



T.C.



MERSİN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM ANABİLİM DALI

GEBE KADINLARDA

CİNSEL FONKSİYON BOZUKLUKLARININ ARAŞTIRILMASI

Dr. Kıvılcım BEKTAŞ

Uzmanlık Tezi

(Mersin-2018)



T.C.



MERSİN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM ANABİLİM DALI

GEBE KADINLARDA

CİNSEL FONKSİYON BOZUKLUKLARININ ARAŞTIRILMASI

Dr. Kıvılcım BEKTAŞ

Uzmanlık Tezi

Danışman

Prof. Dr. Filiz ÇAYAN

(Mersin-2018)

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca bana yol gösteren ve bilgi ve deneyimlerini aktarmaktan çekinmeyen sevgili tez hocam Prof. Dr. Filiz Çayan başta olmak üzere tüm hocalarıma teşekkürlerimi sunarım.

Yardımlarına her zaman ihtiyaç duyduğum kliniğimizin tüm uzmanlarına, daima elimiz ayağımız olan hemşire ve personeline, birlikte çalıştığım asistan arkadaşlarıma teşekkür ederim.

Öğrencilik ve uzmanlık eğitimim boyunca desteğini hiç esirgemeyen, her zaman hayatımda olan, motivasyon ve gurur kaynağım, çok değerli meslektaşım, biricik eşim Dr. Onur Bektaş 'a çok teşekkür ederim.

Esas olarak hayatım boyunca beni destekleyen, yoluma ışık tutan, bana pes etmemeyi öğreten ve kararlarıma her zaman saygı duyan ailem, biricik annem Asiye Korkmaz'a, duruşuna hayran olduğum babam Sinan Korkmaz'a ve abim Kemal Korkmaz'a, canım ablam Özge Korkmaz'a ve hayat enerjim Asya Nil Korkmaz'a her şey için çok teşekkür ederim.

Dr. Kıvılcım BEKTAŞ

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
1. İÇİNDEKİLER	3
2. ÖZET	5
3. ABSTRACT	7
4. GİRİŞ ve AMAÇ	9
5. GENEL BİLGİLER	12
5.1. Cinsel Fonksiyon Bozukluğuna Genel Bakış	12
5.2. Kadın Cinsel Fonksiyon Bozukluklarının Tanısı, Sınıflandırılması, Hastanın Değerlendirilmesi	13
5.3. Kadınlarda Cinsel İşlev Bozukluğu Görülme Sıklığı	16
5.4. Gebelik ve Cinsellik	17
5.5. Gebelikte Cinsel İşlev Siklusunda Oluşan Değişiklikler	18
5.6. Gebelikte Cinsel İşlevdeki Değişikliklerin Nedenleri	19
5.6.1. Gebelik Haftası	19
5.6.2. Fiziksel Faktörler	21
5.6.3. Psikolojik Faktörler	21
5.6.4. Eş Faktörü	23
5.6.5. Beden Algısı ve Vücut İmaji	24
5.6.6. Kadınların Gebelikte Cinsel İlişkiden Kaçınmalarının Nedenleri ve İnanışları	25
5.6.7. Sosyokültürel Faktörler	26
5.6.8. Gebelikte Sık Görülen ve Cinsel İlişkiyi Olumsuz Etkileyen Tıbbi Durumlar	27
5.6.9. Gebelikte Disparoni	28
5.7. Gebelikte Cinsel İlişki ve Yasaklandığı Durumlar	29
5.8. Gebelikte Ruhsal Durum	29
5.9. Gebelikte Depresyon	29
5.9.1. Gebelik Depresyonunda Başlıca Risk Faktörleri	30
5.9.1.1. Genetik Faktörler	30
5.9.1.2. Psikolojik Faktörler	31
5.9.1.3. Çevresel Faktörler	31
5.9.1.4. Sosyal Faktörler	31
5.9.1.5. Biyolojik Faktörler	31
5.9.1.6. Hormonal Faktörler	31
6. MATERYAL ve METOD	32
6.1. Araştırmanın Şekli	32
6.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Evreni	32

6.3. Araştırmanın Örnekleme	32
6.4. Örnek Seçim Kriterleri	32
6.5. Verilerin Toplanması	33
6.5.1. Sosyo-Demografik Bilgi Formu	33
6.5.2. Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi (Female Sexual Function Index-FSFI)	33
6.5.3. Beck Depresyon Envanteri (BDE)	34
6.6. Verilerin İstatistiksel Değerlendirilmesi	34
7. BULGULAR	35
7.1. Araştırmaya Katılan Kişilerin Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulgular	35
7.1.1. Araştırmaya Katılan Gebelerin Sosyo-Demografik Özellikleri ve Obstetrik Öyküleri	35
7.1.2. Araştırmaya Katılan Gebe Olmayan Kişilerin Sosyo-Demografik ve Obstetrik Öyküleri	36
7.1.3. Gebe ve Gebe Olmayan Grubun Sosyo-Demografik Özellikler ve Obstetrik Öykülerinin Karşılaştırılması	38
7.2. Gebe Grup ile Gebe Olmayan Grubun Cinsel Fonksiyon Skorlarının ve Beck Depresyon Skorlarının Karşılaştırılması	39
7.3. Riskli Gebeler ile Sağlıklı Gebelerin Cinsel Fonksiyon Skorlarının ve Beck Depresyon Skorlarının Karşılaştırılması	40
7.4. Sağlıklı Gebeler, Riskli Gebeler ve Gebe Olmayan Grubun Cinsel Fonksiyon Skorlarının ve Beck Depresyon Skorlarının Karşılaştırılması	41
7.5. Gebelerin Trimesterlere Göre Cinsel Fonksiyon Skorlarının ve Beck Depresyon Skorlarının Karşılaştırılması	44
8. TARTIŞMA	47
9. SONUÇLAR ve ÖNERİLER	59
10. KISALTMALAR	62
11. KAYNAKLAR	63
12. ŞEKİLLER DİZİNİ	73
13. TABLOLAR DİZİNİ	74
14. EKLER	75
14.1. Ek 1: Sosyo-Demografik Özellikler ve Obstetrik Öykü Formu	75
14.2. Ek 2: Kadın Cinsel Fonksiyon Değerlendirme Formu	76
14.3. Ek 3: Beck Depresyon Ölçeği	80

2. ÖZET

Bu çalışma, Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim dalında, etik kurulundan onay alınarak yapılmış prospektif kesitsel bir araştırmadır. Çalışmada gebelikte cinsel fonksiyon bozukluklarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Bu bağlamda riskli gebeler (gebeliği sırasında diabet, hipertansiyon, tiroid fonksiyon bozukluğu gibi hastalıkları bulunan), sağlıklı gebeler (gebelik öncesinde veya gebeliği sırasında herhangi bir hastalık saptanmayan) ve reproduktif (doğurgan) yaşta, sağlıklı ve gebe olmayan kadınların cinsel fonksiyon skorları ve depresyon skorları birbirleriyle karşılaştırılmıştır.

Bu çalışmanın gebe evrenini 11 Şubat-11 Eylül 2018 tarihleri arasında Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum perinatoloji bölümüne başvuran gebeler oluşturmuş olup, gebe olmayan evreni ise jinekoloji polikliniğine başvuran veya Mersin Üniversitesi Tıp fakültesinde çalışan kişiler oluşturmaktadır. Belirtilen dönemdeki kişilerle ön görüşme yapılarak araştırmaya katılmak isteyen ve dahil olma kriterlerini sağlayan kişiler çalışmaya dahil edilmiştir.

Araştırma için gerekli verileri toplama amacı ile üç form kullanılmıştır. Katılımcıların rızaları alındıktan sonra, sosyo-demografik özellikler ve gebelik öyküleri araştırmacı ve katılımcının yüz yüze görüşme tekniği ile doldurulmuştur. Female Sexual Function Index (FSFI, Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi) ve Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) kişiler tarafından uygun ortamda doldurulup araştırmacıya teslim edilmiştir.

Gebe grupta; istek, uyarılma, kayganlık, orgazm, doyum ve ağrı parametreleri ile toplam cinsel fonksiyon skoru gebe olmayan gruba kıyasla anlamlı derecede düşük bulunmuştur (tüm parametreler için $p<0,001$). Gebe grupta toplam beck depresyon skoru gebe olmayan gruba kıyasla anlamlı derecede yüksektir ($p=0,022$).

Riskli gebe grupta istek, uyarılma, kayganlık, orgazm, doyum ve ağrı parametreleri ile ile toplam cinsel fonksiyon skoru sağlıklı gebe gruba kıyasla anlamlı derecede düşüktür (tüm parametreler için $p<0,001$).Riskli gebe grupta toplam beck depresyon skoru sağlıklı gebe gruba kıyasla anlamlı derecede yüksektir ($p=0,003$).

Riskli gebe grup, sağlıklı gebe grup ve gebe olmayan grup toplam cinsel fonksiyon skoru bakımından birbirleriyle kıyaslandığında üç grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,001$). Toplam cinsel fonksiyon skorlarına bakıldığında en düşük puanı riskli gebe grup alırken en yüksek puanı gebe olmayan grubun aldığı saptanmıştır. Cinsel disfonksiyon açısından en riskli grup riskli gebe grubudur.

Riskli gebe grup, sağlıklı gebe grup ve gebe olmayan grup toplam beck depresyon skoru bakımından birbirleriyle kıyaslandığında üç grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,001$). Toplam beck depresyon skorlarına bakıldığında riskli gebe grup en

yüksek puanı alırken, gebe olmayan grup en düşük puanı almıştır. Depresyon belirtilerinin en sık görüldüğü grup riskli gebe grubudur.

Gebelerde trimesterler arası toplam cinsel fonksiyon bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,001$).Toplam cinsel fonksiyon skoru bakımından 2.trimester ile 3.trimester gebe grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,001$). Cinsel disfonksiyon için en riskli grup 3. Trimester gebe grubudur.

Gebelerde trimesterlar arası toplam beck depresyon skoru bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,001$). 1.trimester ile 2.trimester gebe grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,001$). Depresyon belirtilerinin en sık görüldüğü grup 1.trimester gebe grubudur.

Çalışmamızda gebeliğin cinsel disfonksiyonda ve depresyonda artışa neden olduğu saptanmıştır. Gebelikte hipertansiyon, diabet, tiroid fonksiyon bozukluğu gibi ek hastalıkların bulunması ise gebeliğin neden olduğu depresyon ve cinsel disfonksiyonda daha fazla kötüleşmeye sebep olmaktadır.

Anahtar kelimeler: Riskli gebelik, cinsel fonksiyon, depresyon

3. ABSTRACT

This study is a prospective cross-sectional research at Mersin University Medicine Faculty Gynecology and Obstetrics Department carried out with the approval of the ethics committee. In this study we aimed to evaluate sexual dysfunction during pregnancy. Sexual function score and depression scores of high-risk pregnant women (hypertension, diabetes and thyroid dysfunction during pregnancy), healthy pregnant women (no diseases determined before or during pregnancy) and healthy non-pregnant women at reproductive age were compared.

This study was conducted between february 11 th of 2018 and september 11 th of 2018 with the pregnant population from patients admitted at Mersin University Medicine Faculty Gynecology and Obstetrics Department perinatology polyclinic and non-pregnant population from the patients admitted at gynecology polyclinic and the staff of the Mersin University Medicine Faculty. During the period mentioned, pre-interviews have been performed and the individuals who matched the criteria of inclusion and volunteer to participate in the study were included.

Three forms were used to collect the data. Subsequently to the consents of the participant women have been acquired, the socio-demographic characteristics and pregnancy histories were filled out by face to face interview technique. Female Sexual Function Index (FSFI) and Beck Depression Index (BDI) were filled by the participants in a suitable environment and handed to the researcher.

Desire, arousal, lubricity, orgasm, satisfaction and pain parameters and total sexual function score were significantly low in the pregnant group compared to the non-pregnant group ($p < 0,001$ for all the parameters). Total Beck depression score was significantly high in the pregnant group compared to the non-pregnant group ($p = 0,022$).

Desire, arousal, lubricity, orgasm, satisfaction and pain parameters and total sexual function score were significantly low in the high-risk pregnancy group compared to the healthy pregnant group ($p < 0,001$ for all the parameters). Total Beck depression score was significantly high in the high-risk pregnancy group compared to the healthy pregnant group ($p = 0,003$).

There were statistically significant differences between the total sexual function scores of the high-risk pregnant women, healthy pregnant women and healthy non-pregnant women ($p < 0,001$). When the total sexual function scores were evaluated, high-risk pregnancy group had the lowest score and the non-pregnant group had the highest score. The riskiest of all in terms of sexual dysfunction was the high-risk pregnancy group.

There were statistically significant differences between the beck depression scores of the high-risk pregnant women, healthy pregnant women and healthy non-pregnant women ($p = 0,001$). When the beck depression scores were evaluated, high-risk pregnancy group had the

highest score and the non-pregnant group had the lowest score. Depression symptoms were most commonly seen in the high-risk pregnancy group.

There were statistically significant differences in the total sexual function scores between the trimesters in the pregnant women ($p < 0,001$). There was a statistically significant difference between 2nd and the 3rd trimesters in terms of total sexual function score ($p < 0,001$). In terms of sexual dysfunction, 3rd trimester pregnant women had the highest risk.

There were statistically significant differences in the total beck depression scores between the trimesters in the pregnant women ($p = 0,001$). There was a statistically significant difference between 1st and the 2nd trimesters ($p < 0,001$). Depression symptoms were most commonly seen in the 1st trimester pregnant women.

In our study we found that pregnancy causes an increase in sexual dysfunction and depression. Additional diseases such as hypertesion, diabetes and thyroid dysfunction worsens the sexual dysfunction and depression caused by pregnancy.

Key words: High-risk pregnancy, sexual function, depression

4. GİRİŞ ve AMAÇ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre sağlık: sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, beden, ruhen ve sosyal yönden tam iyilik halinde olmadır (1). Cinsel sağlık ise genel sağlık göstergelerinden biri olarak kabul edilmektedir (3). DSÖ'ne göre; cinsel sağlık, cinselliğin fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam iyilik halidir. Cinsellik, kişilerin iletişimi ve aşkı zenginleştirici etkilerin bileşiminden oluşur. Herkesin cinsel bilgilere ulaşma ve cinsel ilişkiyi zevk için ya da üreme amacıyla yaşama hakkı vardır (1).

Yaşam kalitesinin en önemli göstergelerinden biri olan cinsellik, bireysel yaşamın sürdürülebilmesi için zorunlu olmayan fakat türün sürekliliği için gerekli olan bir aktivitedir (4). Sanılanın aksine cinsellik, fetal hayattan başlayıp ölüme kadar devam eder. Yaşamın her evresinde cinselliğin anlatımı ve doyumunu değişik biçimde ifade edilmektedir. İnsan cinselliği, çok boyutlu bir olay olup psikolojik, fizyolojik ve sosyo-kültürel faktörlerden etkilenerek hayat boyu gelişir (5,6,7). Dünya Sağlık Örgütü'nün yayınladığı International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems'da (ICD-10), cinsel fonksiyon bozukluğu bireyin umduğu cinsel ilişkiyi yaşayamaması durumu olarak tanımlanmaktadır.

Kadın cinsel işlevi, yaşam kalitesi için önemli bir bileşendir ve çeşitli fizyolojik, psikolojik ve sosyo-kültürel faktörler tarafından etkilenir (28, 112). Kadın sağlığı açısından bakıldığında gelişimsel yaşam olayları olan menarş, gebelik, doğum, laktasyon ve menopoz kadın cinselliği ve cinsel sağlığını etkiler (2).

Kadınlar için cinsellik arzu edilebilir olma, çocuk doğurma kabiliyetini ve beden imajının göstergesi olmasının yanı sıra emosyonel, entellektüel ve sosyo-kültürel bileşenleri de içine alan bir kavramdır. Yaşamın farklı dönemlerinde cinsel yaşamda bazı normal iniş çıkışlar ve dalgalanmalar olabilmektedir. Gebelik ve postpartum dönem, puberte ve menopoz da dâhil olmak üzere kadının tüm yaşam dönemleri içinde cinsel açıdan en durgun dönemdir (8).

Gebelik, kadın hayatını etkileyen çok farklı bir süreçtir. Özellikle ilk gebelik, kadın yaşamının en önemli dönemlerinden biridir; bir fiziksel durumdan başka bir fiziksel duruma, bir çiftten bir aile olmaya geçiştir. Eşlerin ikisi için de birçok farklı değişikliğin olduğu, farklı hislerin yaşandığı bir dönemdir. Anatomik, fizyolojik ve ruhsal değişimlerin bir sonucu olarak gebelik cinsel yaşamı etkilemektedir (9,10).

Gebelikte cinselliğe dair yaygın düşünce, gebelikte cinselliğin bir aykırılık gibi görülmesidir. Gebelik genellikle bir cinsel ilişkinin sonucunda varolmasına rağmen, kadının cinselliği bu dönemde unutulur. Gebelik döneminde kadının cinsellik ile ilgili düşünceleri, anne babalık algısı, kültürel normlar, ekonomik faktörler, bilgi yetersizliği, cinsel yaşama yönelik olumsuz bakış açısı, mitler ve bebeğe zarar verme düşüncesi gibi nedenler cinsellik üzerinde olumsuz etki yapabilir. Gebe kalmak için beklenen süre, yardımcı üreme tedavileri, önceki gebelikte düşük veya tıbbi problemlerle karşılaşmış olmak gebelikte cinselliği etkileyebilir. Bu

süreçte kadın cinsel ilgi ve memnuniyette azalma hissedebilir, dispareni ve orgazm sıklığında azalma gibi cinsel disfonksiyonları daha fazla yaşayabilir (105)

Gebelikte cinselliği yaşamak hakkında sağlık ile ilgili kaynaklarda çok az bilgi bulunmasına karşın son yıllarda bu konuda daha fazla araştırma yapılmaktadır. Cinsellikle ilgili verilerin artması, çiftlerin endişelerini giderici, güvenilir bilgiler oluşturmuştur. Genellikle çiftlerin gebeliğin son 6-8. haftalarında cinsel ilişkiden kaçınmaları ve ilişkiye bebeğin doğumundan sonraki bir zaman diliminde başlamaları söylenmekte, cinsel ilişkiden kaçınmanın annenin konforuna yardımcı olacağı düşünülmekteydi. Teorik olarak enfeksiyon, preterm eylem ve erken membran rüptürünün önleneyeceği düşünülürken pratikte bu kaygılar asılsız gibi görülmektedir. Sağlıklı bir gebelikte cinsel aktivitenin kısıtlanması gerekli değildir (11).

Cinsellik, gelişmiş toplumlarda insanların birbiriyle çekinmeden, endişe duymadan konuşabildikleri bir konu iken gelişmekte olan toplumlarda hala aşılamayan, konuşulmasının ayıp olarak algılandığı bir tabudur. Cinsel yaşamın başka bir kişiyle konuşulmasının, problemlerin paylaşılmasının, sorgulanmasının ayıp şeklinde algılanması nedeniyle gebelikteki cinsel yaşam da çiftin doktorlarına neredeyse hiçbir zaman sormadıkları belki de sormadıkları, bu yüzden de bilgilerinin yetersiz olduğu bir konu olmaya devam etmektedir. Doktorlar da çoğu zaman gebe ve/veya çiftlerle yaptıkları ziyaretlerde bu konu üzerinde fazla durmazlar. Cinsellik konusu çoğu zaman gebelikte ilgili bir sorun yaşandığında ortaya çıkar ve bu durumda genellikle cinselliğin bir süre yasaklanması durumu gündeme gelir (10,11,12).

Gebelik kadın hayatının en önemli olaylarından biri olup, psikolojik, biyolojik ve emosyonel değişimlerin yaşandığı bir dönemdir (13). Çoğu kadın için keyifli bir yaşam olayı olsa da, gebelik sıklıkla fiziksel ve ruhsal açıdan stresin arttığı bir dönemdir. Normal seyrinde giden gebeliklerde dahi fiziksel ve ruhsal değişiklikler kadınların günlük işlerini yapabilme kapasitesini azaltabilir. Gebelikteki değişimlerin genel yaşam kalitesini azalttığı gösterilmektedir (14). Ayrıca gebeliğin ilerleyen dönemlerinde ve puerperiumda, fiziksel fonksiyonellik ve iyilik algısının gebelik öncesi döneme göre azaldığı gösterilmiştir (14,15).

Kadınların çoğu iyi bir destekle ve fazla tıbbi girişime ihtiyaç duymadan gebelik sürecini sağlıklı bir şekilde geçirmektedir. Ancak bazı gebelerde farklı derece ve türlerde gerek psikolojik gerekse biyolojik olarak ek hastalıkların olması (diyabet, tiroid fonksiyon bozuklukları, hipertansiyon, kalp hastalıkları) yüksek risk oluşturmaktadır. Gebelikte yüksek risk olduğunda, gebelerin doğum öncesi doktor kontrolleri sıklığı artmakta, evde veya hastanede yatak istirahata alınması gerekmektedir. Bunun sonucunda gebelerin sosyal ilişkilerinde ve aile üyelerinin üstlendiği sorumluluklarda, sosyo-ekonomik düzeyde dahi değişiklikler meydana gelmektedir. Gebelik öncesi ve gebelik döneminde etkin ve nitelikli sağlık bakımının gerçekleştirilmesi ile yaşam kalitesi fiziksel ve sosyal olarak olumlu yönde geliştirilebilir (16,17).

Gebeliğin ve gebelikte ek bir hastalığın var olmasının cinsel yaşam üzerine etkilerinin araştırılması üzerine yapılan çalışmalar hem durumun ortaya konması hem de çiftlerin bu konudaki gereksinimlerinin, beklentilerinin saptanması açısından oldukça fayda sağlayacaktır.

Çalışmamızda; sağlıklı gebeler (kronik bir hastalığı olmayan ve gebeliği süresince herhangi bir hastalık saptanmayan), riskli gebeler (gebeliği sürecinde diabet, hipertansiyon, tiroid fonksiyon bozukluğu gibi hastalıklar ortaya çıkan) ile reproduktif (doğurgan) çağda olan ancak gebe olmayan sağlıklı kadınların cinsel fonksiyon skorları ve depresyon ölçeği skorları karşılaştırılacaktır. Çalışmamız riskli gebelerde cinsel fonksiyon bozukluklarının araştırılması ve bu durumun yaşam üzerine etkilerini belirlemek amacıyla planlanmıştır.



5. GENEL BİLGİLER

5.1. Cinsel Fonksiyon Bozukluğuna Genel Bakış

Erkek ve kadında cinsel yanıt tanımı; ilk olarak 1966 yılında Masters ve Johnson tarafından yapılmıştır (13). Direk gözlemlerinin ve fizik ölçümlerinin sonucunda, seksüel uyarıya karşı gelişen fiziksel ve fizyolojik reaksiyonları tanımlayıp seksüel yanıtın; heyecan(uyarı), plato, orgazm ve çözülme gibi dört fazdan oluşan linear bir model olduğunu bildirmişlerdir. Master ve Johnson bununla birlikte erkek ve kadın arasında cinsel yanıtta ortaya çıkan farklılıkları da tanımlamıştır (18). Erkek cinsel yanıtı tek bir siklusa oluşurken, kadın cinsel yanıtının üç farklı yanıt paterninden oluştuğu bildirilmiştir(18). Yine Kaplan ve Lief tarafından yapılan çalışmaların sonucunda cinsel cevap siklusunun; istek, uyarılma ve orgazm olmak üzere üç fazdan oluştuğu ve cinsel isteğin tüm bu fizyolojik yanıtların başlangıcı olduğu kabul edilmektedir (19,20). Diğer önemli bir etken ise cinsel partnerin durumudur. Patel ve arkadaşları tarafından yürütülen bir araştırmada uyarılma, orgazm ve cinsel tatminde en önemli etmenin cinsel partnerin durumu ile ilgili olduğunu bildirmişlerdir (21). Yakın zamanda Tiefer, kadın cinsel mutluluğunda nongenital bir komponentin varlığını tanımlamıştır. Tiefer'e göre saygı, karşılıklı anlayış, duygusal bağlılık ve samimiyet; cinsel aktivite ve ilişki oluşumunda önemli rol oynamaktadır. Bu algı seksualitenin 'Demedikalizasyonu' şeklinde nitelendirilmiş, kadın cinsel işlev bozukluklarının tanımlanmasında yalnızca fonksiyonel bir anlayıştan daha çok psikobiyososyal bir yaklaşımı önermektedir (22).Laan ve Everaerd kadında objektif ve subjektif uyarı arasındaki farklılığa dikkat çekmiştir. Bu bulgular erkek ile karşılaştırıldığında, kadın cinselliğinin daha karmaşık ve ortaya konulmasının çok daha zor olduğu belirtilmektedir (23).Basson, kadın cinsel yanıtını non-lineer bir model olarak ele almıştır. Özellikle cinsel yanıtın tabiatı üzerinde yaptığı araştırmalar sonucunda; uyarı ve isteğin kendiliğinden ortaya çıkan ve karşılıklı etkileşim halinde birbirini indükleyerek artıran faktörler olduğunu bildirmiştir. Basson'un modeline göre; duygusal ve ilişkisel yakınlık, bedensel ve cinsel davranışın ortaya çıkışını motive eden en önemli etmen olarak kabul edilmiştir (24).

Cinselliğin yaşam kalitesinin en önemli etmenlerinden biri olduğunun anlaşılması ve erkek cinselliği alanındaki ilerlemelerin artması araştırmacıları kadın cinselliği ile ilgili daha çok veri elde etmeye yönlendirmiştir (25,26) . Kadın cinsel fonksiyon bozukluğu; farklı yaş gruplarında kadınların %25-71 ini etkileyen yaygın görülen bir klinik durumdur(27,28,29,30) Biyolojik, hormonal ve psikolojik değişimlerin yoğun yaşandığı gebelik, laktasyon, menopoza ve yaşlılık kadınlarda cinsel işlevlerin olumsuz yönde etkilenebileceği kritik yaşam dönemleridir. Kadınlarda cinsel fonksiyon yaş, eğitim düzeyi, depresyon durumu, cinsel istismar ve cinsel yolla bulaşan hastalık öyküsü varlığı, duygusallık veya stres deneyimi ile ilgili sorunların varlığı, eşte mevcut cinsel işlev bozukluğu, alt üriner sistem semptomlarının varlığı, diyabet ve kardiyovasküler sistem hastalıklarının varlığı, multiparite, menopoza gibi çeşitli faktörlerden etkilenebilir (27,28,29,30,31,32,33,34,35,36).

5.2. Kadın Cinsel Fonksiyon Bozukluklarının Tanısı Sınıflandırılması ve Hastanın Değerlendirilmesi

Kadın cinsel fonksiyon bozukluklarının tanısında jinekolojik muayene, cinsel işlev sorgu formu, hormon profili (FSH, LH, Serbest Testosteron, Total Testosteron, Prolaktin, Östradiol), vajinal PH ölçümü, biyotezyometre (duyusal sinir sistemi değerlendirilir), doppler USG (genital organlar kan akımını test eder) yapılmalıdır. Kadın cinsel işlev bozukluklarının tanımlanması ve sınıflandırılmasındaki zorluklar nedeniyle kişiye özgü ölçümler için sorgulama formları oluşturulmuştur. Seksüel sorgu formlarının kişinin yaşam kalitesinin ve cinsellik kabiliyetinin değerlendirilmesinde ve tedavinin planlanmasında son derece önemlidir. Bu sorgulama formlarının en çok kullanılanları; Kadın Seksüel Fonksiyon İndeksi Formu (FSFI), Kısaltılmış Kadın Seksüel Fonksiyon İndeksi Formu (BISF-W), Seksüel Fonksiyon Anketi Formu (SFQ), Cinsel Fonksiyon Anketinde Değişiklikler Formu (CSFQ), Cinsel Fonksiyon için Derogatis Görüşme Formu (DISF/DISF-SR) ve Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (ACYÖ) Kadın Formu'dur (37,38). Bu formlarında yardımı ile kadın cinsel fonksiyon bozuklukları sınıflandırılmaya çalışılmıştır (seksüel ilgi/istek azalması, uyarılma bozuklukları, orgazm bozuklukları, disparoni, vajinismus ve diğer cinsel işlev bozuklukları). Diğer taraftan değerlendirme sürecinde, cinsel işlev bozukluklarının türü göz önüne alınmadan, cinsel işlev bozukluğunun başlangıç zamanı, olduğu ortamların ve etmenlerin göz önünde bulundurulması gerekmektedir

Tablo 1. Cinsel işlev bozukluklarının DSM-IV APA sistemine göre sınıflandırılması.

Cinsel işlev bozuklukları-DSM-IV APA sınıflandırma sistemi
1-Cinsel İstek Bozuklukları Azalmış cinsel istek bozukluğu Cinsel tiksinti bozukluğu
2-Cinsel Uyarılma Bozuklukları Kadında cinsel uyarılma bozukluğu Erkeklerde cinsel uyarılma bozukluğu
3-Orgazmla İlgili Bozukluklar Kadında orgazm bozukluğu Erkeklerde orgazm bozukluğu Erken boşalma
4-Cinsel Ağrı Bozuklukları Disparoni Vajinismus
5-Genel Tıbbi Bir Duruma Bağlı CİB Kadında...'e bağlı azalmış cinsel istek bozukluğu Erkeklerde...'e bağlı azalmış cinsel istek bozukluğu Erkeklerde...'e bağlı erektil bozukluk Kadında...'e bağlı disparoni Erkeklerde...'e bağlı disparoni Kadında...'e bağlı başka bir cinsel işlev bozukluğu Erkeklerde...'e bağlı başka bir cinsel işlev bozukluğu
6-Madde Kullanımının Yol açtığı CİB
7-Başka Türü Adlandırılmayan CİB

Tablo 2.Kadın Cinsel Fonksiyon bozuklukları sınıflandırılması, DSM-IV ve DSM-V yapılan değişiklikler (159).

