldız ve Beji, 2001;Yangın, 2004).

## II. Sınırlı Bilgi (LI-Llimited Information)

Sınırlı bilgi modelin ikinci aşamasını oluşturmaktadır. Gebeliğin cinsellik üzerine etkisi, cinsel fonksiyonları nasıl etkileyebileceği konusunda bilgi verilip, gebelikte fizyolojik değişikliklerle ilgili basit açıklamalar yapılır bu bölümde, cinsel sağlık konusunda gebelerin bilgilendirilmelerinin ebelik girişimleri arasında önemli bir yere sahip olduğu vurgulanırken, normal yaşam konuları tartışılır ( Altendeder ve Hartzell 1997; Yangın,2004; Taylor ve Davis,2006;Tuğut ve Gölbaşı, 2013,). Mitler meydana gelebilir ve bilgilendirme gebenin vücudunda olabilecek değişimlerin farkına varmasına olanak sağlar. İlişiler tartışılır ve kısa bilgiler davranış farklılıklarını yaratabilir (Taylor ve Davis 2006; Yangın 2004; Gökyıldız 2001; Altendeder ve Hartzell 1997).

Gebelik ve cinsellik konusunda oldukça fazla mitler ve yanlış bilgiler bulunmaktadır. Örneğin; bazı görüşlere göre bebeğin uterusu görme ve işitme kabiliyeti hakkındaki bir soru, fetüsün sevişmenin gözlemcisi olduğu hakkında bir soruyu peşinden getirebilir. Orgazm esnasında fetal kalp hızı azalırken buna eşlik eden bir fetal distres belirtilmemiştir. Cinsel aktivite esnasında gebede salgılanan oksitosin, ejakülattaki prostaglandinler ve orgazmik kontraksiyonlar erken doğuma sebep olabilir fakat bu hipotezleri destekleyen ve onaylayan araştırmalar bulunmamaktadır. Bu evrede ebeler mitleri ortadan kaldırma ve yanlış inanç ve bilgileri ortaya çıkarma konusunda bilgi kaynağı olmalıdır. Bu amaç doğrultusunda, ebelere konu ile ilgili kitapçıklar, broşürler ve özel internet sitelerinin adresi verilebilir. Ebenin empatik bir yaklaşımı ve dinleyici olması, vücut imajı, çiftin cinsel aktivite, aile içindeki değişen rollerini, gebelikle ilgili korku, endişe ve tartışmalarını sağlayabilir. Ebenin eşler arasında iletişimi kolaylaştıran şekilde rol alması, eşlerin sorunları paylaşmalarını ve çözümler bulmalarına olanak sağlayabilir. Ebeveyn eğitim sınıfları, grupla paylaşmayı sağlama ve destekleme sebebiyle endişeleri gidermede efektif bir yol olabilir (Altendeder ve Hartzell 1997, Gökyıldızve Beji, 200, Tuğut ve Gölbaşı, 2013 ).

## III. Özel Öneriler (SS-Specific Suggestion)

Kişiyeye özgü problemin giderilmesinde bir sorun çözme metodunun kullanılmasını gerektiren bu bölümde sadece cinsel davranışlar konusunda odaklanmak yerine, cinsel sağlığın bütün yönlerinin ele alınması gerekmektedir. Kişisel stratejiler, sorunlar ya da endişelerle ilgili tavsiye edilen davranışları içerir. Özel tavsiyeler, bireysel ihtiyaçlara göre değişikliklik göstermelidir (Tuğut ve Gölbaşı, 2013).

Çiftler cinsel problemleri, kaygıları ve endişeleri hakkında bilgilendirilirler. Sonuç olarak çiftlerin cinsel davranışlarını değiştirmeleri konusunda ya da buna ek olarak davranış stratejileri geliştirmelerine olanak sağlanır (Gökyıldız ve Beji, 2001; Yangın, 2004).

Cinsel aktivite hakkında danışmanlık yaparken kişinin durumuna uygun olarak yanıt verilir. Kadının abortus (düşük) öyküsünün bulunması, eşlere ilk haftalardan (plasental destek tam olarak gerçekleşinceye kadar) birinci trimesterin bitimine kadar orgazmdan sakınmaları yönünde bilgi verilir. Gebelik sorunsuz devam ediyor, ağrı ya da kanama öyküsü bulunmaması orgazmın engellenmesine gerek yoktur. Koitus sebepli enfeksiyonlar kolayca halledilebilir, fakat EMR mevcutsa kısıtlama yapılmalıdır (Gökyıldızve Beji 2001).

Gebelik süresince alternatif pozisyonlar tavsiye edilir. Kadına ya da eşlere olası koital pozisyonların fotoğraflarını göstermek oldukça yardımcı olur. Eşlerin yan yana, kadın üstte, spoon (kaşık şeklinde, arkadan giriş (köpek pozisyonu), dizüstü ve scissors (makas şeklinde) pozisyon erkek üstte pozisyona yönelik farklı pozisyonlardır. Kadın üstte pozisyon penil penetrasyonun açısının ve derinliğinin kontrolünü sağlar, abdomene ve memelere baskıyı önler. Arka giriş ve yan yana pozisyonlarda gebe abdomene oldukça az baskı yapması ve daha az enerji ihtiyacı sebebiyle üçüncü trimesterde özellikle tercih edilir. Gebelikte koital pozisyonların keşfi ve değişik teknikler doğum sonrasında da eşlerin ilişkisini geliştirmelerine ve ilerletmelerine yardımcı olabilir. Yeni ve farklı pozisyonların keşfi ilişkiyi farklı boyutta yaşanmasına olanak verebilir ve orgazm-kolay ve daha yoğun olabilir (Hogan, 1980; Gillian, 1997).

Sık idrara çıkma , yorgunluk, solunum kısıtlılığı , ligament ağrısı vajinal girişi engeller. Öpme, kucaklama, sarılma, karşılıklı masaj sevginin anlatılması konusunda oldukça çekicidir ancak her zaman cinsel birleşmeye öncülük etmez. Oral seks (Cunnilingustan) hoşlanan erkekler, gebelikte fazlalaşan vajinal salgı ve koku sebebiyle bunu reddedebilir ve istemeyebilir. Oral seks esnasında özellikle gebeliğin son zamanlarda vajinaya hava üflenmemelidir. Parsiyel dilatasyon esnasında serviks üflenen hava uterusu girebilir ve plasental yol ile maternal dolaşıma katılabilir. Cinsel ilişkinin yasaklanması ve kısıtlanması gerekiyorsa sebeplerin açıklanması ve endişelerinin giderilmesi oldukça önemli olabilir (Gillian 1997; Kocatepe 2013).

#### **IV. Yoğun Terapi (IT-Intensive Therapy)**

PLISSIT modelinin en son aşaması olan yoğun terapi sürecidir. Diğer üç aşamanın başarılı olamadığı durumda yoğun terapi aşaması-kullanılabilir. Bu evre cinsel ve bireyselleştirilmiş tedaviye imkan sağlayacak ve danışmanlık yapabilecek uzmana sevk etme aşamasıdır. Psikoterapi için eşlere uygun bir yaklaşım biçimi sağlanabilmelidir

PLISSIT modelinde ebe, gebe ve eşinin neye ihtiyacının olduğunu, bakım planında olacak öneriler ve hangi bilgilerin yararlı olacağını doğrudan anlamaları yönünde kullanılabilir. Değerlendirme sırasında ebeğin yönlendirecek sonuç kriterleri şunlardır (Hogan, 1980, Gökyıldız ve Beji 2001, Yangın 2004, Kaplan 2011, Tuğut ve Gölbaşı 2013).:

Çift:

Gebelikte cinsel cevaptaki farklılıkları tanımlar,

Seksüel aktivite sıklığını, ilişkilerdeki farklılıkları ve rolleri tanımlar,

Zorluk ve endişeleri ifade eder.

Cinsel ilişkinin uygun şekillerini ve alternatif pozisyonları modifiye ve tarif eder,

Gebelikteki olabilecek biopsikososyal farklılıklarla baş eder.

### 2.9.3.2. Ex- Plissit Modeli

Ex-Plissit model Taylor ve Davis (2006), tarafından PLISSIT modelinin bir uzantısı olarak geliştirilmiştir. PLISSIT modelinin girişim evreleri ilerledikçe, daha kapsamlı eğitim, beceri ve bilgiye ihtiyaç duyulmaktadır. PLISSIT modelinin kapsamlı bir modeli olan Ex-PLISSIT primer bakımdan sorumlu ebeler için gebelerin cinsel sağlık ve cinsellik gereksinimlerini sağlamada, endişelerini ve kaygılarını gidermek için bir kapsam oluşturmaktadır (Taylor ve Davis 2006, Tuğut ve Gölbaşı 2013).

PLISSIT modelinde bir aşamadan diğer aşamaya doğrusal geçilirken, Ex-PLISSIT modelinde izin verme evresi, diğer evrelerin merkezinde bulunmaktadır. Ex-PLISSIT modelinde özel öneriler, yoğun terapi ve sınırlı bilgi aşamaları izin verme esasına dayanmaktadır. Ex-PLISSIT modelin her evresinde kadınlara Bu konuda konuşmak ister misiniz? “Başka sorularınız var mı? şeklinde sorular yönelterek bütün aşamada kadına endişelerini ve korkularını ifade etme imkanı verilmektedir.

Ex-PLISSIT modeli, ebelerin sadece kadınlara cinsel sağlık ile ilgili kendilerini anlatma imkanı vermelerini değil bunun yanı sıra kadın ile açık bir dialog kurmalarını etkileşimlerini yeniden incelemelerini ve bu şekilde kadının bireysel ihtiyaçlarının sağlanmasını kapsamaktadır. Ebeler kadınlara bu konuda konuşmak konusunda istekli olduklarını hissettirmelidirler (Tuğut ve Gölbaşı 2013).

**Tablo 2. Trimester Dönemlerine Göre Cinsellik Durumları**

<b>I. TRİMESTER</b>		
<b>Cinsel İlişkiyi Arttıran Nedenler</b>	<b>Cinsel İlişkiyi Azaltan Nedenler</b>	<b>Uygulamalar</b>
<p>1. Gebe kalmada endişe olmama durumu</p> <p>2. Pelvik bölgedeki artmış sirkülasyon sebebiyle cinsel organlar da artmış hassasiyet</p> <p>3. Yeni pozisyonların keşfi</p>	<p>1. Korku\Endişe</p> <p>2. Meydana gelen bulantı-Kusma</p> <p>3. Fetüse zarar verme korkusu</p> <p>4. Spontan abortus korkusu</p> <p>5. Uyku düzensizlikleri ve yorgunluk</p> <p>6. Fizyolojik farklılıklar: memelerde hassasiyet pelvik konjesyon, artmış vajinal sekresyon</p> <p>7. Azalmış cinsel istek durumu</p>	<p><b>P:</b> Normal bir gebelik durumunda sekse müsaade etme</p> <p><b>LI:</b> Cinsel ilişkinin spontan abortusa yol açtığına dair bir kanıt olmadığını bildirme</p> <p>Cinsel istek ve beden imajındaki farklılıkları tartışma</p> <p>Mitleri tartışma</p> <p><b>SS:</b> Eşler arasındaki iletişimi açma</p> <p>Vajinaya hava üfleme ile hava embolisinin tehlikesini tartışma</p> <p>Beden imajındaki farklılıkları tartışma</p> <p>Kucaklamayı destekleme</p> <p><b>IT:</b> Endişenin çok fazla olduğu durumda refere etme</p>

(Altendeder ve Hartzell 1997)

<b>II. TRİMESTER</b>		
<b>Cinsel İlişkiyi Arttıran Nedenler</b>	<b>Cinsel İlişkiyi Azaltan Nedenler</b>	<b>Uygulamalar</b>
<p>1. İyi olma sürecidir</p> <p>2. Artan enerjiyle birlikte cinselliğe yeniden ilgi ve istekte artma</p>	<p>1. Disparoni</p> <p>2. Vücutta oluşan farklılıklar: Olası pelvik rahatsızlıklar, Abdomende büyüme</p> <p>3. Fetal hareketlerin hissedilmesi</p> <p>4. Ambivalan duygular</p> <p>5. Fetüse zarar verme korkusu</p> <p>6. Eşin ilgisinde azalma</p>	<p><b>P:</b> Sağlıklı bir gebelikse sekse müsaade etme</p> <p><b>LI:</b> Gebe pasif ve içe dönük olabilir, bilgilendirme</p> <p>Hislerini açıklamaları için destekleme</p> <p>Disparonisebepleri konusunda bilgi verme</p> <p>Ambivalan duyguları tartışma</p> <p><b>SS:</b> Pozisyon farklılıkları, Servikal eksiklik, Kegel egzersizlerini tartışma, ikinci trimester kayıpları öyküsü varsa seksten sakınma hakkında bilgi verme</p> <p><b>IT:</b> Gerekirli durumda refere etme</p>

(Altendeder ve Hartzell 1997)

III. TRİMESTER		
Cinsel İlişiyi Arttıran Nedenler	Cinsel İlişiyi Azaltan Nedenler	Uygulamalar
<p>1. Yeni pozisyon keşifleri 2. Memnuniyet için yeni yollar bulma</p>	<p>1. Azalan cinsel istek durumunda 2. Kendini çekici hissetmeme durumu 3. Fetüse zarar verme endişe ve korkusu 4. Üçüncü kişinin varlığı 5. Doğumu başlatma korkusu 6. Membranları rüptüre etme korkusu 7. Sağlık bakım verenlerinin tabuları</p>	<p><b>P:</b> Normal bir gebelikse membranlar rüptüre olana ya da doğum eylemi başlayana kadar sekste özgür olma hakkında bilgilendirme <b>LI:</b> Pozisyon farklılıklarını tartışma Erken doğum öyküsü varsa cinsel aktivitenin engellenmesive kısıtlanması (son altı-sekiz haftalar) gerekebilir. <b>SS:</b> Yakınlığı destekleme postmatür doğumu uyarmak için cinsel ilişiyi önerilebilir <b>IT:</b> Sorunlar sürerse refere etme</p>

(Altendeder ve Hartzell 1997)

### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Araştırma kadınların gebelik döneminde cinsel doyumlarını ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

#### 3.2. Araştırma Sorusu

Kadınlar gebelik döneminde cinsel doyumları etkileniyor mu?  
Kadınlar gebelik döneminde cinsel doyumları etkileniyorsa faktörler nelerdir?

#### 3.3. Araştırmanın Değişkenleri

Çalışmada; gebe kadınların Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği'nden alacağı puanlar bağımlı değişken, cinsel doyumlarını etkileyen faktörler bağımsız değişken olarak değerlendirilmiştir.

#### 3.4. Araştırmanın Yapılacağı Yer ve Zaman

Araştırma Aralık 2016 - Nisan 2017 tarihleri arasında İstanbul İli Bağcılar Bölgesine bağlı Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde gerçekleştirilmiştir. Çalışma, gebe polikliniğine başvuran 20 yaş ve üzeri tüm gebe kadınlardan oluşmaktadır.

#### 3.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Bağcılar Bölgesinde bulunan Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 62.200 m<sup>2</sup> sahip olup 12 bloktan inşa edilmiştir. Bağcılar, Esenler ve Güngören ilçelerinin kesiştiği yerde yaklaşık 2.000.000 nüfus kitlesine hitap etmektedir. Hastanede 438 yatak kapasitesi olmak üzere 213 hasta odasında 1 ve 2 şer kişilik özel yataklar, merkezi ısıtma sistemi, 24 saat sıcak su ve havalandırma gibi özel imkanları ile birlikte, hasta yakınları ve ziyaretçiler için ayrılmış ziyaretçi odaları, çocuk oyun salonları, açık ve kapalı otoparkla, 300 kişilik konferans salonu 36 yoğun bakım yatağıyla İstanbul'da en çok yoğun bakım yatağı olan hastanesi olmasıyla birlikte hasta naklinde kullandığı 112 hava ambulansı hizmetine sahiptir. Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2002 yılında temeli atılmış, 15 Kasım 2006 Tarihinde hasta kabulüne başlamıştır. Araştırmanın yürütüldüğü Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin birinci



birinci katında yerleşik olup içerisinde genel obstetrik ve jinekolojik polikliniklerin yanı sıra erken tanı-tarama, aile planlaması, jinekolojik onkoloji ve yüksek riskli gebelik üniteleri de bulunmaktadır.

Araştırmaya katılma istekli olan kadınlara araştırma ile ilgili açıklama yapılarak onamları alınmıştır.

Bağcılar Bölgesi'nde bulunan Eğitim ve Araştırma Hastanesi kadın doğum polikliniğine yıllık olarak 16.382 kadın başvurmuş.

Örneklem büyüklüğünü saptamak için;  $n = \frac{t^2 \cdot p \cdot q}{d^2}$  formülü kullanılmıştır. Formülde :

n= Örneklem alınacak birey sayısı

p= İncelenen Olayın görülüş sıklığı (olasılığı)

q= İncelenen Olayın görülmeyiş sıklığı (1-p)

t= Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyi

d= Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen  $\pm$  sapma

Daha önce yapılmış çalışmalarda; gebelerde cinsel disfonksiyon görülme sıklığı %16,2 olarak belirlenmiştir.( Bilen ve Aksu, 2014)

**4. p=0.16değerinden q=0.84 (1,0-0.16)**

**t=1,96**

**d=0.05**

**$n = \frac{(1.96)^2 \cdot (0.16) \cdot (0.84)}{(0.05)^2} \cong 206$  olarak örneklem sayısı belirlenmiştir.**

**(0.05)<sup>2</sup>**

Araştırmanın örneklemini; kadın doğum polikliniğine başvuran 20 yaş ve üzeri, araştırmaya katılmayı kabul eden 208 gebe kadından (n= 208) oluşmaktadır.

### 3.5.1. Örneklem Seçimi

#### 3.5.1.1. Araştırmaya Alınma Ölçütleri

Bağcılar Eğitim Araştırma Hastanesi Gebe Polikliniği'ne başvuran;

- 18-45 yaş arasında olması,
- Türkçe konuşabilmesi,
- İletişime ve işbirliğine açık olma / Çalışmaya katılmaya gönüllü olma

#### 3.5.1.2. Araştırmadan Dışlanma Ölçütler

Bağcılar Eğitim Araştırma Hastanesi Gebe Polikliniği'ne başvuran;

- Gebelik öncesi cinsellik ile ilgili sorunu olan,
- Riskli gebeliği olan,
- Çoğul gebeliği olan,
- Cinsel ilişki yasağı olan,
- Evlilik dışı gebeliği olan

### 3.6. Verilerin Toplanması

Bu çalışmanın verileri T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Kamu Hastaneler Birliği'ne bağlı Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 01 Aralık 2016 - 01 Nisan 2017 tarihleri arasında toplanmıştır.

#### 3.6.1. Veri Toplama Araçları

##### 3.6.1.1. Gebelerin Cinsel Doyumlarının Belirlendiği Anket Soru Formu

Gebe kadının demografik bilgilerini, gebeliğe ve cinselliğe ait özelliklerini inceleyen başlıklar altında, toplam 41 sorudan oluşmaktadır.

##### 3.6.1.2. Golombok–Rust Cinsel Doyum Ölçeği - Kadın Formu

Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği (GRCDO)- Kadın Formu Rust ve Golombok tarafından (1986) geliştirilmiş ve Tuğrul ve arkadaşları (1993) tarafından Türkçe geçerlik güvenilirliği yapılmış, cinsel ilişkinin niteliğini ve cinsel işlev bozukluklarını değerlendirmeye yönelik bir ölçme aracıdır. Sürekli bir eşi olan heteroseksüel bireylere ya da çiftlere uygulanmaktadır. Elde edilen toplam puan, cinsel işlevlerin niteliği ile ilgili genel bir fikir vermekte, alt boyut puanları ise ilişkinin çeşitli yönleri ile ilgili daha ayrıntılı bilgiler ortaya koymaktadır. Ölçek 28 maddeden ve kaçınma, doyum, iletişim, dokunma, ilişki sıklığı, vajinismus ve orgazm bozukluğu olmak üzere 7 alt boyuttan oluşmaktadır. İlişki sıklığı ve iletişim alt boyutları ikişer maddeden, bunlar dışındaki diğer alt boyutlar dörder maddeden oluşmaktadır. Maddelerin yanıtlandırılması beşli likert tipi derecelendirme üzerinde yapılmaktadır ve “hiçbir zaman 0 puan”, “nadiren 1 puan”, “bazen 2 puan”, “çoğunlukla 3 puan”, “her zaman 4 puan” seçeneklerinden oluşmaktadır. Ölçeğin yorumlanmasında tutarlılık için olumsuz yapıdaki sorular tersine kodlanmıştır. Elde edilen ham puanlar daha sonra 1 ile 9 arasında değişen standart puanlara (5 kesme noktasıdır) dönüştürülebilmekte, 5 puan ve üzerinde olan puanlar cinsel ilişkinin veya işlevlerin bozulması olarak tanımlandığından 5 puan ve üzerinde puan alan katılımcılar “sorunlu grup”, 5 puan altında alanlar “sorunsuz grup” olarak adlandırılmıştır.

