



**T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
DOĞUM VE KADIN SAĞLIĞI HEMŞİRELĞİ**

**GEBELİK SÜRECİNİN CİNSEL FONKSİYON DURUMUNA
ETKİSİ, ANKSİYETE VE DEPRESYON İLE İLİŞKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İLKNUR KIZILKAYA

DANIŞMAN

DOÇ.DR. FATMA DENİZ SAYINER

2016



**T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
DOĞUM VE KADIN SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ**

**GEBELİK SÜRECİNİN CİNSEL FONKSİYON DURUMUNA
ETKİSİ, ANKSİYETE VE DEPRESYON İLE İLİŞKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İLKNUR KIZILKAYA

DANIŞMAN

DOÇ.DR. FATMA DENİZ SAYINER

2016

KABUL VE ONAY SAYFASI

İlknur Kızılkaya' nın Yüksek Lisans Tezi olarak hazırladığı "**Gebelik Sürecinin Cinsel Fonksiyon Durumuna Etkisi, Anksiyete ve Depresyon İle İlişkisi**" başlıklı bu çalışma Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliği'nin ilgili maddesi uyarınca değerlendirilerek "**kabul**" edilmiştir.

18/04/2016

Doç.Dr.Nebahat Özerdoğan

JÜRİ BAŞKANI

Doç.Dr.F.Deniz SAYINER
ÜYE

Doç.Dr.Özlem ÖRSAL
ÜYE

Doç.Dr.Elif GÜRSOY
ÜYE

Yard.Doç.Dr.Melih VELİPAŞAOĞLU
ÜYE

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Yönetim Kurulu'nun 18 / 04 / 2016 tarih ve 1086 / 5127 sayılı
kararı ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. Hasan Veysi GÜNEŞ
Sağ.Bil.Enst.Müdürü

ÖZET

Gebelik Sürecinin Cinsel Fonksiyon Durumuna Etkisi, Anksiyete ve Depresyon İle İlişkisi

Amaç: Gebelik birçok fizyolojik, biyolojik, psikolojik ve sosyolojik değişikliklerin yaşandığı bir dönemdir. Cinsel yaşam da gebelik döneminde değişiklikler gösterir. Bu çalışma, gebelik sürecinin cinsel fonksiyon durumuna etkisini belirlemek, anksiyete ve depresyon ile ilişkisini incelemek amacıyla yapılan kesitsel tipte bir çalışmadır.

Yöntem: Araştırma, Eskişehir Büyükdere ve Şarhöyük Aile Sağlığı Merkezlerinde (ASM) yürütülmüştür. Araştırmanın yapılacağı ASM'lerin seçiminde; gebelere ulaşmak için işbirliği yapılabilecek, ulaşımı kolay ve il merkezinde bulunan birimler tercih edilmiştir. Çalışmaya alınan 1.trimestir gebeleriyle 2. ve 3.trimestirlerinde da görüşülmüş ve veri toplama formları yüz yüze görüşme yöntemiyle doldurulmuştur. Veri toplama aracı olarak; Anket Formu, Kadın Cinsel Fonksiyon Sorgulama İndeksi (IFSF), Golomboc-Rust Cinsel Doyum Ölçeği, Beck Anksiyete Envanteri (BAE), Beck Depresyon Envanteri (BDE) kullanılmıştır. Veriler, 01.05.2013 - 01.05.2014 tarihleri arasında toplanmıştır. Araştırmaya alınacak olan en az 90 gebeyi belirlemek için güç analizi yapılmıştır. Çalışma ASM' de takipli olan ve çalışmaya katılmayı kabul eden gebeler ile yapılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde IBM SPSS 21,0 paket programı kullanılmıştır.

Bulgular: Gebelere her 3 trimestirlerinde da uygulanan Anket Formuna göre; gebelik öncesi sürecinizle gebelik sürecinizi kıyasladığınızda cinsel yaşamınızda etkilenme var mı sorusuna gebelerin % 60'ı evet yanıtını vermiştir. Gebelerin trimestirleri arttıkça cinsel ilişkide bulunma sıklığının azaldığı saptanmıştır. Gebelere uyguladığımız IFSF' na göre cinsel disfonksiyon puanı 1. trimestirda 32.89 ± 8.38 , 2. trimestirda 26.07 ± 8.90 , 3. Trimestirda 21.64 ± 9.81 olarak bulunmuştur. Çalışmamızda gebelik haftası ilerledikçe kadınlarda cinsel doyum bozukluğunun da anlamlı şekilde arttığı belirlenmiştir. Gebelerin her trimestirinde uygulanan Beck Anksiyete Ölçeğinin istatistiklerine göre kadınlarda 1. trimestirda 9,67, 2. trimestirda 14,92, 3. trimestirda 19,36 ortalama ile trimestir artışıyla doğru orantılı olarak artan anksiyete değerleri saptanmıştır. Gebe kadınlarda trimestirler arası Beck Depresyon Ölçeğinden alınan puanlar arasında fark olup olmadığına bakılmış ve trimestir artışıyla birlikte depresyon ölçeği puanlarında da artış olduğu görülmüştür.

Sonuç: Gebelerde cinsel yaşamın trimestir artışıyla birlikte daha çok etkilendiği, cinsel disfonksiyon, anksiyete ve depresyon görülme oranının arttığı saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Gebelikte cinsellik, gebelikte cinsel disfonksiyon, gebelikte anksiyete, gebelikte depresyon.



SUMMARY

The Effect Of The Pregnancy Period On Sexual Function Status, Its Relationship With Anxiety And Depression

Objective: The pregnancy is a period that various physiologic, biological, psychologic and sociological alterations are experienced. The sex life also differs in the pregnancy period. This working is a cross-sectional study carried out for determining the sexual function status of pregnant and examining the relation of anxiety and depression.

Method: This research was carried out in Eskisehir Buyukdere and Sarhoyuk Family Health Centers (FHC). It was preferred the units being in city center, having the feature of easy access and being in cooperation for reaching to the pregnant while selecting FHC's in which this research was going to be realised. It was meet with the pregnant being in first trimester whom were taken into this research, also in second and third trimesters, besides the data collection forms were filled up with the method of face to face meeting. As the data collection tool, it was used the survey form, Inquiry Index of Woman Sexual Function, Golombcock-Rust Sexual Satisfaction Scale, Beck Anxiety Inventory (BAI), Beck Depression Inventory (BDI). The datas were collected with the dates between 01.05.2013 - 01.05.2014. The power analysis was made for determining 90 pregnant at least to be taken into research. This study was performed with the pregnant being followed in FHC and willing to participate in this studying. IBM SPSS 21,0 packaging software was used for evaluating the datas.

Results: According to survey form applied to the pregnant also in their every 3 trimesters, for the question " Is there any effect in your sex lives when comparing your period of prepregnancy with your period of pregnancy, 60% of pregnant gave the answer as yes. It was determined that the frequency of having intercourse decreased when the trimester period of pregnant increased. According to IFSF being executed to the pregnant, it was found that the existence of sexual disfunction was 32.89+/-8.38 in first trimester, 26.07+/-8.90 in second trimester and 21.64+/-9.81 in third trimester. It was also determined that the more the week of pregnancy increased, the more the disfunction of sexual satisfaction in womens significantly increased. According to the statistics of Beck Anxiety Scale applied in every trimester of pregnant, it was specified that the anxiety values increasing in direct proportion with the proceeding of trimester such as 9,67 in 1.trimester, 14,92 in 2.trimester and 19,36 in 3.trimester in women. It was seen whether there was any difference among the scores obtained from the scale of Beck depression

between trimesters in pregnant women and thusly found that there was an increase in the scores of depression scale with the rising of trimester.

Conclusion: Consequently, the sex lives in pregnant are mostly affected with the increasing of trimesters and it is accordingly found that the incidence rate of sexual disfunction, anxiety and depression is also increased.

Keywords: Sexuality in pregnancy, Sexual disfunction in pregnancy, anxiety in pregnancy, depression in pregnancy.



İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY SAYFASI	iv
ÖZET	v
SUMMARY	vii
İÇİNDEKİLER	ix
TABLolar DİZİNİ.....	xiii
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	xv
KISALTMALAR DİZİNİ.....	xvi
1.GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2.GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. Gebelik.....	5
2.2. Cinsellikle İlgili Kavramlar.....	6
2.2.1. Cinsellik.....	6
2.2.2. Cinsel Sağlık.....	6
2.2.3. Cinsiyet.....	6
2.2.4. Üreme Sağlığı.....	6
2.3. Cinsel İşlevler ve Gebelik.....	7
2.3.1. Cinsel İstek (Libido) Fazı.....	7
2.3.2. Uyanış (Heyecanlanma, Arusal) Fazı.....	7
2.3.3. Orgazm Fazı.....	7
2.3.4. Çözülme Fazı.....	8
2.3.1.1. İstek Fazı.....	8
2.3.2.1. Uyanış Fazı.....	8
2.3.3.1. Orgazm Fazı.....	8
2.3.4.1. Çözülme Fazı	8
2.4. Kadınlarda Görülen Cinsel Fonksiyon Bozuklukları.....	10
2.4.1. Tanımlama.....	10

2.4.2. Kadına Ait Cinsel Fonksiyon Bozukluklarının Sıklığı.....	10
2.4.3. Kadın Cinsel Fonksiyon Bozukluklarının Sınıflandırılması.....	11
2.4.3.1. Cinsel İstek Bozuklukları.....	12
2.4.3.1.1. Cinsel istekte Azalma.....	12
2.4.3.1.2. Cinsel Tiksinti Bozukluğu.....	12
2.4.3.2. Cinsel Uyarılma Bozuklukları.....	12
2.4.3.3. Orgazm Bozuklukları.....	13
2.4.3.4. Cinsel Ağrı Bozuklukları.....	13
2.4.3.4.1. Disparoni.....	13
2.4.3.4.1. Vajinismus.....	13
2.4.4. Cinsel İşlev Bozukluklarında Hazırlayıcı Etkenler.....	14
2.4.5. Cinsel Fonksiyonları Etkileyen Diğer Bazı Etkenler.....	14
2.4.5.1. Hamilelik ve Doğum.....	14
2.4.5.2. Kürtaj ve İnfertilite.....	14
2.4.5.3. Cinsel Mitler.....	15
2.4.5.4. Yaşlanma.....	15
2.4.5.5. Menopoz.....	15
2.4.5.6. Enfeksiyonlar, Diğer Hastalıklar ve Ameliyatlar.....	15
2.5. Gebelikte Cinsel Fonksiyonların Değerlendirilmesi.....	16
2.5.1. Gebeliğin Birinci Trimesterinde Cinsellik.....	16
2.5.2. Gebeliğin İkinci Trimesterinde Cinsellik	16
2.5.3. Gebeliğin Üçüncü Trimesterinde Cinsellik	17
2.6. Gebelikte Cinselliği Etkileyen Psikolojik Faktörler.....	18
2.6.1. Mitler ve Yanlış Bilgiler.....	18
2.6.2. Kadınların Gebeliğe Verdikleri Tepkiler.....	18
2.6.3. Erkeklerin Gebeliğe Verdikleri Tepkiler.....	19
2.6.4. Depresyon ve Anksiyete.....	20
2.7. Cinsel Sağlık Problemleri ve Gebelik.....	21
2.7.1. Kandida.....	21
2.7.2. Üriner Sistem.....	21
2.7.3. Hemoroidler.....	21
2.7.4. Disparoni	22

2.8. Gebelikte Koitus ve Yasaklandığı Durumlar.....	23
2.9. Cinsel Fonksiyonun Değerlendirilmesi ve Hemşirenin Rolü.....	24
2.9.1. Cinsel Fonksiyonun Değerlendirilmesi.....	24
2.9.1.1. Cinsel Öykü Alma.....	24
2.9.1.2. Cinsel Sorgulama Formlarının Kullanılması.....	25
2.9.1.3. Fizik Muayene.....	28
2.9.1.4. Laboratuvar Testleri ve Özellik Gerektiren Tanılayıcı Testler.....	28
2.9.2. Cinsel Fonksiyon Değerlendirmesinde Hemşirenin Rolü.....	28
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	31
3.1. Araştırmanın Şekli.....	31
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	31
3.2.1. Araştırmanın Yapıldığı Yerin Özellikleri.....	31
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	31
3.3.1. Araştırmanın Evreni.....	31
3.3.2. Örneklem Büyüklüğü.....	31
3.3.3. Örneklem Seçimi.....	32
3.4. Verilerin Toplanması.....	32
3.4.1. Veri Toplama Araçları.....	32
3.4.1.1. Anket Formu.....	32
3.4.1.2. Kadın Cinsel Fonksiyon Sorgulama İndeksi (IFSF).....	33
3.4.1.3. Golombok – Rust Cinsel Doyum Ölçeği.....	33
3.4.1.4. Beck Anksiyete Envanteri (BAE).....	34
3.4.1.5. Beck Depresyon Envanteri (BDE).....	34
3.4.2. Veri Toplama Formlarının Uygulanması.....	35
3.5. Verilerin Değerlendirilmesi.....	36
3.6. Araştırmanın Etik Yönü.....	36
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	36
4. BULGULAR.....	37
4.1. Gebelerin ve Eşlerinin Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	38
4.2. Gebelerin Cinsellikle İlgili Düşünceleri ve Gebeliklerinde Karşılaştıkları Durumlara İlişkin Bulgular.....	41

4.3. Gebelerde Cinsel Disfonksiyon ile Etkilendiği Durumlar ve Cinsel Doyum Bozukluğuna İlişkin Bulgular.....	48
4.4. Gebelik Trimestırlarına Göre Anksiyete ve Depresyon Varlığına İlişkin Bulgular.....	53
5.TARTIŞMA.....	59
5.1.Gebelerin Cinsellikle İlgili Düşünceleri ve Gebeliklerinde Karşılaştıkları Durumlara İlişkin Bulguların Tartışılması.....	60
5.2. Gebelerde Cinsel Disfonksiyon ile Etkilendiği Durumlar ve Cinsel Doyum Bozukluğuna İlişkin Bulguların Tartışılması.....	63
5.3. Gebelik Trimestırlarına Göre Anksiyete ve Depresyon Varlığına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	65
6.SONUÇ VE ÖNERİLER.....	67
6.1. Sonuçlar.....	67
6.2. Öneriler.....	70
7. KAYNAKLAR DİZİNİ.....	71
8. EKLER DİZİNİ.....	78
EK-1	78
EK-2	83
EK-3	86
EK-4	89
EK-5	93
EK-6	96
EK-7	98
EK-8	103
9. ÖZGEÇMİŞ.....	105

TABLolar DİZİNİ

Tablo 2.1.1. Gebelikte Genital Bölgedeki Fizyolojik Değişimler.....	5
Tablo 2.4.3.1. AFUD Cinsel İşlev Bozuklukları Sınıflandırılması.....	12
Tablo 2.9.1.2.1. Cinselliği Değerlendirme Araçları.....	26
Tablo 2.9.2.1. Cinselliği Değerlendirmede Kullanılan Modeller.....	30
Tablo 4.1.1. Gebelerin Sosyo-demografik Özellikleri.....	38
Tablo 4.1.2. Gebelerin Eşlerinin Sosyo-demografik Özellikleri.....	39
Tablo 4.1.3. Gebelerin Evliliklerine İlişkin Bulgular.....	40
Tablo 4.2.1. Gebelerin Cinsellikle İlgili Düşüncelerine ilişkin Bulgular.....	41
Tablo 4.2.2. Cinsel İlişkiyi Kimin Başlattığına İlişkin Bulgular.....	42
Tablo 4.2.3. Gebelerin Cinsel İlişkide Bulunma Sıklığına İlişkin Bulgular.....	43
Tablo 4.2.4. Gebelerin Cinsel İlişkide Bulunma İsteğine İlişkin Bulgular.....	44
Tablo 4.2.5. Gebelerin, Eşlerinin Cinsel İsteğini Karşılama ve Eşlerinden Baskı Görme Durumlarının Dağılımı.....	45
Tablo 4.2.6. Gebelerin Cinsel İlişki Sürelerine İlişkin Bulgular.....	46
Tablo 4.2.7. Gebelerin Cinsel İlişkide Ağrı Duyma Oranlarına İlişkin Bulgular.....	46
Tablo 4.2.8. Gebelerin Cinsel İlişkide Orgazma Ulaşma Durumlarına İlişkin Bulgular.....	47
Tablo 4.3.1. Gebelikte Trimestirlardaki Cinsel Disfonksiyon Durumu.....	48

Tablo 4.3.2 Gebelikte Cinsel Disfonksiyon Varlığı ile Evliliğini Mutlu Algılama Durumu Arasındaki İlişki.....	49
Tablo 4.3.3 Gebelikte Cinsel Disfonksiyon Varlığı ile Gebeliğin İstenmesi Arasındaki İlişki.....	50
Tablo 4.3.4. Gebelikte Cinsellik Düşüncesi ve Cinsel Disfonksiyon Varlığı Arasındaki İlişki.....	51
Tablo 4.3.5. Gebelikte Cinsel Doyum Bozukluğunun Trimestirlere Göre Puanlarının Dağılımı.....	52
Tablo 4.4.1.a Gebelik Trimestirlere Göre Anksiyete Durumunun Dağılımı.....	53
Tablo 4.4.1.b Gebelik Trimestirlere Göre Anksiyete Durumunun Dağılımı	54
Tablo 4.4.2.a Gebelik Trimestirlere Göre Depresyon Durumunun Dağılımı.....	54
Tablo 4.4.2.b Gebelik Trimestirlere Göre Depresyon Durumunun Dağılımı.....	55

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 4.4.1. Birinci Trimestırda Cinsel Fonksiyon Bozukluğu ile Depresyon Arasındaki İlişki.....56

Şekil 4.4.2. İkinci Trimestırda Cinsel Fonksiyon Bozukluğu ile Depresyon Arasındaki İlişki.....57

Şekil 4.4.3. Üçüncü Trimestırda Cinsel Fonksiyon Bozukluğu ile Depresyon Arasındaki İlişki.....58



KISALTMALAR DİZİNİ

ASM	:	Aile Sağlığı Merkezi
BAE	:	Beck Anksiyete Ölçeği
BDÖ	:	Beck Depresyon Ölçeği
CFB	:	Cinsel Fonksiyon Bozukluğu
CİB	:	Cinsel İşlev Bozukluğu
CYBE	:	Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyon
DSÖ	:	Dünya Sağlık Örgütü
HCG	:	Human Koryonik Gonadotropin
IFSF	:	Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi
SS	:	Standart Sapma
TNSA	:	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
N	:	Sayı

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Gebelik birçok fizyolojik, biyolojik, psikolojik ve sosyolojik değişikliklerin yaşandığı bir dönemdir. Gebelikte yaşanan fizyolojik değişimler kadında yorgunluk, halsizlik, baş ağrısı, uyku bozuklukları gibi genel sağlık problemlerini de beraberinde getirir. Gebe kadın bu fiziksel, psikolojik ve diğer değişimleri yaşarken çiftlerin cinsel yaşamları da etkilenmektedir. Çiftlerde bir taraftan bebeğe zarar verme endişesi ve fiziki kısıtlılıklar nedeniyle cinsel yaşamı erteleme düşüncesi ön plandayken diğer yandan hayat kalitesi ve sağlıklı bir evlilik için cinsel yaşamın gerekliliği ikilemi yaşanmaktadır (Arıca & Alkan, 2011; Lowedermilk & Bobak & Perry, 1996).