DSM-IV	DSM-V Değişiklikler
Kadın cinsel fonksiyon bozuklukları Hipoaktif cinsel istek bozukluğu Cinsel uyarılma bozukluğu	Kadın cinsel ilgi/uyarılma bozukluğu
Orgazm bozukluğu	Değiştirilmemiştir
Disparoni Vajinismus	Genital pelvik ağrı/penetresyon bozukluğu
Diğer cinsel işlev bozuklukları Cinsel tiksinti bozukluğu Genel bir tıbbi duruma bağlı cinsel işlev bozuklukları	Çıkarılmıştır
Madde ve ilaç kullanımına bağlı cinsel işlev bozuklukları	Değiştirilmemiştir
Başka türlü adlandırılmayan cinsel işlev bozuklukları	Diğer tanımlanmış cinsel işlev bozuklukları ve tanımlanmamış cinsel işlev bozukluğu

Cinsel istek bozuklukları

Cinsel istekte azalma, cinsel düşünce ve fantezilerin, cinsel birleşme ve orgazma ulaşma sıklığının azlığı ya da yokluğu, cinsel bir etkinliği başatma, katılma ya da yanıt verebilme motivasyonunun yetersizliği olarak tanımlanır. Bu duruma organik ve psikolojik sebepler yol açabileceği gibi neden genelde psikolojiktir. Cinsel isteksizlik kadınlarda daha sık görülmektedir. Yapılan araştırmalarda erkeklerdeki cinsel isteksizliğin %15, kadınlardaki oranın ise %35'e vardığını ortaya konmuştur. Kadın, yaşamı boyunca hiç tatmin olmamıştır veya cinselliğe olan ilgisi sonradan azalmıştır. Bu problemi yaşayan kadınlar çok zor ve nadiren orgazm olurlar(39)

Birincil olanı, ergenlik döneminden başlayarak hayatının tamamı boyunca sürer. Yüksek oranda intrapsişik süreçlerle alakalıdır. Cinselliğin yasaklandığı, tutucu toplum ve kültürlerde sık görülür. İkincil olanı ise, sonradan ortaya çıkan cinsel istek azlığıdır. Genellikle başka nedenlere bağlıdır. Bunlar arasında en sık olanları, stres, eşle olan uyumsuzluk ve çatışmalar, depresyon, anksiyete ve diğer psikiyatrik bozukluklar, çeşitli kronik hastalıklar, hiperprolaktinemi yapan durumlar, kullanılan ilaçlar, alkol ve uyuşturucu madde kullanımı, menopoz, gebelik ve laktasyon dönemleri, cinsel şiddet ve cinsel travma, eşinde ya da kendisinde varolan başka cinsel işlev bozuklukları sayılabilir (125).Tüm bunlar göz önüne alındığında çiftler, birbirlerine cinsel istek ve tercihlerini anlatabilmeli, sabırlı ve duyarlı olmalı, cinsellik dışında da uyumlu bir birliktelik sağlamış olmalıdırlar (39).

Cinsel tiksinti bozukluğu

Cinsel ilişki kurmaktan sürekli ve aşırı biçimde tiksinti duyma ve bu nedenle cinsellikten tümüyle kaçınmaktır. Cinsel istek azlığına ve diğer cinsel işlev bozukluklarına göre daha nadir olarak görülür. Bu soruna da ülkemizde rastlanması nadir değildir. Bozukluğun ağırlığına göre, cinsel tiksinti, cinsel yaşamın genital salgılar ya da cinsel birleşme gibi belirli yönüne odaklanabilir ya da öpme ve dokunmada dahil tüm cinsel uyarılara karşı yaygın bir iğrenme olarak da ortaya çıkabilir (125).

Cinsel uyarı bozuklukları

Uyarılma bozukluğu olan kadınlarda n sevişme ve cinsel ilişki boyunca haz almaya yetecek kadar uyarı oluşmaz. Uyarılmama nedeniyle gerekli biyolojik dengeler sağlanamaz ve klitoris sertleşmesi, vajina ıslaklığı, cinsel haz ve orgazm zorluğu ortaya çıkar. Kadınlarda bu şekilde de ilişkiye girebilir, fakat vajinal nemlenme yeterli olmadığı için tahriş sonucu ağrı ve yanma meydana gelir. Nedenler arasında sistemik hastalıklar (diabet gibi), hormonal problemler, menopoz, ilaç kullanımı, cerrahi operasyonlar sonucu ortaya çıkabilen sinir zedelenmeleri ve partnere ya da sekse karşı isteksizlik sayılabilir(39)

Orgazm bozukluğu

Hiç orgazm olamama veya orgazma zor/nadiren ulaşma şeklinde görülen bir problemdir. Başta vajinismus olmak üzere çeşitli tıbbi ve psikolojik nedenleri vardır.En önemli psikolojik nedenleri arasında tutucu değer yargıları, suçluluk duyguları, cinsel travmalar, yetersiz cinsel bilgi ve deneyim, duygusal hazırlığın ya da eşle olan duygusal iletişimin yetersizliği, yetersiz nsevişme ve cinsel uyarı, eşteki erken boşalma ya da ereksiyon güçlüğü nedeniyle yetersiz cinsel birleşme süresi sayılabilir. Kimi kadınlarda vajinal yolla orgazm olamasa da klitoris uyarılması sonucu orgazma ulaşabilirler. Bu durum bir orgazm bozukluğu değildir (39,125).

Cinsel ağrı bozuklukları

Disparoni:Cinsel ilişki sırasında ağrı duyulması anlamına gelir ve tıp dilinde "disparoni" olarak tanımlanır. Kadınlarda cinsel organlara yönelik cerrahi operasyonlardan sonra %30 oranında ağrı bozukluğu gelişmekte ve bu Őikyetle kliniğe başvuran kadınlarda %40'ında üreme organlarına ait tıbbi problem saptanmaktadır Psikolojik durum ve partnerle olan uyumsuzluk da ağrı bozukluğuna sebep olabilmektedir (39).

Vajinismus:Vajinismus; vajinanın 1/3 dış kısmının cinsel ilişki aşamasında istemsiz olarak kasılması ve penisin penetrasyonuna engel olmasıdır. Ağrı bozukluğu ile başvuran kadınlarda yarısında, vajinismus da rastlanmaktadır. Geçirilmiş travma, tecavüz öyküsü ve

geçirilen cerrahi girişimler sonucu gelişebilir. Bunun dışında kızlık zarı kalıntıları, doğum sırasında epizyotomi açılmış ve dikiş atılmış bölgede oluşan dokular, cinsel organlara ve cinsel salgı bezlerine ait enfekte hastalıklar ve menopozdaki vajinal değişiklikler sebebiyle oluşabilir(39).

5.3. Kadınlarda Cinsel İşlev Bozukluğu Görülme Sıklığı

Cinsel işlevler ve işlev bozuklukları hakkındaki çalışmalar, geçmişte ağırlıklı olarak erkekler üzerine yapılmıştır. Fakat son yıllarda kadının cinsel aktivitedeki rolü cinsel aktivite sırasında kadınlarda meydana gelen fizyolojik değişiklikler ve işlev bozuklukları konusunda yoğun olarak araştırmalar başlamıştır. Geniş gruplarla yapılan çalışmalarda, kadınların yoğun bir şekilde cinsel işlev bozukluğu yaşadıkları saptanmıştır. Örneğin; Amerika'da cinsel işlev bozukluğu erkeklerde %31 iken kadınlarda %43 oranında bulunmuştur. Bu %43'lük oranın yaklaşık 40 milyon kadını kapsadığı ve bu grubun %10'dan daha az bir kısmının tedavi için başvurduğu belirlenmiştir(39)

Türkiye'de henüz bu boyutta bir çalışma yapılmamış olmakla birlikte, diyabetik hastalarda yapılan bir çalışmada %77 oranında cinsel istek bozukluğu, %49 oranında orgazm bozukluğu olduğu saptanmıştır (39).

Çayan ve arkadaşlarının yaptığı hormonal tedavi alan ve hormonal tedavi almayan postmenepozal kadınların cinsel işlevlerinin karşılaştırıldığı bir çalışmada; hormonal tedavi rejimlerinin cinsel işlev bozukluğu olan kadınlarda pozitif yönde etkili olduğu, bozukluğu azalttığı ve postmenepozal kadınlarda kontrendikasyon yoksa hormonal tedavi rejimlerinin önerebileceği ortaya konmuştur (40).

Çayan ve arkadaşlarının yaptığı transplant yapılmamış son dönem böbrek yetmezliği olan ve böbrek transplantı yapılmış son dönem böbrek yetmezliğinde olan kadınların cinsel işlevlerinin karşılaştırıldığı başka bir çalışmada; başarılı renal transplantasyon yapılan kadınlarda cinsel işlev bozukluklarının olumlu yönde değiştiği ve seksüel fonksiyon bozukluklarının ve depresyon durumunun azaldığı ortaya konmuştur (41).

Çayan ve arkadaşlarının, stres üriner inkontinansı olan kadınlarda yapılan burch kolposüspansiyonu ve vajinal sling operasyonunun cinsel fonksiyon bozukluğu üzerine etkilerinin araştırıldığı bir çalışmada; yapılan operasyonun cinsel işlev üzerine etkileri olduğu bilgisinin ameliyat öncesi hastalara anlatılması gerektiğini önermişler ve burch kolposüspansiyon operasyonunun cinsel işlevi vajinal sling operasyonuna göre daha fazla bozduğunu ortaya koymuşlardır (42).

5.4. Gebelik ve Cinsellik

Gebelik, eşlerin ikisi için de birçok değişikliğin olduğu, farklı duyguların yaşandığı bir dönemdir. Bu süreç boyunca ve sonrasında meydana gelebilecek fiziksel, sosyal ve psikolojik değişimler çiftlerin cinsel yaşamlarında olumsuz etkilere sebep olabilmektedir (43,44).

Genellikle gebeliğin ilk trimesterinde çiftlerin yeni duruma uyum sağlamaya çalışmaları ve gebeliğe ait sorunlar sebebiyle cinsellik etkilenir. İkinci trimesterde gebelik kabul görmüştür ve şikâyetler azaldığı için cinsel yaşam normalleşme yönündedir. Üçüncü ve son trimesterde ise gebeliğin ilerlemesine bağlı cinsel fonksiyonlarda gerileme görülür. Kadınlarda, bebeğine zarar verme korkusu, kendini cinsel yönden yetersiz görmesi, libido eksikliği, yorgunluk, halsizlik, ağırlı ilişki gibi nedenlerle cinsel ilişkiden uzaklaşma vardır. Üçüncü trimesterde erkeklerin de anneye ve fetüse zarar verme korkusu nedeniyle cinsel ilişkiden uzak kalmayı tercih ettikleri bildirilmektedir (113,57)

Gebelikte cinselliği yaşamayı sınırlayan önemli bir durum ise, cinsel bilgi ve olgunlaşmanın yetersiz olması nedeniyle cinselliğin sadece birleşme olarak algılanmasıdır. Gebeliğin farklı dönemlerinde kadının talebi ve koşullarına göre yaşanacak cinselliğin şekli değişebilir. Cinsel birleşme odaklı olmayan cinsel ilişki ile çiftler hemen her koşulda cinsel doyumu yaşayabilir (61)

Cinsel davranışlar sosyal öğretilerden etkilenir. Bazı toplumlarda gebelik sürecinde cinsel ilişki uygun görülürken, bazı toplumlarda ise kabul görmez hatta unutulabilir (45,46,47,48,49). Afrikada'ki bazı topluluklarda gebelik sırasında cinsel ilişkinin vajinal kanalın açılmasına yol açarak doğumu kolaylaştıracağına inanılmakta ve bu yüzden cinsel ilişkinin anne ve bebek sağlığına olumlu etkisi olacağı düşünülmektedir (50,51). Türkiye'de yapılan bir çalışmada ise, kadınların % 74'ünün gebelik sırasında cinsel ilişkinin doğal olduğunu belirttiği rapor edilmektedir (43). Genellikle çiftlere gebeliğin son 6.-8. haftalarında cinsel ilişkiden kaçınmaları ve bebeğin doğumundan sonra cinsel ilişkiye başlamaları söylenmekte ve cinsel aktiviteden kaçınmanın annenin rahatına yardımcı olacağı düşünülmektedir (52). Bununla birlikte yapılan çalışmalarda kadınların çoğunda gebelik süresince cinsel ilişki sıklığında (3,45,53,54,55)ve cinsel istekte azalma olduğu belirtilmektedir (54,56,57) . Bunun sebepleri arasında ilk trimesterde bulantı kusma, üçüncü trimesterde abdomenin büyümesi, psikolojik faktörler (3,58), cinsel ilişki ile ilişkili fiziksel rahatsızlıklar (59), cinsel ilişkinin bebeğe zarar vereceği korkusu gibi yanlış mitler (47,60), daha önceki düşükler, cinsel pozisyonların kullanımının sınırlanması gibi durumlar olduğu belirtilmektedir (43). Cinsel aktiviteden kaçınmanın enfeksiyon, erken doğum ve erken membran rüptürünü önleyeceği düşünülürken, gerçekte gebeliğin değişik evrelerinde cinsel yaşamda farklılıklar olabileceği ancak sağlıklı bir gebelikte cinsel aktivitenin kısıtlanmasının gerekli olmadığı belirtilmektedir (52).

5.5. Gebelikte Cinsel İşlev Siklusunda Oluşan Değişiklikler

Gebelikte cinsel işlev siklusunda farklılıklar olur. Masters ve Johnson, gebe olmayan ve gebe olan kadınların fizyolojik, cinsel yanıtını karşılaştırmıştır. Cinsel birleşmeden sonra vasküler ve glandüler yapılarıdaki artış nedeniyle meme büyür ve daha duyarlı hale gelir. Birinci trimesterde, multipar kadın uyarıldığında, memelerde vazokonjesyon, gebelik öncesindeki döneme göre daha fazla belirginleşir, buna areola ve meme başı hassasiyeti eşlik eder. Gebelik devam ederken memelerde 1/3 oranında ölçü artışına rağmen hassasiyette azalma vardır. Gebe olmayan kadında uyarılma, meme ölçüsü artışına, meme başının sertleşmesine ve areolanın belirginleşmesine neden olurken; bu, gebe kadın için geçerli değildir (65). Gebelikte östrojen, progesteron, prolaktin, tiroid stimüle eden hormon (TSH), human koryonik gonadotropin (HCG) hormon düzeylerinde ciddi değişiklikler görülmektedir. TSH hormonu ile gebelik depresyonu arasında güçlü bir ilişki olduğu belirtilmekle birlikte; (62) östrojen, progesteron ve prolaktin hormonlarının artışı gebelikte bulantı, kusma, yorgunluk, kilo alma ve memede hassasiyete neden olmaktadır (63). Bununla birlikte progesteronun artışı ve vajina dokularında meydana gelen konjesyon nedeniyle dispareni, vajina akıntısında artma ve istemsiz idrar kaybı yaşanmaktadır. Hormonların neden olduğu bu fiziksel, mental ve duygusal değişiklikler cinsel yaşamı olumsuz olarak etkilemektedir (64)

Gebelikte artan pelvik vaskulerite, cinsel tansiyonda artışa sebep olur. Gebelikte cinsel yaşamda ortaya çıkan değişiklikler cinsel işlev siklusunun fazlarına göre aşağıda incelenmiştir (52,65,66).

1. İstek Fazı: Gebeliğin farklı dönemlerinde libidoda azalma ya da artış doğrultusunda değişiklikler olur. Her kadında farklı ve her kadına özgü olmasına rağmen genellikle gebe kadının cinsel isteği, 1.ve 3. trimesterlerde azalma eğilimindeyken 2. trimesterde azalmış istek geri dönme veya artma eğilimindedir.

2. Uyarılma Fazı: Uyarılma fazında, cinsel uyarı öncesinde gebe kadında artmış vazokonjesyon nedeniyle internal ve eksternal organlarda konjesyon cevabı, myotonik yanıtta daha fazladır. Nulliplarlarda labia majörler gebelik öncesi dönemdeki gibiyken, multiparlarda aşırı derecede büyük ve ödemli görülebilirler. Labia minörler ise nulliplarlarda da, multiparlarda da büyük olabilirler. Bu yanıt gebeliğin birinci ve ikinci trimesteri süresince devam eder. Üçüncü trimesterde artmış vazokonjesiyon nedeniyle labia minörler büyümüştür. Cinsel uyarı olmaksızın gebelikte artan venöz konjesiyon nedeniyle mukoid akıntıda da artış olur. Bu salgılanma artışı gebelik son buluncaya kadar devam eder. Genel olarak cinsel uyarı sonucu vaginanın ıslanması gebelikte daha fazla miktarda olur.

3. Plato Fazı: Plato fazı sırasında, orgazm ile birlikte labia minörlerin rengi gebelik öncesi dönemde de olduğu gibi pembeden kırmızıya döner. Nulliplarlarda da multiparlarda da

bölgedeki artmış vazokonjesyon nedeniyle orgazmik platformda da artış görülür; gebelik haftası ilerledikçe platformdaki artış da bu doğrultuda ilerler (67,68,69).

4. Orgazm Fazı: Orgazmik faz sabit değildir. Gebelik dönemi boyunca vaginanın 1/3 distal kısmında ve uterusu kontarksiyonları oluşur. Üçüncü trimesterde, özellikle gebeliğin son 4 haftası uterusu tonikspazmlar olabilir ancak bunlar düzenli ritmik olan uterus kontraksiyonları değildir. Goodlin ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada gebe kadınların %16'sı orgazma ulaşmasa dahi cinsel birleşmede uterusu kasıldığını hissetmektedir. Bu araştırmada gebe kadınların %50'si hem orgazma eriştiklerini hem de normal olmayan şekilde uterusu kasıldığını ifade etmişlerdir. Bu çalışmada incelenen olguların %77'sinde ikinci ve üçüncü trimesterlerde artan kas gerginliği ve venöz artış sebebiyle bazı kadınlar daha hızlı ve kısa sürede orgazma ulaşırlar. Bazen orgazmda ağrı hissedilebilir ve birleşmeden sonra da ağrı devam edebilir. Damarlarda meydana gelen daralma dinmez ve rahatsızlık hissi yaratabilir. Bazı kadınlarda pelvik konjesiyon cinsel deneyim ve orgazmı artırabilir; hatta bazı kadınlar ilk orgazmını gebelik sırasında yaşayabilirler (52,67,70).

5. Çözülme Fazı: Pelvik konjesiyon orgazm sırasında tamamen kaybolmaz. Gebelik ilerledikçe vazodilatasyona uğramış damarlardaki kanın geri çekilmesi daha da artış gösterir. Bu uzun süren kanlanma artışı sonucunda görülen şişlik, kadın çevreden bir uyarı almasa bile kadının uzun süre uyarı duymasına sebep olmaktadır. Belki de gebe kadınların bazıları, devamlı uyarım neticesi orgazma eriştikleri halde, orgazmdan sonraki bu gevşeme devrindeki uyarımın uzun sürmesi nedeniyle ara ara bir çeşit doyumsuzluk duygusuna kapılmaktadırlar (71).

5.6. Gebelikte Cinsel İşlevdeki Değişikliklerin Nedenleri

Gebelikte cinsel ilişkiye verilen yanıt oldukça kişiye özgüdür. Cinsel ilişki psikolojik faktörlerden, seks hakkındaki mitlerden, cinsel disfonksiyonlardan ve kadındaki fiziksel değişikliklerden etkilenir (72,73,74,75).

5.6.1. Gebelik Haftası

Gebelik süresince kadında fiziksel ve fizyolojik değişiklikler oluşmaktadır. Gebe bir kadında üretilen progesteron hormonu gebe olmayan bir kadına oranla 10-5000 kez daha fazladır. Gebe bir kadında üretilen östrojen miktarı ise gebe olmayan bir kadının üç yılda ürettiği toplam östrojen miktarına eşittir. Gebe kadın vücudunda dolaşan yüksek seviyedeki progesteron ve östrojen steroid hormonları yumuşak ve düzgün bir cilde, parlak saçlara ve gebenin kendini iyi hissetmesine neden olduğu gibi memeler ve cinsel organlardaki değişiklikler sebebiyle gebe cinsel ilişkiye daha hassas ve duyarlı hale gelir (76).

Birinci trimester: Yapılan araştırmalarda kadınların, gebeliğin ilk trimesterinde gebeliklerinin pek farkında olmadıkları için farklı derecede cinsel istek gösterdikleri

saptanmıştır. İlk trimesterde kadın gebeliğinin pek farkına varmadığı için cinsel aktivitede değişiklik olmaz görüşüne ters olarak cinsel ilişki sıklığında azalma vardır. Bu dönemde gastrik stres bulantı-kusma, yorgunluk, uykuya yönelim, genel fiziksel rahatsızlık, meme ve vaginal rahatsızlık cinsel isteğin azalmasına sebep olan önemli faktörlerdir. Bazı gebelerde kokuya hassasiyet ileri derecede olup eşinin normal vücut ve nefes kokularına bile dayanamayacak kadar ileri boyutlarda olabilir. Cinsel ilginin azalması semptomların şiddetine bağlıdır. Gebedeki salgı artışı, fiziksel ve bedensel değişikliklere bağlı endişeler cinsel aktiviteyi sınırlayabilir. Cinsel ilişkinin bebeğe zarar verebileceği düşüncesi ve düşük yapabileceği kaygısı libidoyu etkilemektedir. Kendiliğinden tekrarlayan düşük öyküsü olan kadınlara genellikle gebeliklerinin birinci trimesterlerinde ilişkiden kaçınmaları önerilir (76).

İkinci trimester: Gebenin, hamileliğin getirdiği fiziksel farklılıkları kabullenip uyum sağladığı dönemdir. Bu sebeple belkide cinselliğe en uygun süreçtir. Birinci trimesterde yaşanan halsizlik, bulantı-kusma azalır ve pelvik konjesyon artar. Anne adayı artık gebe olduğunu kabullenip gebeliğin hayatına getireceği farklılıkları benimser. Birinci trimesterdeki olumsuz semptomlardan kurtulan ve psikolojik olarak gebeliğe uyum sağlayan gebe kadını cinsel ilişkiye olan isteğinin arttığı gözlemlenir (76).

Üçüncü trimester: Üçüncü trimesterde uterusun büyümesine paralel olarak önceden azalan fiziksel şikâyetler tekrar farklı bir şekilde tekrar gündeme gelir. Yorgunluk, halsizlik, mide problemleri, solunum sıkıntısı, pelvik ligament ağrıları, sık sık idrara çıkma, hareket kabiliyetinin azalması, memelerden süt gelmesi gibi belirtiler, cinsel ilişki ve orgazm sırasında ortaya çıkan güçlü uterus kasılmaları cinsel isteğin azalmasına ve anne adayını cinselliği ikinci plana atmasına sebep olabilir. Beklenen doğum tarihi yaklaştıkça gebeye erken doğum, enfeksiyon korkusu, doğumda ağrı duyma korkusu ve olumsuz bir durum yaşanacağı endişesi gibi faktörler eklenir. Bazı kişiler gebeliğin geç döneminde koitusun erken doğuma neden olacağını düşünür (76). Cinsel ilişki memnuniyeti üçüncü trimesterde belirgin olarak azalmaktadır. 1950-1996 yılları arasında İngilizce ve Almanca dillerinde yayımlanan 59 araştırmanın incelendiği meta-analiz çalışmasına göre; cinsellikten memnun olma gebelik öncesi %76-79 oranında iken birinci trimesterde %59, ikinci trimesterde %75-84 ve üçüncü trimesterde ise %40-41 olarak bulunmuştur(66). Orgazm konusunda yapılan çalışmalar farklılık göstermekle birlikte genel olarak azalma olduğunu göstermektedir (77).

Doktorlar tarafından verilen öneriler de gebelikte cinsel ilişkiyi etkileyen bir faktördür. Gebelikte cinsel ilişkiye yönelik farklı öneriler vardır. Masters ve Johnson araştırmasında, 111 kadından 77'sinin hekimler tarafından son trimesterde cinsel ilişkiye girmemeleri konusunda uyarıldığını belirtilmiştir. Bu hekimlerin bazıları gebeliğin son üç ayında, bazıları ise son bir ayında koitusu yasaklamıştır (5). Solberg'in çalışmasında 260 kadının %29'una beklenen doğum tarihinden 2-8 hafta öncesinde doktorlar tarafından cinsel ilişkiden kaçınmaları söylenmiştir.

Bu gebe kadınların yalnızca %10'u koitus için daha rahat olan, önerilen pozisyonları uygulamıştır. Doktorların %5'i yan yana veya arka giriş pozisyonları önermiştir(78). Falicov'un çalışmasında 19 kadından 5'ine beklenen doğum tarihinden 6-7 hafta öncesinde koital aktiviteyi bırakmaları söylenmiştir. Holtzman'ın çalışmalarındaki kadınların %60'ına hiçbir tıbbi cinsel öneri verilmediğini, bir kısmına ise minimal seviyede bilgi verildiğini açıklamıştır. Koitusa girmemenin diğer bir nedeni de tıbbi dahil olmayan kişilerin yaptığı öneriler ve gebeliğin herhangi bir döneminde (genellikle birinci ve üçüncü trimesterde) oluşan vajinal kanamalar olabilir (7,76).

5.6.2. Fiziksel Faktörler

Gebelikte en çok karşılaşılan fiziksel yakınmaların üriner inkontinans, karın büyümesi ve kilo alma, mide şikâyetleri olduğu ve bu yakınmaların cinsel disfonksiyona neden oldukları belirlenmiştir (84,103,114,115).

Brezilya'da yapılan bir çalışmada, cinsel disfonksiyon yaşayan kadınların %57.1'inin üriner inkontinans yaşadığı ve üriner inkontinans yaşayan kadınların bu sorunla en fazla üçüncü trimesterde karşılaştığı bulunmuştur. Bu çalışmada cinsel disfonksiyon ile gestasyonel hafta ve üriner inkontinans arasında ilişki olduğu belirlenmiştir (114).

Tayvan'da yapılan bir çalışmada, gebelik süresince üriner inkontinansın cinsel fonksiyonu, doyumunu, cinsel ilişkiyi ve isteği olumsuz etkilediği belirtilmiştir. İlk trimesterde fiziksel rahatsızlıkların cinsel fonksiyon üzerinde, üçüncü trimesterde ise üriner inkontinansın cinsel istek üzerinde olumsuz etkisi olduğu vurgulanmıştır (84).

5.6.3. Psikolojik Faktörler

Gebelik dönemi cinsellik toplumsal normlardan etkilenmektedir. Bazı toplumsal normlara göre gebe kadınların çekici görünmedikleri, gebelikte cinsel istek ve aktivitenin olmaması gerektiği savunulmaktadır. Bu normlara paralel olarak gebelerin kendilerini şişman, alımsız, yorgun, halsiz, çok kırılgan ve nörotik olarak ifade ettikleri görülmektedir. Bununla birlikte pek az da olsa kendilerini seksi olarak tanımlayan kadınlarda vardır (57,79)

Gebelik, kadın ve erkeği daha çok fazla yaklaştıran bir süreçtir. Mann, gebeliğin, kadın ve erkeğin ihtiyaçlarını karşılamak için uygun bir zaman olduğunu belirtmiştir. Ayrıca gebeliğin verdiği sevinçte cinsel ilişkiyi etkileyebilmektedir (7,80).

Bir bebek dünyaya getirme kadının olgunlaşma sürecinin bir bölümüdür. Gebelik boyunca eşle, diğer çocuklarla eğer geniş bir aile mevcutsa diğer kişilerle de olan ilişkiler etkilenebilir. Artmış bir gerginlik oluşur. Bu zorluklarla başedebilme yeteneği, anne ile kurulacak yakın, samimi ilişki, huzurlu mutlu bir aile ortamı, eşle sosyal ve cinsel olarak iyi

anlaşmak ve yeterli ekonomik düzey ile ilgilidir. Ancak, birçok durumda bu olumlu koşullar bulunmaz (10) ve cinsel ilişki olumsuz etkilenebilir.

Gebe kadının bu dönemdeki duyguları mutluluk, tikslenme, öfke, endişe, korku ve depresyon olarak sıralanabilir. Çocuk sahibi olma içgüdüğü bir kadında psikolojiyi derinden etkileyen farklı bir dinamiktir. Her kadının sevdiği bir eşten yeni bir şey yaratmak düşüncesi, yeni bir yaşam kurma isteği gibi sebeplerle gebelik sürecine verdiği yanıt farklıdır. Tüm bu nedenler göz önüne alındığında kadının cinsel yanıtı gebelik sürecinden etkilenecektir. Bu yüzden kimi kadınlar gebeliği planlama zamanından eminken kimi kadınlar bu zamanlama sürecinde kararsız ve soru işaretleri taşımaktadır (10,67,73,81).

Cinsel yanıtlar gebeliğin haftalara ayrılmış dönemlerine göre çok çeşitlilik gösterir. Erken gebelikte bebeğin varlığı görülemez ve kadın içe dönük bir ruhsal yapı içinde olabilir. İkinci trimester ise gebe bebeğine odaklanmış ve onu kabullenmiş durumdadır genelde bu zaman dilimi gebelerde ve ebeveynlerde mutlu bir zaman dilimidir. Üçüncü trimesterde ise anne çocuğunun tüm sorumluluklarını üstlenip onu koruyuculuğu altına almıştır, gebe bu dönemde bebeğini kaybetme korkusu hissederek hassaslaşabilir (7,10).

Lucie Jessner ve arkadaşları, gebelikle psikolojik endişelerin korkuların birbiriyle ilişkili olduğunu dile getirmişlerdir. Bazı kadınlar gebeliğin ilk döneminde gebe kalma korkusu taşımadıkları için bu dönemde daha özgürce davranıp cinsel ilişkide memnuniyetleri artmaktadır. İkinci trimesterde ise cinsel ilişkinin annelikle bağdaşmayacağı, ayıp, günah olduğu düşüncesi ve cinsel ilişkinin bebeğe zarar verebileceği düşüncesi nedeni gebe kadının kafası karışmaktadır. Ancak bu duruma zıt olarak, bazı kadınların bu endişeler tarafından uyarılan artmış cinsel gereksinimleri vardır. Hiç çocuk sahibi olmamış bazı genç kadınlar, anneliği yaşlanma belirtisi olarak görüp, gebeliğin onların gençliğini götürebileceklerine inanabilirler hatta çocukların kendilerine ayak bağı olup tüm zamanlarını tüketebileceğini düşünüp gebelik sürecinin özgürlüklerine aykırı olduğunu düşünebilirler (82).