Ölçeğin değerlendirilmesinde hem ölçek toplam puanı, hem de alt boyutlardan elde edilen puanlar kullanılabilir. Yüksek puanlar cinsel işlevlerdeki ve ilişkinin niteliğindeki bozulmaya işaret etmektedir. Ölçeğin Cronbach alpha katsayısı Rust ve Golombok tarafından Tuğrul ve arkadaşları tarafından kadınlarda .91 bulunmuştur. Ölçeğin çalışmada kullanılabilmesi için Elif KABAKÇI BARIŞKIN'dan izin alınmıştır. Bizim çalışmamızın

Cronbach alfa katsayısı .87 olarak bulunmuştur.

### 3.7. Araştırmanın Uygulanması

Araştırmanın verileri, Bağcılar ilçesi'nde yer alan Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin Gebe Polikliniği'ne başvuran gebe kadınlara araştırmacı tarafından hazırlanan Gebelerin Cinsel Doyumlarının Belirlendiği Anket Soru Formu (EK 2) ve Golombok–Rust Cinsel Doyum Ölçeği (GRCDÖ) - Kadın Formu (EK 3) karşılıklı görüşme yöntemi ile toplanmıştır ve her bir görüşme yaklaşık 10 dakika sürmüştür.

### 3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma sonucunda elde edilen veriler, bilgisayar ortamında SPSS for Windows 20 (Statistical Package for Social Science) paket programda veri girişi sağlandıktan sonra ileri istatistiksel analiz uygulandı.

**Tablo 3. Ölçek Puan Dönüştürme**

Dönüştürmüş puan	HAM PUAN							
	Toplam	Sıklık	İletişim	Doyum	Kaçınma	Dokunma	Vaginismus	Anorgasmi
9	68-	8	8	15-16	12-16	11-15	13-16	16
8	60-67	7	7	14	10-11	9-10	11-12	15
7	53-59	6	6	12-13	8-9	7-8	8-10	14
6	46-52	5	5	10-11	6-7	5-6	6-7	12-13
5	38-45	4	4	8-9	4-5	4	4-5	9-11
4	31-37	3	3	6-7	3	3	3	6-8
3	26-30	2	2	4-5	2	2	2	4-5
2	21-25	1	1	2-3	1	1	1	1-3
1	0-20	0	0	0-1	0	0	0	0

Gereç ve yöntemde ortalama puanlara göre dönüştürmüş puanlar elde edilmiş olup, dönüştürülmüş puan yükseldikçe o alanda sorun olmaktadır. Biz çalışmada analizler yaparken puanlama arttıkça sorun da artıyor olacak şekilde bazı soruları ters çevirdik. Bu sorular 2,4,5,8, 9,10,11,15,16,17,19,21,22,25,26,27,28.

**Tablo 4. Normal Dağılım Testi Sonuçları**

	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	İstatistik	Sd	P	İstatistik	sd	P
<b>Cinsel Doyum</b>	,055	204	0,20	,987	204	,056

Çalışmada hangi testlerin kullanılacağına dair Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk normallik testleri yapılmıştır. Kurulan hipotezler şu şekildedir:

H<sub>0</sub>: Veriler normal dağılıma uygundur.

H<sub>1</sub>: Veriler normal dağılıma uygun değildir.

Yapılan analiz sonucunda  $p > 0,05$  sonuna ulaşıldığından dolayı H<sub>0</sub> hipotezi kabul edilememiştir. Bir başka ifade ile veriler normal dağılıma uygundur. Bulgular kısmında yer verilecek olan fark testlerinde veri seti normal dağılıma uygunluk gösterdiği için parametrik testler kullanılmıştır. Parametrik testlerden, Bağımsız Gruplarda T Testi ve Anova Testi kullanılmıştır.

Araştırma bulgularının İstanbul ili için genellenmemesi yalnızca Bağcılar ilçesini yansıtmaması araştırmanın sınırlılığıdır.

### 3.9. Araştırmanın Etik yönü

Araştırmanın uygulanabilmesi için Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu (07 Mart 2017 tarihli ve 59491012-604.01.02- sayılı) ve İstanbul İli Bakırköy Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'nden Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde uygulama talebi, (19.01.2017 tarihli ve 2017/1 sayılı) yazılı izinler alınmıştır (EK 4, EK 5). Araştırmada ölçeğin kullanılabilmesi için ölçeği Türkiye'de geçerlilik-güvenilirliğini yapan Elif Kabakçı Barışkın'dan izin alınmıştır (EK 6).

Gebelere veri toplama formu uygulanmadan önce araştırmanın amacı açıklanmış, araştırmaya katılımın gönüllülük esasına dayandığı belirtilerek yazılı onamları alınmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul etmeyen gebeler ve hekim tarafından cinsel ilişki yasağı konmuş gebeler çalışma kapsamına alınmamıştır. Soru formunun doldurulmasından önce gebelere soru formu ile ilgili açıklama yapılmış. Daha sonra gebeler yalnız kalacakları bir odaya alınarak soru formunu doldurmaları sağlanmıştır.

### **3.10. Araştırma Süresince Karşılaşılan Olumlu ve Olumsuz Durumlar**

#### **3.10.1. Olumlu Durumlar**

- . Araştırmanın yapıldığı hastanenin gebe polikliniği ekibi ile uyum içinde çalışıldı.
- . Gebe kadınların çalışmaya alınmasında ebe ve hemşirelerin olumlu yaklaşımı veri toplama sürecini kolaylaştırdı.
- . Gebe kadınların soruları cevaplanarak güven ortamı oluşturuldu.

#### **3.10.2. Olumsuz Durumlar**

- .Hastaneye başvuran gebe popülasyonunu çoğunun yabancı uyruklu gebelerden oluşması.
- .Cinsellikle ilgili sorulara gebe kadınların çekimser davranması.

### **3. 11. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Araştırma İstanbul İli Bağcılar Bölgesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin Gebe Polikliniğinde gerçekleştirildi. Bu nedenle araştırma sadece araştırmanın yapıldığı örneklem ile sınırlıdır.

## 4. BULGULAR

Araştırmanın bu bölümünde, gebelerin cinsel yaşamları ve etkileyen faktörlerin incelenmesi amacıyla elde edilen bulgular sunulmuştur.

### 4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Düzeylerine İlişkin Bulgular

Araştırmaya katılan gebe kadınların yaşları, eğitim durumları, meslek ve gelir durumları Tablo 4-1’de gösterilmiştir.



**Tablo 4-1: Gebe kadınların kişisel özellikleri (N=208)**

Kişisel Özellikler		Frekans (n)	Yüzde (%)
Yaş	15-24	67	32,2
	25-34	<b>103</b>	<b>49,5</b>
	35-44	34	16,3
	45 yaş ve üstü	4	1,9
Eğitim Durumu	Okur yazar değil	5	2,4
	İlköğretim	61	29,3
	Ortaöğretim	39	18,7
	Lise	<b>62</b>	<b>29,8</b>
	Lisans	32	15,3
	Lisansüstü	8	3,8
	Cevapsız	1	0,4
Meslek	Ev hanımı	<b>157</b>	<b>75,4</b>
	Memur	17	8,1
	İşçi	9	4,3
	Emekli	1	0,4
	Serbest meslek	5	2,4
	Diğer	17	8,1
	Cevapsız	2	0,9
Gelir Durumu	Gelir giderden az	60	28,8
	Gelir gidere denk	<b>121</b>	<b>58,0</b>
	Gelir giderden fazla	25	1,0
	Cevapsız	2	0,9



---

Araştırmaya katılan gebelerin yaşlarına göre dağılımları incelendiğinde katılımcıların %49,5'inin 25-34 yaş aralığında olduğu görülmektedir. Katılımcıların %32,2'sinin 15-24 yaş aralığında olduğu gözlemlenmiştir. 35-44 yaş aralığında olan katılımcıların sayısı 34'tür. Katılımcıların eğitim durumlarına göre dağılımları incelendiğinde en büyük grubun ilkokul ve lise mezunları olduğu gözlemlenmektedir. Katılımcılarda %29,8'si lise mezunu iken; %29,3'ü ilkokul mezunudur. Araştırmaya katılan örneklem grubunun mesleğe göre dağılımları değerlendirildiğinde %75,4'ü gibi büyük bir çoğunluğun ev hanımlarından oluştuğu sonucuna ulaşılmıştır. %8,'i memur, %4,3'ü işçi, %2,4'ü serbest meslek sahibi ve %8,1'i diğer mesleklere sahip bir grup olduğu sonucuna varılmıştır. Araştırmaya katılanların gelir durumları değerlendirildiğinde %58,1'inin gelir gidere denk, %28,8'ninin gelir giderden az, %12,0'nın gelir giderden fazla şeklinde oldukları gözlemlenmiştir.

#### **4. 2. Gebe Kadınların Evlilik Durumları**

Araştırmaya katılan gebe kadınların evlilik durumuile ilgili evlilik yaşı, evlilik yılı ve evlilik şekline ait bulguları Tablo 4-2'de gösterilmiştir.

**Tablo 4-2: Gebe kadınların evlilik durumları (N=208)**

Gebe Kadınların Evlilik Durumu		Frekans (n)	Yüzde (%)
Evlilik yaşı	15-19	67	32.2
	20-22	57	27.4
	23 yaş ve üzeri	<b>84</b>	<b>40.3</b>
Evlilik yılı	0-2	61	29.3
	3-7	68	32.6
	8 yıl ve üzeri	<b>71</b>	<b>34.1</b>
	Cevapsız	8	3.8
Evlilik şekli	Severek	<b>133</b>	<b>63.9</b>
	Görücü usulü	55	26.4
	Her ikisi	20	9.6

Katılımcıların evlilik yaşına göre dağılım sonuçları şu şekildedir; 15-19 yaş, %32,2; 20-22 yaş %27,4; 23 ve üzeri yaşlar %40,3'dir. Katılımcıların evlilikte geçirdikleri yıl sayısı incelendiğinde %34,1'inin 8 yıl ve üzeri evli oldukları, %32,6'sının 3-7 yıl arası evli oldukları ve %29,3'ünün 0-2 yıl arasında evli oldukları sonucuna ulaşılmıştır. Katılımcıların evlilik şekilleri incelendiğinde katılımcıların %63,9'unun yani büyük bir çoğunluğunun severek evlilik kurdukları gözlemlenmiştir. Görücü usulü evlenenler %26,4'ü oluştururken, her ikisi diyenler grubun %9,6'sını oluşturmaktadır.

### 4. 3. Katılımcıların Önceki Gebelik Durumları

Araştırmaya katılan gebe kadınların daha önceki doğum yapma durumu, düşük yapma durumu ve kürtaj durumu gibi özelliklerine ait bulgular Tablo 4-3'te gösterilmiştir.

**Tablo 4-3: Katılımcıların önceki gebelik durumları (N=208)**

Önceki Gebelik Durumları		Frekans (n)	Yüzde (%)
Doğum yapma durumu	Evet	<b>124</b>	<b>59,6</b>
	Hayır	82	39,4
	Cevapsız	2	0,9
Düşük yapma durumu	Evet	50	24,4
	Hayır	<b>155</b>	<b>74,5</b>
	Cevapsız	3	1,4
Kürtaj durumu	Evet	30	14,4
	Hayır	<b>175</b>	<b>84,1</b>
	Cevapsız	3	1,4

Katılımcıların %59,6'sı daha önce doğum yaptığı, %39,4'ü ise daha önce doğum yapmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Araştırmaya katılanların daha önce düşük yapıp, yapmadıkları incelendiğinde %24,4'ünün düşük yaptığı sonucuna ulaşılmıştır. Düşük yapmayanların oranı ise %74,5 olarak tespit edilmiştir. Daha önce kürtaj oldunuz mu şeklinde sorulan soruya verilen cevaplar incelendiğinde katılımcılardan %14,4'ü daha önce kürtaj tecrübesi yaşadığı sonucuna ulaşılmıştır. %84,1'i hayır cevabını vermişlerdir.

#### 4. 4. Katılımcıların Cinsel Özellikleri

Araştırmaya katılanların cinsel bilgi kaynağı sağlama , cinsel uyum, cinsel birleşme sırasındaki cinsel özelliklerine ait bulgular Tablo 4-4’de gösterilmiştir.

**Tablo 4-4: Katılımcıların cinsel özellikleri (N=208)**

Cinsel Özellikler		Frekans (n)	Yüzde (%)
Cinsel bilgi kaynağı	Teyze	8	3,8
	Hiç kimse	<b>142</b>	<b>68,2</b>
	Diğer	58	27,8
Cinsel uyum	İkimizde istekliyiz	<b>158</b>	<b>75,9</b>
	İkimizde isteksiziz	7	3,3
	Eşim istekli, ben isteksiz	38	18,2
	Eşim isteksiz, ben istekli	4	1,9
	Cevapsız	1	0,4
Cinsel İlişki Süresi	1-10 dk	62	30
	11-20 dk	82	39
	21-90 dk	51	25
	Cevapsız	13	6,25
	Toplam	208	100
Cinsel birleşme sırasındaki sorunlar	Ağrılı ilişki	21	10,0
	İstemedem kasıyorum	31	14,9
	Sorun yaşamıyorum	<b>154</b>	<b>74,0</b>
	Cevapsız	2	0,9

Cinsel konularda ilk bilgiyi kimden aldıklarına dair yapılan analiz sonuçlarında katılımcıların %68,2’si hiç kimseden cinsel bilgi almamış olup, %3,8’i teyzelerinden ve %27’8’i diğer kaynaklarından bilgi aldıkları sonucuna ulaşılmıştır. Katılımcıların eşleriyle cinsel uyumları incelendiğinde; evet ikimiz de istekliyiz diyenlerin oranının %75,9 olduğu sonucuna ulaşılmıştır. İkimiz de isteksiziz diyenlerin oranı %3,3 olarak tespit edilmiş olup;

hayır, eşim istekli ben isteksizim diyenlerin oranı %18,2 olarak belirlenmiştir. Araştırmada ayrıca hayır, eşim isteksiz ben istekliyim diyenlerin oranı %1,9 olarak tespit edilmiştir. Katılımcıların cinsel birleşme sırasında yaşadıkları sorunları araştırdığımız bir diğer soruda katılımcıların yaklaşık %74'ü bir sorun yaşamadıklarını belirtmişlerdir. %14,9'u kendini istemeden kastığını, %10,0'ı ağırlı cinsel ilişki yaşadıklarını belirtmişlerdir.

#### 4. 5. Katılımcıların Gebelikte Cinsel İstek Durumlarına Ait Bulgular

Katılımcıların, gebelik durumu ve gebelik aylarına ait bulgular Tablo 4-5'dedir.

**Tablo 4-5: Katılımcıların gebelik durum ve cinsel cinsel isteklerine ait bulgular (N=208)**

Gebelik Durum ve Cinsel İstekleri		Frekans (n)	Yüzde (%)
Planlı gebelik durumu	<b>Evet</b>	<b>149</b>	<b>71,6</b>
	Hayır	58	27,8
	Cevapsız	1	0,4
Gebelik ayı	1-3 ay (I.Trimester)	6	2,8
	4-6 ay (II.Trimester)	6	2,8
	7-9 ay (III.Trimester)	<b>196</b>	<b>94,0</b>
I.Trimesterde cinsel istek	Arttı	28	13,4
	<b>Azaldı</b>	<b>119</b>	<b>57,2</b>
	Değişiklik yok	61	29,3
II.Trimesterde cinsel istek	Arttı	40	19,2
	<b>Azaldı</b>	<b>102</b>	<b>49,0</b>
	Değişiklik yok	60	28,8
	Cevapsız	6	2,8
III. Trimesterde cinsel istek	Arttı	17	8,1
	<b>Azaldı</b>	<b>105</b>	<b>50,4</b>
	Değişiklik yok	75	36,0
	Cevapsız	11	5,2

Araştırmaya katılanların %71,6'sının şu anki gebeliklerinin planlı olduğu; %27,8'inin planlı olmadığı sonuçlarına ulaşılmıştır. Elde edilen sonuçlara göre katılımcıların yaklaşık %94'ü III. Trimester döneminde, başka bir ifade ile 7-9 ay aralığında olduğu görülmektedir. Katılımcılardan gebelik öncesinde ve gebeliğin ilk 3 ayında cinsel istek düzeylerinde nasıl bir değişim olduğu sorulduğunda, gelen cevaplar %13,4'ü ile arttı, %57,2'si ile azaldı ve %29,3 ile değişiklik yok şeklinde olmuştur. Katılımcıların gebeliğin 4-6. aydaki cinsel istek düzeylerini, 1-3. aydaki cinsel istek düzeyleri ile kıyaslayarak verdikleri cevapların dağılımları Tablo 4-5'de gösterilmektedir. Verilen cevaplara göre gebeliğin 4-6. ayında katılımcıların %49,0'ında cinsel istek azalırken; %19,2'sinde cinsel isteğin arttığı sonucuna ulaşılmıştır. Değişiklik olmadığını belirten katılımcıların oranı %28,8 olarak tespit edilmiştir. Katılımcıların 7-9. aydaki cinsel istek düzeylerini, 4-6. aydaki cinsel istek düzeyleri ile kıyaslayarak verdikleri cevapların dağılımları yine Tablo 4-5'de gösterilmektedir. Verilen cevaplara göre gebeliğin 7-9. ayında katılımcıların %50,4'ünde cinsel istek düzeylerinin azaldığı, %36'sında değişiklik olmadığı ve %8,1'inde arttığı tespit edilmiştir.

#### **4.6. Gebelikte Cinsel Yaşam İfadesi**

Gebelikte cinsel yaşam ifadesi ile ilgili gebe kadınlara sorulan; cinsel yaşam size ne ifade ediyor, gebelik öncesi ve esnasında cinsel istek durumu ve gebelik öğrenildikten sonra ilk cinsel birleşme zamanı ile ilgili bulgular Tablo 4-6'da görülmektedir.

**Tablo 4-6: Gebelikte cinsel yaşam ifadesi (N=208)**

<b>Gebelikte Cinsel Yaşam İfadesi</b>		<b>Frekans (n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>
Bir şey ifade etmiyor		20	9,6
Gerekli bir şey		17	8,1
Gereksiz		13	6,2
Bebeğe zarar gelecek endişesindeyim		<b>33</b>	<b>11,0</b>
Günah olduğunu düşünüyorum		10	4,8
Yaşamın bir parçası		9	4,3
Toplam		92	44,2
Gebelik öncesi istek durumu	Evet	<b>182</b>	<b>87,5</b>
	Hayır	22	10,5
	Cevapsız	4	1,9
	Toplam	208	100
Gebelik döneminde cinsel istek	Evet	91	43,7
	Hayır	<b>112</b>	<b>53,8</b>
	Cevapsız	5	2,4
Gebelik öğrenildikten sonra	1 hafta sonra	<b>50</b>	<b>24</b>
İlk birleşme zamanı	2 hafta sonra	15	7,2
	Hatırlamıyorum	15	7,2
	1 ay sonra	12	6,8
	3 ay sonra	7	3,3
	1 gün sonra	5	2,4
	Toplam	104	50,9

Gebelik döneminde kadınlarda cinsel yaşamın ne ifade ettiği bulguları incelendiğinde %44,2 katılımcıdan cevap alınmıştır. Katılımcıların yaklaşık %10'u cinsel yaşamın bir şey ifade etmediğini belirtmişlerdir. Gerekli olduğunu ifade edenlerin oranı %8,1 iken gereksiz olduğunu ifade edenlerin oranı %6,2'dir. Katılımcıların yaklaşık %42'si ise; “bebeğe zarar gelecek diye endişeliyim”, “günah olduğunu düşünüyorum” ve “yaşamın bir parçası” olduğunu ifade etmişlerdir. Katılımcıların gebelik öncesi cinsel isteklerinin olup olmadığını incelediğimiz demografik değişkenimize verilen cevaplar değerlendirildiğinde; katılımcıların %87,5'inin cinsel istek duyduğu sonucuna ulaşılmıştır. %10,5'lik bir grup cinsel istek duymadıklarını belirtmişlerdir. Katılımcıların gebelik dönemlerindeki cinsel istek durumları incelendiğinde, %43,7'sinin cinsel istek duyduğu, %58,8'ninin cinsel istek duymadığı sonucuna ulaşılmıştır. Katılımcıların %24'ü gebeliği öğrendikten 1 hafta sonra cinsel birleşme yaşadıklarını ifade etmişlerdir. 2 hafta sonra cinsel birleşmede bulunanların oranı %7,2; hatırlamıyorum diyenlerin oranı %7,2; 1 ay sonra cinsel birleşmede bulunanların oranı %6,8; 3 ay sonra birleşmede bulunanların oranı %3,3 ve 1 gün sonra cinsel birleşim yaşayanların oranı %2,4 olarak tespit edilmiştir.