Gebelik ve doğum fizyolojik bir süreç olmasına karşın, kadın vücudu için önemli bir yük ve stres oluşturmaktadır. Anne karnında bebeğin varlığı, gebeliğe özgü fizyolojik değişiklikler, aile ve sosyal yaşamda meydana gelen farklılıklar bu süreçteki psikososyal tepkilerin de kaynağını oluşturmaktadır (Gümüş & Çevik, 2011; Nelson, 2003).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)' ne göre cinsellik; fiziksel, duygusal, entelektüel ve sosyal yönlerin kişiliği, iletişimi ve aşkı zenginleştirici etkilerinin bileşiminden oluşur (Bozdemir, 2011; World Health Organization, 2010; CETAD, 2008; Parrinder, 2003). Cinsel sağlık ise sadece hastalık, fonksiyon bozukluğu veya sakatlığın olmaması değil, duygusal, zihinsel ve sosyal olarak cinsellikle ilgili iyilik halidir (Bozdemir, 2011).

Normal cinsel fonksiyon; nörolojik, mental, vasküler ve endokrin sistemleri kapsayan çok sayıda farklı organ sistemleri ile yakın ilişkilidir. Literatürde cinselliğe ilişkin ilk bilimsel yaklaşım, 1953 yılında, cinselliğin epidemiyolojisi ile ilgili yapılan çalışmadır. Daha sonra kaynaklarda belirtildiğine göre, 1966 yılında yapılan araştırmalarda, cinsel eylem sırasındaki cinsel fizyolojinin, tüm organizmanın tepkileriyle birlikte seyreden, psikoseksüel uyarılma ile ruhsal ve bedensel değişimlerin ortaya çıktığı, objektif olarak ölçülebilen, değerlendirilebilen bir psikososyal model olduğu saptanmıştır (Karakoyunlu, 2007; Aristotelis & Davis & Ghafor & Bunchordt, 2002; Berman & Goldstein, 1999).

Kadın cinsel fonksiyon bozukluğu (CFB), cinsel yanıt döngüsünün istek, uyarılma, lubrikasyon ve orgazm evrelerindeki fizyolojik süreçlerden bir veya birkaç aşamasının bozulması olup vasküler, nörojenik, hormonal, müsküler, farmakolojik yönü olan ve kadınların yaşam kalitesini düşüren çok faktörlü bir sorundur (Kütmeç, 2009). DSÖ'nün yayınladığı International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems'da (ICD-10) cinsel fonksiyon bozukluğu bireyin umduğu cinsel ilişkiyi yaşayamaması durumu olarak tanımlamaktadır (Özerdoğan & Sayiner & Köşgeroğlu & Ünsal, 2009).

Demirezen' in çalışmasında belirttiğine göre, Amerika ve İngiltere'de yapılan geniş serilere sahip epidemiyolojik çalışmalarda, cinsel fonksiyon

bozukluklarının kadınlarda erkeklerden yaklaşık 1,5 kat daha fazla görülmekte olduğu ortaya çıkmıştır (Demirezen, 2006). Kadın cinsel fonksiyon bozukluğu prevalansı ile ilgili en geniş veriye sahip çalışmalardan biri, Amerika Ulusal Sağlık ve Sosyal Yaşam Araştırması 1999 verilerinin derlendiği çalışmadır. Bu çalışmada yaşları 18 ile 59 arasında değişen 1749 kadından elde edilen veriler toplanmış ve kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu görülme oranı %43 olarak saptanmıştır (Karakoyunlu, 2007; Demirezen, 2006).

Kadın yaşamında gebelik ve doğum en önemli dönemlerdir. Hormonal uyarılar, fiziksel ve ruhsal değişiklikler, kadının genel sağlığı, ilişkileri ve cinselliği üzerinde etkili olmaktadır. Gebelikte cinsel yaşamı esas olarak bu konudaki inanışlar, fiziki kısıtlılıklar ve medikal problemlerin varlığı belirlemektedir (Kontoyannis, 2012; Isajeva, 2012; Torkestani, 2012). Yapılan araştırmalarda kadınların gebeliğin ilk trimesterinde farklı derecede cinsel istek gösterdikleri görülmüştür. İlk trimesterde kadın gebeliğinin farkında olmadığı için cinsel aktivitede değişiklik olmaz görüşüne zıt olarak cinsel ilişki sayısında azalma vardır. Bu dönemde; gastrik distres, bulantı-kusma, yorgunluk, uykuya eğilim, genel fiziksel rahatsızlık, meme ve vajinal rahatsızlık cinsel isteğin azalmasına yol açan fiziksel faktörlerdir. Bazı gebelerde tikslenme, eşinin normal vücut ve nefes kokularına bile tahammül edemeyecek kadar ileri boyutta olabilir. Cinsel ilginin azalması semptomların ağırlığı ile ilişkilidir. Salgı artışı, fiziksel ve estetik sorunlarla fiziksel aktiviteyi sınırlayabilir. Bebeğe zarar verme veya düşüğe yol açma korkusu cinsel istek ve yanıtı etkilemektedir (Koyun, 2012; Kontayannis, 2012; Ertem vd., 2010; Foux, 2008; Gökyıldız, 2001; Poroy, 1996).

İkinci trimester cinsel aktiviteye en uygun zamandır. Gebenin, hamileliğin fiziksel değişikliklerine uyum sağlamaya başladığı dönemdir. Yorgunluk, bulantı-kusma azalır ve pelvik konjesyon artar. Bu trimester gebeliğe uyumun da başladığı dönemdir. Anne adayı artık gebe olduğu gerçeğini ve hayatına getireceği değişiklikleri kabul etmiştir. Böylece 2. trimesterde yakınlardan kurtulan ve psikolojik olarak gebeliğe çok daha uyum sağlayan gebelerde cinsel ilişkiye karşı ilginin arttığı gözlenir. Bazı babalar bebeğe zarar vermekten korkabilirler. Bazıları da bebeğin cinsel ilişki sırasında hareket etmesini; fetüs onları algılıyor gibi düşünebilirler (Kontayannis, 2012; Ertem vd., 2010; Foux, 2008; Aslan, 2005; Gökyıldız, 2001; Poroy, 1996).

İkinci trimesterde azalan fiziksel şikâyetler 3. trimesterde uterusun büyümesine paralel olarak farklı bir şekilde tekrar ortaya çıkabilir. Yorgunluk, halsizlik, mide problemleri, solunum sıkıntısı, pelvik ligament ağrıları, sık idrara çıkma, hareketin azalması, memelerden süt gelmesi gibi belirtiler, cinsel ilişki ve orgazm sırasında ortaya çıkan güçlü uterus kasılmaları libidonun azalmasına, anne adayının cinselliği ikinci plana atmasına neden olabilir. Beklenen doğum tarihi yaklaştıkça enfeksiyon korkusu, doğumda ağrı duyma korkusu ve anormal bir durum (erken membran rüptürü, plasenta previa vs.) olacağı korkusu gibi faktörler eklenir. Bazı çalışmalar, gebelerin koitusun gebelikte erken doğuma neden

olabileceğini ve bu nedenle cinsellikten kaçındıklarını belirtmişlerdir. (Kontayannis, 2012; Ertem vd., 2010; Foux, 2008; Aslan, 2005).

Gebelik süreci, bazen kadın ve ailesi için bir kriz dönemi olabilmektedir. Genel olarak gebelerde kaygı düzeyinde artış, ağlama eğilimi, daha hassas ve etkilere açık olma, depresyon, anksiyete bozukluğu, obsesif-kompulsif bozukluk gibi ruhsal değişiklikler gözlenebilir. Bu değişiklikler, hafif derecelerde ve kısa süreli olarak birçok gebe kadında görülebilir. Ancak önemli olan bu duyguların ısrarlı, yoğun ve kadının yaşamını engelleyecek düzeyde olmamasıdır (Apay, 2012).

Gebelik sürecindeki bu durum değişikliklerinin araştırıldığı çalışmalar Türkiye’de sınırlı sayıda olmakla birlikte; Beck Depresyon Ölçeğine (BDÖ) göre yapılan çalışmalarda gebelikte depresif belirti görülme sıklığını; Karaçam ve Ançel % 27,3, Altınay % 27,9 olarak bulmuşlardır. Çalık ve Aktaş’ın çalışmasında belirttiğine göre Bödecs ve arkadaşları çalışmalarında depresyon yaşayan gebelerin tamamına yakınında anksiyete bulguları da saptamışlardır. Benzer şekilde Karaçam ve Ançel gebelik depresyonu ile anksiyete arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulmuşlardır (Çalık & Aktaş, 2011; Karaçam & Ançel, 2005; Altınay, 1999).

Sağlıklı yaşamın önemli parçalarından biri olan cinsel sağlığın değerlendirilmesi son derece önem arz etmektedir. Çünkü cinsel sağlık, genel sağlığın önemli bir bileşenidir ve cinsel fonksiyon bozuklukları (CFB) toplumda sıklıkla karşılaşılan önemli sağlık sorunları arasındadır. Cinsel aktivite ile ilişkili mortalite ve morbiditelerin olması bunun en büyük kanıtlarındandır. Bununla birlikte CFB bazı hastalıkların ilk habercisi olabileceği gibi başka hastalık ve tedavilerin sonucu da olabilmektedir. Ayrıca cinsel yaşamında taciz, tecavüz gibi kötü anılar yaşamış olmak ve/veya cerrahi girişim geçirmek de cinsel fonksiyonları olumsuz yönde etkileyebilir (Fışkın & Beji).

Toplumumuzda cinselliğin tabu olarak görüldüğü ve konuşulmaktan kaçınıldığı düşünülmektedir, ancak literatürde kadınların sağlık görevlileri sorarlarsa cinsel yaşamları hakkında bilgi vermeye ve sorunlarına çözüm aramaya hazır oldukları bildirilmektedir. Diğer yandan, sağlık profesyonellerinin de önyargıları, bilgi eksiklikleri, yanlış beklenti ve inançları, başvuranın kültürüne bağlı olarak geliştirdiği tutum, inançlar ve terminoloji ile ilgili sorunlar nedeniyle cinsel işlevi değerlendirme ve tanılamada zorlandıkları belirtilmektedir (Kömürcü vd., 2014).

Yapılan çalışmalar genel olarak cinselliğin gebelikte nasıl etkilendiğini belirtmektedir. Trimestirler arası farkın incelendiği çalışmalar az olmakla birlikte her trimestirden farklı kişilere uygulanarak birbiriyle kıyaslanmış, aynı gebe gebeliği boyunca izlenmemiştir. Oysaki her gebe cinselliğini farklı yaşamaktadır. Bu saptamalar doğrultusunda planlanan çalışmamızın amacı; gebelik sürecinin cinsel fonksiyon durumuna etkisini, anksiyete ve depresyon ile ilişkisini belirlemeye çalışmaktır.

Araştırmamızın hipotezleri

- Gebelik cinsel yaşamı etkiler,
- Gebeler gebelikte cinselliğin zararlı olacağına inanırlar,
- Gebelikte cinsellik her trimestırda farklı etkilenir,
- Gebelikte cinsel disfonksiyonla birlikte anksiyete ve depresyona eğilimde artar.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Gebelik

Gebelik birçok fizyolojik değişikliğin yaşandığı bir dönemdir. Gebelik boyunca östrojen ve progesteronun yüksek seviyelerde bulunması ile ilk aylarda çok yükselen Human Koryonik Gonadotropin (HCG), vücutta hormonal olarak total vücut sıvılarında % 60-80 artış gibi birtakım değişikliklere yol açar. Gebelikte yaşanan tüm bu değişimler kadında yorgunluk, halsizlik, baş ağrısı, uyku bozuklukları gibi genel sağlık problemlerini de beraberinde getirir (Arıca & Alkan, 2011; Johnson, 2011; Lowedermilk & Bobak & Perry, 1996).

Gebelikte genital bölgede de fizyolojik değişimler görülmektedir (Tablo 2.1.1). Gebeliğin özellikle erken dönemlerinde belirgin olan artmış kan akımı sekresyonlarda artış ve beraberinde cinsel uyarılmada artış şeklinde yansır. Ancak bu durum kısa sürelidir (Aslan, 2005; Lowedermilk vd., 1996).

Tablo 2.1.1. Gebelikte genital bölgedeki fizyolojik değişimler

1. Artmış vaskülarite, hiperemi <ul style="list-style-type: none">• Vajina• Perine• Vulva
2. Sekresyonlarda artış
3. Vajende renk değişikliği (Chadwick İşareti)
4. Vajinal duvar uzunluğunda artış
5. Vajinal mukozada papillalarda hipertrofi

Gebe kadın bu fiziksel değişimleri yaşarken çiftlerin cinsel yaşamları da etkilenmektedir. Çiftlerde bir taraftan bebeğe zarar verme endişesi ve fiziki kısıtlılıklar nedeniyle cinsel yaşamı erteleme düşüncesi ön plandayken diğer yandan hayat kalitesi ve sağlıklı bir evlilik için cinsel yaşamın gerekliliği ikilemi yaşanmaktadır (Arıca vd.; Aslan 2005; Lowedermilk vd., 1996).

Gebelik ve doğum fizyolojik bir süreç olmasına karşın, kadın vücudu için önemli bir yük ve stres oluşturmaktadır. Anne karnında bebeğin varlığı, gebeliğe özgü fizyolojik değişiklikler, aile ve sosyal yaşamda meydana gelen farklılıklar bu süreçteki psikososyal tepkilerin de kaynağını oluşturmaktadır (Gümüş & Çevik, 2011; Nelson, 2003).

2.2. Cinsellikle İlgili Kavramlar

2.2.1. Cinsellik

Doğum öncesi başlayıp ömür boyu devam eden, insanların değerleri, inanışları, duyguları, kişilikleri, sevdikleri ve sevmedikleri şeyler, tutumları, davranışları, fiziksel görünüşleri ve içinde yaşadıkları toplumlara göre şekillenen bir kavramdır. Yalnızca cinsel organları değil, tüm bedeni ve aklı içerir.

DSÖ' ne göre cinsellik; fiziksel, duygusal, entelektüel ve sosyal yönlerin kişiliği, iletişimi ve aşkı zenginleştirici etkilerinin bileşiminden oluşur (Bozdemir, 2011; World Health Organization, 2010; CETAD, 2008; Parrinder, 2003).

2.2.2. Cinsel sağlık

Bir kişinin cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar (CYBE), istenmeyen gebelikler, zorlama, şiddet ve ayrımcılık riskinden bağımsız olarak cinselliğini ifade etmesi yeteneğidir. Cinselliğin ifadesi, cinsel ilişkilerde karşılıklı saygıya dayalı bilgilendirilmiş, eğlenceli ve güvenli bir cinsel yaşama sahip olmaktır (Üreme Sağlığına Giriş-Katılımcı Rehberi, 2009).

Cinsel sağlık Dünya Sağlık Örgütü tarafından şöyle tanımlanmıştır: sadece hastalık, fonksiyon bozukluğu veya sakatlığın olmaması değil, duygusal, zihinsel ve sosyal olarak cinsellikle ilgili iyilik halidir (Bozdemir, 2011).

2.2.3. Cinsiyet

Cinsiyet, bizi kadın ya da erkek yapan biyolojik özellikler (anatomik, fiziksel ve genetik) anlamına gelir (Üreme Sağlığına Giriş-Katılımcı Rehberi, 2009).

2.2.4. Üreme Sağlığı

Bireylerin doyurucu ve güvenli bir cinsel yaşama, üreme yeteneğine ve bu yeteneği ne zaman, ne sıklıkta kullanacakları konusunda karar verme özgürlüklerine sahip olmasıdır (Reis, 2001).

2.3. Cinsel İşlevler ve Gebelik

Normal cinsel fonksiyon; nörolojik, mental, vasküler ve endokrin sistemleri kapsayan çok sayıda farklı organ sistemleri ile yakın ilişkilidir. Literatürde cinselliğe ilişkin ilk bilimsel yaklaşım, Kinsey ve arkadaşlarının 1953 yılında, cinselliğin epidemiyolojisi ile ilgili yaptığı çalışmadır. Daha sonra kaynaklarda belirtildiğine göre, Masters ve Johnson 1966 yılında yaptığı araştırmalarda, cinsel eylem sırasındaki cinsel fizyolojinin, tüm organizmanın tepkileriyle birlikte seyreden, psikoseksüel uyarılma ile ruhsal ve bedensel değişimlerin ortaya çıktığı, objektif olarak ölçülebilen, değerlendirilebilen bir psikososyal model saptamışlardır. Cinsel karşılık birbirini izleyen dört aşama olarak tanımlanmıştır. Bunlar cinsel istek, heyecan, orgazm ve çözülmedir (Karakoyunlu, 2007; Aristotelis&Davis&Ghafor&Bunchordt, 2002; Berman&Goldstein, 1999).

2.3.1. Cinsel istek (libido) fazı

Cinsel istek, cinsel aktivite için gerekli motivasyon ve eğilimdir. Bu "sübjektif bir duygusal durum" olup, hem internal (fanteziler) hem de eksternal (söz konusu olan eş) cinsel işaretlerle başlatılabilir ve istek yeterli nöroendokrin fonksiyona bağlıdır. İstek; cinsel uyum, tercihler, psikolojik durum ve çevre tarafından etkilenir (Fitzpatrick, 2004; Baram, 1998).

2.3.2. Uyanış (heyecanlanma, arusal) fazı

Uyanış fazı, parasempatik sinir sistemi ile oluşturulur. Bu faz erotik duygular ve vajinal lubrikasyonun oluşmasıyla karakterizedir. Cinsel yanıtın varlığı ilk olarak vajinal lubrikasyonun görülmesiyle başlar ve bu durum cinsel uyarıcı algılandıktan sonraki 10-30 saniye içinde aktive olur. Cinsel gerilim duygularına ilave olarak cinsel olarak uyarılmış kadınlarda taşikardi, hızlı nefes alma, kan basıncında artma, genel bir ısınma hissi, göğüslerde gerginlik, göğüs uçlarında ereksiyon ve deride renklenme gözlenir. Bu faz sırasında klitoris ve labialar şişer, vajina uzar, genişler ve dilate olur, uterus pelvisten dışarı doğru yükselir (İncesu, 2004; Biçer, 1997).

2.3.3. Orgazm fazı

Masters ve Johnson tarafından 1966 yılında cinsel uyarı ile artmış müsküler ve vasküler gerilimin çözülmesi olarak tanımlanmıştır. Orgazmik fonksiyon cinsel siklusun en kısa süren dönemi olmasına karşın, tüm cinsel hisler içinde en güçlü ve doyurucu olanıdır. Orgazm sempatik sinir sistemi tarafından oluşturulan myotik bir cevaptır. Kan basıncında, kalp ve solunum sayısında artış ortaya çıkar. Orgazm 3-25 saniye sürer ve bilinç hafif bir şekilde bulanıktır. Orgazmda kontrolü kaybetmek, performansı düşüncük, eşe sonsuz bir güven duymak ve her şeyi başarmak duyguları

bir arada yaşanır (Karakoyunlu, 2007; Atasü & Şahmay, 2001; Baram, 1998).

2.3.4. Çözülme fazı

Tüm genital ve ekstragenital değişikliklerin uyarı öncesi durumuna dönmesidir. Kanın genital bölgeden çekilmesi ve cinsel gerilimin aniden boşalması ile gerçekleşir ve bütün vücudu dinlenme konumuna getirir. Terleme vardır. Bu aşamada hiperventilasyon ve taşikardi devam edebilir (Karakoyunlu, 2007; İncesu, 2004; Baram, 1998; Biçer, 1997).