Gebenin doğum eylemi ve doğacak bebeğin sağlıklı olup olmayacağı hakkında endişesi vardır. Bu endişelere cinsel cezbedilirliği, eşinin sevgisini ve ilgisini kaybetme korkusu da eklenir. Aynı zamanda kadının içe dönüklüğü ve kendi içine yönelimi, çiftler arasında soğukluk yaratır. Kariyer sahibi kadınlarda annelik durumu ikilem yaratabilir; çocuğun doğumu ile kariyerin nasıl etkileneceği konusunda kaygılanabilir. Bazı kadınlar azalmış cinsel istek ve eşlerini cinsel ilişkiden yoksun bırakmaları nedeniyle suçluluk hissedebilirler ve bu durumun gebeliğin reddedilmesine veya kıskanılmasına neden olacağını düşünerek endişelenirler (88,89).

Janes, Jones 1991'de ve Pines 1993'deki çalışmalarında çocuklar kadınlara çok fazla mutluluk ve sevinç getirebilir ancak, gebelik ve doğum eylemi çok yorucu ve stresli olabilir demişlerdir. Bu durum, gebelikte ve sonrasında kadına emosyonel yükler getirir. Sosyal

desteğin olmaması veya az olması ekonomik sebeplerden dolayı çocuklara bakmada gücünün yetersiz olması emosyonel bir krize yol açabilir. Fiziksel yorgunlukla beraber diğer çocuklara bakmak libido üzerinde olumsuz etki yapabilir. Araştırmalar, gebe kadının ev ve iş ortamında, sosyal ilişkilerinde desteklenme gereksinimini kuvvetlendirir; desteklendiğini hisseden gebe kadının yaşamı olumlu yönden etkilenirken; gebelik sırasındaki kişilerarası çatışmalar, gebelikte ortaya çıkan emosyonel değişiklikler tarafından ağırlaştırılabildiğini belirtmektedir (7,82).

5.6.4. Eş Faktörü

Gebelik süresince erkeğin ruhsal durumu da cinsellik üzerinde etki oluşturur. Erkek için gebeliğin kabulü sadece gebeliğin kesinliğini ve kabul etme anlamı değil; aynı zamanda kadının değişen fiziksel ve psikolojik durumunu da kabul etmeyi içerir. Kadınlar gibi erkeklerin de bu süreçte çeşitli duyguları vardır; sıklıkla gururlu ve mutludurlar. Babanın, fiziksel olarak görülmeyen ancak cinsel eşinin zamanını ve düşüncesinin büyük kısmını alan fetusu kıskanması olası rastlanılan bir durumdur. Baba cinsellik, gebelik ve kadın sağlığı konusunda yanlış bilgilere, mitlere sahipse gebeliği kabul etmesi zorlaşabilir. Bir erkek emzirmenin eşinin göğüslerini deforma edebileceğini düşünerek emzirmeye karşı çıkabilir, doğumun eşinin vaginasını genişleteceğine ve cinsel yaşamlarının bozulacağına inanabilir ve sezaryen taraftarı olabilir (87).

Rainwater, ebeveyn eğitim sınıflarında, kocaların eşlerine en fazla sevgi, saygı, ilgi ve yakınlığı gebelik döneminde gösterdiklerini bildirmiştir. Bazı erkekler eşlerine gebelik döneminde kırılacak bir porselen gibi davranırlar. Yakında anne olacak eşlerine, eşlerinin kaygılarına ve doğmamış bebeklerine odaklanmışlardır. Genellikle birçok erkek gebelikte cinsel aktiviteyi gerçekleştirme konusunda kararsız olup ve bu konuda korku, çekinme ve sıklıganlık gibi duygular hissederler.

Duygusal bir sonuç olarak babalar psikosomatik yakınmalar, duygu dalgalanmaları, anksiyete ve ilişkilerinde zorluklarla karşılaşabilirler. Bu endişe ve kaygılar kendini baş ağrısı, bel ağrısı şeklindeki psikosomatik şikâyetlerle dışa vurabileceği gibi, bu yakınmalar erkeğin eşiyle birlikte hamilelik belirtilerini yaşamaması olan couvade sendromu'na kadar ilerleyebilir. Couvade sendromu herhangi birinin fark edemeyeceği kadar hafif seyredebileceği gibi gerçek bir ruhsal bozukluk, çöküntü görüntüsüne varacak ağır bir şekilde de kendini ortaya koyabilir. İleri durumlarda sebebi ortaya konamayan baş ağrıları, çabuk sinirlenmek, yerinde duramamak, kilo almak, gaz sancıları, bel ağrıları gibi semptomlarla birlikte tam bir depresyon tablosuda ortaya çıkabilir (11,12,87,88,90).

Çiftler gebelik ilerledikçe ve uterus büyüdükçe, fetüsün daha fazla farkına varırlar, bazen cinsel ilişki sırasında fetüsün hareketlerini hissederler ve bebeğe zarar vermekten korkarlar.

Bazı erkekler sadece eşiyle değil, aynı zamanda bebeğinin annesi olacak kadınla cinsel ilişkiye girmek konusunda duygularıyla pazarlık yapar ve bu konuda bir karmaşa içine girer. Bazı erkekler eşleri ile cinsel ilişki arzulasa bile gebe bir kadına dokunmanın kutsal bir şeyi kirletmek gibi bir durum olduğu algısına düşebilir. Yine bazıları, gebe kadınla ilişkiye girmenin ahlaksızca olduğuna inandığından cinsel ilişkiden kaçınabilir. Bu düşünceye özellikle cinsel ilişkinin sadece döllenmenin sağlanması amacıyla gerektiğine inanılan dinlerde rastlanmaktadır. Bazı erkekler ise gebelik süresince eşlerine daha fazla yakınlık ve dostluk duyarak mutluluklarının arttığını düşünür (45). Gebelikte erkekte erektil disfonksiyon durumu görülebilir. Baba adayı gebelik esnasında büyük bir duygusal değişiklik yaşarsa, sekse ilgisi azalabilir, eşi kendisine çekici gelmiyorsa cinsel isteksizlik gelişebilir, anneye ve bebeğe zarar verme korkusu da cinsel işlevi olumsuz önde etkileyebilir. Performans beklentisi erkekler üzerinde büyük bir korku yaratır ve sıklıkla bu korku yetersizlik oluşturur. Bu durum cinsel işlevi etkiler, ereksiyonu ve ereksiyonu sürdürmeyi zorlaştırır (74).

Masters ve Johnson, 79 erkek ile görüşme yapmıştır. Bunların 71'inin eşine doktor tarafından gebeliğin 2-6. ayları arasında cinsel ilişki yaşağı konmuş, yalnızca 21'i bunu anlamış, kabul etmiş ve uygulamış, 18'i ise evlilik dışı cinsel ilişki yaşadığını belirtmiştir (10).

Gebelik sürecinde bazı erkeklerde ise pasif kadınsılık aktivitesi oluşabilir. Gizli kalmış homoseksüellik yüzeye çıkabilir ve eşinin değişen vücuduna ilgisini paylaşmaktan erkek kendini alamayabilir. Gebe kadının değişen genital bölgesi, giderek büyüyen memeleri erkeği korkutabilir ve cinsel yeterlilik konusunda anksiyetesini yükseltebilir (10).

Bir grup erkek eşlerinin gebelik dönemindeki kaygıları nedeniyle cinsel zorluklar belirtmişlerdir. Bir erkek cinsel isteğini kaybedebilir hatta iktidarsızlık yaşayabilir, orgazm öncesi ereksiyonu kaybedebilir veya ereksiyonu sağlamakta zorlanabilir, orgazm olduğunda anne ve bebek için doğacak sonuçlar onu korkutabilir. Erkek, eşi kendisine cezp edici görüldüğünde, onu cinsel ilişkiye yönlendirdiğinde, gebeliğe zarar vermekten endişe duyduğu için eşine kızabilir, cinselliği ve bu konudaki duygularını şiddetle reddedebilir. Hatta bazı erkekler eşleri gebeyken masturbasyon yapabilir ve bazı çiftler medikal olarak cinsel birleşmeye kısıtlama getirilen bu sürede kadının masturbasyona katılmasıyla kendilerini daha rahat hisseder. Bununla birlikte bazı erkekler masturbasyon yaptığı için kendilerini suçlu hisseder; bir yetişkin olarak masturbasyon yaptıklarında davranışlarını çocukça, ergence hissederler ve yasak şeyler yaptıklarını düşüncesine kapılırlar(10).

5.6.5.Beden Algısı Vücut İmajı

Gebe kadınların vücutlarında meydana gelen değişiklikler kadının gebeliğe ve cinselliğe karşı tutumunu etkileyen diğer bir faktördür. Kadının vücudu genişlerken bir taraftan yeni bir şey yaratma düşüncesi gururunu okşar, diğer taraftan ise güzelliğini kaybetme korkusu gebenin

kafasını karıştırır. Kitzinger 1985'te, bazı kadınların gebelikte vücutlarında meydana gelen değişiklikleri abarttıklarını, kendilerini daha şişman hissettiklerini veya eşlerinin onları beğenmediklerini belirtmektedir. Buna karşın bazı erkekler eşlerini çekici ve güzel bulduklarını ifade etmektedir. Gebelik döneminde meydana gelen fiziksel ve hormonal değişiklikler kadının kendisini farklı algılamasına, çirkin ve cazibesiz hissetmesine neden olabilir. Bu değişimler sonucu kadının kendine güven duygusu ve benlik saygısı azalır; beden imajı olumsuz yönde etkilenebilir (83). Beden imajının fiziksel değişimlere bağlı olarak olumsuz etkilenmesinin cinsel disfonksiyona neden olabileceği bilinmektedir (83,84). Gebelik trimesteri ilerledikçe yaşanan fiziksel ve psikolojik rahatsızlıklar, gebenin beden algısı, bebeğe zarar verme korkusu, cinsel ilişkinin erken doğuma ve düşüğe neden olacağına inanma, gebelikte cinsel ilişkiyi tehlikeli ve günah olarak algılama gebelikte yaşanan cinsel hayatı ve cinsel ilişki sıklığını etkilemektedir (85,86).

Bir kadının gebelikte vücudunu algılayış şekli cinselliğini etkileyebilir. Bazı kadınlar vücut görüntüleri konusunda çok olumlu pozitif hisler taşıırken bazıları ise, özellikle gebeliğin üçüncü trimesterinde, çoğunlukla olumsuz hisler taşımaktadır. Kadın, gebelik boyunca uyku ve yeme düzenindeki değişikliklerle, bulantı-kusmayla, cildindeki renk değişiklikleriyle, büyüyen memeler ve kilo artışıyla başetmeye çalışır; kendini şişman hissedebilir ve fiziksel olarak tekrar eski haline dönüp dönmeyeceği konusunda endişe taşıyabilir. Çoğul gebeliği olan kadınların vücut imajı konusundaki kaygı ve anksiyeteleri daha fazladır (82,87).

5.6.6. Kadınların Gebelikte Cinsel İlişkiden Kaçınmalarının Nedenleri ve İnanışları

Gebelik ve cinsellik arasındaki ilişki tarih boyunca yanlış düşünceler, mitler ve tabularla doludur. Kadınların gebelikte cinsel ilişkide bulunmama nedenlerinin başında; bebeğin zarar göreceği kaygısı (85,86,91,92,93,94,95,96,97), gebeliğe zarar verme düşüncesi (98), gebelikte cinsel ilişkiyi zararlı olarak algılama (96,99,100,101), cinsel ilişkinin erken doğuma (85,94,95,96,97), membranların erken yırtılmasına (99) ve düşüğe neden olacağına inanma(86,95,96,99), cinsel ilişki ile bebeğin enfeksiyon kapacağı düşüncesi (85,95,97), günah olduğuna inanma (92,95), cinsel ilişkide bulunmanın doğru olmadığına inanma (102), eşin kokusundan etkilenme (94,103), uygun pozisyon bulamama (97,101), cinsel ilişkinin hoş gitmemesi (101), çalışma saatlerinin ve iş yükünün fazla olması (97) ve gebe bir kadının çekici gelmemesi (97) gelmektedir.

'Gebe kadın seksi midir?' sorusu, gebelikte cinsel davranışlarının yanıtını içerdiği için önemlidir. Reamy ve White, toplumsal kuralların gebe kadınların çekici görünmediklerini, gebelikte cinsel arzu ve aktivitenin olmaması gerektiğini savunduğunu açıklamışlardır. Wallace'ın görüşü de bu fikri desteklemektedir. Gebe kadının cinsellik hakkında ne hissettiği ile

toplumun ne düşündüğü arasında birçok fark vardır. Gebe kadınlar kendilerini iri, alımsız, yorgun, halsiz, çok naif ve nörotik duygular hissettikleri yönünde ağır basan bir görüş mevcuttur ancak, az da olsa kendilerini çekici seksi hissedebilenler de vardır (82).

5.6.7.Sosyokültürel ve Sosyo-Demografik Faktörler

1-Gebelikte Kadının Cinsel Rolü

Gebelik kadınlığın tartışmasız bir işarettir. Birçok kadın cinsel kimlik ve roluyla gurur duyar ve cinselliği kabul eder, fakat cinsel rollerinden mutlu olmayan kadınlar da vardır ve bu kişiler cinselliği reddederler. Özellikle gebe kadınlarda gebelik zamanı planlı değilse, kişi bu durumda eşini suçlar ve bu duruma ceza verir nitelikte kendisini cinsel aktiviteden çeker ve eşiyile ilişkide bulunmaz. Bazı duygusal babalar ebeveynlik sorumluluğunu endişe ve merakla harmanlanmış bir şekilde saygıyla karşılarken, kariyer yapan erkekler ise bebek sahibi olmayı ayağına bir bağ gibi düşünerek sonra olsaydı şeklinde düşünür. Gebelik zamanını planlamış bebek isteyen babalar gebeliği bir armağan gibi görür ve eşiyile yakın ilişkisinin artacağı duygusuna kapılır. Bu durumu benimseyen babalar ise bu süreçte mutlu ve uyumlu davranırlar (7,10).

2-Kültürel Yön

Bireyin cinsellik konusundaki düşüncesi yetiştiği kültürün cinselliğe bakış tarzından etkilenmektedir. Kültürlerin cinselliğe bakış açıları birbirlerinden farklı olabildiği gibi, aynı kültür içindeki yöresel farklılıklar da cinselliğe bakışı etkiler. Toplumlarda cinsellik kavramı farklı şekilde algılanmakta, bu farklılıklar da kültür çeşitliliğine neden olmaktadır (104).Gebelik döneminde kadının cinsellik algısı, kültürel normlar, anne babalık düşüncesi, bilgi yetersizliği, cinsel yaşama yönelik olumsuz düşünceler ve bebeğe zarar verme düşüncesi gibi nedenler cinsellik üzerinde olumsuz etki yapabilir (105).

Bütün kadınlar için fizyolojik mekanizma aynı olmasına rağmen kültürel normlar çok çeşitlidir. Gebelikte cinsellik konusundaki tutumlar toplumdan topluma değişmekte ve tarih boyunca inanılmaz çeşitlilik göstermektedir. Bazı toplumlarda gebe kadının cinsel ilişkide bulunması yasaklanırken, bazı toplumlarda bebeğin daha iyi gelişebilmesi için eşlerin özellikle gebeliğin başlangıcında sık sık cinsel ilişkide bulunması desteklenir. Bazı toplumlarda sık sık cinsel birleşmenin ikiz gebeliğe neden olduğu kanısı varken, bazılarında ise bir sakınca görülmemektedir. Eski bir Hindu inancına göre gebeliğin sağlıklı sürmesi için meni gereklidir ve bu yüzden gebelik boyunca düzenli cinsel ilişkide bulunulması gerekir. Yeni Gine yerlileri gebeliğin anlaşıldığı ilk andan çocuk yürümeye başlayıncaya kadar geçen süre içerisinde cinsel ilişkiyi yasaklar (68,69).

Ürdün'de gebelik ile evliliğin temelini sağlamlaştığı düşünülür, kadının kocasının dikkatini cinsel yönden çektiğinin bir namzeti olarak kabul edilir. Aynı durum bazen Amerika

Birleşik Devletleri'nde de geçerlidir. Bununla birlikte Hindistan'da Punjab gibi bazı kültürlerde gebelik çekinilen ve az konuşulan bir konu olup, koitusu bildiren ve buna bağlı olarak utanma duygusunun yoğun yaşandığı bir süreçtir. Bazı Afrikalı kadınlarda ise gebelikte cinsel ilişkinin doğum eylemini kolaylaştıracağı fikri vardır (58).

Gebelikte cinsel birleşme bazı toplumlarda desteklenirken, bazı toplumlarda desteklenmez. Haiti ve Meksika kültürlerinde cinsel ilişkiye devam etmenin doğum kanalını ıslatacağı ve doğumu kolaylaştıracağına inanılır. Vietnam ve Filipin kültürlerinde ise cinsel ilişkiye devam etmenin anne ve bebeğe zarar vereceğine inanılır. İslami geleneklere göre de gebelikte kadın ve eşi arasındaki cinsel ilişki desteklenmekte olup, sağlıklı olduğu yönünde bildirimler mevcuttur (60,106).

Ülkemizde yerel ve bireysel farklılıklar olmakla beraber gebelik sırasında cinsel ilişki yaşamak bir tür "kontROLSÜZLÜK" olarak değerlendirilmekte, fetüse zarar vereceğinden korkulmakta ve doğumdan sonraki ilk 40 günde cinsel ilişkide bulunmanın zararlı olacağına yaygın olarak inanılmaktadır. Benzer yargılar, tıbbi dayanağı olmasa da doktorların bir kısmı tarafından da paylaşılmakta ve onlar tarafından hastalara aktarılmaktadır. Gebelikte cinsel davranışlar konusunda yapılan çalışma sayısı, kısıtlı olmasına ve çalışmanın yapıldığı toplumsal grubun kültüründen çok etkilenmelerine rağmen, çiftlerin gebelik sırasında da cinsel ilişkide bulunmaya ve bundan keyif almaya devam ettiğini ortaya koymaktadır. Modern doğum bilimi birkaç tıbbi durum dışında gebelikte cinselliği kısıtlamamaktadır(65,78,106).

3- Ekonomik Durum

Gebelik ne kadar istenirse istensin gebeliğin getireceği ekstradan ekonomik yük birçok çift için sorun olmakta ve çifti endişe içerisine sokmaktadır, çiftler bu durumla başetme yetersizliği hissi deneyimlemektedir. Gebelik zamanı ayarlanmamış ve ekonomik gelir kaynakları az ise eşler birbirini suçlama eğiliminde olabilir ve buna bağlı cinsel yaşamlarında da problemler ortaya çıkabilmektedir (7,71).

4- Evlilik Durumu

Adölesan ebeveynlerde gebelik ve doğum daha fazla ilgi ve destek gerektirir. Gebe bir adölesan gebeliği sonlandırmak isteyebilir. Evlenmemiş adölesanların gebeliği, yalnız kız için değil, ailesi için de ciddi bir kriz durumudur. Gebenin annesi, genellikle gebeliği kendi yetersizliğinin bir işareti, geçmiş yaşam ve deneyimlerine bir tepkisel bir yanıt olarak görebilir. Anne utanır ve kendini suçlu hisseder (58).

5.6.8. Gebelikte Oluşan Tıbbi Sorunlar

Gebelikte minimal problemler bile gebede stres yaratabilir ve cinsel sağlığı olumsuz yönde etkileyebilir.

1-Kandidiyazis

Kandida Albicans en sık vulvar irritasyon ve vaginal rahatsızlık yapan mantar enfeksiyonudur. Kandida enfeksiyonu sıklıkla gece kötüleşip kişiyi rahatsız eden yaygın bir kaşıntı ile karakterizedir. Enfeksiyon ve kaşıntı kadının uykusuz kalmasına ve çok yorgun düşmesine neden olabilir, vagina ve vulva kızarmış ve kabarmıştır. Bu durum cinsel aktiviteyide etkiler (82).

2- Üriner Sistem Enfeksiyonları

Gebelikte pelvik organlar yer değiştirerek üriner sistemde fonksiyonel ve fizyolojik değişiklikler olur. Hormonal faktörlerin de etkisiyle büyüyen uterus ve fetus üreterlere baskı yapar. Bu değişiklikler gebe kadınlarda üriner sistem enfeksiyonlarına sebep olur.

3-Üriner İnkontinans

Gebe kadınlarda sık sık idrara çıkmak ve stres inkontinans yaygın şikâyetler arasındadır. Noktüri ise uykuyu bozarak gebede yorgunluk ve rahatsızlık yaratır. Üriner inkontinans gebede sosyal ve psikolojik etkiler yaratarak cinsel işlevi olumsuz yönde etkileyebilir. Gerçek stres inkontinansında cinsel ilişki sırasında yaygın olarak penetrasyon anında idrar sızması vardır (82).

3- Hemoroidler

Hemoroidler gebelikte yaygındır. Gebelikte venöz dilatasyon ve progesteronun periferik direnci azaltması nedeniyle hemoroidler gelişebilir. Önceki hemoroidler, konstipasyon ve artan kilo da gebelikte hemoroid oluşumunu kolaylaştıran diğer faktörlerdir. Hemoroidler özellikle doğumun ikinci evresinde kötüleşebilir ve lohusalık döneminde ciddi sıkıntı yaratabilir. Rektal kanama, anüs etrafındaki rahatsızlık, kaşıntı ve mukozal değişiklikler cinsel yaşamı olumsuz yönde etkiler (82).

5.6.9. Gebelikte Disparoni

DSM-IV'e göre bu bozukluk cinsel eylem öncesinde, sırasında veya ardından yineleyici veya devamlı genital ağrının olması ile belirlidir. Topluma dayalı çalışmalarda fertil kadınların yaklaşık %8-21'inin disparoni yaşadıkları bildirilmektedir(100)

Gebelikte disparoni ile ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde; Antalya'da kadınların %63'ünün fiziksel rahatsızlık olarak cinsel ilişki sırasında ağrıdan şikâyet ettikleri (92), Aydın'da kadınların %34.8'inin gebelikten önce, %38.9'unun gebelikleri süresince ve %28.9'unun doğum sonrası dönemde disparoni yaşadıkları saptanmıştır (100). İran'da gebe kadınların %8.7'sinin (94), Güney Afrika'da ise %28'inin (108) gebelikte disparoni yaşadıkları bulunmuştur. Reamy ve White 1985'te yaptıkları çalışmalarda gebelikte disparoniye birçok faktörün neden olduğunu belirtmişlerdir.

1-Fiziksel faktörler: Pelvik damar konjesyonu, vaginal konjesyon ve azalmış salgılanma, simfizis pubis ve sakroiliak eklemlerin subluksasyonu, uterusun retrovert

olması(özellikle gebeliğin ilk haftaları), fetal başın derin angojmanı, koryoamnionitis, gebede kandida, trikomonas vaginalis, herpes ve siğiller, üriner sistem enfeksiyonları...

2- Psikolojik faktörler: Anksiyete, vaginismus, yorgunluk, halsizlik, vücut görüntüsünde oluşan değişiklikler, cinselliği suçluluk gibi algılamak, eşler arasındaki dargınlık ve iletişim yetersizliği...

Tüm bunlar göz önüne alınırsa kadının herhangi bir yaşam döneminde ve özellikle gebelikte disparoni içeren cinsel semptomların varlığının saptanması, açıklanması, tanımlanması, değerlendirilmesi ve iyileştirilmesi cinsel işlevler açısından oldukça önemlidir (109).

5.7.Gebelikte Cinsel İlişki Ve Yasaklandığı Durumlar

Cinsellik, cinsel birleşme ile sınırlı olmayıp; geniş bir aktiviteler dizisidir. Başka zamanlarda olduğu gibi gebelikte de sadece vajina-penis ilişkisi biçiminde ele alınmamalı, yakınlık, kucaklama, okşama, öpme ve benzerleri ile sürdürülebilen çok geniş bir alan olduğu akılda tutulmalıdır. Normal bir gebelikte orgazm ile birlikte görülen uterus kasılmalarının hiçbir zararı ve tehlikesi yoktur. Bu kasılmalar erken doğum eyleminin başlamasına neden olmamaktadır (58,61,90,110).

Cinsel ilişkinin gebelikte enfeksiyona neden olup fetüse zarar vereceği düşüncesi yanlıştır. Çünkü servikal kanal kalın bir mukus tabakayla kapalıdır, bakterilerin uterusu girişine izin vermez. Fetüs amniyos kesesi içinde bakterilerden izole biçimde yaşamaktadır. Amniyos kesesi, amniyon sıvısı ile birlikte travmalara ve basınçlara karşı son derece dayanıklıdır, cinsel ilişki sırasında eşin ağırlığından zarar görmez(111).

Klasik olarak, eski literatürlerde ilk üç ayda düşükleri önlemek, son haftalarda da enfeksiyonu önlemek için cinsel birleşme yasaklanmakta idi. Günümüz literatür bilgilerinde cinselliğe engel oluşturacak tıbbi problemler olmadıkça, gebelik süresince, hatta son güne kadar cinsel ilişkiye devam edilebileceği belirtilmektedir.

Gebelikte cinsel birleşmenin kısıtlanmasının gerekli olduğu durumlar ise; önceki gebelikte tekrarlayan düşük varlığı, erken doğum öyküsü, servikal yetmezlik öyküsü, şimdiki gebeliğinde düşük tehdidi, erken doğum tehdidi, erken membran rüptürü, vajinal kanama(İlk trimesterde düşük tehditleri kendilerini vajinal kanamayla gösterir, ayrıca plasenta previa, ablayso plasenta gibi durumlarda dasemptom olarak vajinal kanama meydana gelir, bu gibi durumlarda cinsel ilişki kısıtlanması gerekmektedir.), genital bölgede enfeksiyon, eşte cinsel yolla bulaşan enfeksiyon mevcut olmasıdır. Bebeklerinde ağır gelişme geriliği veya başka nedenlerle fetal distres gelişme riski yüksek olan anne adaylarının da doktorlarının belirlediği bir dönemden itibaren cinsel ilişkide bulunmamaları gerekmektedir (60,111).

5.8. Gebelikte Ruhsal Durum

Gebelikte kadın rolünün ötesinde anne rolüne ilişkin tüm duygusal, yaşamsal, ruhsal, davranışsal beklenti, çatışma, umut ve arzular ön plana çıkar(122).

Gebelikte her trimesterin kendine has psikolojik uyum sürecinin mevcut olduğu bildirilmiştir. Genelde ilk trimester yeni duruma ve gebelik gerçeğine uyumla ilgilidir. Kadının aile ve iş durumu, eşle olan ilişkisi, gebelik durumunun yaratacağı yeni zorluklar ve ihtiyaçlar bu gerçeğe geliştirilen tutumda etkilidir(122). Fetusa psikolojik bağlanma, uterus içerisinde başlar ve ikinci trimesterin başına kadar kadınların çoğunda bebeğin zihinsel bir resmi oluşur. Fetus doğmadan önce bile ayrı olarak hissedilir ve doğum öncesi bir kişilikle donatılır. Annelerin çoğu, henüz dünyaya gelmemiş çocuklarıyla konuşurlar. Fetusa konuşma, sadece erken anne-bebek bağlanmasını değil, aynı zamanda annenin sigara içme ve kafeini bırakma gibi sağlıklı gebelikle ilgili çabalarını da gösterir. Psikanalitik teorisyenlere göre, çocuk annenin umutlarını ve korkularını yansıtan boş bir ekran gibidir (123). Gebeliğin başlangıcında görülebilen yorgunluk, bulantı ve kusma aşırı olursa, gebelik hakkında ambivalansı temsil eden psikolojik kökenli bir durum olarak düşünülür ancak aşırılıkla ilgili semptomatolojinin düzeyi hakkında uzlaşma yoktur. Ayrıca biyolojik ve psikolojik faktörlerin etkileşiminin nasıl olduğu açık değildir (124). Fetusa olan biyolojik bağ ikinci trimesterde daha derin ve yakın hissedilir. Üçüncü trimesterde ise doğum yaklaştıkça doğumun nasıl olacağına dair endişeler, bir sorun yaşanıp yaşanmayacağı kaygısı, çocuğun sağlıklı olup olmayacağına ilişkin düşünceler ön plana çıkar (122).

5.9. Gebelikte Depresyon

Depresyon tüm dünyada görülen önemli bir sağlık sorunudur. Depresyon, insanın işlevselliğini, yaratıcılığını, mutluluğunu ve doyumunu engelleyerek yaşam kalitesini düşürmekte ve işgücü kayıplarına yol açmaktadır (116). Uluslararası çalışmalar depresyonun büyük kısmının (18-44 yaş aralığındaki) gebelik, doğum, lohusalık gibi doğurganlık süreçlerindeki kadınlarda görüldüğünü belirtmektedir (117,118). Bu süreçlerden gebelik, kadınlar için doğal bir yaşam olayı olmanın yanısıra önemli biyolojik ve psikososyal değişimlerin yaşandığı kaygı ve stres oluşturabilecek birçok etkenle karşılaşma riskinin de yüksek olduğu bir dönemdir (119).

5.9.1. Gebelik Depresyonunda Başlıca Risk Faktörleri (118,120,121)

5.9.1.1. Genetik Faktörler

Genetik faktörle ilgili bilgiler net değildir. Bununla birlikte gebelik / lohusalık depresyonunun yaklaşık %40-50'sinin genetik faktörle ilgili olduğu ileri sürülmektedir.

Literatürde çevresel faktörlerin genetik faktörle iç içe olduğu ve araştırma yapılırken bu iki faktörün birlikte ele alınması gerektiği belirtilmektedir.

5.9.1.2. Psikolojik Faktörler

Gebenin geçmişinde depresyon hikâyesinin olması, gebeliğine yönelik tezat duygular, geçmişinde psikiyatrik hastalıkların varlığı gibi nedenler gebelik depresyonunu etkileyen psikolojik faktörlerdendir. Psikolojik ve sosyal faktörler gebelik depresyonunu en çok etkileyen unsurlardır.