#### 4. 7. Katılımcıların Gebelikte Cinsel İlişki Korkusu Durumu

Araştırmaya katılanların gebelik öncesi cinsel ilişki korku durumları Tablo 4-7'de gösterilmektedir.

**Tablo 4-7: Katılımcıların gebelikte cinsel ilişki korkusu durumları (N=208)**

Gebelikte Cinsel İlişki Korku Durumları		Frekans(n)	Yüzde (%)
Gebelik öncesi cinsel ilişki korkusu	Evet	32	15,3
	Hayır	<b>176</b>	<b>84,6</b>
Gebelik dönemi cinsel ilişki korkusu	Evet	104	50,0
	Hayır	104	50,0
Gebelikte Cinsel İlişkiden Korku Sebepleri*			
Psikolojik Nedenler		8	7,7
Fiziksel Nedenler		14	13,5
Mit ve Yanlış İnanış Nedenleri		82	78,8



\*Birden fazla cevap verilmiştir.

Katılımcıların %15,3'ü gebelik öncesi cinsel ilişki korkusu duyduklarını ifade ederken, %84,6'si böyle bir korku yaşamadıklarını belirtmişlerdir. Katılımcıların %50'si gebelik döneminde cinsel ilişki korkusu yaşarken diğer yarısı cinsel ilişki korkusu yaşamadıklarını belirtmişlerdir. En büyük korku durumu 78,8 katılımcıyla mitler ve yanlış inanış grubu oluşturmaktadır(%31,3 katılımcı, cinsel ilişkide yaşanan korkunun en büyük sebebi olarak cinsel ilişkinin “bebeğe zarar vermesi” olduğunu ifade etmiştir).

#### 4.8. Gebe Kadınların Gebelikte Kendilerinin ve Eşlerinin Fiziksel Değişim Hakkındaki Düşünceleri

Araştırmaya katılanların gebelikte kendilerinin ve eşlerinin fiziksel değişim hakkındaki düşüncelerinin bulguları Tablo 4-8'de verilmiştir.

**Tablo 4-8: Gebelikte fiziksel değişim hakkındaki düşünceler (N=208)**

<b>Gebelikte Fiziksel Değişim Hakkındaki Düşünceler</b>	<b>Frekans (n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>
Pozitif	38	18,26
Negatif	50	24,0
Nötr	120	57,69
Toplam	208	100,0

<b>Eşinizin Gebelikte Fiziksel Değişiminiz Hakkındaki Düşünceleri</b>	<b>Frekans(n)</b>	<b>Yüzde(%)</b>
Pozitif	49	23,55
Negatif	4	1,92
Nötr	155	74,51
Toplam	208	100,0

Katılımcıların gebelik döneminde meydana gelen fiziksel değişimleri hakkında ne düşündüklerine ait yapılan değerlendirme sonucunda; katılımcıların %18,26'sinin pozitif, 24'ünün negatif, 57,69'unun ise fiziksel değişimler hakkında nötr düşünce içinde olduğu; eşlerin ise %23,55'i eşinin klo almasından memnun olduğu görülmektedir.

#### 4.9. Gebelikte Cinsel Yaşam Bilgisi Alma Durumu

Araştırmaya katılanların cinsel yaşam hakkındaki bilgi alma durumları Tablo 4-9' dadır.

**Tablo 4-9: Gebelikte cinsel yaşam bilgisi alma durumu (N=208)**

Gebelikte Cinsel Yaşam Bilgisi Alma Durumları		Frekans (n)	Yüzde (%)
Cinsel bilgi alma durumu	Evet	<b>111</b>	<b>52,3</b>
	Hayır	96	46,1
	Cevapsız	1	0,4
Bilgi kaynağı	Medya	13	6,2
	Hekim	<b>77</b>	<b>37,0</b>
	Hemşire/Ebe	13	6,2
	Eğitim kursları	5	2,4
	Diğer	7	3,3
	Cevapsız	93	44,7

Katılımcıların gebelik döneminde cinsel bilgi alıp almadığı incelendiğinde %52,3'sinin cinsel bilgiler aldığı, %46,1'inin bilgi almadığı sonucu ortaya çıkmıştır. Katılımcıların gebelik döneminde cinsel yaşamları ile ilgili bilgi aldıkları kaynaklar incelendiğinde ilk sırayı %37,0 ile hekimler yer almaktadır. İkinci en sık başvurulan bilgi kaynağı ise %6,2 ile medya ve hemşire/ebe olarak tespit edilmiştir.

#### 4.10. Gebelikte Korunmasız İlişki Korkusu ve Sebepleri

Gebe kadınların gebelik sırasında korunmasız ilişki korkuş ve sebepleri Tablo 4-10'da verilmektedir.

**Tablo 4-10: Gebelikte korunmasız ilişki korkusu durumu (N=208)**

Korunmasız İlişki Korkusu		Frekans (n)	Yüzde (%)
Gebelikte korunmasız ilişki korkusu	Evet	77	37,0
	Hayır	<b>128</b>	<b>61,5</b>
	Cevapsız	3	1,5
	Toplam	208	100,0
Korunmasız İlişki Korku Sebepleri			
Bebeğe zarar verebilir		<b>19</b>	<b>9,2</b>
Doğum başlar		12	5,8
Bebek spermi yutar		11	5,3
Sperm bebeğe zarar verebilir		6	2,9
Kanama olur		5	2,3
Bebek doğar		3	1,4
Düşük olabilir		2	0,9
Ablam korunmamı önerdi		1	0,4
Alışkanlık		1	0,4
Bebek kirleniyor gibi hissediyorum		1	0,4
Bebeğin sağlığı için		1	0,4
Tekrar hamile kalamayacağımı düşünüyorum		1	0,4
Hekim gebe iken tekrar hamile kalabilirsin dedi		1	0,4
Enfeksiyon riski		1	0,4
Hamile kaldım korunmadığım için		1	0,4
Herhangibir sorun olabilir		1	0,4
Cevapsız		141	68,6
Toplam		208	100,0

Katılımcıların %37'si gebelik döneminde korunmasız cinsel ilişkiden korku duymaktadırlar. Cevaplar değerlendirildiğinde % 9,2'si "bebeğe zarar verebilir", %5,8'i "doğum başlar", %5,3'ü "bebek spermi yutar" %2,3'ü "kanama olur" cevapları vermişlerdir. Gelen diğer cevaplar ise şu şekildedir: "Bebek doğar", "düşük olabilir", "sperm bebeğe zarar verebilir", "ablam öyle dedi korunmalıymışım", "alışkanlık", "bebeğe zarar verir, doğum başlar", "bebek kirleniyor gibi hissediyorum", "bebek sağlığı için", "bir daha hamile kalamayacağımı düşünüyorum", "doktor bebek varken tekrar hamile kalabilirsin demişti ondan korktum", "enfeksiyon riski", "hamile kaldım korunmadığım için", "herhangi bir sorun olur diye", "kanama olur, doğum başlayabilir".

#### 4.11. Gebelerin Cinsel Doyum Düzeyleri

**Tablo 4-11: Cinsel doyum ve alt boyutlarının ortalama puanları (N=208)**

	Sayı	Min.	Maks.	Ortalama	Standart Sapma	Dönüştürmüş Puan
Sıklık	208	0,00	48,00	3,79	3,46	4
İletişim	208	0,00	8,00	4,14	1,95	5
Doyum	208	0,00	15,00	6,09	3,14	2
Kaçınma	208	0,00	16,00	3,50	3,14	4
Dokunma	208	0,00	15,00	5,73	3,39	4
Vaginismus	208	0,00	16,00	6,47	3,03	4
Anorgasmi	207	0,00	16,00	6,90	3,17	2
Cinsel Doyum	208	6,00	105,00	42,86	15,24	5

Min=1 Maks=4

Gebelerin cinsel doyum alt boyutlarının ortalama puanları incelendiğinde sıklık  $3,79 \pm 3,46$ ; iletişim  $4,14 \pm 1,95$ ; doyum  $6,09 \pm 4,14$ ; kaçınma  $3,50 \pm 3,14$ ; dokunma  $5,73 \pm 3,39$ ; vaginismus  $6,47 \pm 3,03$ ; anorgasmi  $6,90 \pm 3,17$  olarak tespit edilmiştir. Cinsel doyum ortalama puanının ise;  $42,86 \pm 15,24$  ortalama puana sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Tablo 4-11). Ölçek puanlamasına göre dönüştürülmüş puan cinsinden 5 ve üzeri puan alan alt boyutlarda problem olduğu belirtilmektedir (Tuğrul ve ark,1993;Rust ve Golombok,1985). Çalışmanın bulgularına göre iletişim alt boyutundan alınan puana göre sorun olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Alt boyutlardan anorgasmi ve doyum en iyi ortalama ve dönüştürülmüş puana sahip alt boyutlar olarak karşımıza çıkmaktadır. Genel cinsel doyum puan ortalamaları dikkate alındığında gebelerde cinsel doyum ölçeğine göre problem sınırında olduğu, ölçek

puanlamasına göre problemin olduğu ileri sürülebilir (Tuğrul ve ark,1993;Rust ve Golombok,1985).

### Gebelerin Cinsel Doyum Düzeylerine İlişkin Anova Testi Bulguları

İkiden fazla değişkene sahip olan demografik değişkenler ile cinsel doyum arasındaki fark testleri Anova Testi ile incelenmiştir. Aşağıdaki tablolarda sadece anlamlı sonuçlara yer verilmiştir. Anlamlı olmayan sonuçlar tablo olarak verilmemiştir.

#### 4-12. Katılımcıların Kişisel Özelliklerine Göre Cinsel Doyumları

**Tablo 4-12: Katılımcıların kişisel özellikleri ile cinsel doyumları arasındaki farklılık testi**

Cinsel Doyum		n	Ort	Ss	F	P	LSD	P
<b>Yaş</b>	15-24 Yaş	66	41,71	13,51	6,299	0,000*	15-24 Yaş 45yaş ve üstü	,000*
	25-34 Yaş	100	40,34	13,46			25-34 Yaş-35-44Yaş	,023*
	35-44 Yaş	34	46,41	13,15			25-34 Yaş -45 ve üstü	,000*
	45 Yaş ve üstü	4	66,75	7,93			35-44 Yaş-45 ve üstü	,004*
	Toplam	204	42,31	13,87				
<b>Eğitim</b>	Okur Yazar Değil	5	57,4	6,731	7,047	0,000*	Okur-Ortaokul M. Yazar -Lise M. Değil-Üniversite M	,016*
	İlkokul Mezunu	59	48,58	10,249			İlkokul-Ortaokul M. Mezunu Lise M. Üniversite M.	,023*
	Ortaokul Mezunu	39	42,44	13,026			Ortaokul M.-Üniversite M	,040*
	Lise Mezunu	60	37,87	15,227				
	Üniversite Mezunu	32	36,03	14,506				
	Yüksek Lisans/Doktora	8	44	5,372				
	Toplam	203	42,29	13,904				

\*p<0,05

Tablo 4-12 incelendiğinde, katılımcıların yaşları ile cinsel doyumları arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir (p<0,05). 45 yaş ve üzeri olanların cinsel doyum puanları diğer gruplara göre daha yüksek olduğu sonucu elde edilmiştir. Ölçeğe göre puan ortalaması arttıkça cinsel doyum açısından olumsuzluklar baş göstermektedir. Cinsel doyum ortalama puanı en iyi olan yaş grubu 25-34 yaş olduğu yapılan analizlerde görülmektedir. Katılımcıların eğitim durumları ile cinsel doyum düzeyleri arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir (p<0,05). Tabloda farklılık testi

sonuçları sunulmaktadır. Tabloya göre cinsel doyum puan ortalaması en yüksek olan grup okuryazar olmayan grup olarak karşımıza çıkmaktadır (ort=57,40). Cinsel doyum düzeyi olarak en iyi olan grup lisans mezunlarıdır (Ort.=36,03). Lisansüstü eğitime sahip olan gebelerin cinsel doyum puan ortalaması 44 olarak tespit edilmiştir (Tablo 12).

Anlamli farklılığın nereden kaynaklandığını bulmak için yapılan LSD Testi sonuçlarına göre 15-24 yaş ile 45 yaş ve üzeri ve 35-44 yaş aralığında olanlarda 15-24 yaş lehinde, 25-34 yaş ile 45 yaş ve üzeri olanlarda 25-34 yaş lehinde ve 35-44 yaş ile 45 yaş ve üzeri olanlarda 35-44 yaş aralığında olanlar lehinde anlamlı farklılıklar bulunmuştur (F=6,229 p<0.05). Başka bir ifade ile yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda daha yüksek yaşa sahip olanların cinsel doyum ortalama puanları daha yüksektir ve daha problemlidir. Anlamli farklılığın kaynağına baktığımızda okuryazar olmayanlar ile ortaokul, lise ve lisans mezunu olanlar arasında farklılık bulunmaktadır (p<0,05). Okuryazar olmayanların cinsel doyum ortalamaları diğer gruplara kıyasla daha yüksektir. İlkokul mezunları cinsel doyum ortalama puanları ortaokul, lise ve üniversite mezunlarından anlamlı düzeyde daha yüksektir (F=7,047; p<0,05). Ortaokul eğitim seviyesine sahip olan gebelerin cinsel doyum ortalama puanları üniversitesi mezunu olanlara kıyasla daha yüksektir ve arada anlamlı farklılık tespit edilmiştir (p<0,05) (Tablo 4-12).

#### **4-13. Katılımcıların Cinsel İstek, İlişki Süresi ve Birleşme Sorunlarına Göre Cinsel Doyumları**

**Tablo 4-13: Katılımcıların cinsel istek, ilişki süresi ve birleşme durumları ile cinsel doyumları arasındaki farklılık testi sonuçları**

Cinsel Doyum		n	Ort.	Ss	F	P	LSD	P
<b>Cinsel İstek Durumu</b>	Evet, İkimiz de İstekliyiz	156	39,65	13,49			<b>Evet,ikimizde istekliyiz --Evet, ikimizde isteksiziz</b>	,008*
	Evet, İkimiz de İsteksiziz	7	53,29	10,626			<b>Evet ikimizde istekliyiz---Hayır,eşim istekli ben isteksizim</b>	,008*
	Hayır, Eşim İstekli Ben İsteksizim	36	50,31	11,938	8,848	,000*	<b>Evet,ikimizde isteksiziz--Evet,ikimide istekliyiz</b>	,008*
	Hayır, Eşim İsteksiz ben İstekliyim	4	51,25	11,325			<b>Hayır,eşim istekli ben isteksizim--Evet,ikimizde istekliyiz</b>	,000*
	Toplam	203	42,24	13,864				
<b>İlişki Süresi</b>	1-10 dk.	61	49,56	12,17			<b>1-10dk 11-20 dk</b>	,000*
	11-20 dk.	79	39,84	13,55	14,147	0,000*	<b>1-10 dk 21-90 dk</b>	,000*
	21-90 dk.	51	37,41	13,72				
	Toplam	191	42,29	14,06				
<b>Birleşme Sırasındaki Sorun</b>	Ağrılı Cinsel İlişkim Oluyor	20	44,5	8,88				
	Kendimi İstemedem Kasıyorum	31	50	13,64	6,516	0,002*	<b>Kendimi -Sorun İstemedem Yaşamıyorum Kasıyorum</b>	,001*
	Sorun Yaşamıyorum	151	40,62	13,88				
	Toplam	202	42,45	13,81				

\*p&lt;0,05

Araştırmaya katılanların cinsel istek durumları ile cinsel doyumları arasındaki anlamlı farklılıkta ( $p<0,05$ ), çiftlerin her ikinin de istekli olduğu durumda cinsel doyum puanlarının daha düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Erkeğin isteksiz olduğu ve kadının istekli olduğu durumda en yüksek cinsel doyum puanı görülmektedir. Katılımcıların cinsel ilişki süreleri ile cinsel doyum ölçeğinden aldıkları puan arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ). Cinsel doyum ölçeği açısından en iyi puana sahip olan grup 21-90 dk. arası cinsel ilişki süresine sahip olanlara aittir. Cinsel ilişki süresi kıaldıkça cinsel doyum azalmaktadır. Örneklem grubunun cinsel birleşme sırasında yaşadığı sorunlara göre cinsel doyum düzeylerinin farklılaşp farklılaşmadığı incelendiğinde, arada anlamlı farklılık olduğu sonucuna ulaşılmıştır ( $F=6,516$ ;  $p<0,05$ ). Kendini istemeden kasanların cinsel doyum puan ortalamaları 50 olurken ağrılı cinsel ilişki yaşayanlarda 44,5; sorun yaşamayanlarda ise 40 olarak tespit edilmiştir (Tablo 4-13).

Anlamli farklıliğin kaynağı LSD Testine göre ikimiz de istekliyiz cevabı veren gruplarda evet, İkimiz de İsteksiziz ve hayır, eşim istekli ben isteksizim diyen gruplara kıyasla daha düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır (F=8,848; p<0,05) (Tablo 4-13).

Anlamli farkın kaynağı incelendiğinde 1-10 dk. cinsel ilişki süresine sahip olanlar ile 11-20 ve 21-90 dk. cinsel ilişki süresine sahipler arasında 11-20dk ve 21-90 dk. lehinde olduğu tespit edilmiştir (F=14,147; p<0,05). Aradaki anlamli farkın nereden geldiği incelendiğinde kendini istemeden kasanlar ile sorun yaşamayanlar arasında, sorun yaşamayanlar lehinde olduğu tespit edilmiştir.

#### 4.14.Katılımcıların Trimesterlere Göre Cinsel İstek Düzeylerine Göre Cinsel Doyumları

Gebeliğin I.,II. ve III. trimesterlerinde bir önceki döneme göre cinsel istek düzeyleriyle yapılan kıyaslamada cinsel doyum düzeyleri incelenmiştir. I. ve III. Trimesterlerde anlamli bir farklılık gözlenmemiştir (p<0,05). II. Trimester döneminde I. Trimestere göre cinsel isteğim arttı cevabı verenlerin cinsel doyum puan ortalamaları 36,63; azaldı cevabı verenlerin 43,9; değişiklik yok cevabı verenlerin ise; 44 olarak tespit edilmiştir. Cinsel isteği artanların cinsel doyum puanları daha düşük olarak bulunmuş, cinsel doyuma daha yakın oldukları sonucuna ulaşılmıştır.

**Tablo 4-14: Katılımcıların bir önceki döneme göre cinsel istek düzeyleri ile cinsel doyumları arasındaki farklılık testi sonuçları**

	Cinsel Doyum	n	Ort.	Ss	F	P	LSD	P
I. Trimester	Arttı	27	36,96	14,80	2,908	0,057*		
	Azaldı	117	43,91	12,45				
	Değişiklik Yok	60	41,62	15,57				
II. Trimester	Arttı	39	36,62	15,26	4,535	0,012*	Arttı-Azaldı	,005*
	Azaldı	100	43,95	12,41				
	Değişiklik Yok	59	44,00	14,57				
III. Trimester	Arttı	16	36,81	15,50	1,508	0,224*		
	Azaldı	103	43,36	12,64				
	Değişiklik Yok	74	42,47	15,48				

\*p<0,05



Anlamli farklilikin kaynagi incelendiginde ise; cinsel isteği artanlarda, cinsel isteği azanlanlara ve değişiklik olmayanlara göre daha düşük ortalama değere sahip olduğu ve bu grup lehinde bir farklilik olduğu sonucuna ulaşılmıştır ( $p<0,05$  (Tablo 4-14).