Gebelikte cinsel işlev siklusunda değişiklikler olur. Bu değişiklikler fazlarına göre şöyle açıklanır;

2.3.1.1. İstek fazı

Gebeliğin farklı dönemlerinde cinsel istekte azalma veya artış yönünde değişiklikler olur. Her kadın farklı olmasına rağmen, literatürde genellikle gebe kadının cinsel isteği 1. trimestırda azalır, 2. trimestırda geri döner veya artar, 3. trimestırda tekrar azalır (Gökyıldız, 2001; Arbor, 2000; Poroy, 1999).

2.3.2.1. Uyanış fazı

Cinsel uyarı öncesinde gebe kadında artmış vazokonjesyon nedeniyle internal ve eksternal organlarında vazokonjesyon yanıtı myotonik yanıtın daha fazladır. Nulliparlarda labia majörler gebelik öncesindeki gibiyken multiparlarda aşırı derecede büyük ve ödemli olabilir. Cinsel uyarı olmaksızın gebelikte artmış venöz konjesyon mukoid akıntıyı da arttırır. Genel olarak cinsel uyarım sonucu vajinanın nemlenmesi gebelikte daha çabuk ve daha çok miktarda olur (Gökyıldız, 2001; Poroy, 1999).

2.3.3.1. Orgazm fazı

Orgazmik faz oldukça değişir. Gebelik boyunca vajinanın 1/3 distali ve uterusu kontraksiyonlar oluşur. Üçüncü Trimestırda, özellikle gebeliğin son dört haftası uterusu düzenli ritmik kontraksiyonlar yerine tonik spazmlar olabilir. Pelvik konjesyon ve Braxton-Hicks kontraksiyonlarının şiddeti bazı kadınlarda cinsel deneyim ve orgazmı arttırabilir (Gökyıldız, 2001; Kurki, 1994).

2.3.4.1. Çözülme fazı

Pelvik vazokonjesyon orgazm sırasında tamamen dinmez. Gebelik ilerledikçe, genişlemiş damarlardaki kanın geri çekilmesi daha da artar. Bu uzun süren kanlanma sonucu görülen şişlik, kadının çevreden bir uyarım

olmamasına rağmen, uzun süre uyarı duymasına neden olur (Gökyıldız, 2001; Poroy, 1996).



2.4. Kadınlarda Görülen Cinsel Fonksiyon Bozuklukları

2.4.1. Tanımlama

Kadın cinsel fonksiyon bozukluğu, cinsel yanıt döngüsünün istek, uyarılma, lubrikasyon ve orgazm evrelerindeki fizyolojik süreçlerden bir veya birkaç aşamasının bozulması olup vasküler, nörojenik, hormonal, müsküler, farmakolojik yönü olan ve kadınların yaşam kalitesini düşüren çok faktörlü bir sorundur (Kütmeç, 2009).

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 (Özerdoğan&Sayiner&Köşgeroğlu&Ünsal, 2009).

2.4.2. Kadına Ait Cinsel Fonksiyon Bozukluklarının Sıklığı

Kadın cinsel fonksiyon bozukluğu yaşa bağımlı, progressif ve kadınların %30-50'sini ilgilendiren, yaşam kalitesini olumsuz etkileyen multifaktöryel bir sorundur (Demirezen, 2006). Son yıllarda kadın CFB'na yönelik gösterilen ilginin ve bu konudaki çalışmaların artması ile elde edilen bulgular, cinsel problemi olan kadınların prevalansının %19-63 arasında değiştiğini göstermektedir (Kütmeç, 2009).

Spector ve Carey'in 1990 öncesi çalışmaları derledikleri yazılarında, orgazm bozukluklarının klinik çalışmalarda %18-76 arasında, toplum temelli çalışmalarda ise %5-20 arasında olduğunu bildirmişlerdir. Lauman, Park ve Rosen ise toplum temelli çalışmalarda seksüel disfonksiyonun her iki cinsten yaygın olduğunu ve erkeklerde %10-52, kadınlarda %25-63 arasında değiştiğini belirtmiştir. Amerika ve İngiltere'de yapılan geniş serilere sahip epidemiyolojik çalışmalarda, cinsel fonksiyon bozukluklarının kadınlarda erkeklerden yaklaşık 1,5 kat daha fazla görülmekte olduğu ortaya çıkmıştır (Demirezen, 2006). Kadın cinsel fonksiyon bozukluğu prevalansı ile ilgili en geniş veriye sahip çalışmalardan biri, Amerika Ulusal Sağlık ve Sosyal Yaşam Araştırması 1999 verilerinin derlendiği çalışmadır. Bu çalışmada yaşları 18 ile 59 arasında değişen 1749 kadından elde edilen veriler toplanmış ve kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu görülme oranı %43 olarak saptanmıştır (Karakoyunlu, 2007; Demirezen, 2006).

Ülkemizde Çayan ve arkadaşlarının, 179 kadın üzerinde yaptıkları çalışmada sigara kullanımı, evlilik süresi, geçirilmiş pelvik operasyonlar ve kontrasepsiyon yöntemlerinin cinsel fonksiyon bozukluğu üzerine anlamlı etkisi saptanamazken; ileri yaş, düşük eğitim düzeyi, herhangi bir işte çalışmamak, kronik hastalık öyküsü, çok sayıda doğumun varlığı ve menopozun kadınlarda cinsel fonksiyonu olumsuz etkilediği bildirilmiştir. Bu çalışmadan elde edilen sonuçlara göre; arzu, uyarılma, lubrikasyon, orgazm ve memnuniyet ileri yaşlarda azalırken, ağrı yaş ile birlikte

artmaktadır. Yeni ve arkadaşları, 134 evli hemşire grubunda yaptıkları araştırmada; sorunların daha çok istek ve orgazm bozuklukları üzerine yoğunlaştığını ve yaşla birlikte özellikle orgazm bozukluklarının ön plana geçtiğini vurgulamışlardır. Demirezen ve arkadaşları birinci basamak sağlık merkezine gelen kırk yaş altı 123 genç kadında cinsel disfonksiyon prevalansını %67,5 olarak belirlemiş ve yaş, eğitim düzeyi, ekonomik durum ile cinsel fonksiyon bozukluğu arasında ilişki olduğunu saptamışlardır. (Özdemir, 2009; Karakoyunlu, 2007; Demirezen, 2006).

Kadın cinsel fonksiyon bozukluğu ile ilgili hem Türkiye hem de yurt dışında yapılan çalışmalarda, incelenen topluluk sayısının yetersiz, seçilen topluluğun temsil etme değerinin düşük oluşu ve ortak bir kadın cinsel fonksiyon bozukluğu tanımının kullanılmaması gibi bazı yöntemsel sorunlar bulunmasının yanında; araştırmaların genel ve özel kliniklere başvuran hasta grupları ve gönüllü normaller üzerinde yapılmış olmasından dolayı ülkemizde kadın cinsel fonksiyonlarına ilişkin yeterli veri bulunmamaktadır (Karakoyunlu, 2007).

2.4.3. Kadın Cinsel Fonksiyon Bozukluklarının Sınıflandırılması

AFUD (American Foundation of Urologic Disease) tarafından 1998 yılında beş ülkeden cinsel işlev bozukluğu üzerine uzman 19 bilim adamı toplanmış ve DSM-IV'ün (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- Fourth Edition/ Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatiksel El Kitabı-4) mevcut çerçevesi üzerinde çalışarak, özellikle tanımlamalarda bazı değişiklikler yapmışlar, güncel kadın işlev bozuklukları sınıflandırmasını oluşturmuşlardır. Bu çalışma 2000 yılında ortak bildiri şeklinde yayımlanmıştır (Özdemir, 2009; Kızıltepe, 2006).

Tablo 2.4.3.1. AFUD Cinsel İşlev Bozuklukları Sınıflandırılması

<ol style="list-style-type: none">1. Cinsel İstek Bozukluğu<ol style="list-style-type: none">a. Hipoaktif (azalmış) Cinsel İstek Bozukluğub. Cinsel Tiksinti Bozukluğu2. Cinsel Uyarılma Bozukluğu3. Orgazm Bozukluğu4. Cinsel Ağrı Bozuklukları<ol style="list-style-type: none">a. Disparonib. Vajinismus5. Genel Tıbbi Bir Duruma Bağlı CFB6. Madde Kullanımının Yol Açtığı CFB7. Başka Türlü Adlandırılmayan CFB

2.4.3.1. Cinsel İstek Bozuklukları

Cinsel istekte azalma, cinsel ilişki kurmaktan tiksinti duyma ve bundan tamamen kaçınma ile karakterizedir. Cinsel isteksizliğin nedenleri arasında; cinsel organlara ya da hormonal dengeye ait bozukluklar, bazı ilaçlar ve olumsuz cinsel deneyimler sayılabilir (Karakoyunlu, 2007; Boyacıoğlu, 1999).

2.4.3.1.1. Cinsel istekte azalma: Genel olarak kadınlarda erkeklerden daha sık görülmektedir. Hatta ülkemizde kadınlar arasında en sık görülen cinsel fonksiyon bozukluğu cinsel istek azlığıdır. Bu durum, terapilerdeki bireylerin yaklaşık olarak %40'ında görülen en yaygın cinsel fonksiyon bozukluğudur. Cinsel istek azlığı, kişisel sıkıntıya neden olan cinsel fantezilerin, düşüncelerin ya da algının sürekli ya da yenileyen tarzda yetersizliği ya da yokluğu olarak tanımlanabilir. En sık evlilik çatışmaları ve eşler arası uyumsuzluğa bağlı olarak meydana gelir (Yaşar&Özkan&Tepeler, 2010; Karakoyunlu, 2007).

2.4.3.1.2. Cinsel Tiksinti Bozukluğu: Cinsel istek azlığı ile kolayca karıştırılabilmesine karşın, bu rahatsızlık daha çok "fobi ve tiksinti" kelimeleriyle tanımlanır. En büyük özelliği cinsel ilişki kurmaktan sürekli ve aşırı biçimde tiksinti duyma ve bu nedenle cinsellikten tümüyle kaçınmaktır. Tecavüz gibi travmatik bir cinsel saldırı ya da tekrarlayan ağrılı fiziksel ya da duygusal deneyimler bu bozukluğa yol açabilir (Yaşar vd.,2010; Karakoyunlu, 2007; İncesu, 2004).

2.4.3.2. Cinsel Uyarılma Bozuklukları

Uyarılma bozuklukları kadında kendini cinsel ilişkiye hazırlık evresinde ortaya çıkması gereken olayların (vajinanın ıslanması gibi) ortaya çıkmaması, ya da yetersiz olması durumudur. İlişki problemleri, depresyon, ilaç kullanımı, kronik hastalık, östrojen yetmezliği ve nörolojik

hastalıklara (multipl skleroz gibi) bağlı ikincil olarak ortaya çıkabilir (Yaşar vd., 2010).

2.4.3.3. Orgazm Bozuklukları

Yeterli cinsel uyarıya karşın çoğunlukla ya da her zaman orgazmın yaşanmaması, gecikmesi ya da güçlükle ulaşılabilmektedir. Kadınların yaklaşık üçte biri çeşitli derecelerde orgazm sorunları yaşamaktadırlar. 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 ön sevişme ve cinsel uyarı, eşteki erken boşalma ya da ereksiyon güçlüğü nedeniyle yetersiz cinsel birleşme süresi sayılabilir.

Orgazm, sağlıklı ve doyumlu bir cinsel yaşamın en önemli parçalarından biridir. Orgazm sorunu yaşayan bir kadın, yeni cinsel işlev bozuklukları, ilişki sorunları ve çeşitli psikiyatrik hastalıklar yaşama açısından daha büyük bir risk taşımaktadır (İncesu, 2004).

2.4.3.4. Cinsel Ağrı Bozuklukları

2.4.3.4.1. Disparoni: "Disparoni" vajinismus yokluğunda cinsel ilişkiden önce, ilişki sırasında ya da sonrasında oluşan genital ağrı için kullanılan genel bir terimdir. Sürekli ya da tekrarlayan bir durum olduğunda bozukluk olarak sınıflandırılır. Tekrar eden cinsel ağrı, kaçınmaya, uyarılma sorunlarına ve sonunda da cinsel isteksizliğe neden olabilir. Disparoni, jinekologlar tarafından en sık gözlenen cinsel fonksiyon bozukluklarından biridir ve kadınların yaklaşık 2/3'ünü hayatları boyunca etkilediği tahmin edilmektedir (Karakoyunlu, 2007).

2.4.3.4.2. Vajinismus: Vajinismus, lkemizde, cinsel tedavi merkezlerine başvuran kadınlarda en sık rastlanan sorundur. Ülkemizde, batı ülkelerinde bildirilen oranlardan çok daha fazla görülmektedir. Cinsel eğitimsizliğin, cinsellikle ilgili tutucu değer yargılarının, cinsel mitlerin yaygınlığının, kadınların kendi cinsel organlarını tanımamalarının, bekâret kavramına verilen abartılı önemin, toplumumuzda kadınlarda cinsel deneyimin aşamalı gelişmeyip doğrudan cinsel birleşme ile başlamasının, genel cinsellik anlayışımızdaki tabuların bunda rolü olduğu söylenebilir.

Vajinismus, cinsel birleşme denendiğinde, vajinanın dış üçte birini çevreleyen kaslarda yineleyici ya da sürekli bir biçimde oluşan kasılmalar ve şiddetli acı nedeniyle cinsel birleşmenin gerçekleşmemesi ya da ağrılı/sıkıntılı olarak gerçekleşmesidir. Bu kasılma istemsiz, yani kadının bilinçli kontrolü dışında gerçekleşen bir kasılmadır. Bu kasılmaya tüm bedendeki kasılmalar, bacakların kapanması, adeta bir kitlenme, korku, cinsel birleşmeden kaçınma, girişin olmayacağı inancı eşlik eder. Nadiren,

cinsel birleşme olmaktadır ancak kasılma sürdüğünden, cinsel birleşme ağırlı ya da sıkıntılıdır.

Vajinismus, genellikle cinsel yaşamın, daha doğrusu cinsel birleşme denemelerinin başlamasıyla birlikte, çok daha seyrek olarak ise jinekolojik muayene, kürtaj, zorlu ya da komplikasyonlu geçen doğumlardan veya benzeri deneyimlerden sonra gelişir (İncesu, 2004; Yaşar vd.; 2010).

2.4.4. Cinsel İşlev Bozukluklarında Hazırlayıcı Etkenler

Hazırlayıcı etkenler, bireyin herhangi bir cinsel işlev bozukluğu geliştirmesine yatkınlık sağlayıcı unsurlardır. Cinsel eğitimin olmaması, cinsel mitlerin yaygınlığı, cinsel deneyim eksikliği ve muhafazakâr ortamda büyüme, ülkemizdeki en önemli ve yaygın hazırlayıcı etkenleri oluşturmaktadırlar. Bu etkenler, cinsellik alanında bilgisiz, deneyimsiz, kendini ve karşı cinsi tanımayan, özgüveni düşük, takıntılı, ketlenmiş ya da tam tersine abartılı söylem ve beklentileri sergileyen bireyleri üretmektedir. Bu katı ve katı olduğu kadar da kırılabilir yapının çeşitli cinsel işlev bozukluklarının ortaya çıkmasında ve süregelen bir yapı kazanmasında çok önemli bir rolü bulunmaktadır (İncesu, 2004).

2.4.5. Cinsel Fonksiyonları Etkileyen Diğer Bazı Etkenler

2.4.5.1. Hamilelik ve Doğum: Çiftlerin cinsel yaşamı hamilelik ve doğum sonu dönemde meydana gelen bedensel ve psikolojik değişiklikler nedeniyle etkilenebilmektedir. Bu değişiklikler gebeliğin her trimesterinde görülebilmektedir. Hamilelik süreci ilerledikçe, cinsel ilgi ve aktivite genellikle azalır. Partnerle yaşanan ilişkideki değişiklikler, ebeveynlik, cinsellik aktiviteleriyle ilgili inançlar, hamilelik döneminde cinsel aktivitelerle ilgili kuşklar ve vücut görünümünde olan değişimlerden kaynaklanan endişeler hamilelik döneminde cinsel istek azalmasına neden olabilir (Karakoyunlu, 2007).

2.4.5.2. Kürtaj ve İnfertilite: Kadının bedensel ve ruhsal sağlık durumunu etkileyen kürtaj olayı çiftler arasındaki cinsel yaşamı etkileyebilir. Bir gebeliği sonlandırma kararı kadının suçluluk, pişmanlık ve kayıp duyguları yaşammasına neden olur. Özellikle kürtajın yasal olmadığı durumlarda psikolojik travmanın daha da ağır olduğu rapor edilmektedir. Dinsel inançlar, sosyal normlar ve kültürel yapı kadının tepkilerini etkiler. Araştırmalar, kürtaj sonucunda; kızgınlık, öfke, suçluluk, korku, ıstırap, utanma gibi duyguların değişik derecelerde sıklıkla yaşandığını göstermektedir. Eroğlu ve Karaöz'ün yapmış olduğu çalışmada da kadınların yaklaşık %70 gibi önemli bir oranının kürtaj sonrası hamile kalma korkusuyla cinsel ilişkiden uzaklaştıkları belirlenmiştir.

İnfertilite en yaygın tanımıyla bir yıl süreyle korunmasız koitus sonrasında çiftlerin çocuk yapma başarısızlığı olarak tanımlanır. Sterilite

ise tamamlanan araştırmalar sonucu, çiftin çocuk doğurma şanslarının olmadığını tanımlar. Her iki durumda eşlerin özgüveni üzerinde ciddi etkiye sahiptir (Karakoyunlu, 2007; şahin & Cevahir & Sözeri, 2006; Eroğlu & Karaöz, 1997).

2.4.5.3. Cinsel mitler: Cinsel mitler kişilerin toplumda doğru olduğunu düşündükleri, çoğu zaman abartılı, yanlış, bilimsel değeri olmayan inanışlardır. Bazı toplumlarda yaygın rastlanan yanlış inanışlar olan cinsel mitler, oluşturdukları abartılı ve gerçekçi olmayan beklentiler, suçluluk ve yetersizlik hisleri, kaygı ve başarısızlık korkularıyla cinsel fonksiyon bozukluklarına zemin hazırlamakta, bu bozuklukların sürmesinde etkili olmakta ve tedavi sürecini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Cinsel mitler toplumdaki cinsel eğitimsizlik ve deneyimsizlik ile doğrudan bağlantılıdır. Ancak entelektüel ve kültürel düzeyi ne olursa olsun hemen herkesi etkilemektedirler (Karakoyunlu, 2007; Oktay&Tombul, 2003; Özmen, 1999).

2.4.5.4. Yaşlanma: Yaşlanma ile birlikte ortaya çıkan, kronik medikal hastalıklar, romatizma ya da osteoporoz gibi fiziksel rahatsızlıkların tamamı, hareketliliği ve çevikliği azaltarak cinsel aktivitenin engellenmesine neden olur (Karakoyunlu, 2007).

2.4.5.5. Menopoz: Menopozal dönemde östrojen seviyesindeki uzun süreli azalma sonucu; vajinada kuruluk ve somatik değişiklikler, vasküler ve ürogenital sistem değişiklikleri, kemik kaybı, duygu durum ve uyku bozuklukları, bilişsel fonksiyonlarda azalma ortaya çıkar. Bu değişikliklerle bağlantılı olarak kadınlar cinsel istek ve uyarılmada azalma, vajinal lubrikasyonun yetersizliğinden yakınırırlar. Özerdoğan ve Karakoyunlu' nun çalışmalarında belirttiğine göre; Cawood ve arkadaşları, kendi istekleriyle ayda birden daha az cinsel aktivitede bulunan ya da hiç cinsel aktivitesi olmayan kadınların oranının kırk yaş altında %46, perimenopozal dönemde %57 ve postmenopozal dönemde ise %76 olarak belirlenmiştir (Özerdoğan vd., 2009; Karakoyunlu, 2007).