5.9.1.3. Çevresel Faktörler

Gebenin yaşadığı stres, fiziksel, duygusal ve mental sarsıntı, viral enfeksiyonlar, kronik hastalıklar, bazı sedatif ilaçlar gebelik depresyonuna ortam hazırlayan çevresel faktörlerdendir. Gebelik depresyonun oluşmasında tek faktör çevresel etkiler olmayıp, genetik eğilimle birlikte depresyon riskini arttırmaktadır.

5.9.1.4. Sosyal Faktörler

Evlilik problemleri, yalnız yaşama, boşanma, gelir düzeyin düşüklüğü, sosyal destek azlığı veya yokluğu, partner olmayışı, sosyal izolasyon, aile içi şiddet görme, geçmişte fiziksel, duygusal ve cinsel şiddet öyküsünün bulunması, yaşamdaki majör olaylar, kullanımı, alkol ve yabancı madde kullanımı gebelik depresyonuna etki eden sosyal faktörler arasında sayılabilir.

5.9.1.5. Biyolojik Faktörler

Maternal depresyon ile biyolojik faktörler arasındaki ilişkiyi tanımlamak oldukça güçtür. Biyolojik faktörler hormonlara etki ederek depresyona zemin hazırlarlar. Yetersiz-dengesiz ya da yanlış gıda alımı nedeniyle gebedeki beslenme bozukluğu, nörotransmitter ve hormonal fonksiyonları bozarak maternal depresyonun patofizyolojisine zemin hazırlamaktadır.

5.9.1.6. Hormonal Faktörler

Gebelikte; östrojen, progesteron, prolaktin, trodi stimüle eden hormon, triodothronine / thyroxine hormon düzeylerinde ciddi farklılıklar görülür. Gebelikte östrojen ve progesteron düzeyindeki artış ile maternal depresyon arasında ilişkinin net bulunmadığı ancak yükselmiş TSH hormonu ile gebelik depresyonu arasında güçlü bir ilişkinin olduğu belirtilmektedir.

6. MATERYAL VE METOD

6.1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma, Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi etik kurulundan onay alınarak yapılmış prospektif kesitsel, bir araştırmadır. Çalışmada gebelikte cinsel fonksiyon bozukluklarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Bu bağlamda riskli gebeler (gebeliği sırasında diabet, hipertansiyon, tiroid fonksiyon bozukluğu gibi hastalıklar mevcut olan gebeler), sağlıklı gebeler (gebelik öncesinde veya gebeliği sırasında herhangi bir hastalık saptanmayan) ve reproduktif (doğurgan) yaşta olan sağlıklı ve gebe olmayan kadınların cinsel fonksiyon skorları ve depresyon skorları tespit edilerek birbirleriyle karşılaştırılacaktır

6.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Evreni

Bu çalışma, 11 Şubat-11 Eylül 2018 tarihleri arasında Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalında yapıldı. Belirtilen dönemdeki gebelerle ön görüşme yapılarak araştırmaya katılmak isteyen ve dahil olma kriterlerini sağlayan kişiler çalışmaya dahil edilmiştir. Gebe olmayan popülasyona ise jinekoloji polikliniğine başvuran veya Mersin Üniversitesi Tıp fakültesinde çalışan dahil olma kriterlerini karşılayıp çalışmaya katılmak isteyen kişiler alınmıştır.

6.3. Araştırmanın Örnekleme

Gebelikte cinsel fonksiyon bozukluklarının değerlendirilmesi amacıyla yapılan çalışmada, riskli gebeler (diabet, hipertansiyon, tiroid fonksiyon bozukluğu olan gebeler), sağlıklı gebeler ve reproduktif çağda ancak gebe olmayan sağlıklı kadınlar olmak üzere üç grup mevcuttur. Gruplardan en az ikisi arasındaki farkın anlamlı olduğunu iddia edebilmek için Female Sexual Function Index bakımından en küçük anlamlı kabul edilebilecek fark 4,4 birim olmak üzere (42) %5 Tip I Hata ve %80 güç ile her bir grupta minimum 57, toplam da ise 171 kadının çalışmaya dahil edilmesi planlanmıştır. Çalışmaya 211 sağlıklı gebe, 174 riskli gebe ve 168 gebe olmayan olmak üzere toplamda 553 kişi dahil edilmiştir.

6.4. Örnek Seçim Kriterleri

Okuryazar olan

18-43 yaş grubunda olan

Reproduktif dönemde olan

35. gebelik haftasının altında olan

Eşiyle birlikte yaşayan

Kendisinde ve eşinde cinsel fonksiyon bozukluk öyküsü olmayan

Kendisinde ve eşinde tanımlanmış organik herhangi bir cinsel fonksiyon bozukluğu olmayan

Cinsel ilişkinin tavsiye edilmediği tıbbi ve obstetrik durumu olmayan (Düşük riski, plasenta previa, erken membran rüptürü ve erken doğum tehditi... gibi)

Eşinde cinsel ilişkinin önerilmediği tıbbi durum olmayan

Kendisinde ve eşinde cinsel yaşamını etkileyebilecek bir ilaç kullanmayan

Kendisinde ve eşinde tanımlanmış organik herhangi bir psikiyatrik bozukluğu olmayan

Kendisinde ve eşinde herhangi bir psikiyatrik bozukluk öyküsü olmayan

Psikiyatrik tedavi görmeyen

İstenen gebelikler

6.5. Verilerin Toplanması

Araştırma için gerekli verileri toplama amacı ile üç form kullanılmıştır. Birinci form çalışmaya alınan gebelerin sosyo-demografik özelliklerini ve gebelik öykülerini belirlemek için hazırlanan sosyo-demografik bilgi formu (Ek 1), ikinci form kadınların cinsel işlevlerini sorgulamak amacıyla kullanılan Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi (Female Sexual Function Index- FSFI) (Ek 2) ve üçüncü form ise depresif semptomların değerlendirilmesi için kullanılan Beck Depresyon Envanteri (Beck Depresyon Ölçeği-BDÖ-BDE) (Ek 3) dir. Araştırmacı tarafından kişilere bilgi verilip rızaları alındıktan sonra anket formları doldurulmuştur. Sosyo-demografik özellikler araştırmacı ve katılımcının yüz yüze görüşme tekniği ile doldurulmuştur. FSFI ve BDÖ kişiler tarafından uygun ortamda doldurulup araştırmacıya teslim edilmiştir Araştırmacı tarafından form teslim alınırken kişiye sormak istediği bir şey olup olmadığı sorgulanmıştır.

6.5.1. Sosyo-demografik Bilgi Formu

Bu formda, gebelerin ve gebe olmayanların sosyo-demografik bilgileri sorgulanmaktadır. Bu sorular; yaş, beden kitle indeksi, kendisinin ve eşinin eğitim düzeyi ve çalışma durumu, sigara içme durumu, kullandığı ilaçlar, kronik hastalık öyküsü, geçirdiği operasyonlar, psikiyatrik hastalık öyküsü, adet düzeni ve ilk adet yaşı, evlilik yaşı ve evlilik süresi, akraba evliliği öyküsü, önceki gebelikleri ve doğum öyküleri, doğum şekli, doğum kontrol yöntemleri, var olan gebelik öyküsü, gebelik izlemi sırasında saptanan hastalık ve ne zaman saptandığını içermektedir.

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

FSFI 19 maddeden oluşan kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğunu değerlendiren likert tipi bir ölçektir. FSFI'nın Rosen ve arkadaşları (2000) tarafından geçerlik güvenilirlik çalışması yapılmış cronbach alfa katsayısı 0.82, test retest güvenirligi 0.79- 0.86 bulunmuştur (126). Ölçeğin Türkçe versiyonu Türk Androloji Derneği tarafından validite edilmiştir. Ölçek arzu (istek), uyarılma, lubrikasyon (kayganlık) , orgazm, doyum ve ağrı olmak üzere altı 6 ayrı

başlıktan oluşmaktadır. Cinsel istek veya ilgi sıklığı 1. ve 2. sorularda (puan aralığı, 1-5); uyarılma sıklığı, seviyesi, emin olma durumu ve doyumunu 3-6. sorularda (puan aralığı, 0-5); lubrikasyon (kayganlaşma) sıklığı, zorluğu 7-10. sorularda (puan aralığı, 0-5); orgazm sıklığı, zorluğu, doyumunu 11-13. sorularda (puan aralığı, 0-5); doyum, eşyle yakınlık oranı, cinsel ilişkide ve tüm cinsel yaşamda doyum seviyesi 14-16. sorularda (puan aralığı, 0/1-5); ağrı veya rahatsızlık (vajinaya giriş sırasında ağrı varlığı, vajinaya girişi takiben, girişte ve takiben ağrı seviyesi) 17-19. sorularda (puan aralığı, 0-5) ele alınıp değerlendirilmektedir. Düzenlenmiş faktör yüklemeleri; istek için 0,6; uyarılma ve kayganlaşma için 0,3; orgazm, doyum ve ağrı için 0,4 olarak belirlenmiştir. Alt boyut ortalamaları faktör yükleriyle çarpıldıktan sonra ölçekten alınabilecek en düşük puan iki (2) ve en yüksek puan otuz altıdır (36). Yüksek puan daha iyi fonksiyon anlamına gelmektedir (126). Çalışmamızda cevaplandırma konusunda yardım isteyenlere yönlendirici olunmadan yardımcı olundu.

6.5.3. Beck Depresyon Envanteri (BDE)

Beck Depresyon Envanteri, kişide depresyon yönünden riski belirlemek ve depresif belirtilerin düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla sağlıklı ve psikiyatrik hasta gruplarında kullanılabilen bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Bu envanter ilk kez 1961'de Aaron T. Beck tarafından geliştirilmiş olup 1971'de tekrar gözden geçirilmiştir (127). 1989'da Hisli tarafından Türkçe 'ye çevrilmiş, geçerliliği ve güvenilirliği gösterilmiştir (128). BDE, 21 maddelik bir kendi kendini değerlendirme ölçeği olup depresif semptomları ve karakteristik yaklaşımları ölçmektedir. Her madde 0'dan 3'e kadar puanlanan dört seçenek içermektedir. 21 maddenin toplamında 0-63 puan elde edilir ve toplam skorun artması depresif semptomların da arttığını gösterir. Türk toplumu için kesme puanı genel olarak 17 kabul edilmektedir (129). Çalışmamızda cevaplandırma konusunda yardım isteyenlere yönlendirici olunmadan yardımcı olundu.

6.6. Verilerin İstatistiksel Değerlendirilmesi

Değişkenlerin normal dağılıma uygun olup olmadıkları Shapiro Wilk testi ile incelenmiştir. Normal dağılım varsayımı sağlayan değişkenler $\text{ort} \pm \text{sd}$ cinsinden özetlenirken, varsayımı sağlamayan değişkenler medyan[25P.-75P.] (P.=Persentil) şeklinde özetlenmiştir. Kategorik değişkenler ise sayı ve yüzde cinsinden özetlenmiştir. İki grup karşılaştırmasında normal dağılım varsayımı sağlanmadığı durumda Mann Whitney U testinden yararlanılmıştır. İki gruptan fazla grup için normal dağılım varsayımı sağlanmadığı durumda Kruskal Wallis testi uygulanmış olup, farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını tespit etmek amacıyla Dunn testi uygulanmıştır. İki sürekli değişken arasındaki ilişkiyi incelemek için Spearman korelasyon katsayısından yararlanılmıştır. $P < 0,05$ istatistiksel anlamlılık düzeyi olarak kabul edilmiştir.

7. BULGULAR

7.1. Araştırmaya Katılan Kişilerin Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde araştırmaya katılan kişilerin sosyo-demografik özellik ve obstetrik öykülerine yönelik tanımlayıcı bulgular yer almaktadır.

7.1.1. Araştırmaya Katılan Gebelerin Sosyo-Demografik Özellikleri ve Obstetrik Öyküleri

Araştırmaya 385 gebe dâhil edilmiştir. Çalışmamıza katılan 385 gebe kadının sosyo-demografik ve obstetrik özellikleri Tablo 3'de gösterilmiştir. Ortalama yaş $28,98 \pm 5,35$, VKİ $27,61 \pm 5,53$, ortalama canlı doğum sayısı $0,89 \pm 0,97$, evlilik yaşı $23,80 \pm 4,68$ olarak saptanmıştır

Tablo 3. Araştırmaya katılan gebelerin sosyo-demografik özellikleri ve obstetrik öyküleri

	Sayı	Minimum	Maksimum	Ortalama	Standart sapma
Yaş	385	18,00	42,00	28,9818	5,35871
Vki (Vücut kitle indeksi)	385	16,33	51,95	27,6117	5,53654
Evlilik Yaşı	385	15,00	45,00	23,8011	4,68331
Canlı Doğum Sayısı	385	,00	5,00	,8909	,97550

Araştırmaya katılan gebelerin eğitim düzeyleri Tablo4'de gösterilmiştir. Gebelerin eğitim düzeyleri ilköğretim, lise ve üniversite ve üzeri şeklinde kategorize edildiğinde 156 kişinin (%40,5) ilköğretim mezunu, 95 kişinin (%24,7) lise mezunu, 134 kişinin (%34,8) ise üniversite ve üzeri statüde okullardan mezun olduğu saptanmıştır.

Tablo 4. Araştırmaya katılan gebelerin eğitim durumları

	Sayı	Yüzde (%)	
Eğitim durumu	ilköğretim	156	40,5
	lise	95	24,7
	üniversite ve üzeri	134	34,8
	Total	385	100,0

Araştırmaya katılan gebe eşlerinin eğitim durumları Tablo 5' de gösterilmiştir. Gebe eşlerinin eğitim düzeyleri ilköğretim, lise ve üniversite ve üzeri şeklinde kategorize edildiğinde 121 kişinin (%31,4) ilköğretim mezunu, 118 kişinin (%30,6) lise mezunu, 146 kişinin (%37,9) ise üniversite ve üzeri statüde okullardan mezun olduğu saptanmıştır.

Tablo 5. Araştırmaya katılan gebelerin eşlerinin eğitim durumları

	Sayı	Yüzde (%)	
Eş eğitim durumu	ilköğretim	121	31,4
	lise	118	30,6
	üniversite ve üzeri	146	37,9
	Total	385	100,0

Araştırmaya katılan gebelerin çalışma durumu Tablo 6 'da gösterilmiştir. Araştırmaya dahil edilen gebelerin çalışma durumu sorgulandığında 133 kişinin (%34,5) çalıştığı, 252 kişinin (%65,5) çalışmadığı saptanmıştır

Tablo 6. Araştırmaya katılan gebelerin çalışma durumu

		Sayı	Yüzde (%)
Çalışma durumu	çalışmıyor	252	65,5
	çalışıyor	133	34,5
	Total	385	100,0

Araştırmaya katılan gebelerin sigara kullanımı Tablo 7'de gösterilmiştir Gebelerin sigara kullanımı var, yok şeklinde sorgulandığında 51 kişinin (%13,2) sigara kullandığı, 334 kişinin (%86,8) sigara kullanmadığı saptanmıştır.

Tablo 7. Araştırmaya katılan gebelerin sigara kullanımı

		Sayı	Yüzde (%)
Sigara kullanımı	yok	334	86,8
	var	51	13,2
	Total	385	100,0

Araştırmaya katılan gebelerin daha önceki doğum şekilleri Tablo 8'de gösterilmiştir. Araştırmaya katılan gebelerin önceki doğum şekilleri sorgulandığında, 168 kişinin (%43,6) daha önce doğum yapmadığı, 79 kişinin (%20,5) normal doğum yaptığı, 136 kişinin (%35,3) sezaryen ile doğum yaptığı, 2 kişinin (%0,5) ise sezaryen ve normal doğum öyküsü olduğu saptanmıştır.

Tablo 8. Araştırmaya katılan gebelerin önceki doğum şekilleri

		Sayı	Yüzde (%)
Önceki doğum şekli	yok	168	43,6
	Normal	79	20,5
	Sezaryen	136	35,3
	sezaryen+normal doğum	2	,5
	Total	385	100,0

7.1.2.Araştırmaya Katılan Gebe Olmayan Kişilerin Sosyo-Demografik ve Obstetrik Öyküleri

Araştırmaya 168 gebe olmayan kişi dahil edilmiştir. Çalışmamıza katılan 168 gebe olmayan kadının sosyo-demografik ve obstetrik özellikleri Tablo 9'da gösterilmiştir. Gebe olmayan kişilerin ortalama yaş $29,73 \pm 7,31$, VKİ $24,76 \pm 4,28$, ortalama canlı doğum sayısı $1,45 \pm 1,08$, evlilik yaşı $22,87 \pm 5,16$ olarak saptanmıştır.

Tablo 9. Araştırmaya katılan gebe olmayan kişilerin sosyo-demografik özellikleri ve obstetrik öyküleri

	Sayı	Minimum	Maksimum	Ortalama	Standart sapma
Yaş	168	18,00	42,00	29,7321	7,31946
Vki (Vücut kitle indeksi)	166	17,51	43,60	24,7625	4,28068
Evlilik Yaşı	168	13,00	46,00	22,8788	5,16884
Canlı Doğum Sayısı	168	,00	5,00	1,4524	1,08230

Gebe olmayan kişilerin eğitim düzeyleri Tablo 10'da gösterilmiştir. Gebe olmayan kişilerin eğitim düzeyleri ilköğretim, lise ve üniversite ve üzeri şeklinde kategorize edildiğinde 77 kişi (%45,8) ilköğretim mezunu, 43 kişi (%25,6) lise mezunu, 48 kişinin (%28,6) ise üniversite ve üzeri statüde okullardan mezun olduğu saptanmıştır.

Tablo 10. Araştırmaya katılan gebe olmayan kişilerin eğitim durumları

	Sayı	Yüzde (%)	
Eğitim durumu	ilköğretim	77	45,8
	lise	43	25,6
	üniversite ve üzeri	48	28,6
	Total	168	100,0

Gebe olmayan kişilerin eşlerinin eğitim düzeyleri Tablo 11'de gösterilmiştir. Eşlerin eğitim düzeyleri ilköğretim, lise ve üniversite ve üzeri şeklinde kategorize edildiğinde 59 kişi (%35,1) ilköğretim mezunu, 46 kişi (%27,4) lise mezunu, 63 kişinin (%37,5) ise üniversite ve üzeri statüde okullardan mezun olduğu saptanmıştır.

Tablo 11. Araştırmaya katılan gebe olmayan kişilerin eşlerinin eğitim durumları

	Sayı	Yüzde (%)	
Eş eğitim durumu	ilköğretim	59	35,1
	lise	46	27,4
	üniversite ve üzeri	63	37,5
	Total	168	100,0

Araştırmaya katılan gebe olmayan kişilerin çalışma durumu Tablo 12'de gösterilmiştir. Gebe olmayan kişilerin çalışma durumu sorgulandığında 67 kişinin (%39,9) çalıştığı, 101 kişinin (%60,1) çalışmadığı saptanmıştır.

Tablo 12. Araştırmaya katılan gebe olmayan kişilerin çalışma durumu

		Sayı	Yüzde (%)
Çalışma durumu	çalışmıyor	101	60,1
	çalışıyor	67	39,9
	Total	168	100,0

Gebe olmayan kişilerin sigara kullanımı Tablo 13’de gösterilmiştir. Gebe olmayan kişilerin sigara kullanımı var, yok şeklinde sorgulandığında 27 kişinin (%27,4) sigara kullandığı, 122 kişinin (%72,6) sigara kullanmadığı saptanmıştır.

Tablo 13. Araştırmaya katılan gebe olmayan kişilerin sigara kullanımı

		Sayı	Yüzde (%)
Sigara kullanımı	yok	122	72,6
	var	46	27,4
	Total	168	100,0

Gebe olmayan kişilerin daha önceki doğum şekilleri Tablo 14’de gösterilmiştir. Gebe olmayan kişilerin önceki doğum şekilleri sorgulandığında, 43 kişinin (%25,6) daha önce doğum yapmadığı, 54 kişinin (%32,1) normal doğum yaptığı, 63 kişinin (%37,5) sezaryen ile doğum yaptığı, 8 kişinin (%4,8) ise sezaryen ve normal doğum öyküsü olduğu saptanmıştır.

Tablo 14. Araştırmaya katılan gebe olmayan kişilerin önceki doğum şekilleri

		Sayı	Yüzde (%)
Önceki doğum şekli	yok	43	25,6
	Normal	54	32,1
	Sezaryen	63	37,5
	Sezaryen+normal doğum	8	4,8
	Total	168	100,0

7.1.3. Gebe ve Gebe Olmayan Grubun Sosyo-Demografik Özellikler ve Obstetrik Öykülerinin Karşılaştırılması

Gebe grup ile gebe olmayan grubun sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerinin karşılaştırılması Tablo 15’de gösterilmiştir. İki grup arasında yaş, eğitim, eş eğitimi, çalışma durumu ve evlilik yaşları bakımından istatistiksel anlamlı fark yoktur ($p=0,159$, $p=0,33$, $p=0,632$, $p=0,23$, $p=0,59$).

Tablo 15. Gebe olan ve gebe olmayan grubun sosyo-demografik ve obstetrik öykülerinin karşılaştırılması

	Gebeler(N=385)		Gebe olmayanlar (N=168)		P değeri
		(%)		(%)	
Yaş	28,98±5.35		29,73±7,35		,159
VKİ	27,61±5,53		24,76±4,28		,002
Evlilik yaşı	23,80±4,68		22,87±5,16		,059
Canlı doğum sayısı	0.89±0,97		1,45±1,08		<0,001
Eğitim durumu					0,332
İlköğretim	156	40,5	77	45,8	
Lise	95	40,5	43	25,6	
Üniversite ve üzeri	134	24,7	48	28,6	
Çalışma durumu					0,230
Çalışıyor	133	34,5	67	39,9	
Çalışmıyor	252	65,5	101	60,1	
Eşinin eğitim durumu					0,632
İlköğretim	121	31,4	59	35,1	
Lise	118	30,6	46	27,4	
Üniversite ve üzeri	146	37,9	63	37,5	
Sigara kullanımı					<0,001
Var	51	13,2	46	27,4	
Yok	334	86,8	122	72,6	
Önceki doğum şekli					<0,001
Yok	168	43,6	43	25,6	
Normal doğum	79	20,5	54	32,1	
Sezaryen	136	35,3	63	37,5	
Normal doğum ve sezaryen	2	0,5	8	4,8	

7.2. Gebe Grup İle Gebe Olmayan Grubun Cinsel Fonksiyon Skorlarının ve Beck Depresyon Skorlarının Karşılaştırılması

Gebe grup ile gebe olmayan grubun cinsel fonksiyon skor parametreleri, toplam cinsel fonksiyon skoru ve toplam beck depresyon skoru karşılaştırılması Tablo 16'da gösterilmiştir.

Gebe grupta cinsel fonksiyon skor parametrelerinin ortalama değerlerine bakıldığında; istek 2,70±1,15, uyarılma 2,44±1,88, kayganlık 2,85±2,25, orgazm 2,52±2,11, doyum 2,87±2,39, ağrı 2,47±2,19 olduğu saptanmıştır. Bu parametrelere gebe olmayan grupta bakıldığında ise; istek 3,51±1,40, uyarılma 4,09±1,26, kayganlık 4,75±1,30, orgazm 4,45±2,24, doyum 4,58±1,45, ağrı 4,05±1,46 şeklinde saptanmıştır. İki grup arasında tüm parametrelerde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (tüm parametreler için $p < 0,001$). Gebe grupta istek, uyarılma, kayganlık, orgazm, doyum ve ağrı parametreleri gebe olmayan gruba kıyasla anlamlı derecede düşüktür.

Gebe grupta, toplam cinsel fonksiyon skoru ortalama değeri 15,87±10,90 saptanmış olup, gebe olmayan grupta 25,44±7,10 olarak saptanmıştır. Bu iki grupta toplam cinsel fonksiyon skoru bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0,001$). Gebe grupta toplam cinsel fonksiyon skoru gebe olmayan gruba kıyasla anlamlı derecede düşüktür.

Gebe grupta toplam beck depresyon skoru ortalama değeri 12,13±7,93 saptanmış olup, gebe olmayan grupta 10,92±8,44 olarak saptanmıştır. Bu iki grupta toplam beck depresyon skoru bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p=0,022). Gebe grupta toplam beck depresyon skoru gebe olmayan gruba kıyasla anlamlı derecede yüksektir.

Tablo 16. Gebe grup ile gebe olmayan grubun cinsel fonksiyon skor parametreleri, toplam cinsel fonksiyon skoru ve toplam beck depresyon skoru karşılaştırması

Toplam Cinsel Fonksiyon Skoru Parametreleri	Gebe grup			Gebe olmayan grup			P değeri
	Sayı	Ortalama	Standart sapma	Sayı	Ortalama	Standart sapma	
istek	385	2,7023	1,15471	168	3,5107	1,40925	<0,001
uyarılma	385	2,4452	1,88007	168	4,0911	1,26958	<0,001
kayganlık	385	2,8527	2,25376	168	4,7500	1,30113	<0,001
orgazm	385	2,5247	2,11568	168	4,4524	2,24256	<0,001
doyum	385	2,8717	2,39536	168	4,5857	1,45636	<0,001
ağrı	385	2,4758	2,19385	168	4,0595	1,46472	<0,001
Toplam_cinsel_fonksiyon_skoru	385	15,8725	10,90273	168	25,4494	7,10728	<0,001
Toplam_beck_depresyon_skoru	385	12,1325	7,93237	168	10,9281	8,44156	0,022

7.3. Riskli Gebeler ile Sağlıklı Gebelerin Cinsel Fonksiyon Skorlarının ve Beck Depresyon Skorlarının Karşılaştırılması

Gebelerde saptanan hastalıklar Tablo 17’de gösterilmiştir. Araştırmaya katılan gebe katılımcıların hastalıkları sorgulandığında, 211 kişinin (%54,8) sağlıklı gebe olduğu ve 174 kişinin (%45,2) riskli gebe olduğu saptanmıştır. Riskli gebeliklere bakıldığında 59 gebede (%33,9) hipertansiyon, 56 gebede (%32,2) diyabet, 49 gebede (%28,2) tiroid fonksiyon bozukluğu ve 10 gebede (%5,7) hem hipertansiyon hem diyabet olduğu görülmüştür.

Tablo 17. Gebelerde saptanan hastalıklar

Gebelikte ortaya çıkan hastalık	Sayı	Yüzde(%)
yok	211	54,8
hipertansiyon	59	15,3
diyabet	56	14,5
tiroid	49	12,7
hipertansiyon+diyabet	10	2,6
Total	385	100,0

Sağlıklı gebeler ile riskli gebelerin cinsel fonksiyon skor parametreleri, toplam cinsel fonksiyon skoru ve toplam beck depresyon skoru karşılaştırılması Tablo 18’de gösterilmiştir

Riskli gebe grupta cinsel fonksiyon skor parametrelerinin ortalama değerlerine bakıldığında; istek $2,49\pm1,03$, uyarılma $1,97\pm1,73$, kayganlık $2,39\pm2,15$, orgazm $2,10\pm2,04$, doyum $2,28\pm2,29$, ağrı $1,99\pm2,06$ saptanmıştır. Bu parametrelere sağlıklı gebe grupta bakıldığında istek $2,87\pm1,21$, uyarılma $2,83\pm1,91$, kayganlık $3,22\pm2,26$, orgazm $2,86\pm2,11$, doyum $3,35\pm2,36$, ağrı $2,87\pm2,22$ şeklinde saptanmıştır. İki grup arasında tüm parametrelerde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (tüm parametreler için $p<0,001$). Riskli gebe grupta istek, uyarılma, kayganlık, orgazm, doyum ve ağrı parametreleri sağlıklı gebe gruba kıyasla anlamlı derecede düşüktür

Riskli gebe grupta toplam cinsel fonksiyon skoru ortalama değeri $13,25\pm10,31$ saptanmışken, sağlıklı gebe grupta, $18,02\pm10,92$ olarak saptanmıştır. Bu iki grupta toplam cinsel fonksiyon skoru bakımından istatistiksel anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,001$). Riskli gebe grupta toplam cinsel fonksiyon skoru sağlıklı gebe gruba kıyasla anlamlı derecede düşüktür.

Riskli gebe grupta toplam beck depresyon skoru ortalama $13,27\pm8,13$ saptanmışken, sağlıklı gebe grupta, $11,18\pm7,65$ olarak saptanmıştır. Bu iki grupta toplam beck depresyon skoru bakımından istatistiksel anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,003$). Riskli gebe grupta toplam beck depresyon skoru sağlıklı gebe gruba kıyasla anlamlı derecede yüksektir.

Tablo 18. Sağlıklı gebeler ile riskli gebelerin cinsel fonksiyon skor parametreleri, toplam cinsel fonksiyon skoru ve toplam beck depresyon skoru karşılaştırması

Toplam Cinsel Fonksiyon Skoru Parametreleri	Sağlıklı gebe grup			Riskli gebe grup			P değeri
	Sayı	Ortalama	Standart sapma	Sayı	Ortalama	Standart sapma	
istek	211	2,8720	1,21942	174	2,4966	1,03772	<0,001
uyarılma	211	2,8308	1,91288	174	1,9776	1,73286	<0,001
kayganlık	211	3,2275	2,26804	174	2,3983	2,15671	<0,001
orgazm	211	2,8682	2,11586	174	2,1080	2,04511	<0,001
doyum	211	3,3592	2,36974	174	2,2805	2,29731	<0,001
ağrı	211	2,8701	2,22206	174	1,9977	2,06641	<0,001
Toplam_cinsel_fonksiyon_skoru	211	18,0280	10,92630	174	13,2586	10,31475	<0,001
Toplam_beck_depresyon_skoru	211	11,1896	7,65582	174	13,2759	8,13142	,003

7.4. Sağlıklı Gebeler, Riskli Gebeler ve Gebe Olmayan Grubun Cinsel Fonksiyon Skorlarının ve Beck Depresyon Skorlarının Karşılaştırılması

Sağlıklı gebeler, riskli gebeler ve gebe olmayan grubun cinsel fonksiyon skor parametreleri, toplam cinsel fonksiyon skoru ve toplam beck depresyon skoru karşılaştırılması Tablo 19’da gösterilmiştir.