### **Gebelerin Cinsel Doyum Düzeylerine İlişkin t Testi Bulguları**

Katılımcıların cinsel doyumları ile iki değişkenli demografik değişkenler arasında yapılan t testleri sonuçlarına göre anlamlı farkliliklar gösteren demografik değişkenler ve cinsel doyum sonuçları aşağıda yer almaktadır. Tablolar sadece anlamlı farklilik gösterenlerden ibaret olup, tablolarda yer almayan değişkenlere dair sonuçlar istatistikler olarak bir anlamlılık taşımamaktadır ( $p<0,05$ ).

#### **4-15. Katılımcıların Gebelik ve Gebelik Öncesi Döneme Ait Cinsellik Durumuna Göre Cinsel Doyumları**

Örnekleme grubunda yapılan incelemeler sonucunda cinsel istek açısından istekliyimdir cevabını verenler ile cinsel isteksizliğim var cevabını verenler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklilik tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ). İstekliyimdir cevabını verenlerin 40,3 ortalama puan ile cinsel doyum açısından daha az sorun yaşadığı ileri sürülebilir. Örnekleme grubunda yapılan incelemeler sonucunda cinsel istek açısından istekliyimdir cevabını verenler ile cinsel isteksizliğim var cevabını verenler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklilik tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ). İstekliyimdir cevabını verenlerin 40,38 ortalama puan ile cinsel doyum açısından daha az sorun yaşadığı ileri sürülebilir. Gebelik öncesi cinsel istek durumuna göre yapılan fark testlerinde cinsel istek duyanlar lehinde anlamlı farklilik olduğu sonucuna ulaşılmıştır ( $p<0,05$ ). Gebelik öncesinde cinsel istek duymayanların cinsel doyum ortalama puanları daha yüksektir (55,40). Gebelik öncesinde olduğu gibi gebelik döneminde de cinsel istek duyduklarını ifade eden grubun cinsel istek duymayan gruba göre anlamlı farklilikları mevcuttur ( $p<0,05$ ). Aradaki anlamlı farklilik değerlendirildiğinde cinsel istek duyanların ortalaması 38,10 iken duymayanların ortalaması 45,95 olarak tespit edilmiştir (Tablo 4-15). Gebelik öncesinde cinsel korku yaşayanlar ile yaşamayanlar arasında anlamlı farklilik tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ). Gebelik öncesi cinsel korku yaşayanların cinsel doyum ölçeğinden aldıkları ortalama puan yaşamayanlar kıyasla daha yüksektir. Bir başka ifade ile cinsel korku yaşayanlar cinsel doyuma

daha uzaktır denilebilir. Gebelik döneminde korunması ilişki yaşamaktan korkanlar ve korkmayanlar arasında cinsel doyum açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ( $p<0,05$ ). Korku duymayanlar cinsel doyum ölçeğine göre daha düşük ortalamaya sahip olduklarından dolayı daha iyi cinsel doyum puanına sahiptirler. Cinsel doyum ölçeği ile planlı gebelik durumu arasında yapılan t testi sonuçlarına göre gruplar arasında anlamlı farklılık olduğu sonucuna ulaşılmıştır ( $p<0,05$ ). Gebeliği planlı olanların cinsel doyum ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları daha düşüktür (Tablo 4-15).

**Tablo 4-15: Katılımcıların Gebelik ve Gebelik Öncesi Döneme Ait Cinsellik Durumuna Göre Cinsel Doyum Sonuçları**

Cinsel Doyum		n	Ort.	Ss	t	P
<b>Cinsel İstek Durumu</b>	İstekliyim	157	40,38	13,9	-3,459	0,001*
	İsteksizim	41	49,27	11,97		
<b>Gebelik Döneminde Cinsel İstek</b>	Evet	89	38,1	14,57	-4,092	0,000*
	Hayır	110	45,95	12,5		
<b>Gebelik Öncesi Cinsel Korku</b>	Evet	30	50,33	12,46	3,523	0,001*
	Hayır	174	40,93	13,67		
<b>Gebelikte Korunmasız İlişki Korkusu</b>	Evet	74	45,42	12,26	2,45	0,015*
	Hayır	127	40,51	14,47		
<b>Planlı Gebelik Durumu</b>	Evet	148	40,91	13,14	-2,21	0,0028*
	Hayır	55	45,69	15,70		

\* $p<0,05$

## 5. TARTIŞMA

Cinsel yaşam konusu yapısı gereği toplumların gelişmişlik düzeyine göre farklılık göstermektedir. Kimi gelişmiş toplumlarda paylaşımı kolay bir konu iken gelişmekte olan toplumlarda bir tabu olarak varlığını devam ettirmektedir. Cinselliğin bu tabu özelliğinden dolayı gebelerin soru sormaktan çekindikleri bir durum haline gelmekte ve yetersiz bilgi söz konusu olmaktadır. Gebelik, kadında çeşitli bedensel ve ruhsal farklılıkların oluşturduğu zor bir süreçtir. Cinsel istek gebeliğin bazı dönemlerinde bu farklılıklara göre azalır, artabilir ya da değişiklik gösterebilir.

Araştırmanın bu bölümünde, Bağcılar'daki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Gebe Polikliniği'nde gebelerin cinsel doyumlarının belirlenmesi ve etkileyen faktörlerin incelenmesi amacıyla elde edilen bulgular literatür eşliğinde tartışılmıştır.

### 5.1. Gebe Kadınların Kişisel Özellikleri ile Cinsel Doyumlarına Ait Bulguların Tartışılması

Araştırmaya katılan gebelerin yaşlarına göre dağılımları incelendiğinde katılımcıların %49,5'sinin 25-34 yaş aralığında olduğu görülmektedir. Katılımcıların %32,2'sinin 15-24 yaş aralığında olduğu gözlemlenmiştir. 45 yaş ve üzeri 4 katılımcı bulunmaktadır. 35-44 yaş aralığında olan katılımcıların sayısı 34'tür. Araştırmaya katılan gebe katılımcıların yaşları ile cinsel doyumları arasındaki ilişki incelendiğinde aralarında anlamlı farklılık tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ). 45 yaş ve üzeri olanların cinsel doyum puanları diğer gruplara göre daha yüksek olduğu sonucu elde edilmiştir. Ölçeğe göre puan ortalaması arttıkça cinsel doyum açısından olumsuzluklar baş göstermektedir. Cinsel doyum ortalama puanı en iyi olan yaş grubu 25-34 yaş olduğu yapılan analizlerde görülmektedir. Yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda daha yüksek yaşa sahip olanların cinsel doyum ortalama puanları daha yüksektir ve daha problemlidir. Güleroğlu ve Beşer'in yaptıkları çalışmada gebe kadınların yaşı ile cinsel doyumları arasında anlamlı farklılık tespit edilmiş ve yaş ilerledikçe cinsel yaşamın daha problemlilerle ilişkilendirildiği bulunmuştur (Güleroğlu ve Beşer, 2014). Sadi ve Aksu'nun çalışmasında gebelik dönemi libido skorları bakımından yaş grupları arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Buna göre 15-24 yaş aralığındaki kadınların gebelik dönemi libido skoru diğer gruptaki kadınların skorundan anlamlı derecede daha yüksek olduğu bulunmuştur (Sadi ve Aksu, 2014). Ahmed ve arkadaşlarının Mısırlı 451 kadın üzerinde yaptığı prospektif kohort bir çalışmada yaş ilerledikçe gebelikte cinselliğin negatif etki gösterdiği bulunmuştur (Ahmed ve ark. 2014). Faisal ve arkadaşlarının 831 gebe kadın üzerine yaptıkları çalışmada yaş ilerledikçe cinsel ilişki

sıklığının azaldığını bulmuşlardır (Faisal ve ark, 2013).Özkan ve arkadaşlarının çalışmasında 21-29 yaş grubundaki gebelerin lubrikasyon, orgazm ve doyum puanlarının 30 ve üzeri yaş grubundakilere göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Özkan ve ark 2009). Gökyıldız ve Beji'nin çalışmasında gebe kadınların yaşları ile gebelik dönemi libido durumları arasındaki ilişkiye bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Gebelik süresince 19-29 yaş grubunun libido durumlarının daha fazla olduğu bulunmuştur (Gökyıldız ve Beji, 2005). Çalışmamızdaki bulgular da literatürdeki bulgularla paralellik göstermektedir.

Katılımcıların eğitim durumları ile cinsel doyum düzeylerine bakıldığında arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ). Cinsel doyum puan ortalaması en yüksek olan grup okuryazar olmayan grup olarak karşımıza çıkmaktadır (ort=57,40). Cinsel doyum düzeyi olarak en iyi olan grup lisans mezunlarıdır (ort.=36,03). Lisansüstü eğitime sahip olan gebelerin cinsel doyum puan ortalaması 44 olarak tespit edilmiştir. Okuryazar olmayanlar ile ortaokul, lise ve lisans mezunu olanlar arasında farklılık bulunmaktadır ( $p<0,05$ ). Okuryazar olmayanların cinsel doyum ortalamaları diğer gruplara kıyasla daha yüksektir. İlkokul mezunları cinsel doyum ortalama puanları ortaokul, lise ve üniversite mezunlarından anlamlı düzeyde daha yüksektir ( $F=7,047$ ;  $p<0,05$ ).Ortaokul eğitim seviyesine sahip olan gebelerin cinsel doyum ortalama puanları üniversitesi mezunu olanlara kıyasla daha yüksektir ve arada anlamlı farklılık tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ). Kırıkkaleli ve Vural'ın çalışmasında ilköğretim mezunu olan gebe kadınların gebelik öncesi cinsel yaşam kalitesi, artan eğitim durumundaki (lise, lisans ve master/doktora mezunu) gebe kadınlara göre daha düşük olduğu bulunmuştur (Kırıkkaleli ve Vural, 2015). Sadi ve Aksu'nun çalışmasında gebelik döneminde libido skorları bakımından gebe kadınların öğrenim durumlarının farklı olmasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (Sadi ve Aksu, 2014). Ahmed ve ark.(2014) Mısır da yaptıkları çalışmasında eğitim durumunun cinsel yaşamı etkilemediği sonucuna ulaşılmıştır. Ege ve arkadaşları, Özerdoğan ve arkadaşlarında çalışmalarında eğitim düzeyi artıkça cinselliğin sağlıklı şekilde ilerlediğini elde etmişlerdir (Özerdoğan ve ark 2009; Ege ve ark 2010). Özkan ve ark. çalışmasında (2009), farklı öğrenim durumuna sahip gebelerin cinsel fonksiyonlarının etkilenmediği bildirilmiştir. Tunç'un çalışmasında çalışmamıza paralellik göstererek çalışmasındaki üniversite ve üstü eğitime sahip olan gebelerin cinsel doyum puanlarının sağlıklı sınırdan olduğunu lise ve alt eğitime sahip olanların ise sağlıksız alt sınırdan yer aldığı söylenmektedir (Tunç, 2006). Eryılmaz ve arkadaşlarının çalışmasında ise öğrenim durumu ile gebelerde cinsel yaşam arasında ilişki olduğu belirlenmiştir (Eryılmaz ve ark, 2004). Al Bustan ve arkadaşlarının çalışmasında ise düşük öğrenim durumuna sahip gebelerin cinsel hayatlarının daha olumlu olduğu belirtilmiştir

(Al Bustan ve ark.1995). Eğitim düzeyi arttıkça kadının cinselliğe bakışı ve aldığı haz olumlu yönde artmaktadır. Araştırma sonucumuza göre eğitimin, gebelik döneminde cinsel yaşamı etkilediği yönündedir.

## **5.2. Gebe Kadınların Cinsel Özellikleri ve Gebelik Durumları ile Cinsel Doyumlarına Ait Bulguların Tartışılması**

Libido düzeyi konusunda cinsel ilişki sıklığı bize önemli bilgi vermektedir. Libido gebelik sırasında mitler, toplumdaki topluma, kulaktan kulağa dolaşarak gelen yanlış bilgiler, fizyolojik, psikolojik ve sosyokültürel faktörler gibi birçok durumdan etkilenirken, gebelik öncesi döneme göre ciddi bir biçimde düşüş göstermektedir. Katılımcıların gebelik öncesi cinsel isteklerinin olup olmadığını incelediğimizde katılımcıların %87,5'inin cinsel istek duyduğu sonucuna ulaşılmıştır. Cinsel istek düzeyi gebelik döneminde ise %43,7'e gerilediği görülmüştür. Örneklem grubunda yapılan incelemeler sonucunda cinsel istek açısından "istekliyimdir" cevabını verenler ile "cinsel isteksizliğim var" cevabını verenler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ). İstekliyimdir cevabını verenlerin 40,38 ortalama puan ile cinsel doyum açısından daha az sorun yaşadığı ileri sürülebilir. Gebelik öncesinde olduğu gibi gebelik döneminde de cinsel istek duyduklarını ifade eden grubun cinsel istek duymayan gruba göre anlamlı farklılıkları mevcuttur ( $p<0,05$ ). Aradaki anlamlı farklılık değerlendirildiğinde cinsel istek duyanların ortalaması 38,10 iken duymayanların ortalaması 45,95 olarak tespit edilmiştir.

Katılımcıların cinsel birleşme sırasında yaşadıkları sorunları araştırdığımız bir diğer demografik soruda katılımcıların yaklaşık %74,0'ı bir sorun yaşamadıklarını belirtmişlerdir. %14,9'u "kendini istemeden kastiğini", %10,0'ı "ağrılı cinsel ilişki yaşadıklarını" belirtmişlerdir. Örneklem grubunun cinsel birleşme sırasında yaşadığı sorunlara göre cinsel doyum düzeylerinin farklılaşıp farklılaşmadığı incelendiğinde, arada anlamlı farklılık olduğu sonucuna ulaşılmıştır ( $F=6,516$ ;  $p<0,05$ ). Kendini istemeden kasanların cinsel doyum puan ortalamaları 50 olurken, ağrılı cinsel ilişki yaşayanlarda 44,50; sorun yaşamayanlarda ise; 40 olarak tespit edilmiştir. Aradaki anlamlı farkın nereden geldiği incelendiğinde kendini istemeden kasanlar ile sorun yaşamayanlar arasında, sorun yaşamayanlar lehinde olduğu tespit edilmiştir. Sadi ve Aksu'nun çalışmasında gebe katılımcıların %38,1'inin cinsel ilişki de problem yaşadığı görülmektedir. Cinsel ilişki sırasında problem yaşama sebeplerinin; %35,72'si "ağrı", %35,7'si "isteksizlik", %23,2'si "yorgunluk" olduğu bulunmuştur (Sadi ve Aksu, 2014). Gebelik sırasında cinsel ilişkide yaşanan fiziksel şikayetler üzerine çalışılan araştırmalara bakıldığında; en fazla yaşanan şikayetler yanma hissi (Erenel ve ark 2011), ağrı

(Erenel ve ark., 2011; Liu ve ark., 2013), ve yorgunluktur (Liu ve ark., 2013). Babazadeh ve arkadaşlarının İran’da yaptıkları çalışmasında bulantı ve yorgunluk gebelerde daha fazla yaşandığı ifade etmişlerdir (Babazadeh ve ark. 2013). Bello ve arkadaşları çalışmasında gebe kadınların cinsel ilişkide problem yaşama nedenleri; isteksizlik, yorgunluk ve ağrı olarak belirtmektedir (Bello ve ark. 2011) Naim ve Bhutto’nun bulgularında ise cinsel ilişki esnasında sorun yaşama sebebi %37,3 ağrıdır (Naim ve Bhutto 2000). Kısa ve arkadaşlarının çalışmasında gebelerin cinsel ilişki esnasında problem yaşama nedeninin %53,3 (Kısa ve ark, 2013) Şentürk ve arkadaşlarının bulgularında da cinsel ilişkide sorun yaşama sebebi %38,8 (Şentürk ve ark,2006), Serati ve arkadaşlarının %22,0 (Serati ve ark, 2010), Trutnovsky ve arkadaşlarının çalışmasında %17,0 (Trutnovsky ve ark. 2006) ağrı olduğunu belirtmişlerdir. Eryılmaz ve arkadaşları çalışmasında gebe katılımcıların %45,4’ünün cinsel ilişki esnasında sorun yaşama sebebinin yorgunluk olarak belirtmişlerdir (Eryılmaz ve ark, 2002).

Çalışmamızda gebelik dönemi 3 trimestere ayrılarak incelenmiş olup gebeliğin II. Trimesterinde cinsel yaşamın olumsuz etkilediği yönünde veriler elde edilmiştir. Veriler literatürlerin tersine çıkmasının nedeni olarak kadınların çoğunluğunun son trimesterde olup daha önceki trimester cinsel ilişki durumunu hatırlamaması düşünülebilir. Gebeliğin ilk trimesterde cinsel istek düzeylerinde “nasıl bir değişim olduğu” sorulduğunda, %13,4 ile arttı, %57,2 ile “azaldı” ve %29,3 ile “değişiklik yok” şeklinde olmuştur. II.trimesterde ise %49,0’da “cinsel istek azalırken”; %19,2’ünde “cinsel isteğin arttığı” sonucuna ulaşılmıştır. III.trimesterdeki cinsel istek düzeylerine bakıldığında katılımcıların %50,4’ünde “cinsel istek düzeylerinin azaldığı”, %36,0’ında “değişiklik olmadığı” ve %8,1’inde “arttığı” tespit edilmiştir. Gebeliğin I. II. ve III. trimesterlerinde bir önceki döneme göre cinsel istek düzeyleriyle yapılan kıyaslamada cinsel doyum düzeyleri incelendiğinde ise I. ve III. trimesterlerde anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir ( $p<0,05$ ). II. trimester döneminde I. trimestere göre “cinsel isteğim arttı” cevabı verenlerin cinsel doyum puan ortalamaları 36,63; “azaldı” cevabı verenlerin 43,95; “değişiklik yok” cevabı verenlerin ise 44 olarak tespit edilmiştir. Cinsel isteği artanların cinsel doyum puanları daha düşük olarak bulunmuş, cinsel doyuma daha yakın oldukları sonucuna ulaşılmıştır. Kırıkkaleli ve Vural’ın çalışmasında gebelik dönemindeki cinsel isteğin gebelik ilerledikçe azaldığı sonucuna ulaşılmıştır (Kırıkkaleli ve Vural, 2015). Rados ve arkadaşları Hırvatistan da III.trimesterde olan 150 gebe kadının eşiyle gebelik süresince cinselliğin nasıl etkilendiğini araştırmışlardır. Bulgular, erkeklerin çoğunun eşinin hamilelik döneminde cinsel istek ve aktivite sıklığında azalma olduğunu göstermiştir (Rados, 2014). Sadi ve Bilen’in çalışmasında katılımcıların %93.3’ü

gebelik öncesi cinsel istek duyarken bu oran gebelikte %60'a düşmüştür. Trimesterler ilerledikçe cinsel istek ve aktivitede azalma olduğunu bulmuşlardır (Sadi ve Bilen, 2014). Efe ve arkadaşlarının çalışmasında da cinsel istek ve aktivitenin gebelik döneminde azaldığı yönünde olduğu saptanmıştır. Gebelik öncesi 3.1 olan ilişki sıklığı, gebelik döneminde 2.4'e düşerken trimesterler ilerledikçe cinsel istek ve ilişki oranında azalma olduğu görülmüştür (Efe ve ark, 2014). Rados ve arkadaşlarının çalışmasında, kadınların gebelik öncesi döneme göre %79.3'ünün cinsel ilişki sıklığında azalma olduğu, %41'inin cinsel ilişkide son bir ayda bulunmadıkları ifade etmişlerdir (Rados ve ark. 2014). Liu ve arkadaşlarının Tayvan da yaptıkları bir çalışmada, kadınlar gebeliğin I. trimesterinde ayda 1.7 kez, II. trimesterinde ayda 1.6 kez, III. trimesterinde ayda 0.4 defa cinsel ilişkide bulduklarını ifade etmişlerdir. Katılımcı gebelerin %22.6'sının cinsel ilişki sıklığının III. trimesterde azaldığını, %9.7'sinin cinsel ilişkisinde değişiklik olmadığını, %64.5'inin cinsel ilişkide bulunmadıklarını bulmuşlardır (Liu ve ark, 2013). Babazadeh çalışmasında, gebelik süresince cinsel istekte ve cinsel ilişki sıklığında % 69.7'den % 81.82'e azalma olduğunu bildirmiştir. Bununla birlikte cinsel istek kadınların % 18.2'sinde artmıştır (Babazadeh ve ark, 2013). Torkestani ve arkadaşlarının İranlı gebe kadınlar üzerinde yaptıkları bir çalışmada, gebelerin I. trimesterde %36.8'inin haftada bir kez, %32.9'unun II. trimesterde ayda bir kez, gebelerin %49.7'sinin III.trimesterde cinsel ilişkide bulunmadığı bulmuşlardır (Torkestani ve ark, 2012) Şentürk ve arkadaşlarının çalışmasında da gebelik döneminde cinsel ilişkinin azaldığı yönünde sonuçlara ulaşmıştır (Şentürk ve ark, 2006) Bello ve arkadaşları hamilelik boyunca libidonun arttığını ancak orgazmada azalma olduğunu bulmuşlardır (Bello ve ark, 2011). Başka bir çalışmada, gebelik tespit edildiği andan itibaren cinsel isteğin doğrusal bir şekilde azaldığı saptanmıştır. Yine aynı çalışma kadınların %5.1'inin I.trimester, %13.4'ünün II.trimester ve %58.6'sının III.trimesterde hiç cinsel ilişkide bulunmadığını göstermektedir (Erenel ve ark, 2011). Yangın ve Eroğlu'nun çalışmasında kadınların cinsel yaşamında, istek ve aktivitede gebelik öncesi döneme göre değişiklik olduğu ve trimesterler ilerledikçe bu değişikliğin arttığını bulmuşlardır (Yangın and Eroğlu, 2011). 81 çifti içeren bir çalışmada gebeliğin her üç trimesterinde de cinsel istekte azalma bildirmiştir (Pauleta ve ark 2010). Özkan ve arkadaşlarının çalışmasında gebelerin gebelik dönemindeki cinsel ilişki sıklıkları incelenmiş ve büyük çoğunluğunun (%61,7) haftada 1-2 kez cinsel ilişkide bulduklarını ve cinsel istek ve aktivitenin gebelik sürecinde azaldığını rapor etmişlerdir. (Özkan ve ark. 2009).