2.4.5.6. Enfeksiyonlar, Diğer Hastalıklar ve Ameliyatlar: Cinsel fonksiyon bozuklukları büyük ölçüde pek çok hastalığın tanı ve tedavisinden etkilenir. Tedaviler sırasında yaşanan beden imajı değişiklikleri, yorgunluk, bulantı, kusma, ağrı ve yoğun stres gibi fiziksel halsizliğe neden olan semptomlar, cinsel arzuyu büyük ölçüde azaltabilir. Hastalık ve tedaviden kaynaklanan sorunlar da, bireyde depresyon ya da anksiyeteye neden olarak cinsel isteği, heyecanlanmayı ya da orgazm yeteneğini bozabilmektedir (Karakoyunlu, 2007).

2.5. Gebelikte Cinsel Fonksiyonların Değerlendirilmesi

Gebelik süresince kadında fiziksel ve fizyolojik değişiklikler oluşmaktadır. Gebe bir kadında üretilen progesteron hormonu gebe olmayan bir kadına oranla 10 kez daha fazla, östrojen miktarı ise gebe olmayan bir kadının üç yılda ürettiği miktara eşittir. Yüksek seviyedeki progesteron ve östrojen hormonları gebenin yumuşak ve düzgün bir cilde, parlak saçlara sahip olmasına, kendini iyi hissetmesine neden olduğu gibi, memeler ve cinsel organlarda oluşturduğu etki ile de cinsel ilişkiye daha hassas ve duyarlı hale getirmektedir (Ertem & Sevil, 2010; Gökyıldız, 2001).

Gebelik cinsel fonksiyonları etkileyebilen bir süreçtir. Ancak yapılan çalışmalar, gebeliğin farklı dönemlerinde farklı nedenlerle cinselliğin etkilendiği yönünde sonuçlar göstermektedir. O nedenle gebeliğin üç trimesterinde görülen değişiklikler sınıflanarak verilecektir.

2.5.1. Gebeliğin Birinci Trimesterinde Cinsellik

Yapılan araştırmalarda kadınların gebeliğin ilk trimesterinde farklı derecede cinsel istek gösterdikleri görülmüştür. İlk trimesterde kadın gebeliğinin farkında olmadığı için cinsel aktivitede değişiklik olmaz görüşüne zıt olarak cinsel ilişki sayısında azalma vardır. Bu dönemde; gastrik distres, bulantı-kusma, yorgunluk, uykuya eğilim, genel fiziksel rahatsızlık, meme ve vajinal rahatsızlık cinsel isteğin azalmasına yol açan majör faktörlerdir. Bazı gebelerde tikslenme eşinin normal vücut ve nefes kokularına bile tahammül edemeyecek kadar ileri boyutta olabilir. Cinsel ilginin azalması semptomların ağırlığı ile ilişkilidir. Salgı artışı, fiziksel ve estetik sorunlarla fiziksel aktiviteyi sınırlayabilir. Bebeğe zarar verme veya düşüğe yol açma korkusu cinsel istek ve yanıtı etkilemektedir. Doğum kontrolü gerekmediği için istek artışı olabilir. Daha önceki gebeliklerinde spontan abortusu olan kadınlara genellikle birinci trimesterde ilişkiden kaçınmaları önerilir (Koyun, 2012; Kontayannis, 2012; Ertem vd., 2010; Foux, 2008; Gökyıldız, 2001; Poroy, 1996).

Yapılan bir çalışmada da gebeliğin ilk trimesterinde seksüel aktivitede aniden düşme olduğu ve bu durumun doğuma kadar devam ettiği bulunmuştur (Eryılmaz&Ege&Zincir, 2002).

2.5.2. Gebeliğin İkinci Trimesterinde Cinsellik

İkinci trimester cinsel aktiviteye en uygun zamandır. Gebenin, hamileliğin fiziksel değişikliklerine uyum sağlamaya başladığı dönemdir. Yorgunluk, bulantı-kusma azalır ve pelvik konjesyon artar. Bu Trimester gebeliğe uyumun da başladığı dönemdir. Anne adayı artık gebe olduğu gerçeğini ve hayatına getireceği değişiklikleri kabul etmiştir. Böylece ikinci trimesterde yakınmalardan kurtulan ve psikolojik olarak gebeliğe çok daha

uyum sağlayan gebede cinsel ilişkiye karşı ilginin arttığı gözlenir. Bazı babalar bebeğe zarar vermekten korkabilirler. Bazıları da bebeğin cinsel ilişki sırasında hareket etmesini; fetüs onları algılıyor gibi düşünebilirler (Kontayannis, 2012; Ertem vd., 2010; Foux, 2008; Aslan, 2005; Gökyıldız, 2001; Poroy, 1996).

2.5.3. Gebeliğin Üçüncü Trimestirında Cinsellik

İkinci trimestirda azalan fiziksel şikâyetler 3. trimestirda uterusun büyümesine paralel olarak farklı bir şekilde tekrar ortaya çıkabilir. Yorgunluk, halsizlik, mide problemleri, solunum sıkıntısı, pelvik ligament ağrıları, sık idrara çıkma, hareketin azalması, memelerden süt gelmesi gibi belirtiler, cinsel ilişki ve orgazm sırasında ortaya çıkan güçlü uterus kasılmaları libidonun azalmasına, anne adayının cinselliği ikinci plana atmasına neden olabilir. Beklenen doğum tarihi yaklaştıka enfeksiyon korkusu, doğumda ağrı duyma korkusu ve anormal bir durum (erken membran rüptürü, plasenta previa vs.) olacağı korkusu gibi faktörler eklenir. Bazı kişiler gebeliğin geç döneminde koitusun erken doğuma neden olacağını düşünürler (Kontayannis, 2012; Ertem vd., 2010; Foux, 2008; Aslan, 2005).

Hekimler tarafından yapılan öneriler, gebelikte cinsel ilişkiyi etkileyen faktörlerden biridir. Gebelikte cinsel aktiviteye yönelik farklı öneriler vardır. Masters ve Johnson'ın çalışmasında 111 kadından 77'si hekimler tarafından son trimestirda bebek doğana kadar cinsel ilişkiden kaçınmaları konusunda uyarılmıştır.

Yapılan bir çalışmada, 19 kadından 5'ine doğumdan 6-7 hafta öncesinde koital aktiviteyi bırakmaları söylenmiştir. Bir başka çalışmada ise kadınların % 60'ına cinsel aktivite konusunda hiç medikal öneri yapılmadığı, diğerlerine minimal bilgi verildiği açıklanmıştır (Gökyıldız, 2001).

2.6. Gebelikte Cinselliği Etkileyen Psikolojik Faktörler

Gebelik kadın yaşamında doğal bir olaydır ve psikolojik, fizyolojik ve duygusal değişimlerin yaşandığı ve bu değişimlere uyumu gerektiren önemli bir dönemdir. Bu dönemde, gebe kadın hormonlardaki ani değişimle birlikte, bedeninde dokuz ay boyunca sürecek olan gözle görülür değişimler izlenir. Bazı kadınlar yaşanan bu değişimlere uyum sağlamada güçlük çekebilmektedir. Bu nedenle, gebelik süreci bazen kadın ve ailesi için bir kriz dönemi olabilmektedir. Genel olarak gebelerde kaygı düzeyinde artış, duygusal dalgalanmalar, ağlama eğilimi, daha hassas ve etkilere açık olma, psikotik bozukluklar, depresyon, anksiyete bozukluğu, obsesif-kompulsif bozukluk gibi ruhsal değişiklikler gözlenebilir. Tüm bu sayılanlar, hafif derecelerde ve kısa süreli olarak birçok gebe kadında görülebilir. Ancak önemli olan bu duyguların ısrarlı, yoğun ve kadının yaşamını engelleyecek düzeyde olmamasıdır (Apay, 2012).

2.6.1. Mitler ve Yanlış Bilgiler

Bilinmezlikler daima korku ve kaygı yaratır. Bu korkular zaman içinde kulaktan kulağa dolaşır, dolaştıkça daha da abartılır ve gerçeklikten uzaklaşır. Bu süreçte de cinsel mitler oluşmaya başlar.

Gebelik ve cinsellik arasındaki ilişki, tarih boyunca yanlış düşünceler, mitler ve tabularla doludur. Literatürde gebe kadınların sıklıkla cinsel birleşmenin düşük veya erken doğuma neden olabileceği, fetüs ve/veya anneye zarar vereceği korkusuyla cinsel birleşmeden kaçınma gereksinimi duyduğu, bazı erkeklerin cinsel birleşme sırasında su kesesinin yırtılma korkusu taşıdığı, bir kısmının ise bebeğe zarar vereceğine ve doğumu başlatacağına inandığı ifade edilmektedir. Çiftler, bu cinsel mit yüzünden gebelik döneminde bireysel tatminlerini ön plana çıkarmakta ve eşler mastürbasyon yaparak cinsel doyuma ulaşmaya çalışmaktadır. Tabii aynı sorun doğum sonrasında da devam etmektedir. Bu cinsel mit kadının ilişki sırasında enfeksiyon kapacağı ve emzirme yoluyla hastalığını bebeğine bulaştıracığı cinsel mitini de daha sonra beraberinde getirebilmektedir. Bu durum eşlerin cinsel yaşamdan uzaklaşmalarına neden olmaktadır (Johnson, 2011; Ertem, 2010; Gökyıldız, 2001; Özmen, 1999).

2.6.2. Kadınların Gebeliğe Verdikleri Tepkiler

Gebeliğe uyum süreci her kadının geçmiş yaşam deneyimlerine göre farklılık gösterir. Bu süreçte kadının daha önce anneliğe hazırlayıcı olarak oynadığı roller, çevresinde bulunan olumlu ve olumsuz rol modelleri, gebeliğin planlanmış olması, gebelik ve doğum konusunda yeterli ve doğru bilgiye sahip olması, korku ve endişelerin makul sınırlarda olması, sahip olduğu sosyoekonomik koşullar ve benlik kavramı gebeliği kabullenmeyi etkileyen faktörlerden bazılarıdır (Gümüş, 2011).

Gebelik birçok anlam içerir. Kadının reaksiyonları mutluluk, iğrenme, öfke, anksiyete, korku ve depresyon olarak sıralanabilir. Çocuk sahibi olma güdüsü farklıdır, çünkü kadın eşini sever ve sevdiği birinden bir şey yaratmak ister, yeni bir yaşam kurmak ister, çocukları sever veya bir arkadaş ister. Faktörlere bağlı olarak kadının cinsel yanıtı etkilenecektir. Her kadının yanıtı farklıdır. Gebe kadınlardan bazıları gebeliğin zamanından eminken bazıları kararsızdır ve soru işaretleri vardır (Ertem vd., 2010).

Kadınların, doğuma ve bebeğin sağlıklı olup olmayacağına yönelik endişeleri vardır. Bu endişelere cinsel çekiciliğini, eşinin sevgisini ve ilgisini kaybetme korkusu eklenir. Aynı zamanda kadının içe dönüklüğü ve kendi kendine yönelimi, çiftler arasında soğukluk yaratır. Kariyer sahibi kadınlarda, annelik ikilem yaratabilir. Çocuğun doğumu ile kariyerin nasıl etkileneceğini düşünebilir.

Çocuklar kadınlara çok fazla mutluluk ve sevinç getirebilir ancak; doğum çok yorucu ve stresli olabilir. Bu gebelikte ve sonrasında kadına kompleks ve emosyonel yükler getirir. Desteğin olmaması veya az olması, parasızlık ve çocuklara bakmada yardım almama emosyonel bir krize yol açabilir. Anneyi etkileyen değişiklikler ayrıca babayı etkileyebilir (Gökyıldız, 2001; Gillian, 1997).

2.6.3. Erkeklerin Gebeliğe Verdikleri Tepkiler

Eşler için gebeliğin kabulü yalnızca gebeliğin kesinliği ve bebeği kabul etme anlamını değil; aynı zamanda kadının değişen durumunu kabul etmeyi içerir. Kadınlar gibi erkeklerin de çeşitli hisleri vardır. Sıklıkla gururlu ve mutludurlar. Babanın, fiziksel olarak görülmeyen, eşinin zamanının ve düşüncesinin büyük kısmını alan, büyüyen bebeği kıskanması ender değildir. Cinsellik, gebelik ve kadın sağlığı konusunda yanlış bilgileri varsa, gebeliği kabul etmeleri zorlaşabilir. Erkek emzirmenin eşinin memeleri bozacağını düşünerek emzirmeye karşı çıkabilir, doğumun eşinin vajinasını genişleteceğini ve cinsel yaşamlarının bozulacağına inanabilir ve sezaryen taraftarı olabilir. Yanlış bilgilerin düzeltilmesi önemlidir (Gökyıldız, 2001; Plitteri, 1999).

Bazı erkekler eşlerine gebeyken kırılacak bir porselenmiş gibi davranırlar. Yakında anne olacak eşlerine, eşlerinin kaygılarına ve doğmamış bebeklerine odaklanmışlardır. Genellikle, birçok erkek gebelikte cinsel ilişkinin olup olmayacağı konusunda kararsızdır. Korku, çekinme ve sıkılganlık hissederler. Emosyonel baskının bir sonucu olarak babalar psikosomatik yakınmalar, duyu dalgalanmaları, anksiyete ve ilişkilerinde zorluk deneyimleyebilirler. Bu endişe ve kaygılar kendini baş ağrısı veya bel ağrısı şeklinde dışa vurabileceği gibi en hafif şekliyle erkeğin eşiyle birlikte hamilelik belirtilerini yaşaması olan couvade sendromu olarak da dışa vurabilir

Masters ve Johnson, 79 erkek ile görüşme yapmıştır. Bunların 71'inin eşine doktor tarafından 2-6 ay arasında cinsel ilişki yasağı konmuş, yalnızca 21'i bunu anlamış, kabul etmiş ve uygulamıştır. 18'i evlilik dışı ilişki yaşamıştır (Gökyıldız,2001; Plitteri, 1999).

2.6.4. Depresyon ve Anksiyete

Depresyon tüm dünyada en sık görülen duygu durum bozukluğu olup, gebelerin mutluluğunu, işlevselliğini ve yaşam kalitesini bozan, iş gücü kayıplarına yol açan ciddi bir hastalıktır. Uluslararası çalışmalar depresyonun büyük çoğunluğunun; gebelik, doğum, lohusalık gibi doğurganlık süreçlerini içine alan 18-44 yaş aralığındaki kadınlarda görüldüğünü belirtmektedir (Çelik & Köken & Yılmaz, 2013).

Türkiye' de gebelik depresyonu ile ilişkili araştırmalar sınırlı sayıda olmakla birlikte BDÖ'ne göre yapılan çalışmalarda gebelikte depresif belirti görülme sıklığını; Karaçam ve Ançel % 27,3, Altınay % 27,9, Sevindik % 36,3 olarak bulmuşlardır (Karaçam, 2005).

Gebelikte depresif belirti görülme sıklığı gebelik trimestirlerine göre de değişiklik gösterebilmektedir. Literatürde gebeliğin ikinci trimestirine göre birinci ve üçüncü trimestirinde anksiyete ve depresyonun daha fazla yaşandığı belirtilmektedir. Çalık ve Aktaş' ın çalışmasında belirttiği gibi; Bödecs ve arkadaşları çalışmalarında depresyon yaşayan gebelerin tamamına yakınında anksiyete bulguları da saptamışlardır. Benzer şekilde Karaçam ve Ançel gebelik depresyonu ile anksiyete arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulmuşlardır (Çalık&Aktaş, 2011; Karaçam, 2005).

Andersson ve arkadaşlarının ikinci trimestir gebelerde yaptıkları çalışmada gebelerin % 10,4'ünde anksiyete bozukluğu tespit edilmiştir. Gebeliklerinin erken döneminde yoğun anksiyete yaşayan kadınlarda gebeliğe bağlı yüksek tansiyon ve preeklampsinin yaklaşık 3 kat daha fazla görüldüğü saptanmıştır. Bu nedenle gebeliğin erken dönemindeki kadınların depresyon ve anksiyete yönüyle mutlaka değerlendirilmesi gerekmektedir (Andersson, 2006).

2.7. Cinsel Sağlık Problemleri ve Gebelik

Bu bölümde gebe kadında karşılaşılabilen kandida, üriner sistem sorunları, hemoroid, disparoni sorunları ele alınacaktır.

2.7.1. Kandida

Vajinal kandidiyazis vulva ve/veya vajenin fungal enfeksiyonudur. Kokulu, yoğun kıvamlı, beyaz-sarımsı akıntıya (klasik olarak peynir kırıntısı/süt kesiği şeklinde tarif edilir) çoğu zaman kaşıntı, yanma ve ödemin eşlik ettiği bir tablo meydana getirir. Vajinal kandidiyazis sağlıklı kadınlar için bile zaman zaman problem olabilen bir durumdur. Kandida enfeksiyonu sıklıkla gece kötüleşen yaygın bir kaşıntı ile karakterizedir. Enfeksiyon kadının uykusuz kalmasına ve çok yorgun düşmesine neden olabilir (Şatıroğlu&Aydınuraz, 2007; Gökyıldız, 2001).

2.7.2. Üriner Sistem

Kadınlarda alt üriner ve genital sistem, embriyolojik ve anatomik olarak birbirleriyle ilişkilidir. Bu nedenle cinsel aktivite üriner semptomları, üriner semptomlar ise cinsel aktiviteyi etkiler. Gebelikte üriner sistemde fonksiyonel ve fizyolojik değişiklikler olur. Pelvik organlar yer değiştirir. Hormonal ve endokrin faktörler değişikliklere neden olur, uterus ve fetüs üreterlere baskı yapar. Bu değişiklikler gebe kadınlarda üriner sistem enfeksiyonlarını arttırır. Gebe kadınlarda sık idrara gitme ve stres inkontinans yaygın şikâyetlerdendir. Noktüri uykuyu bozabilir ve yorgunluk, rahatsızlık verir. Gerçek stres inkontinans gebelikle ilişkilidir. Üriner inkontinans sosyal ve psikolojik etkiler yaratır, cinsel sağlık ve cinselliği etkileyebilir.

Cinsel ilişki sırasında idrardan kaynaklanan ıslaklık ilişkiyi olumsuz etkiler. Kadınlar kendilerini kirli, suçlu ve yetersiz hissederler. Üriner inkontinansı olan kadınların yarısından fazlasında üriner semptomlar sonucu cinsel disfonksiyon görülmektedir. Yapılan çalışmalarda stres üriner inkontinansı olanların penetrasyon sırasında idrar kaçırdıklarını rapor edilmektedir (Özdemir, 2009; Gökyıldız, 2001).

2.7.3. Hemoroidler

Hemoroidler anal bölgedeki variköz venlerdir ve gebelikte yaygındır. Gebelikte venöz dilatasyon ve progesteron hormonunun periferik rezistansı azaltması nedeniyle hemoroidler gelişebilir. Diğer faktörler; önceki hemoroidler, konstipasyon ve kilodur. Hemoroidler doğumun ikinci aşamasında kötüleşebilir ve lohusalıkta sıkıntı yaratabilir. Rektal kanama, anüs etrafındaki rahatsızlık ve kaşıntı, defekasyon sırasındaki rahatsızlık ve mukoz değişiklikler hemoroidin belirti bulgularıdır (Gökyıldız, 2001; Gillian, 1997).