Riskli gebe grubun cinsel fonksiyon skor parametrelerinin ortalama değerlerine bakıldığında; istek $2,49\pm1,03$, uyarılma $1,97\pm1,73$, kayganlık $2,39\pm2,15$, orgazm $2,10\pm2,04$, doyum $2,28\pm2,29$, ağrı $1,99\pm2,06$ saptanmıştır. Bu parametrelere sağlıklı gebe grupta

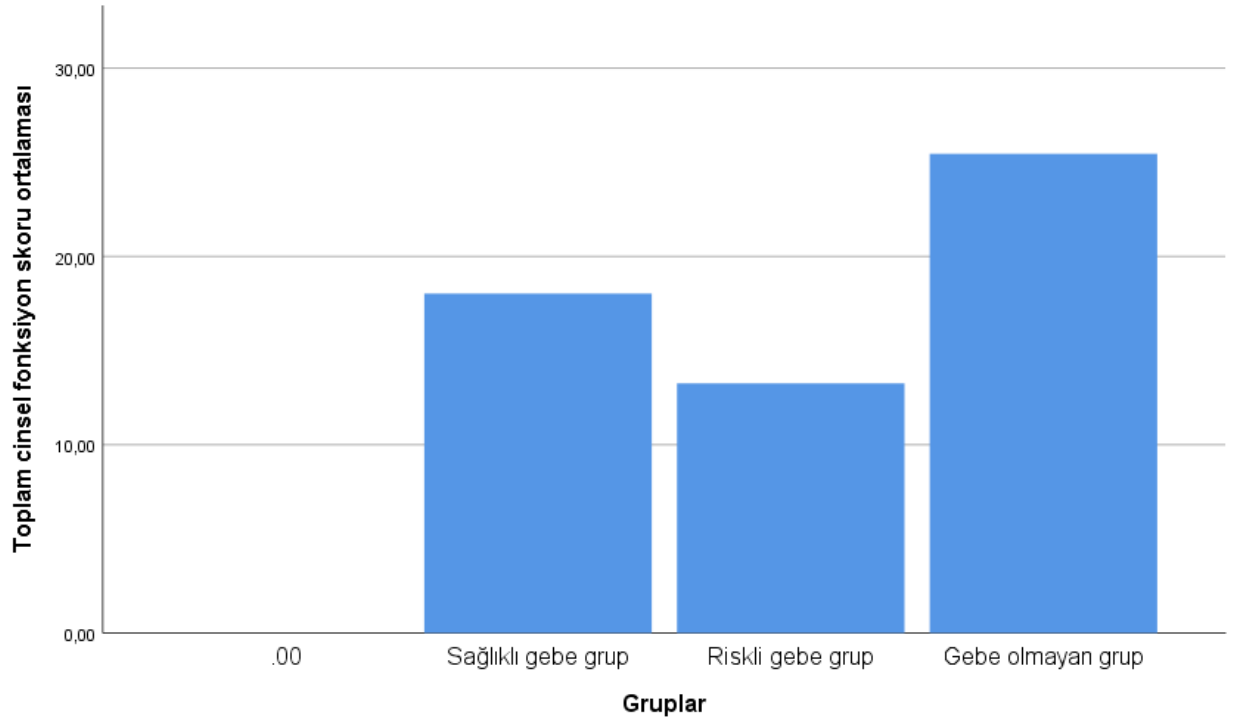
bakıldığında istek $2,87\pm 1,21$, uyarılma $2,83\pm 1,91$, kayganlık $3,22\pm 2,26$, orgazm $2,86\pm 2,11$, doyum $3,35\pm 2,36$, ağrı $2,87\pm 2,22$ saptanmıştır. Gebe olmayan grupta ise istek $3,51\pm 1,40$, uyarılma $4,09\pm 1,26$, kayganlık $4,75\pm 1,30$, orgazm $4,45\pm 2,24$, doyum $4,58\pm 1,45$, ağrı $4,05\pm 1,46$ şeklinde saptanmıştır. Bu üç grup arasında tüm parametrelerde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (tüm parametreler için $p<0,001$). Tüm parametrelerde en düşük puanı riskli gebe grup alırken en yüksek puanı gebe olmayan grup almıştır.

Riskli gebe grupta toplam cinsel fonksiyon skoru ortalama değeri $13,25\pm 10,31$ saptanmışken, sağlıklı gebe grupta, $18,02\pm 10,92$ ve gebe olmayan grupta $25,44\pm 7,10$ olarak saptanmıştır. Bu üç grupta toplam cinsel fonksiyon skoru bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,001$). Toplam cinsel fonksiyon skorlarına bakıldığında en düşük puanı riskli gebe grup alırken en yüksek puanı gebe olmayan grup almıştır.

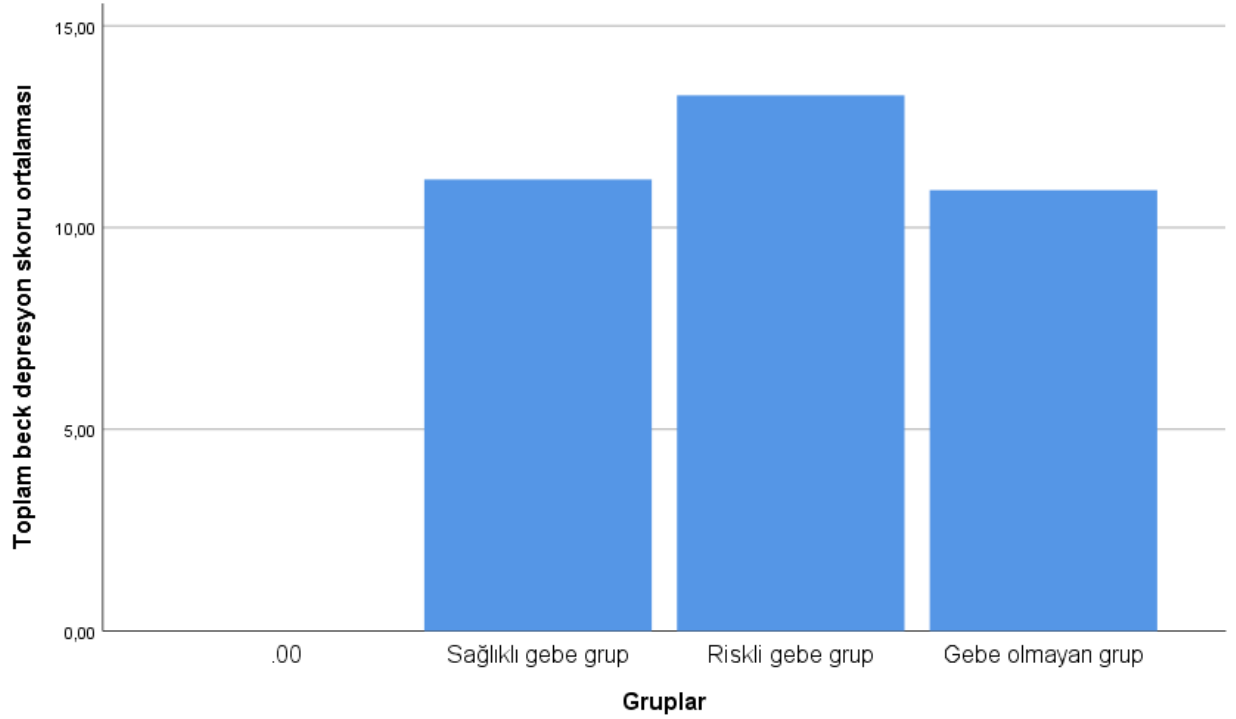
Riskli gebe grupta toplam beck depresyon skoru ortalama değeri $13,27\pm 8,13$ saptanmışken, sağlıklı gebe grupta $11,18\pm 7,65$ ve gebe olmayan grupta $10,92\pm 8,44$ olarak saptanmıştır. Bu üç grupta toplam beck depresyon skoru bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,001$). Toplam beck depresyon skorlarına bakıldığında riskli gebe grup en yüksek puanı alırken, gebe olmayan grup en düşük puanı almıştır.

Tablo 19. Sağlıklı gebeler, riskli gebeler ve gebe olmayan grubun cinsel fonksiyon skor parametreleri, toplam cinsel fonksiyon skoru ve toplam beck depresyon skoru karşılaştırması

Toplam Cinsel Fonksiyon Skoru Parametreleri	Sağlıklı gebe grup			Riskli gebe grup			Gebe olmayan grup			P değeri
	Sayı	Ortalama	Standart Sapma	Sayı	Ortalama	Standart Sapma	Sayı	Ortalama	Standart Sapma	
İstek	211	2,8720	1,21942	174	2,4966	1,03772	168	3,5107	1,40925	<0,001
Uyarılma	211	2,8308	1,91288	174	1,9776	1,73286	168	4,0911	1,26958	<0,001
Kayganlık	211	3,2275	2,26804	174	2,3983	2,15671	168	4,7500	1,30113	<0,001
Orgazm	211	2,8682	2,11586	174	2,1080	2,04511	168	4,4524	2,24256	<0,001
Doyum	211	3,3592	2,36974	174	2,2805	2,29731	168	4,5857	1,45636	<0,001
Ağrı	211	2,8701	2,22206	174	1,9977	2,06641	168	4,0595	1,46472	<0,001
Toplam_cinsel_fonksiyon_skoru	211	18,0280	10,92630	174	13,2586	10,31475	168	25,4494	7,10728	<0,001
Toplam_beck_depresyon_skoru	211	11,1896	7,65582	174	13,2759	8,13142	168	10,9281	8,44156	0,001



Şekil 1. Gruplar arası toplam cinsel fonksiyon skoru karşılaştırılması



Şekil 2. Gruplar arası toplam beck depresyon skoru karşılaştırılması

7.5. Gebelerin Trimesterlere Göre Cinsel Fonksiyon Skorlarının ve Beck Depresyon Skorlarının Karşılaştırılması

Araştırmada 0-14. gebelik haftası 1. Trimester, 14,1-28. gebelik haftası 2. Trimester, 28,1-35. gebelik haftası 3. Trimester olarak kabul edilmiştir. 35 gestasyonel haftadan büyük gebeler çalışmaya dahil edilmemiştir. Gebelerin %20,8'inin 1. Trimester, %42,6'sının 2. Trimester ve %36,6'sının 3. Trimesterde olduğu saptanmıştır.

Gebelerin trimesterlere göre cinsel fonksiyon indeksleri ve Beck depresyon skorlarının karşılaştırılması Tablo 20'de gösterilmiştir.

1.trimester gebe grupta cinsel fonksiyon skoru parametrelerinin ortalama değerlerine bakıldığında; istek $2,48 \pm 0,99$, uyarılma $2,63 \pm 1,75$, kayganlık $2,74 \pm 2,25$, orgazm $2,63 \pm 2,00$, doyum $3,07 \pm 2,54$, ağrı $2,57 \pm 2,27$ saptanmıştır. Bu parametrelere 2.trimester gebe grupta bakıldığında istek $2,93 \pm 1,23$, uyarılma $2,80 \pm 1,90$, kayganlık $3,30 \pm 2,19$, orgazm $2,98 \pm 2,15$, doyum $3,37 \pm 2,38$, ağrı $2,94 \pm 2,18$ hesaplanmıştır. 3.trimester gebe grupta ise istek $2,55 \pm 1,10$, uyarılma $1,91 \pm 1,80$, kayganlık $2,38 \pm 2,32$, orgazm $1,93 \pm 1,99$, doyum $2,17 \pm 2,16$, ağrı $1,87 \pm 2,02$ şeklinde saptanmıştır. Bu üç grup arasında tüm parametrelerde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (istek için $p=0,005$, kayganlık için $p=0,001$, diğerleri için $p<0,001$).

İstek skoru bakımından 1.trimester ile 2.trimester arasında ve 2.trimester ile 3.trimester gebe grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,034$, $p=0,017$).İstek skoru bakımından en yüksek puanı 2.trimester gebe grup almıştır.

Uyarılma skoru bakımından 1.trimester ile 3.trimester arasında ve 2.trimester ile 3.trimester gebe grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,012$, $p<0,001$).Uyarılma skoru bakımından en düşük puanı 3.trimester gebe grup almıştır.

Kayganlık skoru bakımından 2.trimester ile 3.trimester gebe grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,001$).Kayganlık skoru bakımından en yüksek puanı 2.trimester gebe grup almıştır.

Orgazm skoru bakımından 2.trimester ile 3.trimester gebe grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,001$).Orgazm skoru bakımından en yüksek puanı 2.trimester gebe grup almıştır.

Doyum skoru bakımından 1.trimester ile 3.trimester arasında ve 2.trimester ile 3.trimester gebe grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,022$, $p<0,001$).Doyum skoru bakımından en yüksek puanı 2.trimester, en düşük puanı 3.trimester gebe grup almıştır.

Ağrı skoru bakımından 2.trimester ile 3.trimester gebe grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,001$).Ağrı skoru bakımından en yüksek puanı 2.trimester gebe grup almıştır.

Gebelerde trimesterler arası toplam cinsel fonksiyon skoru ortalama değerlerine bakıldığında 1.trimester gebe grupta 16,14±10,76, 2.trimester gebe grupta 18,35±10,69 ve 3.trimester gebe grupta 12,83±10,53 olarak saptanmıştır. Bu üç grupta toplam cinsel fonksiyon skoru bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p<0,001).

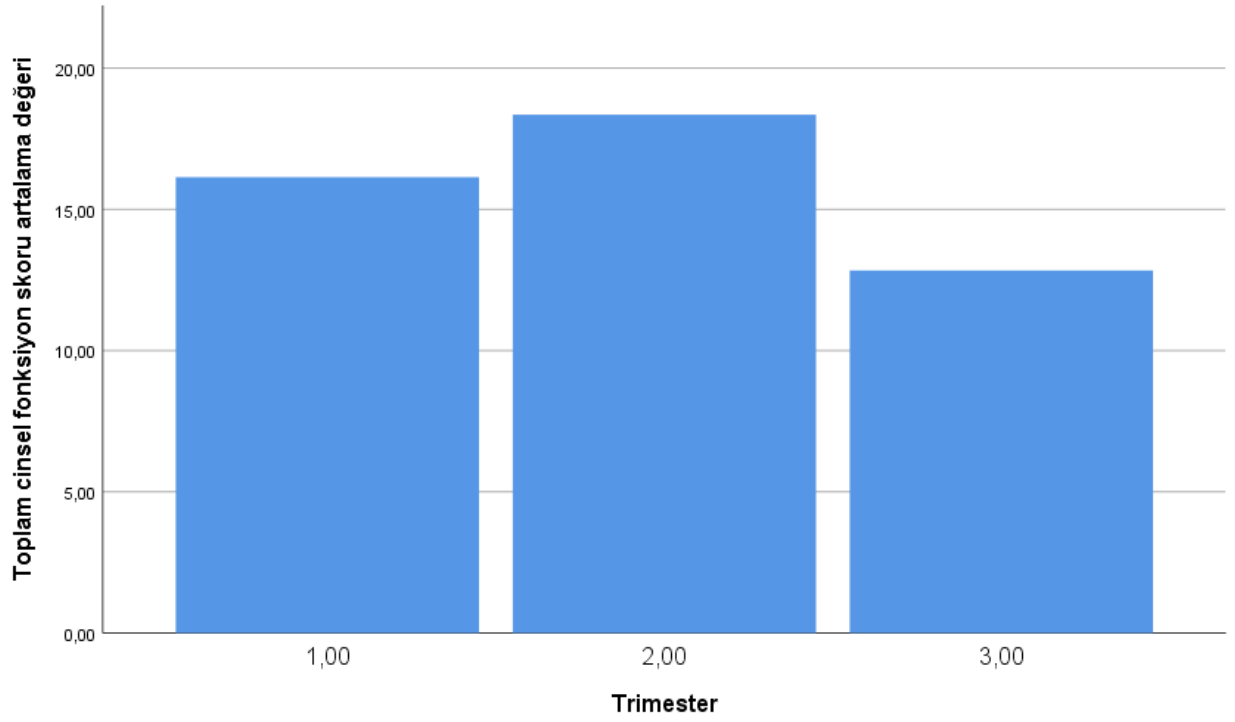
Toplam cinsel fonksiyon skoru bakımından 2.trimester ile 3.trimester gebe grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p<0,001). Toplam cinsel fonksiyon skoru bakımından en yüksek puanı 2.trimester, en düşük puanı ise 3.trimester gebe grup almıştır.

Gebelerde trimesterler arası toplam beck depresyon skoru ortalama değerlerine bakıldığında 1.trimester gebe grupta 14,45±8,52, 2.trimester gebe grupta 10,73±7,21 ve 3.trimester gebe grupta 12,44±8,08 olarak saptanmıştır. Bu üç grupta toplam beck depresyon skoru bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p=0,001).

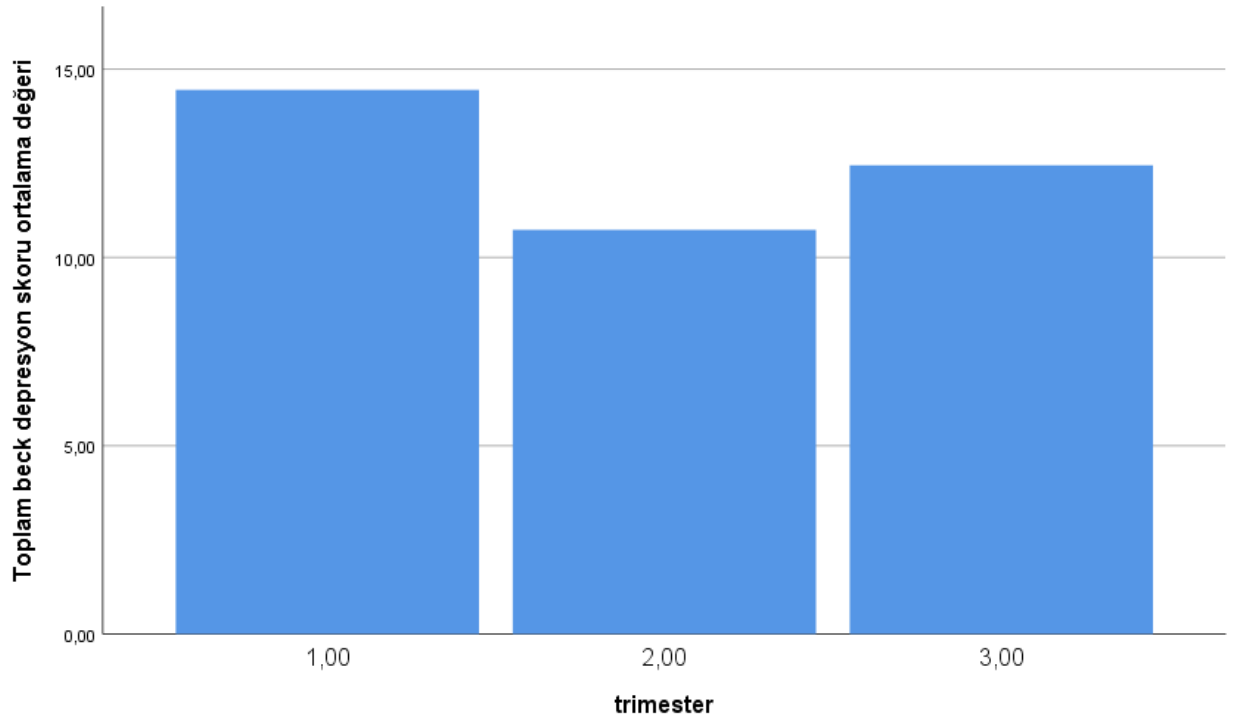
Toplam beck depresyon skoru bakımından 1.trimester ile 2.trimester gebe grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p<0,001). Toplam beck depresyon skoru bakımından en düşük puanı 2.trimester, en yüksek puanı ise 1.trimester gebe grup almıştır.

Tablo 20. Gebelerin trimesterlere göre cinsel fonksiyon indeksleri ve beck depresyon skorlarının karşılaştırılması

Toplam Cinsel Fonksiyon Skoru Parametreleri	1.trimester gebe grup			2.trimester gebe grup			3.trimester gebe grup			P değeri
	Sayı	Ortalama	Standart sapma	Sayı	Ortalama	Standart sapma	Sayı	Ortalama	Standart sapma	
İstek	80	2,4825	,99094	164	2,9341	1,23628	141	2,5574	1,10086	,005
Uyarılma	80	2,6325	1,75966	164	2,8098	1,90927	141	1,9149	1,80131	<0,001
Kayganlık	80	2,7450	2,25062	164	3,3073	2,19750	141	2,3851	2,23217	,001
Orgazm	80	2,6300	2,00230	164	2,9829	2,15946	141	1,9319	1,99483	<0,001
Doyum	80	3,0750	2,54626	164	3,3707	2,38114	141	2,1759	2,16220	<0,001
Ağrı	80	2,5750	2,27154	164	2,9463	2,18327	141	1,8723	2,02686	<0,001
Toplam_cinsel_fonksiyon_skoru	80	16,1400	10,76317	164	18,3512	10,69075	141	12,8376	10,5398	<0,001
Toplam_beck_depresyon_skoru	80	14,4500	8,52829	164	10,7317	7,21969	141	12,4468	8,08652	,001



Şekil 3. Trimesterler arası toplam cinsel fonksiyon skoru karşılaştırılması



Şekil 4. Trimesterler arası toplam beck depresyon skoru karşılaştırılması

8. TARTIŞMA

Gebelik, kadın hayatını etkileyen önemli ve farklı bir süreçtir. Özellikle ilk gebelik, kadın yaşamının en özellikli ve önem arz eden dönemlerinden biridir; bir fiziksel durumdan başka bir fiziksel duruma, bir çiftten bir aile olmaya geçiş dönemidir. Eşlerin ikisi için de birçok farklı değişim olduğu, farklı duyguların deneyimlendiği bir dönemdir. Anatomik, fizyolojik ve psikolojik değişimlerin bir sonucu olarak gebelik hem cinsel yaşamı hem de ruhsal durumu etkilemektedir (9,10).

Kadınlarda yaşam boyu depresyon görülme sıklığı erkeklerin yaklaşık 1.7 ile 2.7 katıdır. Bu cinsiyet farklılığı üreme çağı süresince devam etmektedir. Kadınlar, üreme ile ilgili hormonlarda değişim olduğu dönemlerde depresyona daha yatkın hale gelmektedirler. Bu dönemler puberte, doğum kontrol hapi kullanımı, menstruasyon döngüsünün geç luteal evresi, gebelik, lohusalık dönemi ve perimenopoz şeklinde sıralanabilir (130).

Bu çalışmada; sağlıklı gebeler (kronik bir hastalığı olmayan ve gebeliği süresince herhangi bir hastalık saptanmayan), riskli gebeler (gebeliğinde diabetes, hipertansiyon, tiroid fonksiyon bozukluğu gibi hastalıklar mevcut olan) ile reproduktif (doğurgan) çağda olan ancak gebelik olmayan sağlıklı kadınların cinsel fonksiyon skorları ve depresyon ölçeği skorları karşılaştırılmıştır. Böylece hem gebelerin, hem de riskli gebelerin cinsel fonksiyon bozuklukları ve depresyon yatkınlıkları araştırılmış olacaktır.

Araştırmaya 385 gebe ve 168 gebe olmayan kadın olmak üzere toplamda 553 kişi dahil edilmiştir. Gebelerin ortalama yaşı $28,98 \pm 5,35$, VKİ $27,61 \pm 5,53$, ortalama canlı doğum sayısı $0,89 \pm 0,97$, evlilik yaşı $23,80 \pm 4,68$ olarak saptanmıştır. Gebe olmayan kişilerin ise ortalama yaşı $29,73 \pm 7,31$, VKİ $24,76 \pm 4,28$, ortalama canlı doğum sayısı $1,45 \pm 1,08$, evlilik yaşı $22,87 \pm 5,16$ olarak saptanmıştır. İki grup arasında yaş ve evlilik yaşları bakımından istatistiksel anlamlı fark yoktur ($p=0,159$, $p=0,59$). İki grup arasında VKİ arasında anlamlı fark olup gebe grubun VKİ daha fazladır ve bu fazlalığın gebe olma durumuna bağlı olduğu düşünülmektedir.

Gebe grubun %40,5'inin ilköğretim mezunu, %24,7'sinin lise mezunu, %34,8'inin ise üniversite ve üzeri statüde okullardan mezun olduğu saptanmıştır. Gebe grup eşlerinin ise %31,4'ünün ilköğretim mezunu, %30,6'sının lise mezunu, %37,9'unun ise üniversite ve üzeri statüde okullardan mezun olduğu bulunmuştur. Gebe olmayan kişilerin %45,8'inin ilköğretim mezunu, %25,6'sının lise mezunu, %28,6'sının ise üniversite ve üzeri statüde okullardan mezun olduğu saptanmıştır. Gebe olmayan grubun eşlerinin eğitim düzeylerine bakıldığında %35,1'inin ilköğretim mezunu, %27,4'ünün lise mezunu ve %37,5'inin üniversite ve üzeri statüde okullardan mezun olduğu saptanmıştır. İki grup arasında eğitim ve eş eğitimi bakımından istatistiksel anlamlı fark yoktur ($p=0,33$, $p=0,632$).

Gebelerin %34,5'inin çalıştığı,%65,5'çalışmadığı, gebe olmayan kişilerin ise %39,9'çalıştığı, %60,1'inin çalışmadığı saptanmış olup iki grup arasında çalışma durumu bakımından istatistiksel anlamlı fark yoktur (p=0,23).

Gebelerin %13,2'sinin sigara kullandığı, %86,8'inin sigara kullanmadığı ve gebe olmayan kişilerin ise %27,4'ünün sigara kullandığı %72,6'sının sigara kullanmadığı saptanmıştır. İki grup arasında sigara kullanımını açısından fark bulunmuştur. Gebe grubun sigara kullanımının daha az olduğu saptanmıştır. Bu durumun gebelik sürecinde sigara kullanmayı bırakan kadınlara bağlı olduğu düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan gebelerden %43,6'sının daha önce doğum yapmadığı, %20,5'inin normal doğum %35,3'ünün ise sezaryen ile doğum yaptığı saptanmıştır. Gebe olmayan kişilerin ise %25,6'sının daha önce doğum yapmadığı, %32,1'inin normal doğum yaptığı ve %37,5'sezaryen ile doğum yaptığı bulunmuştur.

Gebe grup ile gebe olmayan grubun cinsel fonksiyon skor parametreleri, toplam cinsel fonksiyon skoru ve toplam beck depresyon skoru karşılaştırılması Tablo 16'da gösterilmiştir.

Çalışmamızda gebe olan ve olmayan grup arasında cinsel fonksiyon skorunu oluşturan tüm parametrelerde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (tüm parametreler için $p<0,001$).Gebe grupta istek, uyarılma, kayganlık, orgazm, doyum ve ağrı parametreleri gebe olmayan gruba kıyasla anlamlı derecede düşüktür. Gebe olan ve olmayan grup arasında toplam cinsel fonksiyon skoru bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,001$). Gebe grupta toplam cinsel fonksiyon skoru gebe olmayan gruba kıyasla anlamlı derecede düşüktür.

Cinsel ilişki sıklığı libido düzeyi hakkında bilgi veren önemli bir parametredir. Literatürlere bakıldığında bu parametre, birçok çalışmada ortak görüş olarak, gebelik öncesi dönemle karşılaştırıldığında gebelikte önemli ölçüde azaldığı yönündedir. Naim ve Bhutto nun yaptığı 150 gebeyi içeren kesitsel bir çalışmada, gebede cinsel ilişki sıklığının haftada 1.6 kez, gebelik öncesi dönemde ise haftada 3.5 kez olduğunu saptamıştır(66). Oruç ve arkadaşlarının yaptığı cinsel ilişki sıklığını ay üzerinden belirttiği başka bir çalışmada gebelik öncesi cinsel ilişki sıklığının ayda 12.4, gebelik döneminde 6.6 kez olarak saptanmıştır (65). Yine Fok ve arkadaşlarının çalışmasında gebelerin %60'ından fazlasının cinsel isteklerinin gebelik öncesi döneme göre azaldığını bildirmiştir (46). Shojaa ve arkadaşlarının çalışmasında da gebelerin %73'ünün gebelik öncesi döneme göre cinsel isteklerinin azaldığı bildirilmiştir (54) . Efe H. ve arkadaşları libido skorumu baz alarak yaptığı bir çalışmada gebelik öncesi dönemde ortalama libido değeri 7.31 iken; gebelikte bu değer 6.38'e kadar düştüğünü saptamıştır (52). Bizim araştırmamızda gebelerde ortalama cinsel istek skoru 2,70 iken gebe olmayanlarda 3,51 bulunmuş olup, gebelerde ortalama istek skoru gebe olmayanlara göre 0,87 puan azalma göstermektedir. Çalışmamız literatürle benzerlik göstermektedir ve gebe olanlarda cinsel

istegin gebe olmayanlara göre anlamlı ölçüde azaldığı bulunmuştur ($p < 0,001$). Gebelerde cinsel istek azalmasının sebepleri, ebeveynliğe geçişin çiftlerde oluşturduğu stres ve kaygılar, gebelik döneminde annenin yaşadığı gastrik distrese ve hormonal değişime bağlı bulantı-kusma, halsizlik, uykuya meyil, göğüste ve vajinada olan rahatsızlık şeklinde sıralanabilir. Progesteron veya progestine bağlı seksüel istekte azalma olduğu daha önce yapılmış çalışmalarda gösterilmiştir (158).Gebelikte hem östrojen hem de progesteron artmasına rağmen östrojenin en potent formu olan estradiol düzeyi progesteron düzeyini geçememektedir. Gebelikte artan progesteron hormonu da cinsel istekte azalma sebepleri arasında gösterilebilir.