### **5.3. Gebe Kadınların Cinsel Yaşam İfadesi ile Cinsel Doyumlarına Ait Bulguların Tartışılması**

Gebelik döneminde cinsel yaşamın ne ifade ettiği bulguları incelendiğinde %44.2 katılımcıdan cevap alınmıştır. Katılımcıların yaklaşık %10'u "cinsel yaşamın bir şey ifade etmediğini" belirtmişlerdir. "Gerekli" olduğunu ifade edenlerin oranı %8,1 iken "gereksiz" olduğunu ifade edenlerin oranı %6,2'tir. Katılımcıların yaklaşık %20'si ise "bebeğe bir şey olacak diye endişeliyim", "bebeğe zarar gelir", "günah olduğunu düşünüyorum" ve "yaşamın bir parçası" olduğunu ifade etmişlerdir. Can Gürkan ve arkadaşlarının (2007) 163 gebe kadınla yaptıkları çalışma sonucunda katılımcıların %55,6'sı gebelik döneminde cinsel ilişki deneyimlemenin doğal ve normal bir durum olduğunu ifade etmiş, %44,4'ü ise gebelikte ilişki yaşamaya olumlu bakmadığını bildirmişlerdir. Olumsuz olanların %27,5'i gebelikte cinsel ilişkide bulunmanın berbat bir şey olduğunu söylerken, %6,9'u da bebeğe zarar verebileceği için cinsel ilişki yaşamaya karşı olumsuz düşündüklerini belirtmişlerdir (Can Gürkan 2007).

Katılımcıların %24'ü gebeliği öğrendikten "1 hafta sonra" cinsel birleşme yaşadıklarını ifade etmişlerdir. "2 hafta sonra" cinsel birleşmede bulunanların oranı %7,20; "hatırlamıyorum" diyenlerin oranı %7,21; "1 ay sonra" cinsel birleşmede bulunanların oranı %6,80 "3 ay sonra" birleşmede bulunanların oranı %3,37 ve "1 gün sonra" cinsel birleşim yaşayanların oranı %2,40 olarak tespit edilmiştir. Sadi ve Aksu'nun çalışmasında gebe kadınların %39,2'si gebelik öğrenildikten sonraki 1 hafta içinde, %32,9'u ise 7 hafta içinde veya daha sonra ve %27,8'i 2-6 hafta içinde cinsel ilişkiye girdikleri bulunmuştur (Sadi ve Aksu,2014). Gökyıldız ve Beji'nin çalışmasında eşlerin %53,3'ü hemen %16,7'si 1-2 hafta içinde ve %6'sı 4 hafta sonra cinsel ilişkide bulduklarını ifade etmişlerdir (Gökyıldız ve Beji, 2005).

#### **5.4. Gebelikte Cinsel İlişki Korku Durumları ile Cinsel Doyumlarına Ait Bulguların Tartışılması**

Literatürlere göre gebelik öncesinde cinsel yaşamdaki sorunların sebepleri arasında cinsel birleşmede ağrı yaşaması, kendini istemeden kasma gibi şikayetler gözlemlenirken, gebelikte cinsel çekiciliğini kaybetme algısı, fetüse zarar verme duygusu, çifte zor gelme, yorgunluk, depresyon ve babanın bilinçaltı çatışmaları gibi şikayetleri gösterilmektedir (Tunç, 2005; Kerdarunsuksri ve Manusirivithaya, 2010 ; Isajeva ve ark, 2012; Sadi ve Aksu, 2014; Baabazadeh ve ark, 2013; Kırıkkaleli ve Vural, 2015; Rados ve ark. 2015).

Çalışmamızda gebelerin %15,3'ü gebelik öncesi "cinsel ilişki korkusu" duyduklarını ifade ederken, %84,6'sı böyle bir "korku yaşamadıklarını" belirtmişlerdir. Gebelik öncesinde cinsel korku yaşayanlar ile yaşamayanlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ). Gebelik öncesi cinsel korku yaşayanların cinsel doyum ölçeğinden aldıkları ortalama puan



yaşamayanlara kıyasla daha yüksektir. Başka bir ifade ile cinsel korku yaşayanlar cinsel doyumuna daha uzaktır denilebilir. Katılımcıların cinsel birleşme sırasında yaşadıkları sorunlar incelendiğinde katılımcıların yaklaşık %75'i bir "sorun yaşamadıklarını" ve yaşayanların ise %14,9'u "kendini istemeden kastediğini", %10,1'i "ağrılı cinsel ilişki yaşadıklarını" ifade etmişlerdir. Cinsel ilişki korkusu gebelik döneminde %50'ye çıkarken yaşanan korkunun en büyük sebebinin %31 ile "bebeğe zarar vermesi" olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Diğer bir neden %6,8 ile "bebek doğar" olarak tespit edilmiştir. Katılımcılardan alınan cevaplardan bazıları şu şekilde sıralanmaktadır: "ağrılı olduğu için", "düşük olabilir", "bebek duyar", "bebeğim hisseder diye düşünüyorum", "canım acıyor ve korkuyorum", "daha önce düşük yaptım", "doğum başlar", "doğumuma az kaldı", "eşim korkuyor", "gebe olduğum için", "günah, bebeğe zararı var", "karnım kasılıyor" ve "nefes almakta zorluk çektiğim için"dir. Kırkkaleli ve Vural'ın çalışmasına katılan gebelerin %17,5 gebe gebelikte cinsel ilişkiyi tehlikeli bulmuştur, tehlikeli bulma sebepleri ise %63,3 düşük riski, %50,0 enfeksiyon riski, %43,3 erken doğum riski, %43,3 kanama riski, %40,0 ağrı olarak bulunmuştur (Kırkkaleli ve Vural, 2015). Rados ve arkadaşlarının gebe kadınların eşleriyle yaptıkları çalışmasında gebelikte cinsel ilişki korkusunda yine fetüse zarar verebilme düşüncesinin büyük bir etken olduğu bulunmuştur (Rados ve ark, 2015). Sadi ve Aksu'nun yapmış oldukları çalışmada kadınların %8,6'sı gebelik döneminden önce cinsel ilişkiden korkarken gebelik döneminde bu durum %51,4'e yükselmiştir (Sadi ve Aksu, 2014). Rados ve arkadaşları çalışmasında gebelikte cinsel ilişki korkusunun en büyük etkilerinden birinin fetüse zarar vereceği korkusu olduğunu bulmuşlardır (Rados ve ark. 2014). İran'da yapılan bir çalışmada kadınların %65,2'sinin gebelikte yaşanan cinsel ilişkinin fetüsün yaralanmasına neden olacağını düşündüğü için gebelikte cinsel ilişki korkusu yaşamakta olduğu, bazılarının ise cinsel ilişkiyi kabul etmenin cinsel suçlamayı önlediğini ifade etmişlerdir (Baabazadeh ve ark. 2013). Koyun'un çalışmasında gebelerin %59,0'ı cinsel ilişkinin gebelik süresince bebeğe zarar vereceğini düşündükleri saptanmıştır (Koyun, 2012). Isajeva ve arkadaşlarının çalışmasında gebelerin %79,8'i gebelikte cinsel ilişkiyi tehlikeli bulurken tehlikeli bulma sebepleri arasında %42,6 düşük, %37,2 kanama, %41,5 genital sistem enfeksiyonları, %12,8 bebeğe zarar verme, %12,8 bebeğin enfeksiyonu olarak sıralanmaktadır (Isajeva ve ark, 2011). Tayland'ta yapılan bir çalışmada, gebe kadınların %47,0'sinin gebelikte yaşanan cinselliğin bebeğe zarar vereceği düşüncesinde oldukları bulunmuştur (Kerdarunsuksri ve Manusirivithaya 2010). Bartellas ve arkadaşlarının araştırmasında da gebelerin %49,0'unun gebelikte cinselliğin gebeliğe zarar verebileceği konusunda endişeli oldukları ifade etmişlerdir (Bartellas ve ark. 2000). Eryılmaz ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmalarında gebelerin %61,4'ü gebelikte cinselliği riskli

bulduklarını ifade etmiştir riskli bulma durumları arasında ise gebe kadınların %45,0'i ise düşük korkusu,%49,2'si cinsel ilişki esnasında bebeğe zarar verme endişesi yaşadıkları , %34,0 gebe kadın ise cinsel ilişkinin erken doğumu başlatacağı korkusunu taşıdığı bildirilmiştir yine aynı çalışmada gebe kadınların %49,2sinin koitusta ağrı nedeniyle cinsel ilişkiyi istemedikleri bulunmuştur (Eryılmaz ve ark 2004). Naim ve Bhutto'nun Pakistanlı gebe kadınlar üzerinde yaptığı bir çalışmada; gebelerin %37,3'ü cinsel ilişki sırasında ağrı yaşadıklarını ifade etmiştir (Naim ve Bhutto 2000). Başka bir çalışmada da özellikle III.trimesterde koital aktivite esnasında bebeğe zarar verme korkusu katılımcıların %6,62'sinde görüldüğü saptanmıştır (Sydow 1999). Bartellas ve arkadaşlarının çalışmasında, gebelerin %49'u, Güler ve Yıldız'ın çalışmasında ise gebelerin %68'i gebelik sırasında cinsel ilişkiyi tehlikeli bulmuştur (Güler ve ark. 1989; Bartelles ve ark.2000). Araştırmaya katılanların %71,63'ünün şu anki gebeliklerinin planlı olduğu; %27,8'inin planlı olmadığı sonuçlarına ulaşılmıştır. Cinsel doyum ölçeği ile planlı gebelik durumu arasında yapılan anlamlı farklılık olduğu sonucuna ulaşılmıştır ( $p<0,05$ ). Gebeliği planlı olanların cinsel doyum ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları daha düşüktür. Başka bir ifade ile cinsel doyum ölçeği açısından doyuma daha yakındır. Sadi ve Aksu'nun çalışmasına katılan kadınların %93,3'ü şu an ki gebeliğini istediklerini ifade etmişlerdir (Sadi ve Aksu, 2014).Tunç'un çalışmasında gebeliğin planlı olması cinsel doyum üzerinde anlamlı etkisinin olduğunu bulmuştur (Tunç, 2006).

### **5.5. Gebelikteki Fiziksel Değişim İle Cinsel Doyumlarına Ait Bulguların Tartışılması**

Katılımcıların gebelik döneminde meydana gelen fiziksel değişimleri hakkında ne düşündüklerine dair yapılan analizler sonucunda; katılımcıların %12,0'ı “kilo aldım”, %5,2'inin “normal”, %2,8'inin “değişiklik yok”, %2,4'ünün “kilo aldım, rahatsız değilim” gibi cevaplar verdiği gözlemlenmiştir. Verilen diğer cevaplar ise şu şekildedir: “memnunum”, “kendimi beğenmiyorum”, “kilo aldım çatlaklarım var”, “kilo aldım kendimi beğenmiyorum”, “kilo aldım normal”, “değişiklik olmadı”, “fazla kilo aldım”, “kilo aldım ama normal”, “kilo aldım. Rahatsız değilim”, “mutluyum”, “önemsemiyorum”, “rahatsız değilim, “vücudumu beğenmiyorum”. Eşlerin ise gebe eşlerinin fiziksel değişim ile ilgili görüşleri; %9,61'i “rahatsız değil”, %7,69'u “normal olduğunu düşünüyor, %9,13'ü “bir şey demiyor”, %2,88'i “memnun” ve “beğeniyor”. Gelen diğer cevaplar ise; şu şekilde sıralanmaktadır: “beğeniyor”, “normal diyor”, “bilmiyorum”, “bir şey düşünmüyor”, “kilo aldığımı söylüyor”. Rados ve arkadaşlarının 150 gebe üstünde yaptıkları çalışmasında beden imajı ve benlik saygısının cinsel doyumla ilişkili olduğunu ileri sürmüşlerdir (Rados ve ark, 2014). Jamali ve Mosalanejad'ın İran'da yaptıkları bir çalışmada, kadınların %61,9'unun cinsel çekiciklerinin gebelik süresince

azaldığına inandıklarını ifade etmektedir (Jamali and Mosalanejad, 2013). Gebelik döneminde oluşan fiziksel farklılıklar kadının kendisini çirkin, caibesiz hissetmesine ve farklı algılamasına sebep olabilmektedir. Babacan ve arkadaşlarının çalışmasında beden imajının gebelik döneminde fiziksel değişimlere bağlı olarak cinsel disfonksiyonda artmaya sebep olduğu yapılan araştırmalarda belirtilmiştir (Babacan ve ark, 2011). Chang ve arkadaşlarının Tayvanlı gebe kadınlar üzerinde yaptıkları bir çalışmada, gebelik süresince beden imajının cinsel aktiviteyi, doyumunu, ilişkiyi ve cinsel isteği negatif etkilediğini belirtilmiştir (Chang ve ark, 2011). Gökyıldız ve Beji'nin çalışmasında katılımcıların eşlerinin gebelik döneminde %40,9'unun eşlerini güzel gördüklerini ifade etmişlerdir (Gökyıldız, 2001). Reamy ve White, gebeliğin toplumsal normlardan etkilendiğini ve gebe kadınların çekici görünmediklerini, gebelikte cinsel yaşamın olmaması fikrini savunduğunu bulmuşlardır (Reamy ve ark 1982).

### **5.6. Gebelikte Cinsel Yaşam Bilgisi Alma Durumuna Ait Bulguların Tartışılması**

Gebelikte cinsel yaşam ile ilgili bilgi eksikliği ve bilgi alınmaması cinsel ilişki azlığına ve yanlış düşüncelerin oluşmasına sebep olmaktadır. Çalışmamızda katılımcıların gebelik döneminde cinsel bilgi alıp almadığı incelendiğinde %53,3'ünün "cinsel bilgiler aldığı", %46,1'inin "bilgi almadığı" sonucuna ulaşılmıştır. Katılımcıların gebelik döneminde cinsel yaşamları ile ilgili bilgi aldıkları kaynaklar incelendiğinde ilk sırayı %37,2 ile "hekimler" almaktadır. İkinci en sık başvuru bilgi kaynağı ise %6,2 ile "medya" yine %6,2 ile "hemşire/ebe" olarak tespit edilmiştir. Sadi ve Aksu'nin çalışmasına gebe kadınların %37,1'i gebelikte cinsel yaşamla hakkında bilgi aldığını bu bilgilerin, %50'sini doktordan, %35'ini ebeden, %10'unu diğer kişilerden, %2,5'ini medyadan ve hemşireden aldığı bilgisine ulaşılmıştır (Sadi ve Aksu, 2014). Babazadeh ve arkadaşlarının İran'da yapmış oldukları çalışmasında gebe kadınların %24,2'sinin sadece gebelikte cinsel aktivitenin hekim ya da ebe tarafından yapılabilirliğine ilişkin bilgi aldıklarını bildirmişlerdir (Babazadeh ve ark, 2013). İran'da yapılan bir çalışmada, deney (41 kişi) ve kontrol (42 kişi) grubu olmak üzere 83 katılımcı çalışmaya alınmıştır. Deney grubuna cinsel eğitim, kontrol grubuna ise beslenme eğitimi verilmiştir. Deney grubunda cinsel istek, doyum, orgazm, ağrı uyarılma ve librikasyon puanlarında olumlu yönde artma gözlemlenirken; kontrol grubunda eğitim öncesi ve sonrasında değişiklik gözlenmemiştir (Afshar ve ark, 2012). Tayland'da cinsellik ile ilgili bilgi düzeyinin gebelik döneminde cinselliğe olan etkisi inceleyen bir araştırmada, cinsellik konusunda eğitim alan ve eğitim almayan iki grup gebelik sırasındaki cinsel davranışlarını değerlendirmek için karşılaştırılmıştır. Cinsel eğitim alan ile almayan grup arasında cinsel istek, ilişki sıklığı, doyum, uyarılma, orgazm arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır

(Wannakosit and Phupong, 2010). Her iki grupta da kadınların hiçbirisinin ilişki sıklığında artma görülmemiştir. Eğitim alan grup (%94) eğitim almayan gruba (%77) göre cinsel ilişkiyi daha fazla güvenli bulurken güvenli bulmama nedenleri arasında bebeğin zarar göreceği endişesi, kanama korkusu ve cinsel ilişkinin erken doğumu gerçekleştireceğine inanma düşüncelerinin olduğu görülmüştür (Wannakosit and Phupong, 2010). Eryılmaz ve arkadaşlarının çalışmasında, gebe katılımcıların %31,9'unun gebelikte cinsellikle hakkında bilgi almadığı saptanmıştır (Eryılmaz ve ark, 2004). Gökyıldız ve Beji'nin (2001) çalışmasında gebelerin %40,6'sının gebelik ve cinsel yaşamla hakkında bilgileri eşinden, %33,3'ünün arkadaşlarından, %24'ünün kitaplardan, %15,4'ünün sağlık personelinden, %7,3'ünün diğer kişilerden ve %6,6'sının annesinden edindiği öğrenilmiştir. Bartellas ve arkadaşlarının çalışmasında bilgi eksikliğine bağlı olarak gebelerin %49'u cinsel ilişkinin gebeliğe zarar verebileceği konusunda endişe taşıdıkları belirtilmiştir (Bartellas ve ark 2000).