2.7.4. Disparoni

Türkiye’de toplumsal, kültürel, sosyal etmenlerin ve dini inançların etkisi nedeniyle cinsellik, rahatça soru sorulamayan, konuşulamayan bir konu olmaya devam etmekte ve halen tabu olarak kabul edilmektedir. Bu nedenle Türkiye’de disparoninin sıklığını belirlemek güçtür. İncesu’ nun çalışmasında kadınların %7,8’inde disparoni sorunu olduğu saptanmıştır. Ayrıca Gürel ve Atar’ ın grandmultipar ve pelvik relaksasyonu olan kadınlarda yaptığı çalışmada disparoni sıklığı %30,6 saptanmıştır. Gebelikte ve kadının herhangi bir yaşam döneminde disparoniyi içeren cinsel semptomların açıklanması, tanınması, değerlendirilmesi ve iyileştirilmesi önemlidir (Nazik&Eryılmaz, 2011; İncesu, 2004; Gökyıldız, 2001; Gürel & Atar, 1999).



2.8. Gebelikte Koitus 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 vb. ile sürdürülebilen çok geniş bir alan olduğu unutulmamalıdır. Normal bir gebelikte orgazm ile birlikte görülen uterus kontraksiyonlarının hiçbir zararı ve tehlikesi yoktur. Bu kasılmalar erken doğum eyleminin başlamasına neden olmamaktadır (Ertem vd., 2010; Taşkın,2005; Eryılmaz vd., 2002).

Gebelikte cinsel aktivite, gebelikte deneyimlenen cinsel davranışlar ve fetal sağlık üzerine negatif veya pozitif etkileri konusunda bilgi yetersizliği nedeniyle engellenir. Birçok araştırmada cinsel birleşme, uterin kontraktilite ve preterm doğum arasında çelişkili sonuçlar bildirilmektedir. Gebe kadınlar sıklıkla cinsel birleşmenin düşük veya preterm doğumu provoke edeceği veya fetüse zarar vereceğinden korkarlar ve kaçınma gereği hissederler. Gökyıldız' ın çalışmasında belirttiği gibi, Mills ve meslektaşlarının 10477 kadının cinsel aktivitesini incelediği araştırmanın bulguları gebeliğin akıbeti üzerine cinsel birleşmenin zararlı olmadığını göstermektedir (Gökyıldız, 2001; Gillian, 1997).

Cinsel ilişkinin gebelikte enfeksiyona neden olup fetüse zarar vereceği inancı yanlıştır. Çünkü servikal kanal kalın bir mukus plakla 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. Kurki ve Ylikorkala, yaptıkları araştırmada sağlıklı kadınlarda, gebelikte koitus ve bakteriyel vajinozis arasında ilişki bulamamış ve preterm doğum için predispozan olmadığını belirtmiştir (Kurki & Ylikorkala; 1994).

Klasik olarak, eski literatürde ilk üç ayda düşüklere 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; önceki gebelikte tekrarlayan düşük, erken doğum, servikal yetmezlik, şimdiki gebeliğinde düşük tehdidi, erken membran rüptürü, erken doğum tehdidi, vajinal kanama, genital bölgede enfeksiyon, eşte cinsel yolla bulaşan enfeksiyon 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 (Ertem vd., 2010; Gökyıldız, 2001).

2.9. Cinsel Fonksiyonun Değerlendirilmesi ve Hemşirenin Rolü

Cinsellik, bir canlının cinsel kimliğe sahip olması, öğrenme süreci ve erotik zevk duyma özelliklerini içeren bir bütündür. Diğer bir deyişle cinsellik, insanın mutluluk, başarı ve ilişkilerini derinden etkileyen bir hayat gerçeğidir. İncesu'ya göre; cinselliğin hem en çok merak edilen, hem de en çok yasaklanan, hem en çok konuşulan hem de aslında hiç konuşulmayan, çok bilindiği iddia edilen ama aslında çok az bilinen, bir yanda övünülürken diğer yanda utanılan bir durum olması nedeniyle zorlu bir konu olduğu belirtilmektedir (Kömürcü&Demirci&Yıldız&Gün, 2014; İncesu, 2004).

Sağlıklı yaşamın önemli parçalarından biri olan cinsel sağlığın değerlendirilmesi son derece önem arz etmektedir. Çünkü cinsel sağlık, genel sağlığın önemli bir bileşenidir ve CFB toplumda sıklıkla karşılaşılan önemli sağlık sorunları arasındadır. Cinsel aktivite ile ilişkili mortalite ve morbiditelerin olması bunun en büyük kanıtlarındandır. Bununla birlikte CFB bazı hastalıkların ilk habercisi olabileceği gibi başka hastalık ve tedavilerin sonucu da olabilmektedir. Ayrıca travmaya maruz kalmak ve cerrahi girişim geçirmekte cinsel fonksiyonları da olumsuz yönde etkileyebilir (Fışkın&Beji).

Toplumumuzda cinselliğin tabu olarak görüldüğü ve konuşulmaktan kaçınıldığı düşünülse de literatürde kadınların sağlık görevlileri sorarlarsa cinsel yaşamları hakkında bilgi vermeye ve sorunlarına çözüm aramaya hazır oldukları bildirilmektedir. Ancak, sağlık profesyonellerinin de önyargıları, bilgi eksiklikleri, yanlış beklenti ve inançları, başvuranın kültürüne bağlı olarak geliştirdiği tutum, inançlar ve terminoloji ile ilgili sorunlar nedeniyle cinsel işlevi değerlendirme ve tanılamada zorlandıkları belirtilmektedir (Kömürcü vd., 2014).

2.9.1. Cinsel Fonksiyonun Değerlendirilmesi

Cinsel fonksiyon değerlendirilmesi beş aşamadan oluşur:

2.9.1.1. Cinsel öykü alma: Cinsel fonksiyonun değerlendirilmesinde ilk adım ayrıntılı ve sistematik bir cinsel ve tıbbi öykünün alınmasıdır. İyi bir cinsel öykü, tanıya götüren en önemli araçlardan biridir. Ayrıca görüşme sırasındaki danışmanlık/bilgilendirme ile birçok sorunun çözümü de sağlanabilir. Genel sağlık taraması amacıyla alınan cinsel öyküdeki amaç, kişinin fonksiyonlarının şimdiki durumunu, zaman içindeki değişikliklerini ve her iki eşin doyum düzeyini saptamaktır.

Görüşmede cinsel öykü alırken ilk olarak birey/çiftin gerçekten bir cinsel fonksiyon bozukluğuna sahip olup olmadığı belirlenmeye çalışılır. Her cinsel yakınmayla başvuran kişide sorun cinsel fonksiyon bozukluğu

düzeyinde olmayabilir. Bazen bu başvurular genellikle cinsellikle ilgili yanlış inançlardan, gerçekçi olmayan beklentilerden, cinsel eğitimsizlikten ya da deneyimsizlikten kaynaklanabilmektedir. Bu tür olgularda, bir ya da birkaç görüşmeyle verilebilecek cinsel eğitim ile sorun kısa sürede çözülebilir. Detaylı bir öykü hastanın daha önceki cinsel deneyimlerini, geçirdiği ameliyatları, var olan hastalıklarını, kullandığı ilaçları, disfonksiyona neden olabilecek risk faktörlerini, toplumsal değer yargılarını, cinsiyete özgü rol ve beklentilerini ve cinsel inançlarını içermelidir.

Hemşire içten, sevecen ve yargılayıcı olmadan kabul edebilme niteliklerine sahip olmalıdır. Eğer birey hemşirenin gizliliğe bağlı kaldığını hissederse daha işbirlikçi bir yaklaşım sergiler. Gizlilik, cinsel geçmiş için gereklidir; kapılar kapatılmalı ve müdahaleye izin verilmemelidir. Kişiyi yakın oturulmalı, rahat, objektif, sessiz bir ses tonu kullanılmalıdır. Birey, verdiği bilginin ne amaçla kullanılacağı ve bu bilgiye kimlerin ulaşacağını bilmeye ihtiyaç duyar. Hemşirenin bu bilgiye, gerekmedikçe hiç kimsenin ulaşamayacağını kişiye söylemesi gereklidir. Hemşirenin cinsellik hakkındaki yaklaşımı, davranışı ve önyargısı, insanlara hemşirenin davranışları, konuşma şekli, tartışma şekliyle yansımaktadır (Kömürcü, 2014; Karakoyunlu, 2009; Kütmeç, 2009).

2.9.1.2. Cinsel sorgulama formlarının kullanılması: Cinsellik soru formları kadın ve erkek cinsel disfonksiyonlarının tanı ve tedavisinde tamamlayıcı bir rol oynar. Literatür incelendiğinde en yaygın kullanılan cinsel fonksiyon değerlendirme soru formlarından bazıları Tablo 2.9.1.2.1'de gösterilmiştir (Tuğut&Gölbaşı, 2014).

Tablo 2.9.1.2.1. Cinselliği değerlendirme araçları

Ölçek	Ölçeğin Amacı	Geçerlilik Güvenirlilik Durumu
Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi (IFSFI)	Cinsel işlev bozukluğunu tanılamada kullanılır.	Kaplan ve arkadaşları tarafından geliştirilen bu ölçeğin Türkçe versiyonunun geçerlilik güvenirlilik çalışması Yılmaz ve Eryılmaz tarafından yapılmıştır.
Glombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği (GRISS)	Heteroseksüel kadın ve erkeklerde cinsel ilişkinin niteliğini belirlemek ve cinsel işlev bozukluklarını değerlendirmek üzere kullanılmaktadır.	Rust ve Golombock tarafından geliştirilen bu ölçeğin Türkçe versiyonunun geçerlilik güvenirlilik çalışması Tuğrul ve ark. tarafından yapılmıştır.
Cinsel Öykü Formu (SHF)	Kadın ve erkeklerde cinsel işlev bozukluklarını ve memnuniyeti belirlemek üzere kullanılmaktadır.	Nowinski ve LoPiccolo tarafından geliştirilmiştir.
Kısa Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi (BISFW)	Cinsel düşünce/istek, uyarılma, ilişki sıklığı, ilişkiyi kabul/başlatma, doyum/orgazm, partnerle uyum ve cinsel problemleri belirlemek için kullanılmaktadır.	Taylor ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir.
Cinsel Etkileşim Modeli (SII)	Eşler arasındaki cinsel işlev bozukluğunu belirlemek için kullanılır.	LoPiccolo ve Steger tarafından geliştirilmiştir.
Kadın Cinsel Distres Skalası (FSDS)	Cinsel fonksiyonla birlikte olan sübjektif stres ve psikolojik etkilenmeyi değerlendiren, cinsel fonksiyon bozukluğu olan ve olmayan kadınları belirlemede kullanılmaktadır.	Deregotis ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir.

Cinsel İşlevsellik Envanteri (DSFI)	Cinsel bilgi, cinsel deneyim, cinsel güdü, tutumlar, psikolojik belirtiler, duygulanım, cinsel rol, fantezi, beden imgesi ve cinsel doyumu belirlemek üzere kullanılmaktadır.	Deragotin tarafından geliştirilmiştir.
Cinsel Mit Ölçeği (SMQ)	Cinsel mitleri belirlemek için kullanılmaktadır.	Zilbergerd tarafından geliştirilmiştir.
Uluslararası Eretil Fonksiyon İndeksi	Erkeklerde erektil disfonksiyonu belirlemek amaçlı kullanılmıştır.	Rosenb ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş ve Türk Androloji Derneği tarafından Türkçe 'ye çevrilmiştir.
Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın (SQLQ-W)	Kadınların cinsel yaşam kalitelerini belirlemek amacıyla kullanılmaktadır.	Symond ve arkadaşları tarafından geliştirilen bu ölçeğin Türkçe versiyonunun güvenilirlik ve geçerlilik çalışması Tuğut ve Gölbaşı tarafından yapılmıştır.
Kadın Cinsel Memnuniyet Ölçeği (SSS-W)	Kadınların cinsel memnuniyetini belirlemek amacıyla kullanılmaktadır.	Meston ve Trampel tarafından geliştirilmiştir.
Arizona Cinsel Deneyim Ölçeği (ASEX)	Cinsel işlevin beş temel bileşenini değerlendirmek için kullanılmaktadır.	McGahvey ve arkadaşları tarafından geliştirilen bu ölçeğin Türkçe versiyonunun güvenilirlik ve geçerlilik çalışması Soykan tarafından yapılmıştır.
Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi (FSFI)	Cinsel işlev bozukluğunu tanılamada kullanılmaktadır.	Rosen ve arkadaşları tarafından geliştirilen bu ölçeğin Türkçe versiyonunun güvenilirlik ve geçerlilik çalışması Aygin ve Eti Aslan tarafından yapılmıştır.

2.9.1.3. Fizik Muayene: Cinsel fonksiyon bozukluğu bazen fiziksel nedenlerden dolayı da kaynaklanabilmektedir. Bu nedenle doğru bir fizik muayene ilk değerlendirmenin bir parçası olarak önemlidir. Fizik muayene bireylere cinsellik hakkında eğitim yapmak için de iyi bir fırsat olabilir (Karakoyunlu, 2009; Fışkın vd.).

2.9.1.4. Laboratuvar Testleri ve Özellik Gerektiren Tanılayıcı Testler: Cinsel fonksiyonun değerlendirilmesi için kullanılan aşamalardandır (Karakoyunlu,2009; Fışkın vd.).

2.9.2. Cinsel Fonksiyon Değerlendirmesinde Hemşirenin Rolü

Hemşireler, hasta ya da sağlıklı, tüm kişilerin sağlık durumlarına katkıda bulunacak ya da hastalıklarını tedavi edecek uygulamaları yerine getirirler. Hemşireler, kişilerin optimum sağlık seviyesine ulaşmaları için bilgiye dayalı uygulamada bulunup, bireylere yardım ederler. İnsanı holistik olarak ele alan hemşireler, bireyin bakımında cinsellik boyutunu da ele almalıdırlar.

İnsan seksüalitesi sağlık bakımının bir parçası olarak kabul edildiğinden hemşirelerin kendi uygulamaları içinde cinsel sağlığı geliştirme, bireylerin, cinsellikle ilgili güvenliğini sağlama ve cinsellikle ilgili olarak danışmanlık yapma sorumlulukları vardır. Cinsellik; American Nursing Association'ı (ANA) oluşturan organizasyonlar tarafından hemşirelik bakımının ayrılmaz bir parçası olarak tanımlanmıştır ve The North American Nursing Diagnosis Association, 1980 yılında cinsel fonksiyon bozukluklarını hemşirelik tanıları listesine dâhil etmiştir. Bu açıdan hemşirelerin, bu sorumluluklarının bilincinde olup sağlıklı olan ya da olmayan tüm kadınlara eğitici, rehberlik ve danışmanlık hizmeti vermesi gereklidir. Bilgi vermek, danışmanlık sunmak ve rehabilite etmek, kişilerin yaşam kalitesini yükseltme ve sürdürülmesinde önemli bir yöndür. Hemşireler, bireylerin yaşam kalitelerini arttırmak konusundaki çabalarını destekleyerek, içinde buldukları durumu algılamalarını sağlamak için kilit konumdadırlar.

Hemşireler cinsellik değerlendirmesini sağlık hizmetinin bir ögesi olarak ele almalıdır. Daha sonra hemşirelik tanısı doğrultusunda bilgi sağlamak, desteklemek ya da sevk etmek gibi uygun müdahalelerin planlanması ve yapılmasını sağlamalıdır. Hemşireler, hemşirelik hizmetinin diğer yönlerinde olduğu gibi bu hizmette de gerçekçi, bilimsel ve terapötik şekilde yaklaşmalıdır. Cinsellik konusunda bireye gereksinim duyduğu bakımı verebilmek için hemşirenin sahip olması gereken bir takım özellikler vardır. Hemşire;

- Cinsellik konusunu kabul etmeli ve bu konu ile ilgili kendini rahat hissetmeli,
- Hasta bireyle cinsel konuları tartışmak üzere iletişim yeteneklerini geliştirmeli,

- Cinsellik ve cinsel fonksiyon konusunda bilgi sahibi olmalı,
- Cinsellik konusunda kendisi ve diğerlerinin inanç, değer ve tutumların farkında olmalı,
- Ayrıca hemşire yaşam siklusu içinde cinselliğin gelişimsel durumunu iyi bilmelidir (Karakoyunlu, 2007; Gökyıldız, 2001).

Bireyin cinsel yaşam özellikleri değişikliklerini ya da cinsel fonksiyon bozukluklarını ele alan hemşirelik müdahaleleri; bireyin bilinç seviyesini artırır, konuya ilişkin durum ya da kaygıların açıklığa kavuşturulmasına yardımcı olarak gerekli bilgiyi sağlar. Cinsel işlev değişiklikleri bulunan kişilere ya da cinsel sağlık eğitimi gereksinimi içerisinde olan bireylere sağlanacak olan sağlık hizmetinin değerlendirilmesinde, bireyin beklentilerinin karşılanıp karşılanmadığı belirlenmelidir. Sağlık hizmetinin ilerleme süreci belirlendikten sonra bireye hemşirelik hizmetinin etkili ve destekleyici olup olmadığı sorulmalıdır. Ayrıca bireye danışmanlık sağlama sürecinde kısıtlamalara neden olan herhangi bir bireysel faktörden haberdar olunmalıdır (Karakoyunlu, 2007).

Amerika Onkoloji Hemşireler Derneği, holistik bakımın bir bileşeni olarak cinselliğin değerlendirmesini içeren mesleki bakım standartları belirlemiştir. Mesleki standartlarda, geçmiş ve mevcut cinsel yaşam, cinselliğin biyopsikososyal etkilerini tanımlama yer almaktadır. Cinsel danışmanlık ve rehberlikte en güç kısım görüşmenin başlatılmasıdır. Sağlık profesyonellerinin cinselliği tartışmak için kullandıkları modellerin uygulanması görüşmenin başlatılmasına yardımcı olmaktadır. Hemşireler cinselliği değerlendirirken bunun gibi uygulama standartlarını da kullanmalıdır. Uygulama standartları kullanılırken cinsellikle ilgili yeterli bilgi sağlama ve gerekli müdahale için model kullanılması önerilmektedir.

Cinselliğin değerlendirilmesinde hemşireler için önerilen kullanışlı modeller, model basamaklarının ilk harflerinin birleşimi olacak şekilde kısaltılan PLISSIT, BETTER, ALARM ve ALLOW modelleridir. Cinsel öykü toplanması ve cinsel sorunların erken saptanması için geliştirilen Kaplan ve Trifazik model de önerilen modellerdendir. Cinselliğin değerlendirilmesinde en sık kullanılan PLISSIT ve BETTER modelinin çeşitli çalışmalarda kullanıldığı ve etkin olduğu belirtilmektedir. Modeller kısaca Tablo 2.9.2.1.'de açıklanmıştır (Tuğut vd., 2014; Açıkgöz; Gökyıldız, 2001).

Tablo 2.9.2.1. Cinselliği değerlendirmede kullanılan modeller

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

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Çalışma, gebelik sürecinin cinsel fonksiyon durumuna etkisini belirlemek, anksiyete ve depresyon ile ilişkisini incelemek amacıyla yapılan kesitsel tipte bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, Eskişehir Büyükdere ve Şarhöyük Aile Sağlığı Merkezleri'nde (ASM) yürütülmüştür. Veriler, 01.05.2013 - 01.05.2014 tarihleri arasında toplanmıştır.