Gebelikte cinsel istek, cinsel ilişki sıklığı, orgazm, cinsel tatmin fonksiyonlarında genel olarak azalma söz konusudur (57,66) . Güleröglü ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada gebe kadınların %89.9'unda istek, %86.9'unda subjektif olarak uyarılma, %42.8'inde kayganlık , %69.6'sında orgazm, %48'inde doyum problemleri ve %61.4'ünde disparoni (ağrı) problemi saptanmıştır. Çalışmamızda gebe grup uyarılma parametresinden ortalama $2,44 \pm 1,88$ puan, kayganlıktan $2,85 \pm 2,25$ puan ve doyumdan $2,87 \pm 2,39$ puan almışken, gebe olmayan grup uyarılma parametresinden ortalama $4,09 \pm 1,26$ puan, kayganlıktan $4,75 \pm 1,30$, doyumdan $4,58 \pm 1,45$ puan almıştır. Gebeler gebe olmayanlara göre, uyarılma parametresinden 1,65 puan, kayganlık parametresinden 1,90 puan ve doyumda 1,71 puan daha az almışlardır. Bu durumda çalışmamız doğrultusunda gebeler cinsel ilişkinin önemli parametrelerinden olan uyarılma, kayganlık ve doyum alanlarında gebe olmayanlara göre anlamlı ölçüde daha az puan almışlardır (tüm parametreler için $p < 0,001$) ve çalışmamız literatürle benzerlik göstermektedir. Uyarılma, lubrikasyon ve doyum parametrelerindeki azalmanın, özellikle gebelik haftası ilerledikçe kadınların beden algılarındaki değişiklikler (kilo alma, renk değişikliği, çatlakların oluşması...) ve gebeliğe ilişkin komplikasyon yaşama endişelerinin artması sebebiyle olduğu düşünülmektedir.

Gebelerde orgazm ile sonuçlanan cinsel ilişkiler çeşitli çalışmalarla incelenmiş olup gebelik döneminde, gebelik öncesine kıyasla orgazm ile sonuçlanan cinsel ilişkilerin azaldığı saptanmıştır.ABD'de Masters ve Johnson'ın çalışmalarında, kadınlarda esas sorunu %62'sinde gözlenen genel cinsel yanıt azlığı ve %18'inde gözlenen orgazm güçlüğü olarak belirtmişlerdir(131). Bizim araştırmamızda gebelerde ortalama orgazm skoru $2,52 \pm 2,11$, iken gebe olmayanlarda $4,45 \pm 2,24$ bulunmuş olup, gebelerde ortalama orgazm skoru gebe olmayanlara göre 1,93 puan azalma göstermektedir. Çalışmamız literatürle benzerlik göstermiş olup, cinsel fonksiyon indeksini oluşturan orgazm parametresi gebelerde gebe olmayanlara göre anlamlı derecede düşük saptanmıştır ($p < 0,001$). Bu durumun sebepleri arasında; gebenin ve eşinin fetusla ilgili yaşadığı stres ve kaygı nedeni cinsel ilişkiye konsantre olamaması, gebelik sürecinde yaşanan orgazmın ağrıya neden olabileceği korkusu, vazokonjesyonun neden olduğu dolgunluk hissinin orgazmdan sonra da sürebileceği ve rahatsızlık verebileceği, gebeliğin erken

dönemlerinde yaşanan hormonal ve damarsal değişikliklere bağlı olarak göğüslerin duyarlılaşması ve bunun cinsel yakınlaşmada ve orgazm durumunu olumsuz etkileyebileceği, ileri gebelik haftalarında orgazmla birlikte süt salınımının ortaya çıkabilmesi ve bu olayın hem gebe hem de eşi açısından rahatsızlık verici bir durum yaratabileceği sayılabilir.

Cinsel ilişki sürecinde ağrı duyulması cinsel aktiviteyi negatif yönde etkileyen bir başka parametredir. Birçok çalışmada gebelikte disparoninin arttığı gösterilmiştir. Literatüre bakıldığında, Sydow yaptığı bir çalışmada gebelerin %22- 50'sinin gebelikte cinsel ilişki sırasında ağrı yaşadıklarını bildirmiştir (66). Oruç ve arkadaşları kadınların %25.9'nun gebelik boyunca cinsel ilişki sürecinde ağrı duyduklarını, %36'sının ise ara ara disparoni yaşadıklarını bulmuştur (65). Adınma ise çalışmasında, gebelerin %22,7'sinin koitusta her zaman ağrı yaşadıklarını bulmuştur (50). Gebelik sırasında disparoni sıklığının sorgulandığı başka bir çalışmada olguların büyük çoğunluğunun (%53.2) cinsel ilişkide ağrı tanımlamazken, %32.6'sı hafif derecede, %12.2'si orta derecede ve %2'si şiddetli derecede disparoni tanımladığı saptanmıştır (52). Naim ve Bhutto çalışmasında, gebelerin %37.3'ünün cinsel ilişki sürecinde ağrı tecrübe ettiklerini saptamıştır (66). Eryılmaz ve arkadaşlarının, kadınların gebelikleri sırasında cinsel yaşamlarını etkileyen faktörleri saptamak amacıyla yaptıkları çalışmada, gebelerin %49.2'sinin koitus sırasında ağrı nedeniyle cinsel ilişkiden kaçındıklarını bulmuştur (58). Bizim araştırmamızda gebelerde ortalama ağrı skoru $2,47 \pm 2,19$ iken gebe olmayanlarda $4,05 \pm 1,46$ bulunmuş olup, gebelerde ortalama ağrı skoru gebe olmayanlara göre (1,58 puan) anlamlı derecede azalma saptanmıştır. Buda demek oluyor ki, gebeler cinsel ilişki sürecinde gebe olmayanlara göre daha fazla disparoni yaşamaktadırlar. Bizim çalışmamızda literatürle benzerlik göstermiş olup, gebelerde ağrı skoru gebe olmayanlara göre anlamlı derecede düşük saptanmıştır ($p < 0,001$). Gebelikte fiziksel ve emosyonel faktörler disparoniye sebep olabilir. Bu sebepler arasında; uterusun gebelik haftası arttıkça büyümesi, orgazmda meydana gelen uterus kontraksiyonları nedeniyle cinsel ilişki sırasında belli pozisyonların ağırlı ve rahatsız edici olmaya başlaması, artmış pelvik vazokonjesyon, pelvik ligament ağrıları, vaginal konjesyon ve azalmış lubrikasyon, üriner sistem enfeksiyonları, vajinal enfeksiyonlar, gebenin yaşadığı anksiyete, genel bir yorgunluk hali, vücut imajı değişiklikleri sayılabilir.

Total FSFI skorunun analiz edildiği bir çalışmada gebe kadınların %63.4'ünde seksüel disfonksiyon olduğu saptanmıştır (115). Tayland'ta yapılan bir çalışma da gebelerin %93.4'ünde cinsel disfonksiyon bulunduğu tespit edilmiştir (132). Çalışmamızda gebelerde toplam cinsel fonksiyon indeksi ortalama $15,87 \pm 10,90$ puan iken gebe olmayanlarda bu skor $25,44 \pm 7,10$ saptanmıştır. Gebeler gebe olmayanlara göre toplam cinsel fonksiyon skorlamasında 9,57 puan daha az almışlardır ve gebelerde toplam cinsel fonksiyon indeksi gebe olmayanlara göre anlamlı derecede düşüktür ($p < 0,001$). Çalışmamız literatürle paralel doğrultuda olup göstermektedir ki, gebelerde cinsel disfonksiyon gebe olmayanlara göre anlamlı derecede daha fazla

görülmektedir. Oksitosin ve endorfinin cinsel fonksiyonda pozitif etkili iken, prolaktin ve progesteronun negatif etkili olduğu yapılan bazı çalışmalarda gösterilmiştir (155,156). Gebelikte östrojen, progesteron ve prolaktin hormonlarının artışı bulantı, kusma, yorgunluk, kilo alma ve memede hassasiyete neden olmaktadır (63). Bununla birlikte progesteronun periferik rezistansı azaltması nedeniyle vajina dokularında oluşan konjesyon disparoni, vajina akıntısında artma ve istemsiz idrar kaybı yaşanmasına sebep olabilmektedir (64). Gebelerde meydana gelen bu hormonal değişiklikler, özellikle de progesteronun meydana getirdiği multiple etkiler, gebelikte cinsel disfonksiyon artışının sebeplerinden biri olabilir.

Gebelik ve cinsellik arasındaki ilişki tarih boyunca doğru olmayan fikirler, mitler ve tabulaşmış düşüncelerle doludur. Bunlar arasında cinsel ilişkinin düşüğe veya erken doğuma sebep olabileceği, ilişkinin anneye veya bebeğe zarar verebileceği, amniyotik kesenin ilişki sırasında zarar görebileceği sayılabilir (79). Bartellas ve arkadaşları çalışmasında gebelerin %49'unun cinsel ilişkinin gebeliğe zarar verebileceği konusunda endişeli olduklarını bulmuştur (3). Tayland'ta yapılan bir çalışmada, gebelerin %47'sinde cinsel ilişkinin fetus için zararlı olabileceği düşüncesine sahip oldukları tespit edilmiştir (132). Naldoni ve arkadaşlarının çalışmasında kadınların %61'inde cinsel disfonksiyon bulunmuş olup, artan gebelik yaşı, üriner inkontinans varlığı ve aşırı kilo alımı ile cinsel disfonksiyon arasında anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir (114). DeJudicibus ve McCabe çalışmasında gebelerin yorgunluk ortalamalarını $29,06 \pm 4,31$ olarak belirtmiştir (139). Babazadeh ve arkadaşları ise çalışmalarında gebelerin %81,8'inin cinsel ilişki sırasında ağrı, yorgunluk, bulantı, kusma yaşadıkları ve bu sebeple daha az cinsel ilişkiye girdiklerini belirtmiştir (94). Prolaktin ve progesteronun cinsellik üzerine negatif etkileri çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir (125,158). Öte yandan gebelikte artan prolaktin, progesteron ve östrojen gibi hormonların göğüslerde hassasiyet ve genel yorgunluğa sebep olabileceği ve bunun da cinsel yaşamı olumsuz etkileyebileceğini ortaya konmuştur (86). Tüm bunlar göz önüne alındığında çalışmamızda gebelerde cinsel disfonksiyonun daha sık görülmesinin sebebi; gebede oluşan fiziksel ve emosyonel değişiklikler, hormonal düzeylerin değişimi, gebelikte cinsellik algısına karşı oluşmuş mitler ve tabular ve gebenin kendi beden algısının değişmesi şeklinde sıralanabilir. Ayrıca gebelikte artışı ön plana çıkan ve cinsellik üzerine birçok olumsuz etkileri bulunan progesteron hormonu da gebelerde cinsel disfonksiyonun daha sık görülmesinin nedenlerinden biri olabilir. Bu durum temel yaşam gereksinimlerinden biri olan cinselliğin gebelikte yeterince karşılanamaması sonucu çiftlerin cinsel yaşamlarında olumsuz değişiklikler yaşamasına sebep olabilir.

Gebelik bir kadın için başlı başına bir anksiyete kaynağı olmakla birlikte gebelik sırasında görülen en yaygın ruhsal bozukluk depresyondur ve gebelikte depresyon görülme oranı % 10 civarlarındadır (10,143). Kurki ve arkadaşları gebelikte depresyon sıklığını %30, Marcus ve arkadaşları %20 olarak bulmuşlardır (150). Ülkemizde bu konuda yapılmış

yeterince çalışma olmamasına rağmen Cebeci ve arkadaşlarının Beck Depresyon Ölçeğini kullanarak yaptıkları bir çalışmada gebelerde depresyon belirtilerinin görülme prevalansını %12 bulmuşlardır (151). Yine ülkemizde 258 gebe kadında yapılan bir başka çalışma prenatal depresyon görülme oranını %27.5 olarak bildirilmiştir (152). Gebelikte ve doğum sonrası dönemde depresyonu inceleyen bir derlemede gebelerin %70'inden fazlasında depresif belirtilerin olduğu ve %10-16 oranında major depresyon bulunduğu bildirilmiştir (144). Bizim çalışmamızda literatürle benzerlik göstermiştir ve gebeler beck depresyon ölçeğinden ortalama $12,13 \pm 7,93$ puan alırken gebe olmayanlar $10,92 \pm 8,44$ puan almıştır. Gebe olanlarda depresyon belirtileri gebe olmayanlara kıyasla anlamlı derecede fazla görülmektedir ($p=0,022$). Östrojen ve progesteronun birçok farklı mekanizma ile Santral Sinir Sisteminde (SSS) etki yaptığı bilinmektedir. SSS'nde östrojenin uyarıcı etkisi gösterilmişken, progesteron uyarılabilirliği azaltmaktadır. Progesteronun östrojene zıt etkisi östrodiol reseptörlerinde progesteron bağımlı azalma aracılığı ile olur (154). Gebelikte hem östrojen hem de progesteron düzeyi artmaktadır ancak östrojenin en aktif formu olan östradiol düzeyi progesteron düzeyini gebelik boyunca geçememektedir. Bu durumda gebelerde depresyon yatkınlığının daha fazla olmasının sebebi gebelerde yaklaşık 10-5000 kat artan progesteron hormonu olabilir.

Riskli gebelikler genellikle anne, fetus ya da yenidoğanın doğumdan önce veya sonra artmış morbidite ve mortalite riskini taşıması şeklinde tanımlanabilir. Gebelikte karşılaşılabilecek tüm risk faktörleri gebelik seyri içerisinde dönemlere göre sınıflandırılmaktadır (133). Çalışmamızda gebelik izleminde tespit edilen risk faktörlerine sahip gebeleri riskli gebelik grubuna aldık. Çalışmamızda gebelerin %54,8'inin sağlıklı gebe olduğu ve %45,2'sinin riskli gebe olduğu saptanmıştır. Riskli gebelerde saptanan hastalıklar hipertansiyon, diyabet ve tiroid fonksiyon bozukluğundan oluşmaktaydı. Sağlıklı gebeler ile riskli gebelerin cinsel fonksiyon skor parametreleri, toplam cinsel fonksiyon skoru ve toplam beck depresyon skoru karşılaştırması Tablo 18'de gösterilmiştir.

Riskli gebeler ile sağlıklı gebeler kıyaslandığında iki grup arasında cinsel fonksiyon skorunu oluşturan tüm parametrelerde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (tüm parametreler için $p<0,001$). Riskli gebe grupta istek, uyarılma, kayganlık, orgazm, doyum ve ağrı parametreleri, sağlıklı gebe gruba kıyasla anlamlı derecede düşüktür. Ayrıca iki grup arasında toplam cinsel fonksiyon skoru bakımından da istatistiksel anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,001$). Riskli gebe grupta toplam cinsel fonksiyon skoru sağlıklı gebe gruba kıyasla anlamlı derecede düşüktür.

Düşük riskli gebeler ile gestasyonel diyabeti olan gebelerin cinsel fonksiyonlarının karşılaştırıldığı bir çalışmada diyabetik gebelerde Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi daha düşük saptanmış ve cinsel işlev bozukluğu daha yüksek oranda bulunmuştur. Diyabetik hastalarda yapılan başka bir çalışmada cinsel işlev bozukluğunun diabette yaygın görülen bir

komplikasyon olduğu ve özellikle nefropati ya da retinopatili hastaların cinsel işlev bozukluğu açısından yakından takip edilmeleri gerektiği vurgulanmıştır (135).Diabetik hastaları ile çalışan Esposito ve arkadaşları kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu oranını %53.4 olduğunu belirtmiştir (137). Kütmeç ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada ise esansiyel hipertansiyonu olan kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluk oranının normal sağlıklı kadınlara göre daha yüksek olduğu ortaya konulmuştur (136).Atiş ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmada ise klinik hipotroidizmi olan kadınlarda cinsel fonksiyon bozuklukları oranının kontrol grubuna göre fazla olduğu gösterilmiştir (subklinik hipotroidizmi olanlarda: %56; kontrol grubunda: %15) (157). Çayan ve arkadaşlarının yaptığı böbrek transplantı yapılmış ve yapılmamış son dönem böbrek yetmezliği olan kadınların cinsel fonksiyonlarının karşılaştırıldığı başka bir çalışmada; başarılı renal organ nakli yapılan kadınlarda cinsel işlev bozukluklarının olumlu yönde değiştiği ve seksüel fonksiyon bozukluklarının ve depresyon durumunun azaldığı ortaya konmuştur (41). Yapılan benzer birçok çalışmada ise kronik hastalıkların kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğuna yol açtığı görülmektedir (28,134).

Literatürde riskli gebeler ile sağlıklı gebelerin cinsel fonksiyonlarının karşılaştırıldığı pek fazla çalışma bulunmamaktadır. Çalışmamız bu anlamda örnek oluşturacak bir araştırmadır. Gebelikler bir yana bırakılıp, sağlıklı kadınlar ile kronik hastalığı olan kadınların cinsel fonksiyonlarının karşılaştırıldığı çalışmaları baz alacak olursak çalışmamız literatürle benzerlik göstermektedir. Çalışmamızda riskli gebelerde cinsel fonksiyon indeksi sağlıklı gebelere oranla anlamlı derecede düşük saptanmıştır. Riskli gebeler, sağlıklı gebelere göre ortalama istekte 0,38, uyarılmada 0,86, kayganlıkta 0,83, orgazmda 0,76, doyumda 1,07, ağrıda 0,88 ve toplam cinsel fonksiyon indeksinden 4,77 olmak üzere daha düşük puan almıştır. Bu da riskli gebeliklerde cinsel fonksiyon bozukluğunun daha sık saptandığı anlamına gelmektedir. Bunun sebeplerinin; zaten gebede mevcut olan fiziksel, hormonal ve emosyonel değişimlerin yanına psikolojik olarak baş etmesi gereken bir hastalığın eklenmesi, bu hastalığın kendini ve bebeği ne şekilde olumsuz etkileyebileceğinin yoğun düşüncesi ve kaygısı, hastalığın doğasının ve kullanan ilaçların cinsel fonksiyonlarına olan olumsuz etkileri olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca gebelerde saptanan ek hastalıklar mikrovasküler hasara ve genital organlarda perfüzyon azalmasına da neden olarak cinsel disfonksiyon sıklığında artışa sebep olabilmektedir.

Öztanrıöver'in yaptığı çalışmada riskli gebelerin BDÖ puanları risksiz gebelere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (140). Forde, Norveçli 65 gebe üzerinde yaptığı bir çalışmada özellikle psikososyal problemleri olan, ağır fiziksel aktivitelerde bulunan gebelerde anksiyete ve depresif semptomların daha fazla görüldüğünü belirtmiştir (142). Şahsivar ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada gebelikte depresyonun önemli ölçüde arttığını, özellikle riskli gebeliklerde artışın daha fazla olduğunu göstermektedir (141). Çalışmamızda riskli gebe grup ile sağlıklı gebe grup arasında toplam beck depresyon skoru

bakımından istatistiksel anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,003$). Riskli gebe grupta toplam beck depresyon skoru sağlıklı gebe gruba kıyasla anlamlı derecede yüksektir. Çalışmamız literatürle benzer özellik göstermektedir ve riskli gebe grup BDÖ'nden sağlıklı gebe gruba kıyasla ortalama 2,09 fazla puan almıştır. Bu da riskli gebe grupta depresyon belirtilerinin daha çok görüldüğü anlamına gelmektedir. Bunun sebebi muhtemelen gebeliğe ek bir hastalık varlığının gebeye ve fetüse getireceği zararların ve olumsuzlukların endişe ve kaygısıdır. Depresyon, son noktada getireceği intihar olasılığı nedeniyle, hekimlerin gebelikte ve özellikle riskli gebeliklerde göz ardı etmeyeceği biyopsikososyal yaklaşımla müdahale etmeleri gereken bir sağlık sorunudur.

Sağlıklı gebeler, riskli gebeler ve gebe olmayan grubun cinsel fonksiyon skor parametreleri, toplam cinsel fonksiyon skoru ve toplam beck depresyon skoru karşılaştırılması Tablo 19'da gösterilmiştir.

Bu üç grup arasında istek, uyarılma, kayganlık, orgazm, doyum, ağrı ve toplam cinsel fonksiyon skoru parametrelerinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (tüm parametreler için $p<0,001$). Cinsel fonksiyon skorunu oluşturan tüm parametrelerde ve toplam cinsel fonksiyon skorunda en düşük puanı riskli gebe grup alırken en yüksek puanı gebe olmayan grup almıştır. Bu üç grupta toplam beck depresyon skoru bakımından da istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,001$). Toplam beck depresyon skorlarına bakıldığında riskli gebe grup en yüksek puanı alırken, gebe olmayan grup en düşük puanı almıştır. Bu durumda riskli gebelerde cinsel disfonksiyon ve depresyon belirtileri sağlıklı gebelere ve gebe olmayanlara göre daha sık görülmektedir.

Çalışmamızda 0-14. gebelik haftası 1. Trimester, 14,1-28. gebelik haftası 2. Trimester, 28,1-35 gebelik haftası 3. Trimester olarak kabul edilmiştir. Gebelerin trimesterlere göre cinsel fonksiyon indeksleri ve beck depresyon skorlarının karşılaştırılması Tablo 20'de gösterilmiştir.

Cinsel ilişki sıklığının cinsel istek hakkında önemli bilgiler veren bir parametre olduğunu daha önce vurgulamıştık. Gebeliğin farklı dönemlerinde libido da değişiklikler olmaktadır. Kadınlar gebelikte bireysel farklılıklar yaşamakta olup, genellikle cinsel istek, birinci trimesterde azalmakta, ikinci trimesterde geri dönmekte ya da artmakta ve üçüncü trimesterde tekrar azalmaktadır (57,66). Sydow gebelikte ve postpartum dönemdeki cinsel ilişki sıklığını araştıran 59 meta analizinde, cinsel ilişki sıklığının gebelik öncesi döneme göre 1. trimesterde biraz azaldığı veya değişmediğini, 2. trimesterde çok değişken iken, 3. trimesterde aniden azaldığını belirtmiştir (66). Gökyıldız ve Beji'nin Türk gebe kadınlar üzerinde yapılan araştırmasında; gebelik öncesi dönemde kişilerin %84.7'si haftada 1-4 kez cinsel ilişkide bulunurken, 1. Trimesterde %70'inin, 2. trimesterde %61.3'ün, 3. trimesterde %32'sinin haftada 1-4 kez girdiği tespit edilmiştir (7). Efe H. ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada gebelik öncesi dönemde ortalama cinsel ilişkiye girme sıklığı haftada 3.04 iken gebelik

döneminde 2.4 olarak bulunmuştur ve ayrıca trimesterler arttıkça cinsel ilişki sıklığının azaldığını saptamışlardır (52). Masters ve Johnson, cinsel istekte 1. trimesterde azalma bildirirken, 2. trimesterde artış ve 3. trimesterde tekrar bir azalma bildirmiştir (7). Solberg ve arkadaşları, 260 kadınla yaptığı görüşmede gebelik tespit edildiği andan itibaren cinsel isteğin doğrusal bir şekilde azaldığını saptamıştır (78). Falicov'un 19 primigravida da cinsel yaşamdaki değişiklikleri ve sıklığını araştırdığı çalışmasında, cinsel istek bulguları Masters ve Johnson'un bulgularını destekler şekilde bulunmuştur. Ancak Master ve Johnson'nın çalışmasında 2. trimesterde cinsel istek gebelik öncesinden daha yüksekken, Falicov'un çalışmasında bu yükseklikte değildir (7). Bogren, 1983-84 yılları arasında yaptığı 81 çifti içeren çalışmasında gebeliğin her üç trimesterinde de libidoda azalma bildirmiştir (60). Reamy ve arkadaşlarının prospektif olarak yaptıkları bir çalışmada gebelik devam ederken istekte bir azalma olduğunu bulmuş ve Masters ve Johnson gibi 2. trimesterde libidoda bir artış bildirmişlerdir (109). Oruç ve arkadaşları da gebeliğin seks üzerine etkilerini araştırdığı çalışmalarında gebelik boyunca libidoda bir azalma saptamışlardır (65). Çalışmamızda literatürle benzer özellikte olup, istek skoru bakımından 1.trimester ile 2.trimester arasında ve 2.trimester ile 3.trimester gebe grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,034$, $p=0,017$). İstek skorunda 1. Trimester gebe grup ortalama $2,48\pm0,99$, 2. Trimester gebe grup $2,93\pm1,23$ ve 3. Trimester gebe grup $2,55\pm1,10$ puan almış olup, en yüksek puanı 2.trimester gebe grup almıştır. 1. Trimester ile 3. Trimester gebe grup arasında istatistiksel anlamlı bir fark saptanmamıştır. 1. Trimesterde cinsel isteğin azalma sebepleri arasında ebeynliğe geçişin çiftlerde oluşturduğu stres ve kaygılar, henüz gebelik dönemine bile adapte olamamış annenin yaşadığı gastrik distrese ve hormonal değişimler olabilir. III. Trimesterde cinsel istekte azalmanın sebepleri arasında ise; ileri derecede büyümüş bir uterus nedeniyle gebede fiziksel kısıtlılığın gelişmesi, yaklaşan doğum eyleminin ve doğum şeklinin kaygısı, bebeğinin doğum sürecinde herhangi bir olumsuzlukla karşılaşp karşılaşmayacağı endişesi, gebede artan uyku problemleri, artan pelvik basıya bağlı ağrının artması, cinsel ilişki sırasında artan uterus kasılmaları, fetusa zarar verme veya fetusu kaybetme korkusu gibi faktörler gösterilebilir.

Güleroğlu ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada yirmi sekiz hafta ve üzerinde gebeliği olanlar ile diğerleri karşılaştırıldığında, cinsel fonksiyonun total ve alt skorlarının tümünde anlamlı derecede azalma kaydedilmiştir (115). Çalışmamızda uyarılma skoru bakımından 1.trimester ile 3.trimester arasında ve 2.trimester ile 3.trimester gebe grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,012$, $p<0,001$).Uyarılma skoru bakımından en düşük puanı 3.trimester gebe grup almıştır. Kayganlık skoru bakımından 2.trimester ile 3.trimester gebe grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,001$).Kayganlık skoru bakımından en yüksek puanı 2.trimester gebe grup almıştır. Doyum skoru bakımından 1.trimester ile 3.trimester arasında ve 2.trimester ile 3.trimester gebe grup

arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,022$, $p<0,001$). Doyum skoru bakımından en yüksek puanı 2.trimester, en düşük puanı 3.trimester gebe grup almıştır. Bizim çalışmamızda literatürle benzer özellikte olup uyarılma, kayganlık, doyum parametrelerinde en düşük puanı 3. Trimester gebe grup almıştır. Bunun sebebi özellikle gebelik haftası ilerledikçe artan progesteron hormonu, kadınların beden algılarındaki değişiklikler, gebeliğe ilişkin komplikasyon yaşama endişelerinin artması, artan uterus cesameti nedeniyle gebede meydana gelen hareket kısıtlılığı ve artan üriner inkontinansolabileceği düşünülmektedir.

Gökyıldız ve Beji nin çalışmalarında; kadınlarda orgazm olma durumuna yönelik bulgular incelenmiştir ve gebelik öncesi *orgazm olamama* %6 iken; 1. trimesterde gebelerin %24'ünün, 2. trimesterde %27.3'nün, 3. trimesterde %52.7'sinin orgazm olmadığını bildirmişlerdir(7). Çalışmamızda orgazm skoru bakımından 2.trimester ile 3.trimester gebe grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,001$). Orgazm skoru bakımından en yüksek puanı 2.trimester gebe grup almışken en düşük puanı 3. Trimester gebe grup almıştır. Bu durumda çalışmamız literatürle benzer özellik göstermekte olup, orgazm açısından en sık problemin yaşandığı dönem 3. Trimester olarak saptanmıştır. Bunun sebebi, gebelik ilerledikçe artan uterus boyutu ve buna bağlı oluşan gastrik problemler, uyku problemleri, halsizlik, dispareni, çiftin fetüsa odaklanması, korku, tabulaşmış düşünceler ve yanlış mitler gibi faktörler gösterilebilir.

Gökyıldız ve Beji'nin çalışmasında gebelik ayları ilerledikçe, özellikle son trimesterde gebelerin % 30'unda koitusta ağrının arttığı bulunmuştur (3). Erenel ve arkadaşları yaptığı bir çalışmada gebelerin %31,6'sının cinsel ilişki sırasında ağrı yaşadıklarını belirtmiştir. Aslan ve arkadaşları çalışmasında gebelik ilerledikçe cinsel işlevlerin kötüleştiğini, gebelikte cinsel ilişki ağrı puan ortalamasını birinci trimesterde $4,8\pm 1,1$, ikinci trimesterde $4,1\pm 1,3$ ve üçüncü trimesterde $3,2\pm 1,6$ olduğunu bildirmiştir (57). Bizim araştırmamızda, ağrı skoru bakımından 2.trimester ile 3.trimester gebe grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,001$). Ağrı skoru bakımından en yüksek puanı 2.trimester gebe grup almışken en düşük puanı 3. Trimester gebe grup almıştır. Çalışmamızda ağrı skoru bakımından en düşük puanı 3. Trimester gebe grubun alması literatürle benzer özellik göstermektedir ve cinsel ilişki sırasında dispareni en sık 3. Trimester gebe grupta görülmüştür. Bunun sebepleri arasında, gebelik ilerledikçe büyüyen uterus nedeniyle orgazm sırasında ortaya çıkan uterin kontraksiyonlar ve emosyonel stres, pelvik konjesyon ve basının artması, genital enfeksiyonların, pelvik eklemlerde relaksasyonun artması ve cinsel pozisyonların elverişli olmaması gibi faktörler gösterilebilir.