### **5.7. Gebelikte Korunmasız İlişki Korkusu ve Durumuna Ait Bulguların Tartışılması**

Katılımcıların %37,0'ı “gebelik döneminde korunmasız ilişkiden korku duymaktadır”. Gebe kadınların cevapları değerlendirildiğinde 18 kişi “bebeğe zarar verebilir”, 12 kişi “doğum başlar”, 11 kişi “bebek spermi yutar” 4 kişi “kanama olur” cevapları vermişlerdir. Gelen diğer cevaplar ise şu şekildedir: “Bebek doğar”, “düşük olabilir”, “sperm bebeğe zarar verebilir”, “ablam öyle dedi korunmalıymışım”, “alışkanlık”, “bebeğe zarar verir, doğum başlar”, “bebek kirleniyor gibi hissediyorum”, “bebek sağlığı için”, “bir daha hamile kalamayacağımı düşünüyorum”, “doktor bebek varken tekrar hamile kalabilirsin demişti ondan korktum”, “enfeksiyon riski”, “hamile kaldım korunmadığım için”, “herhangi bir sorun olur diye”, “kanama olur, doğum başlayabilir”. Kadınları bazıları gebeliğin başlarında gebe kalma korkusu taşımadıklarından dolayı da rahat bir cinsel aktivitede bulunurlar ve bu süreç kadın için memnuluk dönemidir. Bu dönemde korunmasız cinsel ilişki deneyimleyen çiftlerde cinsel istekte artış görülebilirken ve orgazmın olumlu etkilenmesini sağlar. Gebelik döneminde korunması ilişki yaşamaktan korkanlar ve korkmayanlar arasında cinsel doyum açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ( $p<0,05$ ). Korku duymayanlar cinsel doyum ölçeğine göre daha düşük ortalamaya sahip olduklarından dolayı daha iyi cinsel doyum puanına sahiptirler. Sadi ve Aksu'nun çalışmasında kadınların %95,2'si gebelikte korunmasız cinsel ilişkiye girdiklerini ve bu durumun cinsel yaşamlarını etkilemediğini ifade etmiştir (Sadi ve Aksu, 2014). Yapılan bir çok araştırmada kadınların gebelik süresince cinsel ilişkide bulunmama sebepleri arasında bebeğe zarar vereceği düşüncesi başta yer alırken (Pauleta ve ark. 2010; Yangın ve Eroğlu, 2011; Erenel ve ark. 2011; Babazadeh ve ark.2013; Liu ve ark.

2013; Jamali ve Mosalanejad 2013; Rados ve ark. 2014; Rados ve ark. 2015), gebelik esnasında cinsel ilişkiyi tehlikeli olduğuna inanma (Torkestani ve ark.2012; Liu ve ark 2013), ilişkinin erken doğumu başlatacağı (Pauleta ve ark. 2010; Rados ve ark.2015), düşüğe sebep olacağı fikrine inanma (Pauleta ve ark. 2010; Babazadeh ve ark. 2013; Liu ve ark. 2013; Jamali ve Mosalanejad,2013), günah olduğuna inanma (Yangın ve Eroğlu,2011;Jamali and Mosalanejad, 2013) gelmektedir.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Gebelerin cinsel doyumlarını ve gebelikteki cinselliği etkileyen etmenleri belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada gebelik döneminde gebelerin cinsel yaşamlarının hangi değişkenlerden ve ne biçimde etkilendiği araştırılmış ve şu sonuçlara ulaşılmıştır;

- Evlilik yaşının gebelikte cinsel yaşamı etkilediği, özellikle 15-24 arası ve 45 yaş üzeri olan kadınların gebelik döneminde cinsel sorunlar yaşadığı görülmektedir
- İleri yaş, düşük eğitim seviyesi, planlı olmayan gebelik,mutsuz evlilik, eşi ile iletişim problemleri yaşayan kadınlarda gebelikte cinsel ilişki sıklığının azaldığı görülmektedir.
- Eğitim seviyesi üniversite seviyesinin altında olan gebelerde cinsel doyum, orgazm, kaçınma, dokunma ve cinsel iletişim düzeylerinde olumsuzluk olarak artış görülmektedir.
- Planlı gebelik olup olmama durumunda cinsel doyum üzerinde etkili bir faktör olarak görülmektedir.
- Gebeliğin cinsel yaşam ve cinsel doyum üzerinde etkisi bulunmaktadır. Trimester ilerledikçe cinsel doyum düşmekte ve cinsel problemlerde artış görülmektedir.
- Gebelikteki cinsel ilişki sıklığında gebelik öncesine göre düşme görülmektedir ve cinsel ilişki sıklığı cinsel yaşam üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmaktadır.
- Evlilik öncesi sahip olunan cinsel bilginin cinsel doyum ve cinsel iletişim konularında pozitif etkiye sahip olduğu görülürken, bilgi eksikliği olan gebelerin cinsel doyum ve iletişim konusunda problem yaşadıkları görülmektedir. Gebelik öncesi cinsel yaşamın kalitesi gebelik dönemindeki cinsel yaşamı anlamlı derecede etkilemektedir.
- Cinsel bilgiye sahip olunan kadınların sahip olmayan kadınlara göre daha fazla cinsel problem yaşadığı görülmektedir.

- Gebelik döneminde kadınların cinsel ilişkide bulunmama sebepleri arasında ilk sırada bebeğe zarar verme düşüncesi olduğu ve bu durumun cinsel doyum, orgazm, dokunma, iletişim ve kaçınma da sorunlara yol açtığı görülmektedir.
- Fiziksel farklılıklara bağlı olarak beden imajının cinsel yaşamı olumsuz etkileyerek, cinsel disfonksiyonda artmaya sebep olduğu anlaşılmaktadır.
- Gebelik döneminde cinsel disfonksiyonda artma, orgazm, lubrikasyon, cinsel istek ve uyarılmada azalma ile karşılaşıldığı görülmektedir,

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Cinsellik, gebelik döneminde olumsuz etkilenmekte ve cinsellik konusunda pek çok sorun ortaya çıkmaktadır. Ülkemizde cinsellik konuşulması günah, ayıp ve tabu olarak görülen bir konu haline gelmiştir. Gebelik döneminde ise bu tabu durumun konuşulması güç bir duruma gelirken, uzmanlardan profesyonel yardımlar alınmamaktadır ve gebeler sorunlarını sağlıksız kaynaklardan elde ettikleri bilgilerle gidermektedirler. Onun için bu durum dikkate alınmalıdır.
- Cinsel bilgiye sahip olmayan kadınların gebelik dönemindeki cinsel yaşamını, kalitesini anlamlı derecede etkilediği ve ciddi sorunlara yol açtığı görülmektedir. Bu durumda cinsellik konusundaki eğitim önemli bir boyuta gelmektedir. Gebelik dönemindeki bu sorunları azaltmak için hastanelerin ve birinci basamak tedavi merkezlerinin gebelik bölümlerinde cinsel eğitim ve danışmanlık hizmeti ve eğitimi verilmesi gerekmektedir. Gebelikte oluşabilecek yakınmalar ve bu yakınmaların cinselliğe olan etkisi aynı zamanda yanlış inanışların giderilmesi hakkında da hem kadınlara hem eşlerine eğitim verilmelidir.

## KAYNAKLAR

- Adinma, JIB. (1995). Sexuality in Nigerian pregnant women: perception and practice *Aust NZJ Obstet Gynaecol*, 35 (3),290-293.
- Afshar, M., Mohammad-Alizadehcharandabı, S., Merghtı-Khoeı, E. ve Yavarıkıa, P. (2012). “The Effect Of Sex Education On The Sexual Function Of Women İn The First Half Of Pregnancy: A Randomized Controlled Trial”. *Journal Of Caring Sciences*, 1 , 173-181.
- Ahmed, M.R., Madny, E.H. ve Sayed Ahmed, W.A. (2014). Prevalence Of Female Sexual Dysfunction During Pregnancy Among Egyptian Women. *The Journal Of Obstetrics And Gynaecology Research*, 40, 1023-1029.
- Albaugh ,JA. ve Kellogg-Spadt, S. (2002). Duyulara Odaklanma Ve Bunun Cinsel Disfonksiyon Tedavisindeki Rolü. *Urology Nursing* , 22 (6), 402-403.
- Al Bustan, MA.,El Tomi NF., Faiwalla MF. ve Manav, V. (1995).Maternal Sexuality During Pregnancy And After Childbirth İn Muslim Kuwaiti Women. *Archives of Sexual Behavior* ,24 (2), 207-215.
- Altendeder, RR. ve Hartzell, D. (1997).Adressing Couples’ Sexuality Concerns During The Childbearing Period: Use Of The PLISSIT Model. *Journal of Obstetric. Gynecologic and Neonatal Nursing (JOGNN)*, 26 (6), 651-658.
- American Psychiatric Association (APA)(2013). Sexual dysfunctions. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th edition.
- Arlington VA. American Psychiatric Publishing. American Psychiatric Association (2013). DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders. 5th edition. American Psychiatric Press, USA.
- Arıca, SG., Alkan, S., Bali, S., Mansuroğlu, Y. E. ve Özer, C. (2012). Gebeliğin Cinsel Yaşam Üzerine Etkileri. *Turkish Family Physician*, 2(3), 19-24.
- Aslan, G., Aslan, D., Kızılyar, A., İspahi, Ç. ve Esen, A. (2005). Prospective analysis of sexual functions during pregnancy. *International Journal of Impotence Research*, 17 (2),154-157.

Avcı,N. ve Beji ,NK.(2011). Toplumlarda Cinselliğe Bakış, Etkileyen Faktörler. *Türk Androloji Derneği,Androloji Bülteni*,45,155-160.

Aygin,D. ve Aslan,FE. (2008).Meme kanserli kadınlarda cinsel işlev bozukluklarının incelenmesi. *Meme Sağlığı Dergisi* , 4 (2),105-114.

Ayaz,S. ve Kubilay G.(2008). Effectiveness Of The PLISSIT Model For Solving The Sexual Problems Of Patients With Stoma. *Jernoul Clinic Nursing*, 18,89–98.

Arıca, SG., Alkan, S., Bali, SY., Mansuroğu, E. ve Özer, C. (2012). Gebeliğin Cinsel Yaşam Üzerine Etkileri (The Effect Of Pregnancy Over Sexual Life). *Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Hatay Narlıca 2Nolu Aile Sağlığı Merkezi*, 2(3),19-24.

Babacan,G., A.,Çevik, N., Hataf Hyusni S., Biçen, Ş., Keskin, G. Ve Tuna MA. (2011). Gebelikte Benlik Saygısı ve Beden İmajı ile İlişkili Özellikler.*Anadolu Tıbbi Araştırmalar Dergisi*, 5,7-14.

Babazadeh, R., Najımabadı K.M. ve Masomı, Z. (2013). Changes İn Sexual Desire And Activity During Pregnancy Among Women İn Shahroud, Iran. *International Journal Of Gynaecology And Obstetrics*, 120,82-84.

Baram, D. (1998). Cinsellik ve Cinsel Fonksiyon. Ankara: Nobel kitabevi.

Bartellas,E.,Crane,JMG.,Daley,M.,Bennett,KA. ve Hutchens,D.(2000).Sexuality and sexual activity in pregnancy.*British Journal of Obstetrics and Gynaecology*,107(8), 964-8.

Basson,R. (2000). Highlights from the Second International Consensus on Sexual Dysfunctions, Paris.ISSWSH (International Society for the Study of Women’s Sexual Health) Annual Meeting Proceedings.16–19 October Amsterdam:Hollanda.

Başaran,M. (2008). Pelvik anatomi. Kadın Hastalıkları Doğum. Ankara: 2. Baskı Alkım Basım Yayın Limited Şirketi, s.83-118.

Bello, F.A., Olayemı, O., Aımakhu, CO., ve Adekunle, AO. (2011). Effect Of Pregnancy And Childbirth On Sexuality Of Women İn Ibadan, Nigeria.*International Scholarly Research Network Obstetrics And Gynecology*, p:1-6.



Bilen, SZ. ve Aksu, H. (2016). Gebelikte Eşlerin Cinsel Yaşamı Ve Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*,19(2),128-138.

Biröl, L. (2005). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık.

Bitzer,J. ve Alder,J. (2000).Sexuality During Pregnancy and the Postpartum Period..*Jornoul of Sex Education and Terapy*,25(1),49-59.

Bhugra,D. ve Padmal,S.(1995).Psychosexual Medicine.*Internatianal Review of Psychiatry*,7(2).

Bozdemir, N. ve Özcan, S. (2011). Cinsellik ve cinsel sağlığa genel bakış. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 5(4),37-46.

Caner,E.(2004).Kıtlığın Paylaşılması,Kutsal Fahişeden Bakire Meryem'e Toprak ve Kadın,Su yayınları,1.baskı

Chang, S.R.,Chhen,K.H.,Lin,H.H. ve Yu,H.J.(2011).Comparison of Overall Sexual Function, Sexual Intercourse/ Activity, Sexual Satisfaction, and Sexual Desire During the Three Trimesters of Pregnancy and Assessment of Their Determinants.*The Journal of Sexual Medicine*, 8 ,2859-286.

Chang, S.R., Ho, H.N., Chen, K.H., Shyu, M.K., Huang, L.H. ve Lin, W.A.(2012). Depressive Symptoms as a Predictor of Sexual Function During Pregnancy.*The Journal of Sexual Medicine*, 9,2582-2589.

Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği (CETAD) (2007). Kadın Cinselliği. Erişim Tarihi: 02.02.2016,[http://www.cetad.org.tr/CetadData/Book/26/269201116550-bilgilendirme\\_dosyasi\\_5.pdf](http://www.cetad.org.tr/CetadData/Book/26/269201116550-bilgilendirme_dosyasi_5.pdf).

Crenshaw,TL. ve Goldberg,JP.( 1996). Sexual aspects of neurochemistry. In: Crenshaw TL, Goldberg JP (Eds), *Sexual pharmacology: drugs that affect sexual function*. New York: Norton; p: 37-61.

Çam,O. ve Gümüş, AB.(2006). Meme kanserli kadınlar için duygusal destek odaklı hemşirelik girişimleri. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*; 10 (3), 52-60.

Çalık,K.Y. ve Aktaş,S. (2011). Gebelikte Depresyon: Sıklık, Risk Faktörleri ve Tedavisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*.*Current Approaches in Psychiatry* ,3(1),142-162

Çavaş, S. (2008). Cinsel işlev bozuklukları polikliniğine başvuran vajinismus ve prematür ejakülasyon olgularında psikiyatrik komorbiditenin araştırılması. Bakırköy Ord. Prof.Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi. Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul, (Danışman: Doç. Dr. Medaim YANIK).

Dameron,G.W.(1992).Sexuality,Principles and Practise of MEDical Therapy in Pregnancy,Ed.:N.Gleicher,Secand Edition.

Demirezen,E.(2006). Birinci Basamakta Kadın Cinselliğinin Değerlendirilmesi. *STED*,15(5),81

Dickason, E. J., Schult, M. O. ve Silverman, B. L. (1990). *Maternal-Infant Nursing Care*. St. Louis: The C.V. Mosby Company.

Donaldson MS, Yordy KD, Lohr KN, Vanselow NA. (1996). Definition of Primary Care. *Primary Care: America's Health in a new area*. Washington, DC: National Academy Press. Erişim: <http://www.nap.edu/openbook.php?isbn=0309053994>. Erişim tarihi: 01.04.2017.

Donnelly,DA.(1993).Sexually inactive marriages. *Jernoul Sexsual Res* , 30,171-179.

Ege,E., Akın,B., Yaralı,A.S. ve Bilgili,N. (2010).Sağlıklı kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu sıklığı ve risk faktörleri. *Tüfav Bilim Dergisi*,3(1),137-144

Efe, H. (2006). Gebeliğin Kadın Cinselliği Üzerindeki Etkileri.Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi.Uzmanlık Tezi, İstanbul.

Efe, H., Bozkurt, M., Sahın, L., Mutlu, M.F., Apı, M. ve Cetin, A., (2014).The Effects Of Pregnancy On The Sexual Life Of Turkish Women.*Proceedings In Obstetrics And Gynecology*, 4,1-11.

Elnashar,AM., El-Dien,I.M, El-Desoky,M.M., Ali,OM, El-Sayd Mohamed Hassan,M.(2007).Female sexual dysfunction in Lower Egypt. *BJOG An International Journal of Obstetrics and Gynaecology* ,114 (2), 201-216.

Erenel, S.A., Eroglu, K., Vural, G. ve Dılbaz, B. (2011). A Pilot Study: In What Ways Do Women İn Turkey Experience A Change İn Their Sexuality During Pregnancy?. *Sexuality And Disability*, 29,207-216.

Erol,B., Sanli,O, Korkmaz,D., Seyhan,A., Akman,T. ve Kadioğlu,A.(2007).A cross-sectional study of female sexual function and dysfunction during pregnancy. *Journal of Sexual Medicine*, 4 (5),1381-1387.

Ertem,G. ve Sevil,Ü.(2010).Gebeliğin cinselliğe etkisi.*Dirim Tıp Gazetesi*, 85(1),40-47.

Eryılmaz, G., Ege, E. ve Zincir, H.(2004). Factors affecting sexual life during pregnancy in eastern Turkey. *Gynecologic and Obstetric Investigation*, 57 (2),103-108.

Farnam,F., Janghorbani,M., Raisi,F. ve Merghati-Khoei,E.(2014) Compare the effectiveness of PLISSIT and sexual health models on women's sexual problems in tehran, iran: a randomized controlled trial. *Jernoul Sexsual Medicine*, 11,2679-2689

Faisal-Cury, A., Huang, H., Chan Y.F. ve Menezes, P.R. (2013).The Relationship Between Depressive/Anxiety Symptoms During Pregnancy/Postpartum And Sexual Life Decline After Delivery.*The Journal Of Sexual Medicine*, 10,1343-1349.

Fok, WY., Chan, LY. ve Yuen, PM. (2005).Sexual behavior and activity in Chinese pregnant women. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 84 (10), 934-938.

- Foucault,M.(2003).Cinselliğin Tarihi. İstanbul: Ayrıntı Yayınları.
- Foucault,M.(2007). Histoire de la sexualite. 2. Baskı. Çev: Hülya Uğur Tanrıöver. İstanbul, Ayrıntı Yayınları,122-287.
- Freud,S.(1966). Beş Konferans ve Psikanalize Toplu Bakış, Ed.:K.Şipal,Cem Yayınevi, 3.baskı.
- Gillian,A.(1997).Womens's Sexual Health. Ed. G Andrews, B Tindall, London.p:111-131.
- Gökyıldız,Ş. ve Beji,NK.(2001).Gebeliğin cinsel yaşam üzerindeki etkileri. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. İstanbul, Türkiye.
- Gökyıldız, Ş.ve Beji, NK.(2005). The möneffects of pregnancy on sexual life. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 31(3),201-15.
- Güler,K. ve Yıldız, A.(1989). Gebelerin cinsel yaşamları ile ilgili epidemiyolojik bir çalışma. *Hemşirelik Bülteni*,3(14),45-50.
- Güler,T.C.(2006). Doğurgan Çağda Kadınlarda Görülen Üriner İnkontinansın Sağlık, Sosyal, Seksüel ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisinin İncelenmesi. Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı. Yüksek lisans Tezi, Denizli, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Nesrin YAĞCI).
- Guleroglu,FT. ve Beser,NG.(2014). Gebe kadınlarda seksüel fonksiyonların değerlendirilmesi. *The Journal of Sexual Medicine* ,1(1) ,146–153.
- Gülsün,M., Ak,M. ve Bozkurt,A.(2009). Marriage and sexuality from a psychiatric point of view. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar Current Approaches in Psychiatry*,1(1),68-79.
- Gürkan,ÖC.(2007). Gebelik döneminde cinsellik nasıl etkileniyor? *AndrolojiBülteni*, 28(1),80-85.
- Güvel,S.(2004).Kadın Cinsel Disfonksiyonun Epidemiyolojisi.Erkek Kadın Cinsel Sağlığı.Türk Androloji Derneği Yayınları,Eds: A. Kadioğlu,M.Başar, B. Semerci, İ.Oran, R. Aşçı, M.Ö.Yaman, S.Çayan, M.F.Usta, M.Kenderci,İstanbul.
- Haboubi,NH. ve Lincoln,N. (2003).Views of health professionals on discussing sexual issues with patients. *Disability and Rehabilitation*,25 (6),291-296.
- Henson,HK. (2002).Meme kanseri ve cinsellik. *Sexuality and Disability* , 20 (4),261-275.
- Herschorn,S. (2004). Female pelvic floor anatomy: the pelvic floor, supporting structures, and pelvic organs. *Review Urology*, 6(5), 2-10.
- Hoeman, S. (1996). Rehabilitation Nursing: Sexuality Education and Counseling. (2. Bs.). St.Louis: Mosby.
- Hogan,RM. (1980)Human Sexuality A Nursing Perspective. Newyork: AppletonCentury-Crofts; . p: 469-484.