3.2.1. Araştırmanın Yapıldığı Yerin Özellikleri

Araştırmanın yapıldığı ASM'lerin belirlenmesinde; gebelere ulaşabilmek için işbirliği yapılabilecek ve sürdürülebilecek, ulaşımı kolay ve il merkezinde bulunan, gebe sayıları açısından yoğun olan iki ASM tercih edilmiştir.

Büyükdere ASM'de; 6 aile hekimi ve 6 ebe/hemşire görev yapmaktadır.

Şarhöyük ASM'de; 7 aile hekimi ve 7 ebe/hemşire görev yapmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

3.3.1. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini, 01.05.2013 - 01.05.2014 tarihleri arasında Eskişehir Büyükdere ve Şarhöyük ASM'ne başvuran ve çalışmaya katılmayı kabul eden ilk trimestir gebelik haftasında, sağlıklı, primipar ya da multipar gebeliği olan kadınlar oluşturmuştur.

3.3.2. Örneklem Büyüklüğü

Örneklem büyüklüğünü belirlemek için güç analizi (power analiz) uygulanmıştır. Testin gücü, bir testin gerçekte var olan farkı bulabilme yeteneğidir. Örnek genişliği belirlemeye güç analizi denilmesinin nedeni; örnek genişliğini çalışmanın başında belirleyerek çalışacağımız gücü kontrol altına almamızdır. Çalışmanın gücü $1-\beta$ hata olasılığı olarak ifade edilir ve genel olarak araştırmaların en az %80 güce sahip olması gerekmektedir (Demirel&Gürler, 2010). Güç analizinde Gökyıldız' ın yapmış olduğu "Gebeliğin Cinsel Yaşam Üzerine Etkilerinin Belirlenmesi"

isimli yüksek lisans tezi baz alınmıştır ve çalışmamızın %99 gücüne en az 90 gebeden oluşan bir çalışma grubu ile gerçekleştirilmesi gerektiği belirlenmiştir.

3.3.3. Örneklem Seçimi

- Örneklem grubunu;
- Primipar- multipar gebeliği olan,
 - İlk trimestır gebelik haftasında olan,
 - Sağlıklı gebeliği olan,
 - Kronik bir hastalığı olmayan
 - Takip için ASM'ne gelen
 - Araştırmacı tarafından ev ziyareti ve telefon görüşmelerini kabul eden gebeler oluşturmuştur.

Araştırmaya alınacak olan en az 90 gebeyi belirlemek için çalışmanın yapılacağı tarihin ilk gününden itibaren ASM' ye başvuran ve izlemlerine ASM'de devam edecek, çalışmaya katılmaya gönüllü gebeler seçilmiştir. Örneklem sayısına ulaşıldıktan sonra çalışmaya daha fazla gebe alınmamıştır. Ancak izlem sırasında vaka kaybı ihtimali göz önüne alınarak 90 gebe değil 115 gebe ile çalışmaya başlanmıştır. Çalışma sırasında 5 gebe eşinin çalışmaya devamı için izni olmadığından, 7 gebe ev ziyareti için uygun olmadığını ifade ettiğinden, 3 gebe ise gebeliği sonlandığından çalışma dışı bırakılmış ve çalışma 100 gebe üzerinde sürdürülmüştür.

3.4. Verilerin Toplanması

3.4.1. Veri Toplama Araçları

- Anket Formu (Ek-1)
- Kadın Cinsel Fonksiyon Sorgulama İndeksi (IFSF) (Ek-2)
- Golombock - Rust Cinsel Doyum Ölçeği (Ek-3)
- Beck Anksiyete Envanteri (BAE) (Ek-4)
- Beck Depresyon Envanteri (BDE) (Ek-5)

3.4.1.1. Anket Formu (Ek-1)

Soru formunda kadınların yaş, eğitim durumu, çalışma ve gelir durumu ile ilgili sosyo-demografik özelliklerini belirlemeye yönelik sorulara, obstetrik özelliklerini belirlemek için gebelik sayısı, daha önceki gebeliği ile ilgili sorulara yer verildi. Ayrıca araştırmacının literatürü tarayarak oluşturduğu gebelikteki cinselliği sorgulayan sorular bulunmaktadır (Özdemir, 2009; Gökyıldız, 2001).

3.4.1.2. Kadın Cinsel Fonksiyon Sorgulama İndeksi (IFSF) (Ek-2)

1999 yılında Kaplan, Reis ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş, 2004 yılında Türkiye’de Yılmaz ve Eryılmaz tarafından geçerlilik-güvenilirliği yapılmıştır.

IFSF ülkemizde de birçok araştırmada cinsel işlevlerin belirlenmesinde kullanılmış, uygulanması kolay ve güvenilir 9 sorudan oluşan bir ölçektir. Kadın cinsel fonksiyonu ile ilgili yönleri (cinsel ilişkide rahatsızlık, lubrikasyon, cinsel ilişki sıklığı, cinsel istek, cinsel ilişki tatmini, orgazmik fonksiyon ve klitoral duyarlılık) değerlendirmek için tasarlanmıştır. Cevapların derecelendirilmesi 1’den (neredeyse hiç ya da hiç), 5’e kadar (hemen hemen her zaman ya da her zaman), son 1 ay içerisinde cinsel ilişkide bulunmayanlarda 0 olarak puanlanır. Soruların analizi ve alt başlıkların puanı birbirinden farklıdır. Soru 1, cinsel ilişkide rahatsızlık; soru 2, lubrikasyon; soru 3, cinsel ilişki sıklığı; soru 4 ve 5, cinsel istek; soru 6 ve 7, cinsel ilişki tatmini; soru 8, orgazmik fonksiyon; soru 9, klitoral duyarlılık hakkında bilgi verir. En yüksek puan kırk beş, en düşük puan 5’tir. Total skor arttıkça cinsel fonksiyonda artma, azaldıkça cinsel fonksiyonda azalma olarak değerlendirilir. Genel olarak total skorunun otuz ve otuzun altında olması cinsel disfonksiyon açısından riskli kabul edilmektedir (Özdemir, 2009; Yılmaz & Eryılmaz, 2004; Yıldız & Pınar, 2004). Bu çalışmada Kadın Cinsel Fonksiyon Sorgulama İndeksinin Cronbach’s Alfa değeri her 3 trimesterde da 0.90 olarak bulunmuştur.

3.4.1.3. Golombock - Rust Cinsel Doyum Ölçeği (Ek-3)

Heteroseksüel kadınlarda cinsel ilişkinin niteliğini belirlemek ve cinsel işlev bozukluklarını değerlendirmek üzere kullanılan, heteroseksüel cinsel yaşamı olan kadınlara uygulanabilen, kişi tarafından verilen form üzerinde işaretlenerek doldurulan yirmi sekiz maddeden oluşan bir formdur. Özgün adı Golombock-Rust Sexual Satisfaction Inventory (GRISS)’ dir. Türkçeye 1993 yılında Tuğrul, Öztan ve Kabakçı tarafından uyarlanmıştır.

Her madde 0-4 arasında giderek artan puan alır. Bazı maddeler ters yönde puanlanmaktadır. Ters yönde puanlanan maddeler 2, 4, 5, 8, 9, 10, 11, 15, 16, 17, 19, 21, 22, 25, 26, 27 ve 28’dir. Ölçeğin değerlendirilmesinde hem toplam, hem de alt boyutlardan elde edilen puanlar kullanılabilir. 3. ve 15. maddeler sıklık; 2. ve 16. maddeler iletişim; 5., 10., 18. ve 22. maddeler doyum; 7., 13., 20. ve 23. maddeler kaçınma; 9., 12., 19. ve 25. maddeler dokunma; 6., 11., 17. ve 24. maddeler vajinismus ve 8., 14., 21. ve 28. maddeler ise anorgazmi alt boyutunu oluşturmaktadır. 5 puan ve üzerinde olan puanlar cinsel ilişkinin veya işlevlerin bozulması olarak tanımlandığından 5 puan ve üzerinde puan alan katılımcılar “sorunlu grup”, 5 puan altında alanlar “sorunsuz grup” olarak adlandırılmıştır.

Bu testin değerlendirilmesinde alınan yüksek puanlar cinsel işlevlerdeki ve ilişkinin niteliğindeki bozulmaya işaret etmektedir. Formda yedi alt boyut yer almaktadır. Alt boyutlar; kaçınma, doyum, iletişim,

dokunma ve ilişki sıklığı, vajinismus ve orgazm bozukluğudur (Çakmak, 2010).

3.4.1.4. Beck Anksiyete Envanteri (BAE) (Ek-4)

Beck Anksiyete Envanteri 1988 yılında Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş, 1998 yılında Ulusoy ve arkadaşları tarafından Türk toplumuna uyarlanmış ve geçerlilik-güvenirliliği sağlanmıştır. Beck Anksiyete Envanteri yirmi bir sorudan oluşmakta ve 3'lü Likert tipindedir. Uygulanan faktör analizi sonucunda ölçeğin "sübjektif anksiyete" (1, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 14, 15, 16, 17 ve 19. maddeler) ve "somatik belirtiler" (2, 3, 6, 12, 13, 18, 20 ve 21. maddeler) olmak üzere iki etmeden oluştuğu bildirilmektedir. Puan aralığı 0-63 arasında değişmektedir. Ölçekten alınan toplam puanın yüksekliği bireyin yaşadığı anksiyetenin şiddetini göstermektedir. Beck Anksiyete Envanteri'nin Cronbach's Alfa iç tutarlılık kat sayısı 0,93'tür (Ulusoy, 1998). Ölçeğin bu araştırmadaki Cronbach's Alfa değeri; 1.trimestirda 0.88, 2. ve 3. trimestirda 0.92 olarak bulunmuştur.

Beck Anksiyete Ölçeği puanlama kriterleri şöyledir:

- 0-7 puan = Anksiyete belirtisi yok
- 8-15 puan = Hafif düzeyde anksiyete
- 16-25 puan = Orta düzeyde anksiyete
- 26-63 puan = Şiddetli düzeyde anksiyete şeklindedir (Sönmez, 2015; Yaşan & Eşsizöğlü & Yalçın & Özkan, 2008; Erci & Tortumluoğlu & Kılıç, 2003).

3.4.1.5. Beck Depresyon Envanteri (BDE) (Ek-5)

Erişkinlerde depresyon riskini, depresif belirtilerin düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek üzere geliştirilmiştir (Beck 1961). Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması 1988 yılında Hisli tarafından yapılmıştır ve Cronbach's Alfa iç tutarlılık kat sayısı 0,86'dır (Hisli,1988). Beck Depresyon Envanteri'nin bu araştırmadaki Cronbach's Alfa değeri 1. ve 2. trimestirda 0.87, 3.trimestirda 0.85 olarak bulunmuştur.

Beck Depresyon Envanteri, yirmi bir kendini değerlendirme cümlesi içeren bir ölçektir. Puan aralığı 0-63 arasında değişir. Ölçmek için verilen kesim puanları araştırmalarda farklılık göstermekle birlikte 17 kesim puanının klinik depresyonu belirlemede yeterli olabileceği belirtilmektedir. Puanlaması: her maddenin yanında yazılı olan sayı (0 ile 3 arasında değişir), o maddeye verilecek olan puanı gösterir. Bu puanların toplanmasıyla depresyon puanı elde edilmektedir.

Beck Depresyon Envanteri'nin puanlama kriterleri şöyledir:

- 0-9 puan =Depresif belirti yok
- 10-16 puan =Hafif düzeyde depresif belirtiler
- 17-29 puan =Orta düzeyde depresif belirtiler
- 30-63 puan=Şiddetli düzeyde depresif belirtiler şeklinde yorumlanmaktadır (Şahin, 2015; Ayaz & Hocoğlu & Tiryaki & Ak, 2006; Uğuz & Toros & İnanç & Çolakkadioğlu, 2004).

3.4.2. Veri Toplama Formlarının Uygulanması

Veri toplama formunun uygulanması 01.05.2013 - 01.05.2014 tarihleri arasında gerçekleştirildi. Veri toplama formları uygulanmadan önce çalışmanın amacı ile ilgili bilgi içeren yazılı onam formu kişilere okundu ve kişilerin izinleri alındı. Gebeler ile çalışmaya 1. trimestırda başlandı. Gebelere en az 2 kez daha ziyaret yapılacağı ifade edildi. Araştırmacı tarafından ev ziyareti öncesi gebelere telefon edilerek randevu alındı. İkinci ve 3. trimestırlarında da bir kez daha ziyaret edilerek en az 3 kez görüşüldü. İkinci ve 3. görüşmelerde veri toplama formları yüz yüze görüşme yöntemiyle dolduruldu.



3.5. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler bilgisayar ortamında IBM SPSS 21,0 paket programı ile değerlendirilmiş olup istatistik testlerden Ki Kare, Paired T Testi kullanılmış ve anlamlılık değeri olarak $p \leq 0.05$ kabul edilmiştir.

3.6. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın etik açıdan uygunluğunun değerlendirilmesi amacıyla Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Başkanlığı'na başvurulmuş ve etik kurul onayı alınmıştır (Bkz. Ek 7).

Ayrıca Büyükdere ve Şarhöyük Aile Sağlığı Merkezi'nde araştırma yapılabilmesi için Eskişehir İl Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden gerekli izin alınmıştır (Bkz. Ek 8).

Anket formları uygulanmadan önce araştırmaya katılacak kişilerin de izinleri alınmıştır (Bkz. Ek 6). Ev ziyaretleri öncesinde telefonla tekrar randevu ve izin alınmıştır. Ayrıca verilerin araştırmacı tarafından saklanacağı 10 yıl sonrasında yakılarak yok edileceği belirtilmiştir.

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

- Araştırmadan elde edilen bulgular tüm topluma genellenemez. Çalışılan bölge ile sınırlıdır.
- Bulgular değerlendirilirken, çalışmanın yapıldığı ASM' lerde takipli gebelerin ekonomik ve sosyokültürel durumu göz önüne alınmalıdır.
- Araştırma sırasında gebelere sorulan anket sorularına araştırmanın konusu gereği cevap alımında zorluk çekilmiştir.
- Çalışmanın 1. trimesterinde anket sorularını yanıtlarken karar değiştirip yarım bırakan gebeler çalışma dışı bırakılmak zorunda kalmıştır.
- Birinci trimesterde anketlerin doldurulurken yarım bırakılması çalışmacıya zaman kaybı yaşatmıştır.
- Gebelere ulaşmak için işbirliği yapılabilecek, ulaşımı kolay, yeterli sayıda gebeye sahip ve il merkezinde bulunan ASM'lerin seçilmesi de araştırmanın sınırlılıklarındandır.

4. BULGULAR

Gebelik sürecinin cinsel fonksiyon durumuna etkisi, anksiyete ve depresyon ile ilişkisini belirlemek amacıyla yaptığımız çalışmamızda elde ettiğimiz bulgular 4 bölüme ayrılarak verilmiştir. İlk bölümde; gebelerin ve eşlerinin sosyo-demografik özellikleri ile evlilikleri, 2. bölümde; gebelerin cinsellikle ilgili düşünceleri ve gebeliklerinde karşılaştıkları durumlar, 3. bölümde; gebelerde cinsel disfonksiyon ve etkilendiği durumlar ile cinsel doyum bozukluğu, 4. bölümde ise gebelik trimestırlarına göre anksiyete ve depresyon varlığına ilişkin bulgulara yer verilmiştir.



4.1. Gebelerin ve Eşlerinin Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 4.1.1. Gebelerin sosyo-demografik özellikleri

	Minimum	Maksimum	Ortalama \pm SS
Yaş	20	43	29,28 \pm 5,75
Öğrenim Düzeyi	n		%
Okuryazar değil	4		4.0
Okuryazar	7		7.0
İlkokul	39		39.0
Lise	30		30.0
Üniversite	20		20.0
Meslek			
Ev hanımı	70		70.0
İşçi	4		4.0
Memur	6		6.0
Sağlık çalışanı	13		13.0
Sekreter	1		1.0
Diğer	6		6.0
Yaşamının büyük bölümünü geçirdiği yer			
Köy-Kasaba	32		32.0
Kent	21		21.0
Büyükşehir	47		47.0

Tablo 4.1.1’de gebelerin sosyo-demografik özellikleri verilmiştir. Gebelerin yaş ortalaması 29,28 \pm 5,75 olarak saptanmıştır. % 39’u ilkokul, % 30’u lise, % 20’si üniversite mezunudur. Çoğunluğu ev hanımı (%70) olmakla birlikte % 13’ü sağlık çalışanı, % 6’sı memur, % 4’ü işçi olarak bulunmuştur. Gebelerden % 47’si yaşamının çoğunu büyükşehirde, % 32’si köy-kasabada, % 21’i kentte geçirdiğini belirtmiştir.

Tablo 4.1.2. Gebelerin eşlerinin sosyo-demografik özellikleri

	Minimum	Maksimum	Ortalama ± SS
Yaş	23	54	33,44 ± 6,51
Öğrenim düzeyi	n		%
Okuryazar	2		2.0
İlkokul	36		36.0
Lise	42		42.0
Üniversite	20		20.0
Meslek			
İşsiz	1		1.0
İşçi	32		32.0
Şoför	8		8.0
Esnaf	15		15.0
Teknisyen	9		9.0
Memur	6		6.0
Sağlık çalışanı	3		3.0
Diğer	26		26.0

Tablo 4.1.2’de gebelerin eşlerinin sosyo-demografik özellikleri verilmiştir. Eşlerin yaş ortalaması 33,44 ± 6,51’dir. Çoğunluğunun lise mezunu (% 42) olduğu ve işçi olarak çalıştığı (% 32) saptanmıştır.

Tablo 4.1.3. Gebelerin evliliklerine ilişkin bulgular

	Minimum	Maksimum	Ortalama \pm SS
Evlilik yaşı	14	34	22,25 \pm 4,18
Evlilik yılı	1	27	6,99 \pm 5,83
Toplam gebelik sayısı	1	6	2,10 \pm 1,07
Evllenme şekli	n		%
Kendisi tanışarak	68		68.0
Görücü usulü ile	32		32.0
Mutlu evlilik			
Evet	95		95.0
Hayır	5		5.0
İstlenen gebelik			
Evet	78		78.0
Hayır	22		22.0

Kadınların evlilik yaşı ve evlilik yılı ortalaması sırasıyla 22,25 \pm 4,18, 6,99 \pm 5,83' tür. Gebelerin bugüne kadarki gebelik sayısı ortalama 2,10 \pm 1,07 olarak bulunmuştur. Kadınların % 78'i şuan ki gebeliklerini istediklerini, % 22'si ise istemediklerini belirtmiştir. Çalışmaya katılan gebelerin % 68'i kendisi tanışarak, % 32'si ise görücü usulü ile evlenmiştir (Tablo 4.1.3).

4.2. Gebelerin Cinsellikle İlgili Düşünceleri ve Gebeliklerinde Karşılaştıkları Durumlara İlişkin Bulgular

Tablo 4.2.1. Gebelerin cinsellikle ilgili düşüncelerine ilişkin bulgular

	n	%
Gebelikte cinsel yaşamın etkilenmesi		
Evet	60	60.0
Hayır	40	40.0
Gebelikte cinsel yaşam hakkındaki düşünce		
Olabilir	40	40.0
Olmamalı	19	19.0
Anne açısından riskli	4	4.0
Bebek açısından riskli	13	13.0
Hiçbir fikrim yok	24	24.0

Gebelik öncesi sürecinizle gebelik sürecinizi kıyasladığınızda cinsel yaşamınızda etkilenme var mı sorusuna gebelerin % 60'ı evet yanıtını verirken, % 40'ının hayır yanıtını verdiği belirlendi. Gebelerin % 40'ı gebelikte cinsel yaşam olabileceğini,%19'u olmaması gerektiğini, % 24'ü ise hiçbir fikrinin olmadığını belirtmiştir (Tablo 4.2.1).