Bogren ve arkadaşları ile Mahmoud A. ve arkadaşlarının gebeler üzerinde yaptığı çalışmalarda, birinci trimesterde, fiziksel rahatsızlıklar nedeniyle cinsel ilişki sıklığında ve cinsel yaşam kalitesinde azalma, ikinci trimesterde, hem fiziksel hem de duygusal değişikliklere uyum

sağladığı için cinsel ilişki sıklığında ve cinsel yaşam kalitesinde artma, üçüncü trimesterde ise fiziksel rahatsızlıkların tekrar ortaya çıkması ile cinsel ilişki sıklığında ve cinsel yaşam kalitesinde azalma olduğunu saptamışlardır (60,76). Çalışmamızda toplam cinsel fonksiyon skoru bakımından 2.trimester ile 3.trimester gebe grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur($p<0,001$). Toplam cinsel fonksiyon skoru bakımından en yüksek puanı 2.trimester, en düşük puanı ise 3.trimester gebe grup almıştır. Bundan da anlaşılacağı gibi çalışmamız doğrultusunda gebelerde cinsel fonksiyon bozukluklarının en az görüldüğü dönem 2. Trimester iken, en sık görüldüğü dönem 3. Trimester olarak saptanmıştır. Çalışmamız sonucunda 2. Trimester gebelik, cinsellik için en uygun dönem gibi görülmektedir. Bunun sebepleri arasında, kadının gebeliğin fiziksel değişikliklerine bu dönemde uyum sağlaması, gebeliğini kabullenmesi, ilk üç ayda progesteron hormonunun hızlı artışına bağlı gelişen (meme hassasiyeti, vulva, vajina dokusunun tıkanıklığı, ödemi tetikleyerek vajinal sıvıların akışı) cinsel yaşamın olumsuz etkilerinin azalması sayılabilir. Ayrıca 2. Trimesterde henüz uteus gebeyi rahatsız edebilecek büyüklüğe ulaşmamıştır ve buna bağlı olarak artabilecek pevik konjesyon ve bası, uterin kontraksiyonlar ve emosyonel stres, dispareni ve üriner inkontinans şikayetleri henüz başlamamıştır. Cinsel disfonksiyonun en sık görüldüğü dönem 3. Trimester olup bunun sebebi daha önce birçok çalışmada cinsellik üzerine olumsuz etkileri gösterilmiş olan progesteron hormonu olabilir nitekim progesteron hormonu gebelik haftası ilerledikçe artmata ve en yüksek seviyeye 3. Trimesterde çıkmaktadır.

Lee ve arkadaşları gebelerin %54'ünde kaygı, %37.1'sinde depresyon belirtileri saptamış olup ve her iki durumunda birinci ve üçüncü trimesterlerde daha yaygın ve şiddetli olduğunu bildirmişlerdir (145). Rizzardo R. ve arkadaşları yaptığı bir çalışmada da yine anksiyete düzeylerinin üçüncü ve dokuzuncu aylarda daha fazla olduğunu bildirilmiştir (146). Kelly RH. ve arkadaşlarının yaptığı başka bir araştırmada yine ikinci trimestere göre, birinci ve üçüncü trimesterde depresyon ve kaygı belirti sıklığının daha fazla olduğu saptanmıştır (148). Bir sistematik derlemede ise, gebelikte depresyon prevalansının birinci trimesterde %7.4, ikincitrimester de %12.8, üçüncü trimesterde %12 olduğu bildirilmiştir (149). Bunevicius ve arkadaşları çalışmasında gebelik depresyonunun en fazla ilk trimesterde görüldüğünü saptamıştır (153). Akbaş ve arkadaşlarının, gestasyon haftası 36 ve üzerinde olan gebelerdeki depresyon sıklığını araştıran çalışmasında ise, bu gebelerin %42.3'ünün hafif, %39.4'ünün orta ve %18.3'ünün şiddetli ve ağır depresyon belirtileri gösterdiği tespit edilmiştir (119).Bizim çalışmamızda toplam beck depresyon skoru bakımından 1.trimester ile 2.trimester gebe grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,001$). Toplam beck depresyon skoru bakımından en düşük puanı 2.trimester, en yüksek puanı ise 1.trimester gebe grup almıştır. Çalışmamızda trimesterlere göre en az depresif semptomların görüldüğü dönem 2. Trimester saptanmış olup, bu durumun Lee, Kelly RH. ve Bunevicius ve arkadaşlarının yaptığı çalışmalarla

benzer doğrultuda olduğu görülmüştür. Bu durumun sebepleri arasında, birinci trimesterde kadınların henüz gebeliklerini kabullenmeyii ve zıt duyguların yaşanması, gebelik nedeniyle yaşanan fiziksel sorunlar ve gebeliğin planlanmamış olması sayılabilirken, üçüncü trimesterde gebenin bebek ve kendi sağlığı hakkındaki endişeleri, doğum korkusu, doğum sürecinde bebeğine zarar gelip gelmeyeceği kaygıları, ilerleyen gebelik süreciyle birlikte yaşanan sağlık problemlerinin artması gibi etkenler sayılabilir. Ayrıca gebelik haftası ilerledikçe artan, özellikle ilk ve son trimesterde artıı daha hızlı bir eğim gösteren progesteron hormonu da 1 Trimesterde ve 3.Trimesterde depresif belirtilerin daha sık görülmesinin sebepleri arasında sayılabilir.



9. SONUÇLAR ve ÖNERİLER

Araştırmaya 385 gebe ve 168 gebe olmayan kadın olmak üzere toplamda 553 kişi dahil edilmiştir. Araştırmaya dahil edilen katılımcıların hiçbirinde cinsel ilişkinin önerilmediği bir durum yoktu, katılımcılar cinselliği etkileyebilecek herhangi bir ilaç kullanmamakta ve katılımcıların tanımlanmış veya anamnezlerinde saptanan herhangi bir psikiyatrik hastalıkları yoktu. Katılımcıların tamamı reprodüktif dönemde ve 43 yaş ve altındaydı. Sağlıklı gebeler ve gebe olmayan kişilerde tanımlanmış ya da anamnezde saptanan herhangi bir kronik, sistemik hastalık yoktu.

Gebelerin %54,8'i sağlıklı gebe iken %45,2'si riskli gebe grubuna girmekteydi. Riskli gebeliklere bakıldığında, 59 gebede (%33,9) hipertansiyon, 56 gebede (%32,2) diabet, 49 gebede (%28,2) tiroid fonksiyon bozukluğu ve 10 gebede (%5,7) hem hipertansiyon hem diabet olduğu görüldü. Gebeliklerin tamamı istenen gebeliklerdi.

Gebelerin ortalama yaşı $28,98 \pm 5,35$, VKİ $27,61 \pm 5,53$, ortalama canlı doğum sayısı $0,89 \pm 0,97$, evlilik yaşı $23,80 \pm 4,68$ olarak saptandı. Gebelerin %20,8 i 1. Trimester, %42,6 sı 2. Trimester ve %36,6 sı 3. Trimesterdeydi. Gebe olmayanların ise ortalama yaş $29,73 \pm 7,31$, VKİ $24,76 \pm 4,28$, ortalama canlı doğum sayısı $1,45 \pm 1,08$, evlilik yaşı $22,87 \pm 5,16$ olarak bulundu. İki grup arasında yaş, eğitim, eş eğitimi, çalışma durumu ve evlilik yaşları bakımından istatistiksel anlamlı fark yoktu ($p=0,159$, $p=0,33$, $p=0,632$, $p=0,23$, $p=0,59$).

Gebe grupta istek, uyarılma, kayganlık, orgazm, doyum ve ağrı parametreleri ile toplam cinsel fonksiyon skoru gebe olmayan gruba kıyasla anlamlı derecede düşük bulundu (tüm parametreler için $p < 0,001$).

Gebe grupta toplam beck depresyon skoru gebe olmayan gruba kıyasla anlamlı derecede yüksek saptandı ($p=0,022$).

Riskli gebe grupta istek, uyarılma, kayganlık, orgazm, doyum ve ağrı parametreleri ile ile toplam cinsel fonksiyon skoru sağlıklı gebe gruba kıyasla anlamlı derecede düşük bulundu (tüm parametreler için $p < 0,001$).

Riskli gebe grupta toplam beck depresyon skoru sağlıklı gebe gruba kıyasla anlamlı derecede yüksekti ($p=0,003$).

Riskli gebe grupta toplam cinsel fonksiyon skoru ortalama değeri $13,25 \pm 10,31$ saptanmışken, sağlıklı gebe grupta, $18,02 \pm 10,92$ ve gebe olmayan grupta $25,44 \pm 7,10$ olarak saptandı. Bu üç grupta toplam cinsel fonksiyon skoru bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p < 0,001$) Toplam cinsel fonksiyon skorlarına bakıldığında en düşük puanı riskli gebe grup alırken en yüksek puanı gebe olmayan grubun aldığı saptandı.

Riskli gebe grupta toplam beck depresyon skoru ortalama değeri $13,27 \pm 8,13$ saptanmışken, sağlıklı gebe grupta $11,18 \pm 7,65$ ve gebe olmayan grupta $10,92 \pm 8,44$ olarak saptandı. Bu üç grupta toplam beck depresyon skoru bakımından istatistiksel olarak anlamlı

fark bulundu($p=0,001$). Toplam beck depresyon skorlarına bakıldığında riskli gebe grup en yüksek puanı alırken, gebe olmayan grup en düşük puanı aldı.

İstek skoru bakımından 1.trimester ile 2.trimester arasında ve 2.trimester ile 3.trimester gebe grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p=0,034$, $p=0,017$).

Uyarılma skoru bakımından 1.trimester ile 3.trimester arasında ve 2.trimester ile 3.trimester gebe grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı($p=0,012$, $p<0,001$).

Kayganlık skoru bakımından 2.trimester ile 3.trimester gebe grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p=0,001$).

Orgazm skoru bakımından 2.trimester ile 3.trimester gebe grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,001$).

Doyum skoru bakımından 1.trimester ile 3.trimester arasında ve 2.trimester ile 3.trimester gebe grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p=0,022$, $p<0,001$).

Ağrı skoru bakımından 2.trimester ile 3.trimester gebe grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0,001$).

Gebelerde trimesterler arası toplam cinsel fonksiyon skoru ortalama değerlerine bakıldığında 1.trimester gebe grupta $16,14\pm 10,76$, 2.trimester gebe grupta $18,35\pm 10,69$ ve 3.trimester gebe grupta $12,83\pm 10,53$ olarak saptandı. Bu üç grupta toplam cinsel fonksiyon skoru bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı($p<0,001$). Toplam cinsel fonksiyon skoru bakımından 2.trimester ile 3.trimester gebe grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu($p<0,001$).

Gebelerde trimesterlar arası toplam beck depresyon skoru ortalama değerlerine bakıldığında 1.trimester gebe grupta $14,45\pm 8,52$, 2.trimester gebe grupta $10,73\pm 7,21$ ve 3.trimester gebe grupta $12,44\pm 8,08$ olarak saptanmıştır. Bu üç grupta toplam beck depresyon skoru bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,001$). Toplam beck depresyon skoru bakımından 1.trimester ile 2.trimester gebe grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,001$).

Tüm bu bulgular göz önüne alındığında, cinsel fonksiyon bozuklukları ve depresyon belirtileri gebelerde gebe olmayanlara göre daha sık görülmektedir. Gebeler içerisinde ise riskli gebelikler cinsel fonksiyon bozuklukları ve depresyon belirtileri açısından sağlıklı gebelere göre ve gebe olmayanlara göre daha büyük tehdit altındadır.

Literatürde kadınlarda saptanan kronik hastalıkların ve gebeliğin cinsel yaşam üzerine etkilerini araştıran çalışmalar bulunmaktadır ve giderek cinsel sağlığa, mutluluğa verilen önemin artmasıyla bu çalışmaların sayısı artmaktadır. Ancak riskli gebeliklerde cinsel fonksiyon bozukluklarını ve depresyon belirtilerini araştıran pek fazla çalışma bulunmamaktadır. Çalışmamız bu bağlamda örnek olabilecek niteliktedir. Belkide gelecekte daha büyük örneklem kullanarak yapılacak olan ileri çalışmalar bu bulgulara destek olmayacak ve riskli gebeliği olan

kadınlarda seksüel disfonksiyonun daha sık oranda görülmesini açıklayabilecek farklı mekanizmaların araştırılmasına da olanak verecektir.

Sonuç olarak gebelik bir kadının yaşamındaki en önemli olaylardan birisi olarak biyolojik, fizyolojik ve ruhsal ciddi değişimlerin yaşandığı bir evredir. Kadınlarda görülen cinsel fonksiyon bozukluğu ise hem kadın hem de partnerinin yaşam kalitesini bozan önemli bir faktördür. Cinsel yaşamın ve ruhsal iyilik halinin sağlık kavramının önemli bir parçası olduğu unutulmamalı, gebenin tıbbi değerlendirmesi yapılırken fiziksel değerlendirmenin yanı sıra psikiyatrik ve cinsel yaşamı da içine alan bütüncül bir yaklaşımla değerlendirilmesi gerekmektedir. Özellikle riskli gebelerin cinsel sağlık ve depresyon konusunda yaşadıkları problemler, erken dönemde saptanmalı ve tedavi edilmesi sağlanmalıdır. Böylelikle gebelerin ve eşlerinin yaşam kalitelerinin yükseltilmesi sağlanacak ve belki de intihar ile sonuçlanacak ciddi bir depresyonun önüne geçilmiş olacaktır.

10. KISALTMALAR

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

ICD-10: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems-10

CFB : Cinsel Fonksiyon Bozukluğu

FSH : Folikül Uyarıcı Hormon

LH : Luteinleştirici Hormon

PH : Power of Hydrogen

USG : Ultrasonografi

FSFI : Female Sexual Function Index

KCFİ : Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi

BISF-W: Kısaltılmış Kadın Seksüel Fonksiyon İndeksi Formu

SFQ : Seksüel Fonksiyon Anketi Formu

CSFQ : Cinsel Fonksiyon Anketinde Değişiklikler Formu

DISF/DISF-SR: Cinsel Fonksiyon için Derogatis Görüşme Formu

ACYÖ : Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği

CİB : Cinsel İşlev Bozukluğu

TSH : Tiroid Stimüle Eden Hormon

HCG : Human Koryonik Gonadotropin

BDE : Beck Depresyon Envanteri

VKİ : Vücut Kitle İndeksi

BDÖ : Beck Depresyon Ölçeği

BDS : Beck Depresyon Skoru

CFS : Cinsel Fonksiyon Skoru

SSS : Santral Sinir Sistemi

11. KAYNAKLAR

1. WHO (World Health Organization). Health definition. 1948; news [cited 2013 Jun 26]. Available from <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>
2. Yee LA, Sundquist KJ. Older women's sexuality. *MJA*. 2003;178:640-42.
3. NALDOellas E, Crane JM, Daley M, Bennett KA, Hutchens D. Sexuality and sexual activity in pregnancy. *BJOG*. 2000;107(8): 964-8.
4. Henson HK. Breast cancer and sexuality. *Sex Disabil*. 2002;20(4):261-75.
5. Cengiz Güleç, Ertuğrul Köroğlu. *Psikiyatri Temel Kitabı*, Ankara-1998, baskı 2.Cilt- 2, Sayfa:605-610.
6. *Ruhsal Hastalıklar*, Nevzat Yüksel, 3.baskı, sayfa: 447-461, Nobel 2006
7. Gökyıldız Ş, Beji NK(2001). *Gebeliğin Cinsel Yaşam Üzerindeki Etkileri*. İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksel Lisans Tezi
8. Olsson A, Lundqvist M, Faxelid E, Nissen E. Woman's thoughts about sexual life after childbirth: focus group discussions with women after childbirth. *Scand J Caring Sci*. 2005;19:381-7.
9. Naim M. Bhutto E. Sexuality during pregnancy in Pakistani women. *J Pak Med Assoc* 2000; 50: 33-38.
10. Hogan RM. *Human Sexuality a Nursing Perspective*. Appleton- Century-Crofts, Newyork, 1980;469-484.
11. Sobolewski A. *Sexuality and Healthcare: A human dilemma*. Ed. MV Morrissey, Mark Allen Publishing, 1998; 75-89.
12. Kolankaya A. *Gebelik ve Doğum*. www.e-kolay.net/saglik, 2000.
13. Wuitchik M, Hesson K, Bakal DA. Perinatal predictors of pain and distress during labor. *Birth*. 1990;17(4):186-91.
14. Gjerdingen D, Froberg DG, Fontaine P. The effects of social support on women's health during pregnancy, labor and delivery, and the postpartum period. *Fam Med*. 1991;23:370 -5.
15. Otchet F, Carey MS, Adam L. General health. and psychological symptom status in pregnancy and the puerperium: what is normal. *Obstet Gynecol*. 1999;94:935-41.
16. Baykal Z. *Bel ağrısı olan gebelerde progresif gevşeme egzersizlerinin ağrı algısına ve yaşam kalitesi üzerine etkisi*, İzmir, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi.
17. Kılıçarslan S. *Edirne Şehir Merkezinde'ki Son Trimester Gebelerin Sosyo-demografik Özellikleri, Yaşam Kaliteleri, Kaygı Düzeyleri*, Edirne, Trakya Üniversitesi, Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Uzmanlık tezi, 2008.
18. Masters WH, Johnson VE. Excitement in females. In: Masters WH, Johnson ve, eds. *Human sexual response*. 1st ed. Boston: Little, Brown;1996. p.128-62.

19. Kaplan HS. The immediate causes of sexual dysfunction. In: Kaplan HS, ed. The new sex therapy. 2nd ed. New York: Brunner/Mazel; 1974.p.121-37.
20. Lief H. What's new in sex research? Inhibited sexual desire. Med aspects Hum Sex 1997; 11:94-5.
21. Patel AS, O'Leary ML, Stein RJ. The relationship between overactive bladder and sexual activity in women. Int Braz J Urol 2006; 32:77-87.
22. Tiefer L. Historical, scientific, clinical and feminist criticism of 'the human sexual response cycle' model. Annu Rev Sex Res 1991; 2:1-2.
23. Laan E, Everaerd W. Determinants of female sexual arousal: Psychophysiological theory and data. Annu Rev Sex Res 1995; 6:32-76.
24. Basson R. Using a different goal for female sexual response to address women's problematic low sexual desire. J Sex Marital Ther 2001;27:395-403.
25. Gott M, Galena E, Hinchliff S, et al. 'Opening a can of worms': GP and practice nurse barriers to talking about sexual health in primary care. Fam Pract 2004; 21: 528-36.
26. McCoy NL. Questionnaires to measure sexual quality of life. The McCoy Female Sexuality Questionnaire Qual Life Res. 2000;9:739-45.
27. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: Prevalence and predictors. JAMA 1999;281:537-44.
28. Çayan S, Akbay E, Bozlu M, Canpolat B, Acar D, Ulusoy E. The prevalence of female sexual dysfunction and potential risk factors that may impair sexual function in Turkish women. Urol Int 2004;72:52-7.
29. Pohnholzer A, Roehlich M, Racz U, Temml C, Madersbacher S. Female sexual dysfunction in a healthy Austrian cohort: Prevalence and risk factors. Eur Urol 2005;47:366-75.
30. Laumann EO, Nicolosi A, Glasser DB, Paik A, Gingell C, Moreira E, Wang T. Sexual problems among women and men aged 40-80 y: Prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviours. Int J Impot Res 2005;17:39-57.
31. Doruk E, Akbay E, Çayan S, Akbay E, Bozlu M, Acar D. Effect of diabetes mellitus on female sexual function and risk factors. Arch Androl 2005;51:1.
32. Salonia A, Zanni G, Nappi RE, Briganti A, Deho F, Fabbri F, Colombo R, Guazzoni G, Di Girolamo V, Rigatti P, Montorsi F. Sexual dysfunction is common in women with lower urinary tract symptoms and urinary incontinence: Results of a cross-sectional study. Eur Urol 2004;45:642-8.
33. Roose SP, Glassman AH, Seidman SN. Relationship between depression and other medical illnesses. JAMA 2001;286:1687-90.

34. Çayan S, Bozlu M, Canpolat B, Akbay E. The assessment of sexual functions in women with male partners complaining of erectile dysfunction: Does treatment of male sexual dysfunction improve female partner's sexual functions. *J Sex Marital Ther* 2005;30:333-41.
35. Barber MD, Visco AG, Wyman JF, Fantl JA, Bump RC. Continence program for women research group: Sexual function in women with urinary incontinence and pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol* 2002;99:281-9.
36. Eyada M, Atwa M. Sexual function in female patients with unstable angina or non-ST-elevation myocardial infarction. *J Sex Med* 2007;4:1373-80.
37. Heiman JR, Guess MK, Connell K. Standards for clinical trials in sexual dysfunctions of women: research designs and outcomes assessment. In: Lue TF, Basson R, Rossen R, eds. *Sexual Medicine-Sexual Dysfunction In Men and Women*. 2nd International Consultations on Sexual Dysfunctions, 1st ed. Paris: Health Publications; 2004. p.633-82.
38. Rosen RC, Brown C, Heiman J et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex* 2000; 26: 191-208.
39. <http://www.androloji.org.tr/6/hastalar-icin/27/kadin-cinsel-fonksiyon-bozukluklari>.
40. Original Research—Women's Sexual HEALTH Comparison of the Effects of Hormone Therapy Regimens, Oral and Vaginal Estradiol, Estradiol + Drospirenone and Tibolone, on Sexual Function in Healthy Postmenopausal Women Filiz Çayan, MD, Umut Dilek, MD, Özlem Pata, MD, and Saffet Dilek, MD.
41. The Effect of Renal Transplantation for End-Stage Renal Disease on Female Sexual Function and Depression Elife Kettas, MSc,* Filiz Çayan, MD,† Ozan Efesoy, MD,* Erdem Akbay, MD,* and Selahittin Çayan, MD.
42. Sexual function after surgery for stress urinary incontinence: vaginal sling versus Burch colposuspension Filiz Çayan · Saffet Dilek · Erdem Akbay · Selahittin Çayan.
43. Gökyıldız Ş, Beji NK. (2005). The effects of pregnancy on sexual life. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 31(3), 201-215, 2005.
44. Acar Z. (2008). Doğum Sonrası Dönemdeki Kadınların Cinsel İşlevleri ve Etkileyen Faktörler. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara. Doğum Sonrası Dönemdeki Kadınların Cinsel İşlevleri ve Etkileyen Faktörler. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
45. Naim M, Bhutto E. (2000). Sexuality during pregnancy in Pakistani women. *Journal- Pakistan Medical Association*, 50(1), 38-43.
46. Fok WY, Chan LY, Yuen PM. (2005). Sexual behavior and activity in Chinese pregnant women. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 84: 934-8.

47. Trutnovsky G, Haas J, Lang U, Petru E. (2006). Women's perception of sexuality during pregnancy and after birth. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynecology*, 46, 282-287.
48. Khamis MA, Mustafa MF, Mohamed SN, Toson MM. (2007). Influence of gestational period on sexual behavior. *The Journal of the Egyptian Public Health Association*, 82(1-2), 65-90.
49. Aslan E, Beji NK, Güngör I, Kadioğlu A, Dikencik BK. (2008). Prevalence and risk factors for low sexual function in women: a study of 1009 women in an outpatient clinic of a university hospital in İstanbul. *Journal of Sexual Medicine*, 5, 2044-52.
50. Adinma JI. (1995). Sexuality in Nigerian pregnant women: perceptions and practice. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynecology*, 35, 290- 293.
51. Bello FA, Olayemi O, Aimakhu CO, Adekunle AO. (2011). Effect of pregnancy and childbirth on sexuality of women in Ibadan, Nigeria. *ISRN Obstetrics and Gynecology*. DOI:10.5402/2011/856586,1-6.
52. Efe H. (2006). Gebeliğin Kadın Cinselliği Üzerindeki Etkileri. Uzmanlık Tezi, TC Sağlık Bakanlığı, Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.
53. Barclay LM, McDonald P, O'Loughlin JA. (1994). Sexuality and pregnancy. An interview study. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynecology*, 34(1), 1-7.
54. Shojaa M, Jouybari L, Sanagoo A. (2009). The sexual activity during pregnancy among a group of Iranian women. *Archives of Gynecology Obstetrics*, 279, 353-356.
55. Şentürk Erenel A, Eroğlu K, Vural G, Dilbaz B. (2011). A pilot study: in what ways do women in turkey experience a change in their sexuality during pregnancy? *Sexuality and Disability*, 29, 207-216.
56. Bermúdez MP, Sánchez AI, Buella-Casal G. (2001). Influence of the gestation period on sexual desire. *Psychology in Spain*, 5(1), 14-16.
57. Aslan G, Aslan D, Kızılyar A, Ispahi C, Esen A. (2005). A prospective analysis of sexual functions during pregnancy. *International Journal of Impotence Research*, 17(2), 154-157.
58. Eryılmaz G, Ege E, Zincir H. (2004). Factors affecting sexual life during pregnancy in eastern Turkey. *Gynecologic and Obstetric Investigation*, 57(2), 103-108.
59. Byrd JE, Hyde JS, DeLamater JD, Plant EA. (1998). Sexuality during pregnancy and the year postpartum. *Journal of Family Practice*, 47(4), 305-309.
60. Bogren LY. (1991). Changes in sexuality in women and men during pregnancy. *Archives of Sexual Behavior*, 20(1), 35-45.
61. Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği (CETAD). (2016). Cinsel Yaşam ve Sorunları. Erişim:20.09.2016, http://www.cetad.org.tr/CetadData/Book/5/2692011151611-Bilgilendirme_dosyasi_1.pdf.

62. Çalık, K.Y. & Aktaş, S. (2011). "Gebelikte Depresyon: Sıklık, Risk Faktörleri ve Tedavisi" *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3 (142-162): 142-62.
63. Johnson, Sexual health during pregnancy and the postpartum,2011: 1267-84.
64. Santiago vd. "Impact of Pregnancy on the Sex Life of Women: State of the Art" *International Journal of Clinical Medicine*, 4 (257-264).
65. Oruç S, Esen A, Laçın S, Adıgüzel H, Uyar Y, Koyuncu F. Sexual behavior during pregnancy. *Aust NZJ Obstet Gynaecol* 1999;39: 48-50.
66. Sydow KV. Sexuality during pregnancy and after childbrith: A metacontent analysis of 59 studies. *Journal Psychosomatic Research* 1999; 47:27-49.
67. Gebelik ve Cinsel Yaşam. <http://www.ailehekimi.com>.
68. Poroy A. Modern Doğum ve Gebelik El Kitabı. Akpomed Tıbbi Hizmetler Ltd. Şti. Yayını, İstanbul, 1996; 123-133.
69. Poroy A. Seks 1 Cinsel Sağlık. Ad yayıncılık, İstanbul, 1995; 68-84.
70. Sex During Pregnancy. [http:// pregnancy About.com/health/pregnancy/library/ weekly/ aa082597.htm](http://pregnancy.About.com/health/pregnancy/library/weekly/aa082597.htm),2001.
71. Dickason EJ, Schult MO, Silverman BL. Maternal- Infant Nursing Care. The C.V. Mosby Company, St. Louis, 1990; 100:152-153.
72. Lowdermik DL, Perry SE, Bobak IM. Maternity-Women's Health Care. 6.ed. Mosy, St Louis, 1997; 191: 222-223.
73. Read J. ABC of Sexual health-sexual problems associated with infertility pregnancy and ageing. *BMJ* 1999; 318: 581-589.
74. Reeder SJ, Martin LL, Griffin DK. Maternity Nursing Family, Newborn and Women's Health Care. 18.ed. Lippincott, Newyork, 1997; 194-197: 421-30.
75. Steege JF, Jelovsek FR. Sexual Behavior During Pregnancy *Obstet Gynecol* 1982; 60: 163-155.
76. Mahmoud A, Al Bustan, H.S.D., N.F. El Tomi, Faiwalla MF, Manav V. Maternal sexuality during pregnancy and after childbirth in Muslim Kuwaiti Women. *Arch Sex Behav*, 1995;24:207-215.
77. Kozhimannil, K. B, Johnson, P. J. Attanasio, L. B. Gjerdingen, D. K. McGovern, P. M. (2013). "Use of nonmedical methods of labor induction and pain management among US women". *Birth*, 40(4): 227-236.
78. Solberg DA. Butler J. Nathaniel N. Sexual Behavior in Pregnancy. *New England Journal of Med.* 1973; 288: 1098-1103.
79. Ertem, G. Sevil, Ü. (2010). "Gebeliğin Cinselliğe Etkisi". *Dirim Tıp Gazetesi*, 85(1):40-47.
80. Brott AA, Ash J. *The Expectant Father-Facts, Tips, and Advice for Dads-to-Be*, New York, 1995; 43:114-115.
81. Hackl J. Sex During Pregnancy. <http://www.spindlepub.com/emg/library/ECCed5htm>, Alexius Medical Center.

82. Gillian A. Womens's Sexual Health. Ed. G Andrews, B Tindall, London. 1997; 111-131.
83. Babacan Gümüş vd, 2011: 7-14. <http://dergipark.gov.tr/gumussagbil/issue/32215/366523>.
84. Chang et al, Comparison of the effects of episiotomy and no episiotomy on pain, urinary incontinence, and sexual function 3 months postpartum: a prospective follow-up study 2011: 2859-67.
85. Rados et al, Limited role of body satisfaction and body image self-consciousness in sexual frequency and satisfaction in pregnant women. *J Sex Res.* 2014;51:532-41.
86. Pauleta JR, Pereira NM, Graça LM. Sexuality During Pregnancy. *J Sex Med.* 2010;7:136-
87. Pilliteri A. Maternal – Child Health Nursing Care of the Childbearing- Childrearing Family, 3.ed. Lippincott, New York, 1999; 88-90: 199-207.
88. Knuppel RA, Drucker JS. High Risk Pregnancy A-Team Approach, WB Saunders Company, London, 1986; 181-197.
89. Llewellyn D. Fundamentals of obstetrics and Gynaecology Vol.1: obstetrics, 5.ed. Sydney, 1990;70.
90. Taşkın L. Doğum ve Kadın Hastalıkları. 2. baskı, Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara.1997; 112-113.
91. Erenel et al. Factors Affecting Pregnancy Sexuality, 2011: 207-16.
92. YANGIN, H.B. & EROGLU, K. (2011). "Investigation of the Sexual Behavior of Pregnant Women Residing in Squatter Neighborhoods in Southwestern Turkey: A Qualitative Study" *Journal of Sex & Marital Therapy*, 37 (190-205).
93. Araújo et al. Factors Affecting Pregnancy Sexuality, 2012: 552-8.
94. Babazadeh, R. Najimabadı K.M. & Masomi, Z, (2013). "Changes in Sexual Desire and Activity During Pregnancy Among Women in Shahrud, Iran" *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 120 (82-84).
95. Jamali and Mosalanejad, Sexual dysfunction in Iranian pregnant women, 2013 Jun; 11(6): 479-486.
96. Liu et al. Sexual Activity during Pregnancy in Taiwan: A Qualitative Study, 2013: 54-61.
97. Rados et al. Sexuality during pregnancy: what is important for sexual satisfaction in expectant fathers? 2015: 282-93.
98. Corbacioglu Esmer et al. 2013: 1165-72 Female sexual function and associated factors during pregnancy. Corbacioglu Esmer A, et al. *J Obstet Gynaecol Res.* 2013.
99. Torkestani F, Hadavand SH, Khodashenase Z, Besharat S, Davati A, Karimi Z, et al. Frequency and Perception of Sexual Activity during Pregnancy in Iranian Couples. *Int J Fertil Steril.* 2012: 107-10.