- Incesu, C. (2004). Cinsel İşlevler ve Cinsel İşlev Bozuklukları. *Klinik Psikiyatri*, 3(1), 3-13.
- Isajeva, J., Silkunas, M., Drasutiene, G. S. ve Bartkeviciene, D. (2012). Features of the Sexual Life during Pregnancy. *Acta Medica Lituanica*, 19(2), 67-74.
- Ishak, W. ve Tobia, G. (2013). DSM-5 changes in diagnostic criteria of sexual dysfunctions. *Reproductive System and Sexual Disorders*, 2, 122.
- Jamali, S. ve Mosalanejad, L., (2013). Sexual Dysfunction In Iranian Pregnant Women. *Iranian Journal Of Reproductive Medicine*, 11, 479-486.
- Jonhson, C.E., (2011). Sexual Health during Pregnancy and The Postpartum. *The Journal of Sexual Medicine*, 8, 1267-1284.
- Kadıoğlu, H. ve Yıldız A. (2007). Yetişkin ve akran liderli cinsel eğitimin ilköğretim 8. sınıf öğrencilerinin cinsellikle ilgili bilgi ve tutumları üzerindeki etkileri. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 7:34-44.
- Kaplan, M. (2011). The Sexuality Discussion: Tools For The Oncology Nurse. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 15 (1), 15-19.
- Kaya, F., Serin, Ö. ve Genç, A. (2007). Eğitim fakültesi birinci sınıf öğrencilerinin cinsel yaşamlarına ilişkin yaklaşımlarının belirlenmesi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6 (6), 441-448.
- Kece, C. (2015). Ağrılı Cinsel İlişki: "Disparoni". Yayınlanma tarihi: 23.06.2015  
Makale adresi: <http://www.cemkece.com.tr/m-agrili-cinsel-iliski-disparoni.html>
- Kerdarunsuksri, A. ve Manusirivithaya, S. (2010). Attitudes and sexual function in Thai pregnant women. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 93(3), 265-271.
- Kısa, S., Zeyneloğlu, S., Yılmaz, D. ve Verim, E. (2013). Evlilik Hazırlığı Yapan Çiftlerin Cinsellikle İlgili Bilgi Ve İnanışları. *Tsk Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 12, 297-306.
- Kırıkkaleli, Z. ve Vural G. (2015). Gebelerin Cinsel Yaşam Kalitesi Ve Etkileyen Faktörler. Yakındoğu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. Lefkoşe.
- Kırço, T. (2009). İnfertilitenin Cinsel Yaşam Üzerine Etkisinin İncelenmesi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul. (Danışman: Yard. Doç. Dr. Ayten Dinç).
- Kızıltepe, A. (2006). Total histerektomili kadınların benzer yaş grubundaki histerektomi olmayan kadınlarla cinsel işlevler açısından karşılaştırılması. Bakırköy Doktor Sadi Konuk Eğitim Araştırma Hastanesi. Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi, İstanbul, (Danışman: Doç. Dr. Can TÜFEKÇİ).
- Kocatepe, K. (2013). Hamilelikte cinselliğin sakıncalı olduğu durumlar, <http://www.gebelik.org/dosyalar/cinsellik2.html>. Erişim tarihi: 22 Ağustos 2013
- Kohsaka, T., Min, G., Lukas, G., Trupin, S., Campbell, E. T. ve Sherwood, O. D. (1998). Identification of Specific Relaxin Binding Cells in the Human Female. *Biol. Reprod.*, 59(4), 991-999.

- Koyun,A.(2012).Gebelikte cinsel fonksiyonların değerlendirilmesi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*,3(3),170-175.
- Kotronoulas,G., Papadopoulou,C. ve Patiraki,E.(2009).Nurses knowledge, attitudes, and practices regarding provision of sexual health care in patients with cancer: critical review of the evidence. *Support Care Cancer*, 17,479-450.
- Kömürcü, N., Demirci, N., Yıldız, H. ve Gün, Ç.(2014).Türkiye’deki Hemşirelik Dergilerinden Cinselliğe Bakış.*Bir Literatür İncelemesi. Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi*, 11 (1), 9-17.
- Kütmeç,C.( 2009). Kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu ve hemşirelik bakımı. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 12, 112–136.
- Lauman,ED., Paik,A. ve Rosen,RC.(1999). Sexual Dysfunction in the United States, Prevalance and Predictors, *JAMA* , 281 (6), 5537 - 5544.
- Laumann, EO., Gagnon, JH. ve Michael, RT.(1994).Sexual dysfunction. In: Laumann EO, Gagnon JH., Michael, RT. EDS. The social organization of sexuality. Sexual practies in the United States. 1st ed. Chicago: University of Chicago Pres, p.368-374.
- Le,J., Briggs,GG., McKeown,A. ve Bustillo,G.(2004).Urinary tract infections during pregnancy. *The Annals of Pharmacotherapy* ,38 (10),1692-1701.
- Liu, H.L., Hsu, P., Chen, K.H. (2013).“Sexual Activity During Pregnancy İn Taiwan: A Qualitative Study”.*Sexual Medicine*, 1,54-61.
- Mahmoud,A,Al Bustan, H.S.D., N.F. El Tomi, Faiwalla MF, Manav V. (1995). Maternal sexuality during pregnancy and after childbirth in Muslim Kuwaiti Women. *Architure Sexsual Behavior*,24,207-215.
- Naim, M. ve Bhutto, E.(2000).Sexuality during pregnancy in Pakistani women. *J Pak Med Assoc*,50,33-38.
- Milli Eğitim Bakanlığı. Üreme Sistemi (2012). Erişim Tarihi: 10/01/2016. İnternet Adresi:[http://www.megep.meb.gov.tr/mte\\_program\\_modul/moduller\\_pdf/%C3%9Creme%20Sistemi.pdf](http://www.megep.meb.gov.tr/mte_program_modul/moduller_pdf/%C3%9Creme%20Sistemi.pdf).
- Magnan,MA., Reynolds,KE. ve Galvin,EA.(2005).Barriers to addressing patient sexuality in nursing practice. *Medsurg Nursing*, 14,282– 289
- Malkoç, Ö. (2010). *Gebeliğin Kadın Seksüel Fonksiyonuna Etkisi*. Yayınlanmış Uzmanlık Tezi, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Kahramanmaraş.
- Masters, WB. ve Johnson, V. (1994). Human sexual behavior. In: Sayın Ü. (Eds). *İnsanda cinsel davranış*. İstanbul: Bilimsel ve Teknik Çeviri Yayınları Vakfı.
- May J.E.(2003).Sexual Disfonction and Parafili,Current Diognosis and Treatment in Psychiatry,Ed.:M.H.Elbert,P.T.Loosen,B.Nurcombe,MCGrawhill:Lang Medical Books.
- Moseley, A. (2010). A’dan Z’ye Felsefe. 2. Baskı. İstanbul: NTV Yayınları; s. 55-58.

- Murray SS, McKinney ES. (2014). Foundations of maternal-newborn and women's health nursing. 6th Ed. ABD: Elseiver Saunders.
- Naim,M. ve Bhutto,E. (2000).Sexuality during pregnancy in Pakistani women. *Journal of Pakistan Medical Association*, 50 (1), 33-38.
- Ohl,LE.(2007) Essentials of female sexual dysfunction from a sex therapy perspective. *Urologic Nursing* , 27 (1),57-63.
- O'Leary, P. B. P., Flett, P., Beilby, J. ve James, I. (1991)Longitudinal Assessment of Changes in Reproductive Hormones During Normal Pregnancy. *Clinical Chemistry*, 37(1), 667-72.
- Olsson A, Lundqvist M, Faxelid E, Nissen E. (2005). Women's thoughts about sexual life after childbirth: Focus group discussions with women after childbirth. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 19(4): 381-387.
- Onol, F., Ercan, F. ve Tarcan, T. (2006). The Effect of Ovariectomy on Rat Vaginal Tissue Contractility and Histomorphology. *Jernoul Sexcual Medicine*, 3(2), 233-41.
- Orji, E. O., Ogunlola, I. O. ve Fasubaa, O. B. (2002). Sexuality among Pregnant Women in South West Nigeria. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 22(2), 166-168.
- Oskay,Ü. ve Beji,NK.(2008). Kadın cinsel fonksiyon bozukluğu sınıflandırması, son dönemde yapılan değişiklikler ve yeni sınıflama için öneriler. *Androloji Bülteni*, 79–82.
- Öksüz,E. ve Malhan,S. (2006). Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction in Turkish women.*Jernual Urology*, 175,654-658.
- Önem, K., Ahmedov, I. ve Kadioğlu, A.(2004).Kadın Cinsel Fonksiyon Disfonksiyon Patafiyolojisi.Erkek ve Kadın Cinsel Sağlığı.Türk Androloji Derneği Yayınları, Eds.:A. Kadioğlu,M.Başar, B. Semerci, İ.Oran, R. Aşçı, M.Ö.Yaman, S.Çayan, M.F.Usta, M.Kenderci,İstanbul.
- Öz, F. (2004). *Sağlık Alanında Temel Kavramlar*. Ankara: İmaj İç ve Dış Ticaret A. Ş.
- Özerdoğan, Ö., Sayiner. F. D., Köşgeroğlu, N. ve Ünsal, A. (2009). 40–65 Yaş Grubu Kadınlarda Cinsel Fonksiyon Bozukluğu Prevalansı, Depresyon ve Diğer İlişkili Faktörler. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2(2), 46-59.
- Özerus, B. ( 1999).Lise ve yüksek öğrenimine devam eden gençlerin cinselliğe ilişkin bilgi düzeyleri. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.
- Özkan, S., Demirhan, H. ve Çınar, Ö. İ. (2009). Gebelik ve Bazı Sosyodemografik Özelliklerin Cinsel Fonksiyon Üzerine Etkisi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12(3), 28-37.
- Özmen,E.(1999). Cinsel mitler ve cinsel işlev bozuklukları. *Psikiyatri Dünyası*, 2, 49-53.
- Parish,WL, Luo,Y., Laumann,EO., Kew,M. ve Yu Z. (2007).Unwanted sexual activity among married women in urban China. *Journal of Sex Research* ,44 (2),158-171.

Pauleta, J.R., Pereira, N.M. ve Graca, L.M. (2010). "Sexuality During Pregnancy" *The Journal Of Sexual Medicine*, 7,136-142.

Pessina, M., Hoyt, R. F., Goldstein, I. ve Traish, A. M. (2006). Differential Regulation of the Expression of Estrogen, Progesterone and Androgen Receptors by Sex Steroid Hormones in the Rat Vagina: Immunohistochemical Studies. *J. Sex. Med.*, 3(5), 804-14.

Pillitteri, A. (1992). *Maternal and Child Health Nursing (Care of the Child Bearing and Child Bearing Nursing)*. JB. Lippincot Company.

Poroy, A. (1995). Cinsel Sağlık Seks. İstanbul: Ad Yayıncılık.

Poroy, A. (1996). Modern Doğum ve Gebelik El Kitabı. İstanbul: Akpomed Tıbbi Hizmetler Ltd. Şti. Yayını.

Rados, S.N., Vranes, H.S. ve Sunjic, M. (2014). "Limited Role Of Body Satisfaction And Body Image Self-Consciousness İn Sexual Frequency And Satisfaction İn Pregnant Women". *Journal Of Sex Research*, 51,532-541.

Rados, S.N., Vranes, H.S., ve Sunjic, M. (2015). "Sexuality During Pregnancy: What İs Important For Sexual Satisfaction İn Expectant Fathers?" *Journal Of Sex Marital Therapy*, 41,282-293.

Reamy,K., White,SE., Daniel,WC. ve Le Vine,ES.(1982).Sexuality and Pregnancy. A prospective study. *J Reprod Med*, 27,321-327.

Rostamkhani,F., Jafari,F., Ozgoli,G. ve Shakeri,M.(2015).Addressing the sexual problems of Iranian women in a primary health care setting: a quasi-experimental study. *Iran J Nurs Midwifery Res*, 20,139-146.

Sadi,ZB. ve Aksu,H.(2014). Gebelikte Eşlerin Cinsel Yaşamı Ve Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi. T.C. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.Doğum Kadın Sağlığı Ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı.Yükseklisans Tezi.

Sagiv-Reiss, M. D., Birnbaum, E. G. ve Safir, P. M. (2012). Changes in Sexual Experiences and Relationship Quality during Pregnancy. *Arch. Sex. Behav.*, 41(5), 1241–1251.

Sağlık Bakanlığı Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü. Eğitimciler İçin Eğitim Rehberi Üreme Sağlığı Modülleri. (2008). Erişim Tarihi: 10/01/2016. İnternet Adresi:<http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/t7.pdf>.

Santiago, L. R. S., Lara, L. A. S., Romao, A. P. M. S., Tiezzi, M. F. B. M. ve Silva, A. C. J. R. (2013). İmpact of Pregnancy on the Sex Life of Women: *State of the Art. International Journal of Clinical Medicine*, 4(5), 257-264.

Saunamaki,N., Andersson,M. ve Engstrom,M. (2010).Discussing sexuality with patients: nurses' attitudes and beliefs. *Journaul Adventure Nursing*, 66,1308–1316.

Serati, M., Savatore, S., Siesto, G., Cattoni, E., Zanirato, M.ve Khullar, V. (2010). Female Sexual Function during Pregnancy and after Childbirth. *Journal Sexsual. Medicine*, 7(8), 2782–2790.

- Steinke,E. ve Patterson-Midgley,P.(1996). Sexual counseling following acute myocardial infarction. *Clinical Nursing Research*, 5 (4),462-472.
- Stevenson ,RWD. (2004).Sexual medicine: why psychiatrists must talk to their patients about sex. *Can J Psychiatry*,49,673–676.
- Stokes,T. ve Mears,J.(2000).Sexual health and the practice nurse: a survey of reported practice and attitudes. *The British Journal of Family Planning*, 26 (2), 89-92.
- Southard,NZ. ve Keller,J. (2009). The importance of assessing sexuality. *Clinical Journal Oncology Nursing*, 13,213-217
- Stahl,SM.(2003).Temel Psikofarmakoloji. Taneli B, Taneli Y (Çev. Eds.). İstanbul: Yelkovan Yayınevi.
- Stuart,GW. ve Sundeen,SJ.(2005). Principles and practice of psychiatric nursing. 8nd Ed. Canada: *Mosby Elsevier Publishing*,1,478-495.
- Stuckey, B. (2008). Female Sexual Function and Dysfunction in Reproductive Years: the Influence of Endogenous and Exogenous Sex Hormones. *Journal Sexual. Medicine*, 5(10), 2282-2290.
- Sungur,MZ. ve Gündüz,A.(2013).Critiques and Challenges to Old and Recently Proposed American Psychiatric Association’s Website DSM 5 Diagnostic Criteria for Sexual Dysfunctions. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*,23(1),113–28
- Sydow,KV. (1999).Sexuality during pregnancy and after childbirth: a metacontent analysis of 59 studies. *J Psychosom Res.*,47(1),27-49.
- Şatiroğlu,H. ve Aydınuraz,B.(2007).Vajinal kandyazis. *İç Hastalıkları Dergisi* , 14(3),168-170
- Şentürk,GE.( 2006). Ortaöğretim kurumlarına devam eden öğrenciler ile bu kurumda çalışan öğretmenler ve yöneticilerin cinsellikle ilgili yanlış inanışla bilgi ve inanışlarının belirlenmesi ve bir uygulama. Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü.Yüksek Lisans Tezi . İstanbul.
- Tannaili,R.(2003).Tarihte Cinsellik,çev.:S.Gül.Dost Kitapevi Yayınları,Birinci Baskı,Ankara.
- Tashbulatova, D., Arıdoğan, İ.A., İzol, V., Ürünsak, İ.F.ve Doran, Ş. (2013). İnfertil Kadınlarda Cinsel Fonksiyon Bozukluğu: Depresyon ve Demografik Faktörler ile İlişkisi. *Türkiye Klinikleri Dergisi*, 33(1), 91-97.
- Taşkın,L. (2012). Üreme sisteminin anatomisi. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Ankara:11. Baskı Sistem Ofset Matbaacılık, p.37-47.
- Taşkın, L. (2014). *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi.
- Taylor,B. ve Davis,S. (2006). Using the extended PLISSIT model to address sexual healthcare needs. *Nursing Standard* ; 21 (11): 35-40.



Taylor, TF. (2007). The origins of human sexual culture. *Journal of Psychology and Human Sexuality*,18(2),69-105.

Torkestanı, F., Hadavand, S.H., Khodashenase, Z., Besharat, S., Davatı, A., Karımı, Z.ve Zafarghandı, N. (2012). “Frequency And Perception Of Sexual Activity During Pregnancy İn Iranian Couples”. *International Journal Of Fertility And Sterility*, 6,107-110.

Tuğrul,C., Öztan, N. ve Kabakcı, E. (1993). Golombok- Rust cinsel doyum ölçeği'nin standardizasyon çalışması.*Türk Psikiyatri Dergisi*, 4(2),83-88.

Tuğut,N. ve Gölbaşı,Z.(2013). Cinselliğinin Değerlendirilmesinde Plissit Modeli'nin Kullanımı. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi / GümüĞhane University Journal of Health Science*, 2(4).

Tunç,S.(2005). Gebelik ve Cinsel Doyum. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Disiplinlerarası Sosyal Psikiyatri Anabilim Dalı.134s.Erişim:2016. <http://acikarsiv.ankara.edu.tr/browse/27907/>

Trutnovsky,G., Haas,J., Lang,U. ve Petru,E. (2006). Women's perception of sexuality during pregnancy and after birth. *Aust.N Z J Obstet Gynaecol*,46(4),282-287.

Türk Androloji Derneği (TAD). (2014).Kadın Cinsel Fonksiyon Bozuklukları.Erişim Tarihi:15\03\2016. İnternet Adresi:<http://www.androloji.org.tr/6/hastalar-icin/27/kadin-cinsel-fonksiyon-bozukluklari>

Ünsal,A.A. ve Canatar, T. (2014). Cinsel İşlev Bozuklukları ve Yaşam Kalitesi. *Türkiye Klinikleri J. Fam. Med.-Special Topics*, 5(3), 98-103.

Vandermeersch,P. A.( 1990). Cultural sexuality or a sexual culture?. *Current Issues in Cultural Psychology*, 1,43-58.

Vural,BK. ve Temel, AB.(2007). Evliliğe yönelik inançlar ve tutumlar: Sağlık İnanç Modeli Ölçeği'nin Türk toplumu için geçerlilik ve güvenilirliğinin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*,23(2),31-50.

Wannakosit, S., ve Phupong, V. (2010). “Sexual Behavior İn Pregnancy: Comparing Between Sexual Education Group And Nonsexual Education Group”.*The Journal Of Sexual Medicine*, 7,3434-3438.

Yadav, J., Genaralli, L. ve Ratakonda, U. (2001). Female Sexuality and Common Sexual Dysfunctions: Eveluation and Management in A Primary Care Setting. *Prim. Care. Update. Ob./Gyns.*, 8 (1), 5-11.

Yalom, M.(2002).Antik Çağdan Günümüze Evli Kadının Tarihi ,Çev.:Z.Yelçe ,N.Domaniç,Çitelenbik Yayınları

Yangın, H. (2004). Gebelikte cinsel davranışların belirlenmesi. Doktora Tezi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, Türkiye.

Yangın, H.B., ve Eroglu, K. (2011). “Investigation Of The Sexual Behavior Of Pregnant Women Residing İn Squatter Neighborhoods İn Southwestern Turkey: Qualitative Study”.*Journal Of Sexsual Marital Therapy*, 37,190-205.

Yıldız,H. ve Pınar,R.(2004). Miyokard infarktöslü hastalarda cinsel disfonksiyon. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi*, 4 (4), 309-317.

Yıldız, H. (2015). “The Relation Between Prepregnancy Sexuality And Sexual Function During Pregnancy And The Postpartum Period: A Prospective Study”.*Journal Of Sexual Marital Therapy*, 41,49-59.

Yüksel, Ş. ve Cindoğlu, D. (2007). *Kadın Cinselliği. Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği Bilgilendirme Dosyası-5*.

Yüksel N.(2006)Ruhsal Hastalıklar. 3. Baskı. Ankara: MN Medikal&Nobel Tıp Kitabevleri; . s: 447-461.

Zhao, L., Samuel, C. S., Tregear, G. W., Beck, F. ve Wintour, E. M. (2000). Collagen Studies in Late Pregnant Relaxin Null Mice. *Biol. Reprod.*, 63(3), 697-703.