Tablo 4.2.2. Cinsel ilişkiyi kimin başlattığına ilişkin bulgular

Cinsel ilişkiyi başlatan kişi	Gebelik öncesi		I. trimestir		2. trimestir		3. trimestir	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Genellikle kadın	3	3.0	9	9.0	10	10.0	6	6.0
Genellikle erkek	54	54.0	64	64.0	68	68.0	71	71.0
Eşler eşit sıklıkta	43	43.0	27	27.0	22	22.0	23	23.0

Tablo 4.2.2’de gebelik öncesinde ve trimestirlerde cinsel ilişkiyi kimin başlattığına dair bulgulara yer verilmiştir. Gebelik öncesi cinsel ilişkiyi %54 oranla erkek başlatırken, bu sonucun 3. trimestirda %71’e yükseldiği saptanmıştır.

Tablo 4.2.3. Gebelerin cinsel ilişkide bulunma sıklığına ilişkin bulgular

Cinsel ilişkide bulunma sıklığı	Gebelik öncesi		1.trimestir		2.trimestir		3.trimestir	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Günde 1 kez ve ↑	2	2.0	2	2.0	-	-	-	-
Günde 1 kez	5	5.0	3	3.0	2	2.0	4	4.0
Haftada 3-4 kez	38	38.0	21	21.0	15	15.0	8	8.0
Haftada 2 kez	30	30.0	34	34.0	18	18.0	9	9.0
Haftada 1 kez	17	17.0	16	16.0	26	26.0	28	28.0
İki haftada 1 kez	5	5.0	14	14.0	16	16.0	15	15.0
Ayda 1 kez	1	1.0	5	5.0	8	8.0	13	13.0
Ayda 1 kere ve ↓	2	2.0	1	1.0	8	8.0	13	13.0
Hiç	-	-	4	4.0	7	7.0	10	10.0

Gebelikten önce 45 kişi haftada 3-4 kez ve daha fazla cinsel ilişkide bulunuyorken 55 kişi haftada 2 kez ve daha az cinsel ilişkide bulunuyordu. Gebelik öncesi bu durumla 1. trimestir, 2.trimestir ve 3. trimestirdaki cinsel ilişkide bulunma sıklığını kıyasladığımızda, 1. trimestirda haftada 3-4 kez ve daha fazla cinsel ilişkide bulunan kişi sayısı 27 iken, 2. trimestirda bu sayı 17' ye 3. Trimestirda 12'ye gerilemiştir. Trimestir artışıyla birlikte haftada 3-4 kez ve daha fazla cinsel ilişkiye giren kişi sayısı azalmıştır.

Tablo 4.2.4. Gebelerin cinsel ilişkide bulunma isteğine ilişkin bulgular

Cinsel ilişkide bulunma isteği	Gebelik öncesi		I . trimestir		2 . trimestir		3 . trimestir	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Günde 1 kere ↑	1	1.0	2	2.0	2	2.0	2	2.0
Günde 1 kez	11	11.0	6	6.0	3	3.0	5	5.0
Haftada 3-4 kez	33	33.0	23	23.0	15	15.0	10	10.0
Haftada 1 kez	33	33.0	26	26.0	23	23.0	24	24.0
İki haftada 1 kez	8	8.0	15	15.0	17	17.0	20	20.0
Ayda 1 kez	5	5.0	12	12.0	11	11.0	10	10.0
Ayda 1 kere ve ↓	1	1.0	3	3.0	9	9.0	7	7.0
Hiç	8	8.0	13	13.0	20	20.0	22	22.0

Tablo 4.2.4'te gebelerin cinsel ilişkide bulunma istekleri belirtilmiştir. Gebelerde cinsel istek 1.trimestirda çok değişkenlik göstermezken 3.trimestirda belirgin şekilde azalmış olarak bulunmuştur.

Tablo 4.2.5. Gebelerin, eşlerinin cinsel isteğini karşılama ve eşlerinden baskı görme durumlarının dağılımı

Eşin cinsel isteğini karşılama durumu	Gebelik öncesi		I . trimestir		2 . trimestir		3 . trimestir	
	n	%	n	%	n	%	n	%
İsteyerek kabul edenler	83	83.0	63	63.0	46	46.0	40	40.0
İstemediği halde kabul edenler	13	13.0	29	29.0	36	36.0	31	31.0
Genellikle reddedenler	4	4.0	8	8.0	18	18.0	29	29.0
Baskı yaşama durumu	n				%			
Evet	4				4.0			
Hayır	96				96.0			

Tablo 4.2.5'te gebelerde eşin cinsel isteğini gebelik öncesi karşılama durumu ile gebelikte karşılama durumu incelendiğinde, gebelik öncesi eşinin cinsel isteğine %83'ü istekli karşılık verdiğini ifade ederken 3.trimestirda bu oran %40 olarak bulunmuştur. Gebelik öncesi genellikle reddederim cevabını verenler %4 iken 3.trimestirda %29 olarak saptanmıştır.

Eşinizin cinsel ilişki isteğini reddettiğinizde herhangi bir baskıyla karşılaşılıyor musunuz sorusuna gebelerin % 96'sı hayır yanıtını vermiştir.

Tablo 4.2.6. Gebelerin cinsel ilişki sürelerine ilişkin bulgular

Cinsel ilişki süresi	Gebelik öncesi		I. trimestir		2. trimestir		3. trimestir	
	n	%	n	%	n	%	n	%
1-2 dk.	1	1.0	8	8.0	11	11.0	16	16.0
3-4 dk	9	9.0	4	4.0	5	5.0	16	16.0
5-7 dk	9	9.0	19	19.0	34	34.0	25	25.0
8-10 dk	25	25.0	24	24.0	25	25.0	24	24.0
11-15 dk	25	25.0	22	22.0	17	17.0	17	17.0
16-20 dk	17	17.0	18	18.0	7	7.0	2	2.0
21-30 dk	14	14.0	5	5.0	1	1.0	-	-

Tablo 4.2.6 incelendiğinde gebelerin cinsel ilişki sürelerinin gebeliğin ilerlemesi ile birlikte azaldığı gözlenmiştir.

Tablo 4.2.7. Gebelerin cinsel ilişkide ağrı duyma oranlarına ilişkin bulgular

Cinsel ilişkisinde Ağrı duyma oranı	Gebelik öncesi		I. trimestir		2. trimestir		3. trimestir	
	n	%	n	%	n	%	n	%
% 90'dan ↑	3	3.0	3	3.0	4	4.0	11	11.0
% 75'inde	6	6.0	8	8.0	8	8.0	15	15.0
% 50'sinde	23	23.0	13	13.0	28	28.0	24	24.0
% 25'ten ↓	9	9.0	16	16.0	15	15.0	13	13.0
% 10'dan ↓	26	26.0	23	23.0	24	24.0	20	20.0
Hiçbir zaman	33	33.0	37	37.0	21	21.0	17	17.0

Tablo 4.2.7'de gebelik öncesi cinsel ilişkisinin %90' indan fazlasında ağrı duyan kişi oranı %3 iken, bu durum 3.trimestirda %11'e; cinsel ilişkisinin %75'inde ağrı duyanların oranı %6 iken gebeliğin 3.trimestirinde %15'e yükselmiştir. Hiçbir zaman ağrı duymam diyen gebeler, gebelik öncesi 33 kişi iken bu sayı 3. Trimestirda 17' ye gerilemiştir. Gebelik trimestiri ilerledikçe ağrı duymayanların oranı azalmış kadınların ilerleyen gebelik haftasıyla birlikte daha çok ağrı yaşadığı saptanmıştır.

Tablo 4.2.8. Gebelerin cinsel ilişkide orgazma ulaşma durumlarına ilişkin bulgular

Orgazma ulaşma durumu	Gebelik öncesi		I. trimestır		2. trimestır		3. trimestır	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Hiçbir zaman	6	6.0	10	10.0	28	28.0	30	30.0
Zaman zaman	45	45.0	56	56.0	53	53.0	48	48.0
Her zaman	49	49.0	34	34.0	19	19.0	22	22.0

Tablo 4.2.8’de gebelerin gebelik öncesi ve gebelik süresince orgazm olma durumları incelenmiştir. Gebelik öncesi her zaman orgazma ulaşan kadınların oranı %49, 3. trimestırda ise %22 olarak bulunmuştur.

4.3. Gebelerde Cinsel Disfonksiyon ile Etkilendiği Durumlar ve Cinsel Doyum Bozukluğuna İlişkin Bulgular

Tablo 4.3.1. Gebelikte trimestırlardaki cinsel disfonksiyon durumu

Gebelik trimestırları	Cinsel disfonksiyon puanları	P
	X ± SD	
1.trimestır	32.89 ± 8.38	P<0,001
2.trimestır	26.07 ± 8.90	P<0,001
3.trimestır	21.64 ± 9.81	P<0,001

IFSF toplam puan ortalamaları açısından 1.trimestır puanı 32.89 ± 8.38, 2.trimestır puanı 26.07 ± 8.90 ve 3.trimestır puanı 21.64 ± 9.81 olarak bulunmuştur. IFSF puan değerlendirmesine göre azalan puan ortalaması cinsel disfonksiyon varlığını göstermektedir. Çalışmamızda trimestır artışıyla birlikte azalan puan ortalamaları mevcuttur. Bu da trimestır artışıyla artan cinsel disfonksiyonu belirlemiştir (p<0,001).

Tablo 4.3.2 Gebelikte cinsel disfonksiyon varlığı ile evliliğini mutlu algılama durumu arasındaki ilişki

Cinsel disfonksiyon	Mutlu evlilik		Toplam	X ² (fisher) p
	var	yok		
1. trimestir	n	%	n	
Var	34	(35,8)	2 (40,0)	P>0,05
Yok	61	(64,2)	3 (60,0)	
Toplam	95	(100,0)	5 (100,0)	100
2.trimestir				
Var	64	(67,3)	2 (40,0)	X ² (f) 0,334
Yok	31	(32,7)	3 (60,0)	
Toplam	95	(100,0)	5 (100,0)	100
3. trimestir				
Var	74	(77,9)	5 (100,0)	X ² (f) 0,581
Yok	21	(22,1)	0 (0,0)	
Toplam	95	(100,0)	5 (100,0)	100

Tablo 4.3.2’de mutlu bir evliliği olduğunu düşünen gebelerin, 1. trimestirda cinsel disfonksiyon oranı %35,8 (n: 34); 2. trimestirda %67,3 (n: 64); 3. trimestirda ise %77,9 (n: 74) olarak bulunmuştur.

Tablo 4.3.3. Gebelikte cinsel disfonksiyon varlığı ile gebeliğin istenmesi arasındaki ilişki

Cinsel disfonksiyon	Gebeliğin istenme durumu		Toplam	X ² (Y,F) p		
	İstendi	İstenmedi				
1. trimestir	n	%	n	%	n	
Var	27	(34,7)	9	(40,9)	36	*0,085 0,771
Yok	51	(65,3)	13	(59,1)	64	
Toplam	78	(100,0)	22	(100,0)	100	
2. trimestir						
Var	51	(65,3)	15	(68,1)	66	*0,00 p>0,05
Yok	27	(34,7)	7	(31,9)	34	
Toplam	78	(100,0)	22	(100,0)	100	
3. trimestir						
Var	60	(77,0)	19	(86,3)	79	**0,553
Yok	18	(23,0)	3	(13,7)	21	
Toplam	78	(100,0)	22	(100,0)	100	

*: X²(yates) **: X²(fisher)

Tablo 4.3.3 incelendiğinde gebeliğini istenme durumu ile cinsel disfonksiyon varlığı arasındaki ilişki verilmiştir. Gebelerin %78 i gebeliğin istenen gebelik olduğunu belirtmiş ve bu gebelerden 1.trimestirda %34,7'si; 2.trimestirda %65,3'ü; 3.trimestirda ise %77'sinde cinsel disfonksiyon varlığı tespit edilmiştir. İstenmeyen gebeliğe sahip 22 kadının 1.trimestirda %40,9'unda; 2.trimestirda %68,1'inde; 3.trimestirda ise %86,3'ünde cinsel disfonksiyon tespit edilmiştir.

Tablo 4.3.4. Gebelikte cinsellik düşüncesi ve cinsel disfonksiyon arasındaki ilişki

Gebelikte cinsellik	Cinsel disfonksiyon durumu					
	1.trimestır		2.trimestır		3.trimestır	
	var n %	yok n %	Var n %	yok n %	var n %	yok n %
Olabilir	14 38,9	26 40,7	25 37,9	15 44,1	26 32,9	14 66,7
Olamamalı	14 38,9	22 34,3	25 37,9	11 32,3	35 44,3	1 4,8
Hiçbir fikrim yok	8 22,2	16 25,0	16 24,2	8 23,6	18 22,8	6 28,5
Toplam	36 100	64 100	66 100	34 100	79 100	21 100
X² (pearson)	0,222		0,413		12,16	
P	0,895		0,813		0,002	

Tablo 4.3.4'te gebelikte cinsellik olabilir diyen gebelerde cinsel disfonksiyon, 1.trimestırda n=14 (%38,9), 2.trimestırda n=25 (%37,9), 3.trimestırda n=26 (%32,9) gebede saptanırken, gebelikte cinsellik olmamalı diyen 36 gebeden 1. trimestırda n=14 (%38,9) gebede cinsel disfonksiyon varken, 2. trimestırda bu sayı n=25 (%37,9), 3. trimestırda ise n=35' e (%44,3) yükselmiştir.

Tablo 4.3.5. Gebelikte cinsel doyum bozukluğunun trimestirlara göre puanlarının dağılımı

Gebelik trimestirları	1.trimestir	2.trimestir	3.trimestir	P
Cinsel doyum bozukluğu puan ortalaması	2,75 ± 2,77	4,89 ± 4,36	6,64 ± 5,65	P<0,001

Gebelere her 3 trimestirda da uygulanan Golombock - Rust Cinsel Doyum Ölçeği'ne göre cinsel doyum bozukluğu; 1. trimestirda 2,75, 2. trimestirda 4,89, 3. trimestirda 6,64 olarak bulunmuştur. Bu sonuca göre gebelik haftası ilerledikçe kadınlarda cinsel doyum bozukluğu da anlamlı şekilde artmıştır (p<0,001).

4.4. Gebelik Trimestirlerine Göre Anksiyete ve Depresyon Varlığına İlişkin Bulgular

Tablo 4.4.1.a Gebelik trimestirlerine göre anksiyete durumunun dağılımı

Gebelik trimestirleri	Beck Anksiyete Puan Ortalaması \pm SD	İstatistiksel analiz (paired t) / p
1.trimestir	9,67 \pm 7,22	7,045 P<0,001
2.trimestir	14,92 \pm 10,42	10,56 P<0,001
3.trimestir	19,36 \pm 12,00	7,53 P<0,001

Gebelerin her trimestirlerinde uygulanan Beck Anksiyete leğinin istatistiklerine göre kadınlarda 1. Trimestirda 9,67, 2. Trimestirda 14,92, 3. trimestirda 19,36 ortalama ile trimestir artışıyla doğru orantılı olarak artan anksiyete değerleri saptanmıştır. Her trimestirda beck anksiyete leğinden alınan puan ortalamaları bir diğer trimestirdan farklı bulunmuştur (p<0,001).

Tablo 4.4.1.b Gebelik trimestırlarına göre anksiyete durumunun dağılımı

Anksiyete yaşama durumu	Gebelik Trimestırları		
	1.trimestır	2.trimestır	3.trimestır
	Gebe Sayıları	Gebe Sayıları	Gebe Sayıları
Hafif	87	60	38
Orta	9	24	37
Ağır	4	16	25

Beck Anksiyete Ölçeği'nin kesme değerlerine göre ağır anksiyete yaşayan gebe sayısı 1. trimestırda n=4 iken bu sayı 2. Trimestırda n=16'ya, 3. trimestırda ise n=25' e yükselmiştir.

Tablo 4.4.2.a Gebelik trimestırlarına göre depresyon durumunun dağılımı

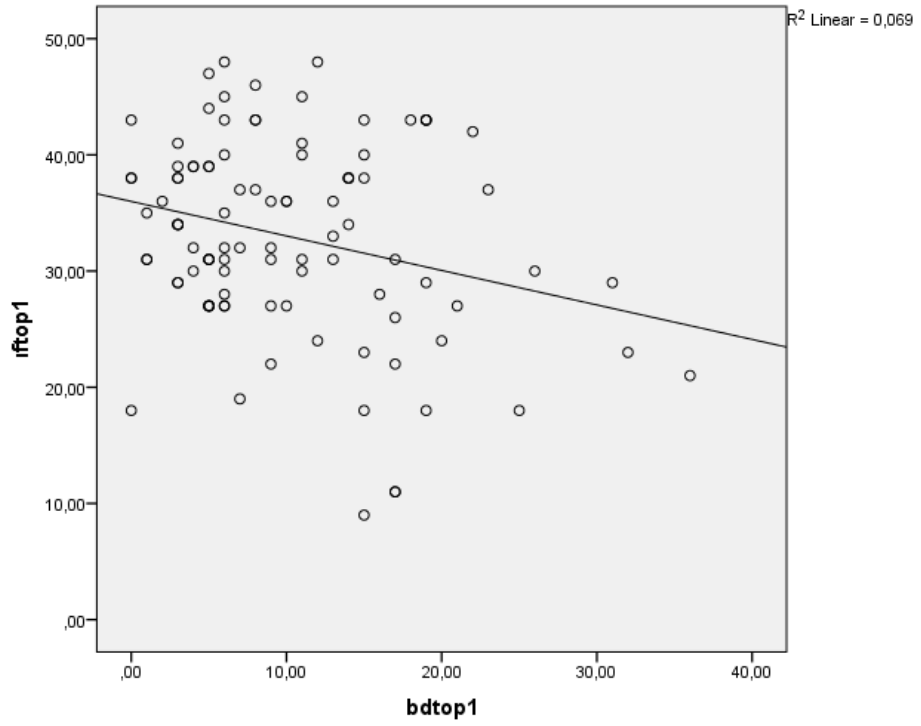
Gebelik trimestırları	Ortalama \pm SD	İstatistiksel analiz (Paired t) / p
1.trimestır	10,21 \pm 7,42	8,75 P<0,001
2.trimestır	14,71 \pm 8,34	12,02 P<0,001
3.trimestır	17,54 \pm 9,44	6,22 P<0,001

Tablo 4.4.2.a'da gebe kadınlarda trimestırlar arası depresyon ölçeğinden alınan puanlar arasında fark olup olmadığına bakılmıştır. Bu tabloya göre trimestır artışıyla birlikte depresyon ölçeği puanlarında da artış görülmüştür. Her trimestırda beck depresyon ölçeğinden alınan puan ortalamaları bir diğer trimestırdan farklı bulunmuştur (p<0,001).