100. Karaçam, Z, & Çalşır, H, (2012). "İlk Kez Doğum Yapan Kadınlarda Gebelik Öncesi ve Doğum Sonrası Dönemlerde Disparoni Görülme Sıklığı ve İlişkili Durumlar" Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 15 (205-213).
101. Olusegun and Irete, Factors Affecting Pregnancy Sexuality, 2011: 894-9.
102. Kısa vd, Knowledge and Beliefs Related to Sexuality of couples doing Marriage Preparation 2013: 297-306.
103. Gonçaves et al, The Experience Of Sexuality Through The View Of Women During Pregnancy 2013: 196-204.
104. Oskay ÜY. Hastanede yatak istirahatindeki yüksek riskli gebelerde ortaya çıkan sorunların giderilmesinde hemşirenin rolünün belirlenmesi, İstanbul, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi, 2001.
105. Gürkan ÖC. Gebelik döneminde cinsellik nasıl etkileniyor? Androloji Bülteni. 2007;28:80-85.
106. Aslan G. Gebelerde cinsel yaşam ve cinsel sağlık. Androloji Bülteni 2005;23:359-62.
107. Souza FO, Dias LAR, Franco MM, et al. *J Sex Med* 2013; 10: 1350-4.
108. Moodley and Khedun, Sexual Activity During Pregnancy: A Questionnaire- Based Study" Southern African Journal of Epidemiology and Infection, 26 (33-35).
109. Reamy K, White SE, Daniel WC, Le Vine ES. Sexuality and Pregnancy. A prospective study. *J Reprod Med*, 1982; 27: 321-327.
110. Nelson S. " Women's Sexuality". Women's Sexual Health. In: Andrews G, Studd J, 3rded. Elsevier. 2005. p.3-13.
111. Lee T. The meaning of sexual satisfaction in pregnant Taiwanese women, *J Midwifery Womens Health* 2002;47(41:278-86.).
112. Nobre ve Pinto-Gouveia, Dysfunctional sexual beliefs as vulnerability factors to sexual dysfunction. 2006 Feb;43(1):68-75.
113. Johannes B, Judith A. Sexuality during pregnancy and the postpartum period. *Journal of Sex Education & Therapy* 2000;25(1):49-59.
114. Nald Naldoni LM, Pazmiño MA, Pezzan PA, Pereira SB, Duarte G, Ferreira CH. Evaluation of sexual function in Brazilian pregnant women. *J Sex Marital Ther.* 2011;37(2):116-29.
115. Guleroglu FT, Beser NG *The Journal of Sexual Medicine* 11(1) 2014 p:146-153
116. Sağduyu A, Ögel K, Özmen E, Boratav C. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde depresyon. *Türk Psikiyatri Derg* 2000; 11:3-16.
117. Stewart D. Depression during pregnancy *Can Fam Physician* 2005; 51:1061-1063.
118. Muzik M, Marcus SM, Heringhausen JE, Flynn HA. When depression complicates child bearing: guidelines for screening and treatment during antenatal and postpartum obstetric care. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2009; 36:771-788.

119. Vırt 0, Akbaş E, Savaş HA, Sertbaş G, Kandemir H. Gebelikte depresyon ve kaygı düzeylerinin sosyal destek ile ilişkisi. *Noropsikiyatri Arşivi* 2008; 45:9-13.
120. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry* 2011; 3(1):142-162.
121. Brenda M, Leung Y, Bonnie ND, Kaplan J. Perinatal depression: prevalence, risks, and the nutrition link-a review of the literature. *J Am Diet Assoc* 2009; 109: 1566-1577.
122. Özkan S. *Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi. ROCHE Müstahzarları Sanayi A.Ş, İstanbul, 203-207, 1993.*
123. Kaplan HI, Sadock BJ. *Synopsis of Psychiatry. Eight Edition, Mass Publishing Co, Egypt, 1998.*
124. Michels R. *Psychiatry. Vol 2, Chapter 120: The Psychiatric Aspects of Obstetrics and Gynecology içinde, Revised Edition, J.B.Lippincott Co, 1-11, 1989.*
125. Klinik Psikiyatri Cinsel İşlevler ve Cinsel İşlev Bozuklukları, 2004; Ek 3:3-13
126. R. Rosen, C. Brown, J. Heiman, S. Leiblum, C. Meston, R. Shabsigh, et al, "The Female Sexual Function Index (FSFI): A multidimensional self-report instrument for the assessment female sexual Function", *J Sex Marital Ther* 26:191-208, (2000).
127. Beck AT, Ward CH, Mehdelson M, Mosk J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961; 4:561-571.
128. Hisli N. Beck depresyon envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenilirliği. *Psikoloji Dergisi* 1989; 7:3-13.
129. Savaşır I, Sahin NH. Bilissel-Davranışçı Terapilerde Değerlendirme: Sık Kullanılan Ölçekler, Ankara, Türk Psikologlar Derneği Yayınları.1997:23-38.
130. Akdeniz F, Gönül AS. Kadınlarda üreme olayları ile depresyon ilişkisi. *Klin Psik Derg*, 2004; Ek 2: 70-4.
131. Hite, Shere.(1976) *The Hite Report*. Talmy Franklin, London
132. Kerdarunsuksri A, Manusirivithaya S. Attitudes and sexual function in Thai pregnant women. *J Med Assoc Thai* 2010;93(3):265-71.
133. Kısınışçi A, Göksin E, Durukan T, Üstay K, Ayhan A, Gürgan T, Önderoğlu S. Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi Kitabı, Günes Kitabevi, Ankara, 1996, 317-32.
134. Fatemi SS, Taghavi SM (2009) Evaluation of sexual function in women with type 2 diabetes mellitus. *Diab Vasc Dis Res*; 6(1): 38-39
135. Vafaeimanesh J, Raei M, Hosseinzadeh F, et al. *Indian Journal of Endocrinology and Metabolism / Mar-Apr 2014*
136. Kütmeç C (2008) Esansiyel Hipertansiyonu Olan Kadınların Yaşadığı Cinsel Sorunların Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Mersin: Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
137. Esposito K, Maiorino MI, Bellastella G, Giugliano F, Romano M, Giugliano D (2010) Determinants of female sexual dysfunction in type 2 diabetes. *Int J Impot Res*; 22: 179-84

138. Newman AS, Bertelson AD. Sexual dysfunction in diabetic women. *J Behav Med* 1986;9:261-270
139. DeJudicibus, M.A. and McCabe, M.P. (2002) Psychological factors and the sexuality of pregnant and postpartum women. *Journal of Sex Research*, 39, 94-103.
140. Öztanrıöver S. Riskli gebelerde ruhsal sorunlar (Uzmanlık tezi). Adana: Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, 1998.
141. Şahsivar Ş. (2007). Riskli Gebeliklerde Depresyon Ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi Uzmanlık Tezi, Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Konya.
142. Symon A. A review of mothers' prenatal and postnatal quality of life. *Health Qual Life Outcomes*. 2003; 1: 38
143. O'Hara MW, Neunaber DJ, Zekoski EM. Prospective study of postpartum depression. Prevalence, course, and predictive factors. *Psychosomatics* 27:216-217, 1984.
144. Lwellyn AM, Stowe ZN, Nemerrof CB. Depression during pregnancy and the puerperium. *J Clin Psychiatry* 1997; 58: 26-32
145. Lee AM, Lam SK, Sze Mun Lau SM, et al. Prevalence, course, and risk factors for antenatal anxiety and depression. *Obstet Gynecol*. 2007; 110: 1102-12.
146. Rizzardo R, Magni G, Cremonese C, et al. Variations in anxiety levels during pregnancy and psychosocial factors in relation to obstetric complications. *Psychother Psychosom*. 1988; 49: 10-6.
147. Kağıtçıbaşı C. Family and socialization in cross-cultural perspective: a model of change. *Nebr Symp Motiv*. 1989; 37: 135-200.
148. Kelly RH, Russo J, Katon W. Somatic complaints among pregnant women cared for in obstetrics: normal pregnancy or depressive and anxiety symptom amplification revisited? *Gen Hosp Psychiatry* 2001;23(3):107-13.
149. Bennett HA, Einarson A, Taddio A, Koren G, Einarson TR. Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. *Obstet Gynecol* 2004;103(4):698-709.
150. Kurki T, Hiilesmaa V, Raitasalo R ve ark. (2000) Depression and anxiety in early pregnancy and risk for preeclampsia. *Obstet Gynecol*, 95:487-90.
151. Cebeci SA, Aydemir Ç, Göka E (2002) Puerperal dönemde depresyon semptom prevalansı: obstetrik risk faktörleri, kaygı düzeyi ve sosyal destek ile ilişkisi. *Kriz Dergisi*, 10: 11-18.
152. Golbasi Z, Kelleci M, Kısacik G ve ark. (2010) Prevalence and correlates of depression in pregnancy among Turkish women. *Matern Child Health J*, 14: 485-491.
153. Bunevicius R, Kusminskas L, Bunevicius A, Nadisauskiene RJ, Jureniene K, Pop VJ. Psychosocial risk factors for depression during pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2009; 88:599-605.

154. Richardson TA, Robinson RD: Menopause and depression: a review of psychologic function and sex steroid neurobiology during the menopause. *Prim Care Update Ob/Gyns* 2000; 7:215-223.
155. Javier A. Neutral endopeptidase inhibition: could it have a role in the treatment of female sexual arousal disorder? *Br J Pharmacol.* 2010;160:48-50.
156. Miočić J, Car N, Metelko Ž. Sexual dysfunction in women with diabetes mellitus. *Diabetologia Croatica* 2008;37:35- 42.
157. Atis G, Dalkilinc A, Altuntas Y, et al. Sexual dysfunction in women with clinical hypothyroidism and subclinical hypothyroidism. *J Sex Med* 2010;7:2583-90.
158. Keye WR'den: İnfertiliteye psikososyal cevaplar. *Clin. Obst Gynco* 27-764,1984
159. *Ishak WW, Tobia G. DSM-5 changes in diagnostic criteria of sexual dysfunctions. Reproductive System & Sexual Disorders* 2013; 2:122.

12. ŞEKİLLER DİZİNİ

	Sayfa
Şekil 1. Gruplar arası toplam cinsel fonksiyon skoru karşılaştırılması	44
Şekil 2. Gruplar arası toplam beck depresyon skoru karşılaştırılması	44
Şekil 3. Trimesterler arası toplam cinsel fonksiyon skoru karşılaştırılması	47
Şekil 4. Trimesterler arası toplam beck depresyon skoru karşılaştırılması	47



13. TABLOLAR DİZİNİ

	Sayfa
Tablo 1. Cinsel işlev bozukluklarının DSM-IV APA sistemine göre sınıflandırılması	13
Tablo 2. Kadın Cinsel Fonksiyon bozuklukları sınıflandırılması, DSM-IV ve DSM-V yapılan değişiklikler (159)	14
Tablo 3. Araştırmaya katılan gebelerin sosyo-demografik özellikleri ve obstetrik öyküleri	36
Tablo 4. Araştırmaya katılan gebelerin eğitim durumları	36
Tablo 5. Araştırmaya katılan gebelerin eşlerinin eğitim durumları	36
Tablo 6. Araştırmaya katılan gebelerin çalışma durumu	37
Tablo 7. Araştırmaya katılan gebelerin sigara kullanımı	37
Tablo 8. Araştırmaya katılan gebelerin önceki doğum şekilleri	37
Tablo 9. Araştırmaya katılan gebe olmayan kişilerin sosyo-demografik özellikleri ve obstetrik öyküleri	38
Tablo 10. Araştırmaya katılan gebe olmayan kişilerin eğitim durumları	38
Tablo 11. Araştırmaya katılan gebe olmayan kişilerin eşlerinin eğitim durumları	38
Tablo 12. Araştırmaya katılan gebe olmayan kişilerin çalışma durumu	39
Tablo 13. Araştırmaya katılan gebe olmayan kişilerin sigara kullanımı	39
Tablo 14. Araştırmaya katılan gebe olmayan kişilerin önceki doğum şekilleri	39
Tablo 15. Gebe olan ve gebe olmayan grubun sosyo-demografik ve obstetrik öykülerinin karşılaştırılması	40
Tablo 16. Gebe grup ile gebe olmayan grubun cinsel fonksiyon skor parametreleri, toplam cinsel fonksiyon skoru ve toplam beck depresyon skoru karşılaştırması	41
Tablo 17. Gebelerde saptanan hastalıklar	41
Tablo 18. Sağlıklı gebeler ile riskli gebelerin cinsel fonksiyon skor parametreleri, toplam cinsel fonksiyon skoru ve toplam beck depresyon skoru karşılaştırması	42
Tablo 19. Sağlıklı gebeler, riskli gebeler ve gebe olmayan grubun cinsel fonksiyon skor parametreleri, toplam cinsel fonksiyon skoru ve toplam beck depresyon skoru karşılaştırması	43
Tablo 20. Gebelerin trimesterlere göre cinsel fonksiyon indeksleri ve beck depresyon skorlarının karşılaştırılması	46

14. EKLER

Ek 1. Sosyo-Demografik Özellikler ve Obstetrik Öykü Formu

Yaş: Boy: Kilo: Vücut kitle indeksi:
Eğitim durumu (ilkokul/ortaokul/lise/üniversite):
Mesleğiniz:
Eşinizin eğitim durumu (okuma yazma yok/ilkokul/ortaokul/lise/üniversite):
Eşinizin mesleği:
Sigara, alkol, madde kullanımı (ne kadar miktarda ve kaç yıldır kullanıyorsunuz):
Kullandığınız ilaçlar:
Geçirdiğiniz ameliyatlar ve travmalar:
Kronik hastalıklarınız ve süresi (Hipertansiyon, diyabet (şeker),guatr,kalp ...):
Psikiyatrik rahatsızlığınız var mı?
Adet düzeniniz: İlk adet yaşı : İlk cinsel ilişki yaşı:
Evlilik yaşı: Kaç yıldır evlisiniz: Akraba evliliği var mı:
İlk gebelik yaşı: Son gebelik yaşı: Canlı doğum sayısı:
Gebeliklerinizde problem yaşadınız mı varsa nedir (erken doğum, özürlü bebek):
Doğum şekliniz (normal spontan vajinal doğum/sezaryen):
Kullandığınız doğum kontrol yöntemi:
Gebeyseniz doldurunuz
Son adet tarihiniz: Gebelik haftanız:
Kaçınıc gebelik: Kaç canlı doğumunuz var: Küretaj sayısı:
Abort sayısı: ölmüş bebek sayısı(varsa nedeni)
Önceki bebeğinizin doğum şekli (normal spontan vajinal doğum/sezaryen):
Önceki gebeliğinizde problem yaşadınız mı varsa nedir (erken doğum, özürlü bebek):
Şuanki gebeliğinizde bir problem olduğu söylendi mi varsa nedir (özürlü bebek, bebeğinizin eşi önde geliyor ...)
Gebeliğinizde ortaya çıkan bir hastalık oldu mu (yüksek tansiyon, gebelik şekeri,tiroid işlev bozukluğu, guatr,kalp):
Gebeliğinizde çıkan bir hastalığınız varsa gebeliğinizin kaçınıc haftasında ortaya çıktı:

Ek 2. Kadın Cinsel Fonksiyon Değerlendirme Formu

Aşağıda cevaplayacağınız sorulardan size en uygun olanını daire içine alınız.

1-Geçtiğimiz son 4 hafta içerisinde cinsel ilişkiyi kaç defa arzuladınız?

- 5- Hemen hemen her zaman arzuladım
- 4- Çoğu zaman arzuladım
- 3- İlişkilerimin yaklaşık yarısında arzuladım
- 2- Birkaç defa arzuladım
- 1- Hemen hemen hiç arzulamadım

2- Geçtiğimiz 4 hafta içinde cinsel arzunuzu nasıl değerlendirirsiniz?

- 5- Çok yüksek
- 4- Yüksek
- 3- Orta
- 2- Düşük
- 1- Çok düşük veya hemen hemen hiç

3- Geçtiğimiz 4 hafta içinde cinsel aktivite veya ilişki sırasında ne kadar sıklıkta cinsel uyarılma hissettiniz?

- 5- Cinsel yaşamımın hemen hemen hepsinde uyarılma hissettim
- 4- Yarıdan fazlasında uyarılma hissettim
- 3- Yaklaşık yarısında uyarılma hissettim
- 2 - Yarıdan azında uyarılma hissettim
- 1- Hemen hemen hiç uyarılma hissetmedim
- 0- Cinsel ilişkim olmadı

4- Geçtiğimiz 4 hafta içerisinde cinsel aktivite veya ilişki sırasında cinsel uyarılma düzeyinizi nasıl değerlendirirsiniz?

- 5- Çok yüksek
- 4- Yüksek
- 3- Orta
- 2- Düşük
- 1- Çok düşük veya hemen hemen hiç
- 0- Cinsel ilişkim olmadı

5- Geçtiğimiz 4 hafta içerisinde cinsel aktivite veya ilişki sırasında ne sıklıkta cinsel uyarılma olma konusunda sorun yaşadınız?

- 1- Çok fazla
- 2- Fazla
- 3- Orta
- 4- Düşük
- 5- Çok düşük veya sorun yaşamadım
- 0- Cinsel ilişkim olmadı

6- Geçtiğimiz 4 hafta içerisinde cinsel aktivite veya ilişki sırasında ne kadar sıklıkta uyarılmadan memnun kaldınız?

- 5- Daima memnun kaldım
- 4- Yarıdan fazlasında memnun kaldım
- 3- Hemen hemen yarısında memnun kaldım
- 2- Yarıdan azında memnun kaldım
- 1- Hemen hemen hiç memnun kalmadım
- 0- Cinsel ilişkim olmadı

7- Geçtiğimiz 4 hafta içerisinde cinsel aktivite veya ilişki sırasında ne kadar sıklıkta vajinal ıslanma oldu?

- 5- Hemen hemen hepsinde ıslanma oldu
- 4- Yarıdan fazlasında ıslanma oldu
- 3- Yarı yarıya ıslanma oldu
- 2- Yarıdan az ıslanma oldu
- 1- Hiç ıslanma olmadı veya az
- 0- Cinsel ilişkim olmadı

8- Geçtiğimiz 4 hafta içerisinde cinsel aktivite veya ilişki sırasında vajinal ıslanma ne zorluktaydı?

- 1- Çok çok zor veya imkânsız
- 2- Çok zordu
- 3- Zordu
- 4- Az zordu
- 5- Hiç zor değildi
- 0- Cinsel ilişkim olmadı

9- Geçtiğimiz 4 hafta içerisinde sevişme veya cinsel ilişki sırasında vajinal ıslaklığı sonuna kadar sürdürdünüz mü?

- 5- Hemen hemen daima sürdürdüm
- 4- Çoğu zaman, yarıdan fazla
- 3- Yarı yarıya sürdürdüm.
- 2- Yarıdan az sürdürdüm
- 1- Hemen hemen hiç veya hiç sürdüremedim
- 0- Cinsel ilişkim olmadı

10- Geçtiğimiz 4 hafta içerisinde cinsel aktivite veya ilişki sırasında sevişme veya ilişkinin tamamlanmasına kadar ıslaklığınızı sürdürmeniz ne zorluktaydı?

- 0- Cinsel ilişkim olmadı
- 1- Çok zor veya imkânsızdı
- 2- Çok zordu
- 3- Zordu
- 4- Az zordu
- 5- Kolaydı

11- Geçtiğimiz 4 hafta içerisinde cinsel aktivite veya ilişki sırasında ne sıklıkta orgazma ulaştınız?

- 5- Daima orgazma ulaştım
- 4- Yarıdan fazla
- 3- Yarı yarıya
- 2- Yarıdan az
- 1- Hemen hemen hiç orgazma ulaşamadım
- 0- Cinsel ilişkim olmadı

12- Geçtiğimiz 4 hafta içerisinde cinsel aktivite veya ilişki sırasında orgazma ulaşmanız ne kadar zordu?

- 0- Cinsel ilişkim olmadı
- 1- Çok çok zordu
- 2- Çok zordu
- 3- Zordu
- 4- Az zordu
- 5- Hiç zor değildi

13- Geçtiğimiz 4 hafta içerisinde cinsel aktivite veya ilişki sırasında orgazma ulaşma kabiliyetinizden ne kadar memnundunuz?

- 5- Çok memnundum
- 4- Orta derecede memnundum
- 3- Yarı yarıya memnundum
- 2- Yarıdan az memnundum
- 1- Hiç memnun değildim
- 0- Cinsel ilişkim olmadı

14- Geçtiğimiz 4 hafta içerisinde cinsel aktivite veya ilişki sırasında cinsel partnerinizle aranızdaki duygusal yaklaşımdan ne kadar memnundunuz?

- 5- Çok memnundum
- 4- Yarıdan fazlasında memnundum
- 3- Yarı yarıya memnundum
- 2- Yarıdan az memnundum
- 1- Hiç memnun değildim
- 0- Cinsel ilişkim olmadı

15- Geçtiğimiz 4 hafta içerisinde cinsel aktivite veya ilişki sırasında partnerinizle olan ilişkinizden ne kadar memnundunuz?

- 5- Çok tatmin ediciydi
- 4- Genellikle tatmin ediciydi
- 3- Yarı yarıya tatmin ediciydi
- 2- Yarıdan azında memnun ediciydi
- 1- Hiç memnun olmadım
- 0- Cinsel ilişkim olmadı

16- Geçtiğimiz 4 hafta içerisinde cinsel aktivite veya cinsel ilişki sırasında genel olarak cinsel yaşamınızdan ne kadar memnundunuz veya ne kadar tatmin ediciydi?

- 5- Çok tatmin ediciydi
- 4- Yarıdan fazlasında tatmin ediciydi
- 3- Yarı yarıya tatmin ediciydi
- 2- Yarıdan azında tatmin ediciydi
- 1- Hiç tatmin edici değildi
- 0- Cinsel ilişkim olmadı

17- Geçtiğimiz 4 hafta içerisinde cinsel aktivite veya ilişki sırasında vajinal giriş esnasında ne kadar sıklıkta ağrı hissettiniz veya kendinizi kötü hissettiniz?

- 0- Cinsel ilişkim olmadı
- 1- Hemen hemen daima hissettim
- 2- Yarıdan fazlasında, çoğu zaman hissettim
- 3- Yarısında hissettim
- 4- Yarıdan azında hissettim
- 5- Hemen hemen hiç veya hiç hissetmedim

18- Geçtiğimiz 4 hafta içerisinde vajinal girişi takiben ne sıklıkta ağrı veya rahatsızlık duydunuz?

- 0- Cinsel ilişkide bulunmadım
- 1- Hemen hemen hepsinde duydum
- 2- Yarıdan fazlasında duydum
- 3- Yarı yarıya duydum
- 4- Yarıdan azında duydum
- 5- Hiç veya hemen hemen hiç duymadım

19- Geçtiğimiz 4 hafta içerisinde vajinal giriş sırasında veya vajinal girişi takiben ağrı veya rahatsızlığınızın düzeyini nasıl değerlendirirsiniz?

- 0- Cinsel ilişkide bulunmadım
- 1- Çok yüksek derecede
- 2- Yüksek derecede
- 3- Orta derecede
- 4- Düşük derecede
- 5- Çok düşük veya hiç

Ek 3. Beck Depresyon Ölçeği

AÇIKLAMA:

Sayın cevaplayıcı aşağıda gruplar halinde cümleler verilmektedir. Öncelikle her gruptaki cümleleri dikkatle okuyarak, BUGÜN DÂHİL GEÇEN HAFTA içinde kendinizi nasıl hissettiğini en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Eğer bir grupta durumunuzu, duygularınızı tarif eden birden fazla cümle varsa her birini daire içine alarak işaretleyiniz.

Soruları vereceğiniz samimi ve dürüst cevaplar araştırmanın bilimsel niteliği açısından son derece önemlidir.

Bilimsel katkı ve yardımlarınız için sonsuz teşekkürler.

1-

0. Kendimi üzgün hissetmiyorum.

1. Kendimi üzgün hissediyorum.

2. Hep zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtulamıyorum.

3. O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki dayanamıyorum.

2-

0. Gelecek hakkında umutsuz değilim.

1. Geleceğe biraz umutsuz bakıyorum.

2. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.

3. Benim için bir gelecek yok ve bu durum düzelmeyecek.

3-

0. Kendimi başarısız görmüyorum.

1. Çevremdeki birçok kişiden daha fazla başarısızlıklarım odu sayılır.

2. Geriye dönüp baktığımda çok fazla başarısızlığım olduğunu görüyorum.

3. Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.

4-

0. Her şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.

1. Her şeyden eskisi kadar zevk alamıyorum.

2. Artık hiçbir şeyden gerçek bir zevk alamıyorum.

3. Bana zevk veren hiçbir şey yok, her şey çok sıkıcı.

5-

0. Kendimi suçlu hissetmiyorum.
1. Arada bir kendimi suçlu hissettiğim oluyor.
2. Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum.
3. Kendimi her an için suçlu hissediyorum.

6-

0. Cezalandırıldığımı düşünmüyorum.
1. Bazı şeyler için cezalandırılabileceğimi hissediyorum.
2. Cezalandırılmayı bekliyorum.
3. Cezalandırıldığımı hissediyorum.

7-

0. Kendimden hoşnutum.
1. Kendimden pek hoşnut değilim.
2. Kendimden hiç hoşlanmıyorum.
3. Kendimden nefret ediyorum.

8-

0. Kendimi diğer insanlardan daha kötü görmüyorum.
1. Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum.
2. Kendimi hatalarım için çoğu zaman suçluyorum.
3. Her kötü olayda kendimi suçluyorum.

9-

0. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
1. Bazen kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur.
2. Kendimi öldürebilmeyi isterdim.
3. Bir fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.

10-

0. Her zamankinden fazla ağladığımı sanmıyorum.
1. Eskisine göre şu sıralarda daha fazla ağlıyorum.
2. Şu sıralar heran ağlıyorum.
3. Eskiden ağlayabilirdim ama şu sıralarda istesem de ağlayamıyorum.

11-

0. Her zamankinden daha sinirli değilim.
1. Her zamankinden daha kolayca sinirlenebiliyorum ve kızıyorum.
2. Çoğu zaman sinirliyim.
3. Eskiden sinirlendiğim şeylere bile artık sinirlenmiyorum.

12-

0. Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim.
1. Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim.
2. Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim
3. Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı.

13-

0. Kararlarımı eskisi kadar rahat ve kolay verebiliyorum.
1. Şu sıralarda karar vermeyi erteliyorum.
2. Karar vermekte oldukça güçlük çekiyorum.
3. Artık hiç karar veremiyorum.

14-

0. Dış görünüşümün eskisinden daha kötü olduğunu sanmıyorum
1. Yaşlandığımı ve çekiciliğimi kaybettiğimi düşünüyorum ve üzülmüyorum.
2. Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan olumsuz değişiklikler olduğunu düşünüyorum.
3. Çok çirkin olduğumu düşünüyorum.

15-

0. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
1. Bir işe başlamak için eskisine göre kendimi daha fazla zorlamam gerekiyor.
2. Hangi iş olursa olsun yapabilmek için kendimi çok zorluyorum.
3. Hiçbir iş yapamıyorum.

16-

0. Her zamanki gibi rahat uyuyabiliyorum.
1. Şu sıralar eskisi gibi rahat uyuyamıyorum.
2. Eskisine göre 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyumakta zorluk çekiyorum.
3. Eskisine göre çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.

17-

0. Eskisine kıyasla daha çabuk yorulduğumu sanmıyorum.
1. Eskisinden daha çabuk yoruluyorum.
2. Şu sıralarda neredeyse her şey beni yoruyor.
3. Öyle yorgunum ki hiçbir şey yapamıyorum.

18-

0. İştahım eskisinden pek farklı değil.
1. İştahım eskisi kadar iyi değil.
2. Şu sıralarda iştahım epey kötü.
3. Artık hiç iştahım yok.

19-

0. Son zamanlarda pek fazla kilo kaybettiğimi sanmıyorum.
 1. Son zamanlarda istemediğim halde üç kilodan fazla kaybettim.
 2. Son zamanlarda istemediğim halde beş kilodan fazla kaybettim.
 3. Son zamanlarda istemediğim halde yedi kilodan fazla kaybettim.
- Daha az yemeye çalışarak kilo kaybetmeye çalışıyorum evet _ hayır_

20-

0. Sağlığım beni pek endişelendirmiyor.
1. Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi sorunlarım var.
2. Ağrı,sızı gibi bu problemlerim beni epey endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zor geliyor.
3. Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünemiyorum.

21-

0. Son zamanlarda cinsel yaşamımla ilgili dikkatimi çeken bir şey yok.
1. Eskisine oranla cinsel konularla daha az ilgiliyim.
2. Şu sıralarda cinsellikle pek ilgili değilim.
3. Artık cinsellikle hiç ilgim kalmadı