## FORMLAR

1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu
2. Veri Toplama Formu Formu
3. Golombok–Rust Cinsel Doyum Ölçeği (GRCDÖ) - Kadın Formu
4. İstanbul İli Bakırköy Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'nden Alınan Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde uygulama talebi İzin Belgesi
5. Araştırmada ölçeğin kullanılabilmesi için ölçeği Türkiye'de geçerlilik-güvenilirliğini yapan Elif Barışkın'dan alınan izin belgesi

## FORMLAR

### 1. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Sayın katılımcı,

TC. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Bölümü Yüksek Lisans programında öğrenciyim. “Gebe Kadınların Cinsel Doyumlarının Belirlenmesi ve Cinselliği Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi” başlıklı bir çalışma yapmaktayım. Bu araştırma, gebe kadınların cinsel doyumlarının belirlenmesi ve gebelikte cinselliği etkileyen etmenleri belirlemek amacıyla yapılmaktadır. Bu çalışma kapsamında gebelik döneminde cinsel doyumunu belirlemek ve cinselliği etkileyen etmenleri incelemek için anketler uygulanacaktır. Anketler gebe kadınlara yüz-yüze görüşme yöntemiyle doldurulacaktır. Bu çalışmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Araştırmaya katılmak gönüllülük esasına dayalıdır. Araştırma sırasında size ait bilgilerin gizliliğine önem verilecek, vermiş olduğunuz bilgiler kesinlikle kimse ile paylaşılmayacak, sadece eğitim ve bilimsel amaçlarla araştırma için kullanılacaktır. Araştırma esnasında sağlığını etkileyecek herhangi bir girişim yapılmayacağı ve ilaç kullanılmayacağı için gönüllü katılımcılara herhangi bir zararı ya da yan etkisi yoktur. Araştırmanın başında ya da herhangi bir aşamasında araştırmadan çıkma hakkınız bulunmaktadır. Araştırmadan çıktığınız için bakımınız veya tedavi işlemleriniz ihmal edilmeyecektir. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk

altına girmeyeceksiniz ayrıca size de bir ödeme yapılmayacaktır. Yapılan araştırma karşılığında sigorta bedelinizden herhangi bir kesinti yapılmayacaktır. Sizden numune (kan vs.) alınmayacaktır. Araştırmaya katılma isteğinizi etkileyebilecek yeni bilgi edinilme durumunda sizlere haber verilecektir. Araştırmaya katılmanız için onayınız gerekmektedir. Lütfen aşağıdaki bölüme adınızı, soyadınızı yazıp, imzanızı atınız.

### **Katılımcı**

Adı, Soyadı:

Adres:

Tel:

İmza/tarih:

### **Katılımcı İle Görüşen Kişi**

Adı, Soyadı: Aysu Yıldız Karaahmet

Adres: Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu

Tel: 0541-467-96-20

İmza/tarih :

### **GÖNÜLLÜNÜN AÇIKLAMASI**

Yukarıdaki açıklamayı okudum. Bana konusu ve amacı ile ilgili yazılı ve sözlü olarak söz konusu araştırmayla ilgili olarak bilgi Aysu YILDIZ KARAAHMET tarafından verildi. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, isteğim zaman araştırmadan ayrılabilceğimi biliyorum. Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı veya zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

### **Gönüllü Katılımcı**

Adı, Soyadı:

Adres:

Tel:

İmza/tarih:

Vaka no: \_\_\_\_\_

## 2. VERİ TOPLAMA FORMU FORMU

Anket no:

Anket tarihi:...../...../.....

Değerli Anne Adayları, “ *Gebe Kadınların Cinsel Doyumlarının Belirlenmesi ve Cinselliği Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi* ” amacıyla bir çalışma planlanmıştır. Bu çalışmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Araştırma sırasında size ait bilgilerin gizliliğine önem verilecek, vermiş olduğunuz bilgiler kesinlikle kimse ile paylaşılmayacak sadece eğitim ve bilimsel amaçlarla araştırma için kullanılacaktır. Katkılarınızdan dolayı şimdiden teşekkür ederiz.

Yrd.Doç.Dr. Meral MADENOĞLU KIVANÇ

Aysu YILDIZ KARAAHMET

### 1. Kaç yaşındasınız?.....

- a. 15-24                      b.25-34                      c. 35- 44                      d. 45 ve üstü

### 2. Eğitim durumunuz nedir?

- a. Okuryazar Değil  
b. İlkokul Mezunu  
c. Ortaokul Mezunu  
d. Lise Mezunu  
e. Üniversite Mezunu  
f. Yüksek Lisans/Doktora

### 3. Ne iş yapıyorsunuz?

- a. Ev Hanımı  
b. Memur  
c. İşçi  
d. Emekli  
e. Serbest Meslek



**17. Cinsel konularda ilk bilgilerinizi kimden aldınız?**

- a.Baba      b.Teyze      c. Kimseden bilgi almadım      d. Diğer...

**18. Cinsel istek düzeyiniz nasıldır?**

- a.İstekliyimdir      b. Cinsel isteksizliğim var

**19. Cinsel istekleriniz konusunda eşinizle uyum var mı?**

- a.Evet ikimizde istekliyiz  
b.Evet ikimizde isteksiziz  
c.Hayır eşim istekli, ben isteksizim  
d.Hayır eşim isteksiz, ben istekliyim

**20. Eşinizin yanında soyunmak veya çıplak kalmak sizi rahatsız eder mi?**

- a.Evet rahatsız olurum      b. Hayır sorun olmaz

**21. Cinsel ilişkiniz ne kadar sürer?...../dakika**

**22. Cinsel birleşme esnasında herhangi bir sorun yaşıyor musunuz?**

- a. Ağrılı cinsel ilişkim oluyor  
b. Kendimi istemeden kasıyorum  
c. Sorun yaşamıyorum

**23. Eşinizle aranızdaki iletişim sizce açık ve samimi mi?**

- a.Evet      b. Hayır samimi bulmuyorum

**24. Şuan ki gebeliğiniz planlı mı?**

- a. Evet      b. Hayır

**25. Gebeliğinizin kaçınıcı ayındasınız ( trimester)?**

- a. 1-3 ay (1.Trimester)      b. 4-6 ay (2.Trimester)      c. 7-9 ay (3.Trimester)

**26. İlk 3 aydaki (1.trimester) cinsel istek düzeyiniz gebe kalmadan önceki döneme kıyasla nasıl değişti?**

- a. Arttı      b. Azaldı      c. Değişiklik yok





**38. Gebelikteki cinsel yaşamınızla ilgili bilgi aldınız mı?**

- a. Evet                      b. Hayır

**39. Evet ise kimlerden aldınız?**

- a. Medya    b. Doktor    c. Ebe\Hemşire    d. Doğum öncesi eğitim kursları    e. Diğer

**40. Gebelikte korunmasız cinsel ilişki sizi korkutuyor mu?**

- a. Evet                      b. Hayır

**41. Evet ise neden?**

.....

**3. Golombok–Rust Cinsel Doyum Ölçeği (GRCDÖ) - Kadın Formu**

Aşağıda cinsel yaşamla ilgili sorular yer almaktadır. Her soru için ‘hiçbir zaman’, ‘nadiren’, ‘bazen’, ‘çoğu zaman’, ‘her zaman’ şeklinde beş cevap şıkkı yer almaktadır. Sizden istenen kendi cinsel yaşamınızı göz önüne alarak soruları cevaplandırmanızdır.

**Cevaplandırırken:**

1. Her soruyu dikkatle okuyunuz.
2. Sorulan durumun **son 1 aydır** ne kadar sıklıkta ortaya çıktığını düşününüz.
3. Söz konusu durumun ne kadar sıklıkta ortaya çıktığına karar verdikten sonra, o seçeneğin altındaki karenin içini (X) işareti koyarak cevabınızı belirtiniz.
4. Hiçbir soruyu cevapsız bırakmayınız.

Lütfen soruları içtenlikle ve dürüstçe cevaplandırmaya özen gösteriniz. Cevaplandırırken, başkalarının görüşlerini dikkate almadan, sadece kendi görüşünüzü belirtiniz.

<b>Golombok–Rust Cinsel Doyum Ölçeği</b>	<b>Hiçbir zaman</b>	<b>Nadiren</b>	<b>Bazen</b>	<b>Çoğu zaman</b>	<b>Her zaman</b>
<b>Kadın Formu</b>	<b>(0)</b>	<b>(1)</b>	<b>(2)</b>	<b>(3)</b>	<b>(4)</b>
1.Cinsel yaşama karşı ilgisizlik duyar mısınız ?					
2.Eşinize, cinsel ilişkinizle ilgili olarak nelerden hoşlanıp, nelerden hoşlanmadığınızı sorar mısınız ?					
3.Bir hafta boyunca cinsel ilişkide bulunmadığınız olur mu? (adet günleri, hastalık gibi nedenler dışında)					
4.Cinsel yönden kolaylıkla uyarılır mısınız?					
5.Sizce, sizin ve eşinizin ön sevişmeye (öpme, okşama gibi) ayırdığınız zaman yeterli mi?					
6.Kendi cinsel organınızın eşinizin cinsel organının giremeyeceği kadar dar olduğunu düşünür müsünüz?					
7.Eşinizle sevişmekten kaçınır mısınız?					
8. Cinsel ilişki sırasında doyuma (orgazma) ulaşabilir misiniz?					
9.Eşinize sarılıp, vücudunu okşamaktan zevk alır mısınız?					
10.Eşinizle olan cinsel ilişkinizi tatminkar bulur musunuz ?					

11.Gerekirse rahatsızlık ve acı duymaksızın, parmağınızı cinsel organınızın içine sokabilir misiniz?					
12.Eşinizin cinsel organına dokunup, okşamaktan rahatsız olur musunuz?					
13.Eşiniz sizinle sevişmek istediğinde, rahatsız olur musunuz ?					
14.Sizin için doyuma (orgazma) ulaşmanın mümkün olmadığını düşünür müsünüz ?					
15.Haftada 2 defadan fazla cinsel birleşmede bulunur musunuz?					
16.Eşinize, cinsel ilişkinizle ilgili olarak, nelerden hoşlanıp, nelerden hoşlanmadığınızı söyleyebilir misiniz?					
17.Eşinizin cinsel organı, sizin cinsel organınıza rahatsızlık vermeden girebilir mi?					
18.Eşinizle olan cinsel ilişkinizde sevgi ve şefkatin eksik olduğunu hisseder misiniz ?					
19.Eşinizin cinsel organına dokunup okşamasından zevk alır mısınız?					
20.Eşinizle sevişmeyi reddettiğiniz olur mu?					
21.Ön sevişme sırasında eşiniz klitorisinizi uyardığında doyuma (orgazma) ulaşabilir misiniz?					
22. Sevişme boyunca, sadece cinsel birleşme için ayrılan süre sizin için yeterli mi?					
23.Sevişme sırasında yaptıklarınızdan tiksinti duyar mısınız?					
24.Kendi cinsel organınızın, eşinizin cinsel organının derine girmesini engelleyecek kadar dar olduğunu düşünür müsünüz ?					
25.Eşinizin sizi sevip okşamasından hoşlanır mısınız?					

26. Sevişme sırasında cinsel organınızda ıslaklık olur mu?					
27. Cinsel birleşme anından hoşlanırmısınız?					
28. Cinsel birleşme anında doyuma (orgazma) ulaşırmısınız?					



## 4.Araştırma İzni



İSTANBUL İLİ BAKIRKÖY İHİ GENEL SEKRETERLİĞİ  
T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI  
BAKIRKÖY İDARI HİZMETLER BAŞKANLIĞI  
200.130.7.13.01 - 95273397 - 604.02 - E.1203



T.C.  
**SAĞLIK BAKANLIĞI**  
**TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU**  
**İstanbul İli Bakırköy Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği**

**Sayı** : 95273397-604.02  
**Konu** : Araştırma İzni Hk. (Aysu YILDIZ  
KARAAHMET)

### İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

İlgi :09/11/2016 tarihli ve 193010 sayılı yazımız.

İlgide kayıtlı yazımız ile Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Aysu YILDIZ KARAAHMET'in, "Gebe Kadınların Cinsel Doyumlarının Belirlenmesi ve Cinselliği Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi" başlıklı çalışmasını, Genel Sekreterliğimize bağlı Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde uygulama talebi, başvuru dosyası ve ilgili belgeleri, 19.01.2017 tarihinde gerçekleştirilen 2017/1 sayılı Bilimsel Araştırmalar Komisyonu Toplantısında araştırmanın; amaç, gerekçe, yaklaşım ve yöntemleri, yürürlükte bulunan "İyi Klinik Uygulama Kılavuzu" dikkate alınarak incelenmiş olup Etik Kurul kararının Genel Sekreterliğimize teslimi sonrasında araştırmanın yürütülmesinde sakınca olmadığına karar verilmiştir.

İş bu konuda adı geçeninin yapacağı çalışmasının bitiminde bir nüshasının Genel Sekreterliğimize teslim edilmesi hususunda;

Gereğini arz ederim.

Uzm. Dr. Celal YOLA  
Genel Sekreter a.  
İdari Hizmetler Başkanı V.

Zuhuratbaba Mah. Dr. Tevfik Sağlam Cad. 25/2 34147 Bakırköy İSTANBUL  
A \* nı bilgi için: İstanbul İli Bakırköy Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Eğitim ve Ar-Ge  
Büromi nilufer.savas@saglik.gov.tr

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 013d057d-fa7b-4963-b2a0-ce56d5ff5b22 kodu ile erişebilirsiniz.  
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



İSTANBUL İLİ İLİ BAĞIRKÖY BÖLGESİ KAMU  
HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ  
BAĞIRKÖY İDARİ HİZMETLER BAŞKANLIĞI  
23.03.2017 16:31 - 95273397 - 004.02 - E.5734



T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU  
İstanbul İli Bakırköy Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

Sayı : 95273397-604.02  
Konu : Araştırma İzni Hk. (Aysu YILDIZ  
KARAAHMET)

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ  
İSTANBUL BAĞCILAR EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ YÖNETİCİLİĞİNE

İlgi : 19/12/2016 tarihli ve 82998542-663.08-23808 sayılı yazımız.

İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Aysu YILDIZ KARAAHMET'in, "Gebe Kadınların Cinsel Doyumlarının Belirlenmesi ve Cinselliği Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi" konulu çalışmasını kurumumuzda yapma talebi, 19.01.2017 tarihinde gerçekleştirilen 2017/1 sayılı Bilimsel Araştırmalar Komisyonu Toplantısında araştırmanın; amaç, gerekçe, yaklaşım ve yöntemleri, yürürlükte bulunan "İyi Klinik Uygulama Kılavuzu" dikkate alınarak incelenmiş ve Genel Sekreterliğimizce uygun görülmüş olup adı geçen çalışmaya ait Etik Kurul Onayı yazımız ekinde gönderilmiştir.

Söz konusu araştırmanın yürütülmesi esnasında adı geçene gerekli kolaylığın gösterilmesi ve çalışmanın başlangıç tarihi, başlamaması, iptali veya sonlandırılması gibi durumların Genel Sekreterliğimize bildirilmesini rica ederim.

Dr. Abdulvahit SÖZÜER  
Genel Sekreter a.  
İdari Hizmetler Başkanı

**EKLER:**  
1- Evrak (5 Sayfa)

Zuhuratbaba Mah. Dr. Tefvik Sağlam Cad. 25/2 34147 Bakırköy İSTANBUL  
A \* nılı bilgi için: İstanbul İli Bakırköy Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Eğitim ve Ar-Ge  
Bürosü nilufer.savas@saglik.gov.tr

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 5b484ab0-510d-412f-b130-bf87735ccb9c kodu ile erişebilirsiniz.  
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

## 5.Ölçek İzni

Re: Ölçek İzin Hak.



Elif Barışkın <ekabakci@hotmail.com>  
07.11.2016 (Pzt), 15:03  
Siz



Yanıtla

Bu iletiyi 03.07.2017 14:58 tarihinde iletiniz



GRIS Erkek Kadın soru F...  
56 KB



GRISS ERKEK cevap FOR...  
30 KB



GRISS KADIN cevap FO...  
30 KB

3 ekin (116 KB) Tümünü indir Tümünü OneDrive - Kişisel konumuna kaydet

Merhaba Aysu Hanım,

Ekte GRISS soruları ve cevap anahtarları ile dönüştürüm tablolarını bulabilirsiniz. Puan yükseldikçe o alanda sorun olabileceği anlamına gelir. Dönüştürülmüş puanlar için özellikle 5 ve yukarısı sorun olabileceğine işaret edebilir. Ham puanlar için kesme noktası yoktur.

Çalışmalarınızda kolaylıklar dilerim.

Elif Barışkın



## ETİK KURUL KARARI

Tarih ve Sayı: 09/03/2017-96163



T.C.  
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ  
Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Dekanlığı



Sayı :59491012-604.01.02-  
Konu :Yüks.Lis.Öğr. Aysu Yıldız  
Karaahmet'in etik kurul kararı A-  
03

## SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Enstitünüz Ebelik Anabilim Dalı öğretim üyesi Yard.Doç.Dr. Meral Madenoğlu KIVANÇ'ın danışmanlığında Yüksek Lisans Öğr.Aysu Yıldız KARAAHMET'in sorumluluğunda yürütülecek olan "Gebe Kadınların Cinsel Doyumlarının Belirlenmesi ve Cinselliği Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi" başlıklı Yüksek Lisans Tezi (Anket) hakkında ilgi yazınız ve ekleri 07 Mart 2017 tarihinde toplanan Fakültemiz Klinik Araştırmalar Etik Kurulunca müzakere edilmiş olup; etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.

e-İmzalı  
Prof. Dr. Özgür KASAPÇOPUR  
Başkan

e-İmzalı  
Prof. Dr. Feray SAVRUN  
Dekan a.  
Dekan Yardımcısı

EK :  
1 dosya elden teslim edilecektir.

Doğrulamak için: <http://134.27.128.66/envision.Sorgula/belgedogrulama.aspx?V=BEZE6V91P>

Ayrıntılı bilgi için irtibat : Gökler SOYDANER Dahili : 22300

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi 34303 Cerrahpaşa/ İSTANBUL

Tel : 0 (212) 414 30 00 21107- 21108 Fax : 0 (212) 632 00 33

e-posta : ctfpersonel@istanbul.edu.tr Elektronik Ağ : www.istanbul.edu.tr



# GEBE KADINLARIN CİNSEL DOYUMLARININ BELİRLENMESİ VE CİNSELLİĞİ ETKİLEYEN ETMENLERİN İNCELENMESİ

*Yazar* Aysu Yıldız Karaahmet

---

**Gönderim Tarihi:** 27-Eki-2017 12:04PM (UTC+0300)

**Gönderim Numarası:** 869861236

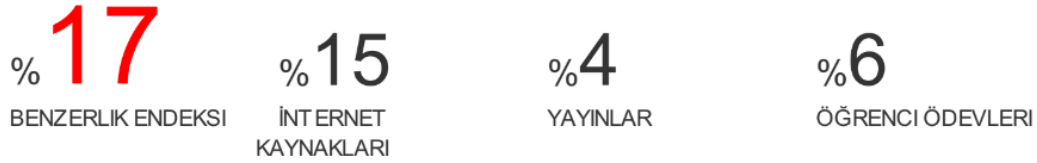
**Dosya adı:** ININ\_BEL\_RLENMES\_VE\_C\_NSELL\_ETK\_LEYEN\_ETMENLER\_N\_NCELENMES.docx (227.97K)

**Kelime sayısı:** 26217

**Karakter sayısı:** 183752

## GEBE KADINLARIN CİNSEL DOYUMLARININ BELİRLENMESİ VE CİNSELLİĞİ ETKİLEYEN ETMENLERİN İNCELENMESİ

### ORIJINALLIK RAPORU



### BİRİNCİL KAYNAKLAR

<b>1</b>	<a href="http://www.istanbulsaglik.gov.tr">www.istanbulsaglik.gov.tr</a> İnternet Kaynağı	% <b>2</b>
<b>2</b>	Submitted to Kafkas Üniversitesi Öğrenci Ödevi	% <b>2</b>
<b>3</b>	<a href="http://www.journalagent.com">www.journalagent.com</a> İnternet Kaynağı	% <b>1</b>
<b>4</b>	<a href="http://docplayer.biz.tr">docplayer.biz.tr</a> İnternet Kaynağı	% <b>1</b>
<b>5</b>	<a href="http://www.cetad.org.tr">www.cetad.org.tr</a> İnternet Kaynağı	% <b>1</b>
<b>6</b>	<a href="http://www.khsdergisi.com">www.khsdergisi.com</a> İnternet Kaynağı	% <b>1</b>
<b>7</b>	<a href="http://www.androloji.org.tr">www.androloji.org.tr</a> İnternet Kaynağı	% <b>1</b>
<b>8</b>	<a href="http://www.nuveforum.net">www.nuveforum.net</a> İnternet Kaynağı	% <b>1</b>