Tablo 4.4.2.b Gebelik trimestırlarına göre depresyon durumunun dağılımlı

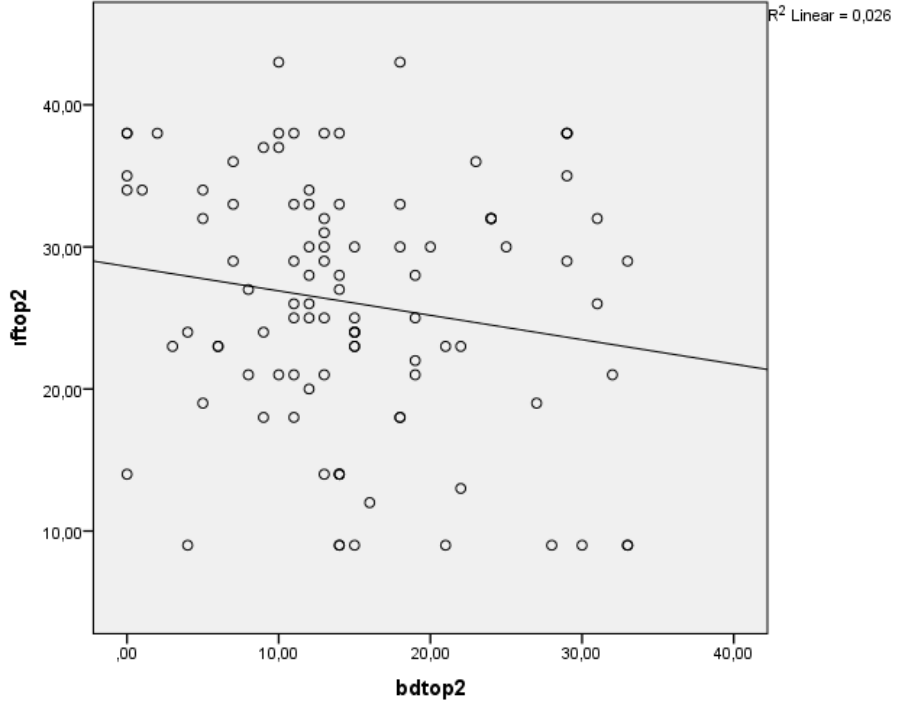
Depresyon yaşama durumu	Gebelik Trimestırları		
	1.trimestir	2.trimestir	3.trimestir
	Gebe Sayıları	Gebe Sayıları	Gebe Sayıları
Yok	31	29	24
Hafif	49	38	26
Orta	17	26	39
Ağır	3	7	11

Tablo 4.4.2.b incelendiğinde şiddetli depresif belirti gösteren gebe sayısı 1. trimestirda n=3 iken bu oran 2. trimestirda n=7'ye, 3. trimestirda ise n=11'e yükselmiştir. Depresyon şüphesi olmayan gebe sayısı 1.trimestirda n=31 iken 3.trimestirda n=24'e düşmüştür.



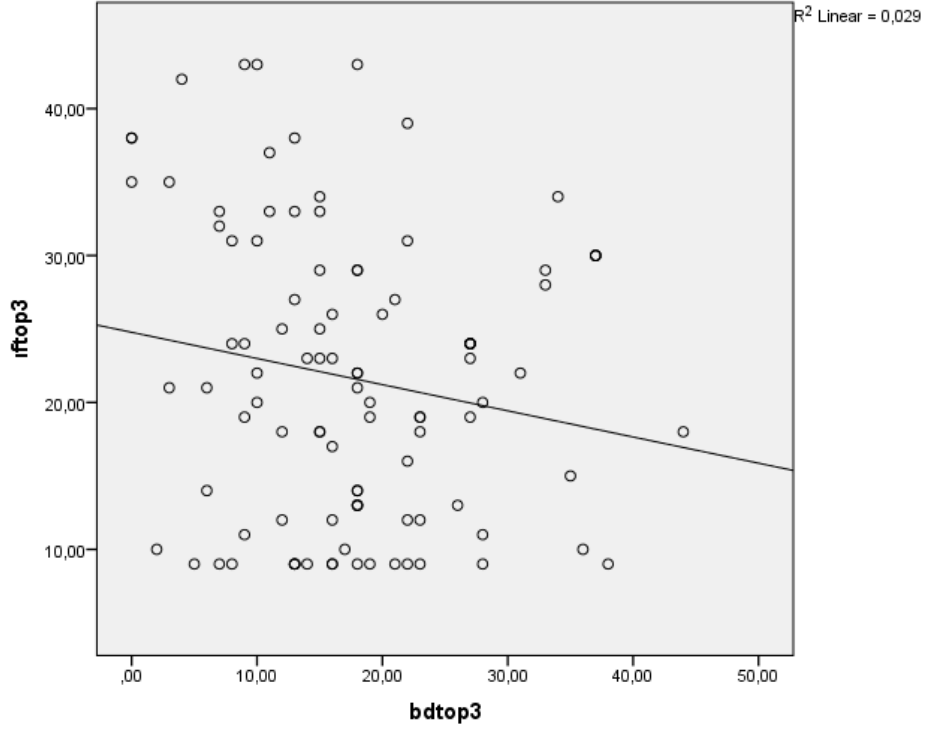
Şekil 4.4.1. Birinci trimestırda cinsel fonksiyon bozukluğu ile depresyon arasındaki ilişki

Birinci trimestırda cinsel fonksiyon bozukluğu ile depresyon arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p > 0,05$).



Şekil 4.4.2. İkinci trimestırda cinsel fonksiyon bozukluğu ile depresyon arasındaki ilişki

İkinci trimestırda cinsel fonksiyon bozukluğu ile depresyon arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Cinsel disfonksiyon ile depresyon doğru orantılı olarak artmıştır ($p < 0,05$).



Şekil 4.4.3. Üçüncü trimestırda cinsel fonksiyon bozukluğu ile depresyon arasındaki ilişki

Şekil 4.4.3' te görüldüğü gibi üçüncü trimestırda gebelikte cinsel fonksiyon bozukluğu ile depresyon arasında anlamlı bir ilişki gözlenmiştir. Cinsel fonksiyon bozukluğu arttıķa gebelik depresyonu da doğru orantılı olarak artmıştır ($p < 0,05$).

5. TARTIŞMA

Eskişehir Büyükdere ve Şarhöyük Aile Sağlığı Merkezi Bölgesi'nde 100 gebe kadının gebelik sürecinin cinsel fonksiyon durumuna etkisi, anksiyete ve depresyon ile ilişkisini belirlemek amacıyla yapılan çalıŐmamızdan elde ettiğimiz bulgular   baŐlıkta tartiŐılmıŐtır.



5.1. Gebelerin Cinsellikle İlgili Düşünceleri ve Gebeliklerinde Karşılaştıkları Durumlara İlişkin Bulguların Tartışılması

Gebelik, fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişikliklerin meydana geldiği bir süreçtir. Gebelikte meydana gelen bu değişiklikler gebe kadının cinsel yaşamını olumsuz etkilemektedir. Çiftlerin gebeliğe olan tepkileri, aile olma fikri, kadının cinsel kimliği ve rolü, kültürel normlar ve ekonomik faktörler de gebelik sırasında cinselliği etkilemektedirler (Johnson, 2011; Özkan, 2009). Gebeliğin ilk trimestirinde; yorgunluk, bulantı, artan anksiyete veya düşük yapma korkusu sebebiyle cinsel istek ve cinsel eylem azalmaktadır. İkinci trimestirda, gebeler kendilerini daha seksi ve enerjik hissettiklerini belirttiklerinden cinsel istek ve cinsel eylem biraz olsun geri dönebilmektedir. Üçüncü trimestirda ise fiziksel ağrılar ve büyüyen uterusun yarattığı engeller tekrar cinsel birleşmenin azalmasına sebep olmaktadır (Murtagh, 2010). Çalışmamızda gebelere sorulan, gebelik cinselliğinizi etkiledi mi sorusuna gebelerin %60'ı evet cevabını vermiştir (Tablo 4.2.1).

Literatürde gebe kadınların, sıklıkla cinsel birleşmenin düşük veya preterm doğumu arttıracığından veya fetüse zarar vereceğinden korktukları için cinsel ilişkiden kaçındıkları ifade edilmektedir (Gökyıldız, 2001,). Oruç ve arkadaşları, çalışmalarında gebelerin %35,5'inin gebelikte cinsel ilişki hakkında bilgilerinin olmadığını saptamışlardır (Oruç, 1999). Güler ve Yıldız'ın çalışmalarında, gebelerin %68'i gebelikte cinsel ilişkinin zararlı olduğunu belirtmişlerdir (Güler&Yıldız, 1988). Bartellas ve arkadaşlarının çalışmasında da gebelerin %49'unun cinsel ilişkinin gebeliğe zarar verebileceği konusunda endişeli oldukları bulunmuştur (Bartellas, 2000). Bizim çalışmamızda ise gebelerin %19'u gebelikte cinsel yaşamın olmaması gerektiğini, %4'ü anne sağlığı açısından riskli olduğunu, %13'ü bebek sağlığı açısından riskli olduğunu, %24'ü ise hiçbir fikrinin olmadığını belirtmiştir (Tablo 4.2.1). Bu sonuçlar ışığında gebelerin çoğunun gebelikte cinsellikle ilgili bilgilerinin yetersiz veya yanlış olduğu gözlemlenebilmektedir.

Libido, cinsel aktiviteyi başlatmak açısından incelendiğinde, gebelik öncesi ve gebelik dönemlerinde bu aktiviteyi genellikle erkek partnerin başlattığı görülmektedir. Naim ve Bhutto çalışmalarında, gebelikte cinsel ilişkiyi çoğunlukla erkeklerin nadiren kadınların başlattığını belirtmektedir (Naim & Bhutto, 2000). Gökyıldız ve Beji'nin 150 Türk gebe kadın üzerinde yaptıkları çalışmalarında da gebelikte cinsel ilişkiyi başlatanın genellikle erkek olarak yanıtladığı belirtilmiştir (Gökyıldız, 2001). Bizim çalışmamızda gebelik öncesi cinsel ilişkiyi başlatan %54 sıklıkla erkek olarak bulunmuş ve bu oran 3. trimestirda %71'e yükselmiştir (Tablo 4.2.2) Cinselliği başlatma konusunda gebelik öncesi ve gebelikte erkek

partnerin belirgin olarak baskın olduğu anlaşılmaktadır. Bunun sebebini toplumun kültürel yapısı ve kadının biyolojik yapısı olarak açıklayabiliriz.

Cinsel ilişki sıklığı da bize libido düzeyi konusunda bilgi veren önemli bir parametredir. Bununla ilgili olarak yapılan birçok araştırmada ortak görüş, gebelik öncesi dönem ile karşılaştırıldığında gebelik döneminde cinsel ilişki sıklığının belirgin olarak azalmakta olduğu şeklindedir (Çorbacioğlu, 2012; Arıca, 2011). Oruç ve arkadaşlarının çalışmasında gebelikten önce cinsel ilişki sıklığı aylık $12,4 \pm 5,9$ iken, gebelikte bu oran aylık $6,6 \pm 4,3$ olarak saptanmıştır (Oruç, 1999). Naim ve Bhutto'nun çalışmasında gebelikten önce haftalık 3,5 olan sıklığın, gebelikte 1,6'ya düştüğü belirlenmiştir (Naim&Bhutto, 2000). Al Bustan ve arkadaşları Kuveytli gebe kadınlarda cinselliğin özellikle 2. ve 3. trimestırın erken dönemlerinde artış gösterdiğini ama genel olarak bu artışın gebelik sınırlarının altında kaldığını saptamışlardır (Al Bustan, 1995). Sydow, gebelikte ve postpartum dönemdeki cinsellik ile ilgili 59 çalışmanın meta analizinde cinsel ilişki sıklığının 1. trimestırda biraz azaldığını veya değişmediğini, 2. trimestırda çok değişken olduğunu, 3. trimestırda ise aniden azaldığını belirtmiştir (Sydow, 1999). Bizim çalışmamızda ise gebelik öncesi haftada 3-4 kez ve daha fazla cinsel ilişkide bulunan kişi oranı %45 iken bu oran 1. trimestırda %27'ye, 2. trimestırda %17'ye, 3. trimestırda ise %12'ye gerilemiştir. Trimestır artışıyla birlikte cinsel ilişki sıklığında azalma saptanmıştır. (Tablo 4.2.3).

Yapılan çalışmalarda, gebelikte kadının cinsel isteğinde bir azalma olduğu belirtilmektedir. Bogren, yaptığı 81 çifti içeren çalışmasında gebeliğin her üç trimestırında cinsel istekte azalma bildirmiştir (Bogren, 1991). Bustan ve arkadaşlarının yaptığı, 220 Kuveytli kadını içeren çalışmalarının cinsel istek sıklığına ilişkin bulgularında da gebelik trimestırı arttıkça cinsel istekte azalma bulunmuştur (Al Bustan, 1995). Bartellas ve arkadaşları, kadınların gebelikteki cinsel deneyimlerini ve bu dönemdeki cinsel bilgi kaynaklarını belirlemek amacıyla bir çalışma yapmışlardır. Çalışmada yer alan 141 gebenin %58'inde cinsel istekte azalma bulunmuştur (Bartellas, 2000). Oruç ve arkadaşlarının gebeliğin seks üzerine etkilerini araştırdığı çalışmalarında gebelik boyunca cinsel istekte azalma olduğu bulunmuştur (Oruç, 1999). Bizim araştırmamızda ise gebelerde cinsel istek 1. trimestırda çok değişkenlik göstermezken 2. ve 3. trimestırda belirgin şekilde azalmış olarak bulunmuştur (Tablo 4.2.4).

Literatürde gebelerin cinsel istek duymamalarına rağmen, eşlerine yakın hissetmek için cinsel ilişkiye devam ettiği belirtilmiştir (Gök yıldız, 2001). Çalışmamızda gebelerin, gebelik öncesi eşinin cinsel isteğini %83'ü olumlu karşılarken bu oran 3. trimestırda %40'a gerilemiş, gebelik öncesi genellikle reddederim cevabını verenler %4'ten, 3. trimestırda %29'a yükselmiş olarak bulunmuştur (Tablo 4.2.5). Bu sonucu seksüel tabuların sürdüğü toplumumuzda halen cinsel yaşamın erkeğin egemenliğinde ve onun doyumuna yönelik yaşandığının bir göstergesi olarak açıklayabiliriz.

Gökyıldız'ın gebeliğin cinsel yaşam üzerine etkilerinin belirlenmesi amacıyla yaptığı çalışmasında gebelik trimestırı ilerledikçe cinsel birleşme süresinin, gebelik öncesi döneme oranla giderek azaldığı belirtilmiştir (Gökyıldız, 2001). Bizim çalışmamızda da gebeliğin ilerlemesiyle cinsel ilişki süresinin azaldığı saptanmıştır (Tablo 4.2.6). Bu azalmada cinsel birleşmenin bebeğe ve anneye zarar vereceği, erken doğuma yol açacağı veya düşük yapmaya sebep olabileceği düşüncesi gibi faktörlerin etkili olduğu düşünülebilir.

Gebelikte disparoni artışı tartışmalıdır. Gebeliklerin %22-50'sinde görülebilmektedir. Bunda gebelik öncesi olan disparoninin etkisi de vardır. Gebelikte fiziksel ve emosyonel faktörler disparoniye sebep olabilmektedir. Disparoni cinsel aktiviteyi olumsuz yönde etkilemektedir. Bu konuda yapılan araştırmalarda bulgular, gebelikte ve özellikle son trimestırda disparoni sıklığının arttığı yönündedir. Naim ve Bhutto çalışmasında gebelerin %37,3'ünün disparoni deneyimlediklerini bulmuşlardır (Naim&Bhutto, 2000). Eryılmaz ve arkadaşlarının gebe kadının cinselliği konusunda yaptıkları çalışmanın sonucunda, gebelerin %49,2'sinin koitusta ağrı sebebi ile cinsel ilişkiden uzaklaştıkları bulunmuştur (Eryılmaz, 2005). Oruç ve arkadaşları çalışmalarında kadınların %25,9'unun gebelik boyunca , %36'sının bazen disparoni yaşadıklarını bulmuşlardır (Oruç, 1999). Bizim çalışmamızda da gebelerin %3'ü gebelik öncesi cinsel ilişkilerinin %90'ından fazlasında ağrı duyduğunu belirtirken, bu oran 3.trimestırda %11'e, gebelik öncesi cinsel ilişkilerinin %75'inde ağrı duyduğunu belirten kişi oranı %6 iken, gebeliğin 3.trimestırında %15'e yükselmiştir (Tablo 4.2.7). Bu oranlar bize gebelik trimestırı arttıkça cinsel ilişkide ağrı yaşayanların sayısının da arttığını göstermektedir. Gebelik trimestırı ilerledikçe daha fazla ağrı duyulmasının nedenini gebelerin yaşadığı erken doğum korkusu, enfeksiyon yaşama riski, fetüse zarar vereceğim endişesi gibi etmenlerle açıklayabiliriz.

Orgazm cinsel yanıt döngüsünün en son aşamasıdır. Diğer bir deyişle orgazm, cinsel ilişkide beklenen bir aşama olup, cinsel ilişkinin kalitesini belirlemektedir. Orgazm ile sonuçlanan cinsel birleşmeler birçok çalışmada incelenmiş ve gebelik döneminde gebelik öncesine göre belirgin bir şekilde azaldığı tespit edilmiştir (Gökyıldız, 2001; Bartellas, 2000). Oruç ve arkadaşlarının yaptığı çalışmaya göre gebelik ilerledikçe orgazm ile sonuçlanan cinsel birleşmeler giderek azalmaktadır (Oruç, 1999). Carteiro ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada gebelerin %71'ininin orgazmlarında olumsuz yönde değişiklik olduğu belirtilmiştir (Carteiro, 2016). Bizim çalışmamızda gebelik öncesi her zaman orgazma ulaşım cevabını veren kadınların oranı %49 iken gebelik trimestırı arttıkça bu oran azalmış ve gebeliğin son trimestırında %22'ye kadar gerilemiştir (Tablo 4.2.8). Bunun sebebi; gebelerin kendisi istemediği halde sadece eşi istediği için cinsel birleşmeyi kabul etmesi olabilir.

5.2. Gebelerde Cinsel Disfonksiyon ve Etkilendiği Durumlar İle Cinsel Doyum Bozukluğuna İlişkin Bulguların Tartışılması

Kadın cinsel fonksiyon bozukluğu yaşa bağımlı, progressif ve kadınların %30-50'sini ilgilendiren yaygın bir sorundur. Her ne kadar toplumumuzda kadınlar tarafından cinsel fonksiyon bozuklukları ile ilgili yakınmalar kolay dile getirilmese de uygun şekilde sorulduğunda kadınların bu konuda son derece şikâyetçi olduğu görülmektedir. Kadın cinsel fonksiyon bozuklukları toplumumuzda yüksek oranda görülmektedir. Yeniel ve Petri'nin çalışmasında gebelikte cinsel disfonksiyon sebebinin, gelişmekte olan ülkelerde inanışlar, cinsel mitler ve gebelik sırasında yaşanan cinselliğin gebeliğe bir zarar verebileceği korkusu olabileceğini belirtmişlerdir (Yeniel & Petri, 2014).

Kadın cinsel fonksiyon bozukluğu prevalansı ile ilgili en geniş seriye sahip çalışmalardan biri; Amerikan Ulusal Sağlık ve Sosyal Yaşam Araştırması verilerinin derlendiği çalışmadır. Bu çalışmada, yaşları 18-59 arasında değişen 1749 kadından elde edilen veriler toplanmış ve kadınlarda cinsel sorun görülme oranı %43 olarak saptanmıştır (Yaşar, 2012). Demirezen ve arkadaşları birinci basamak sağlık merkezine gelen 40 yaş altı 123 genç kadında cinsel disfonksiyon prevalansını %67,5 olarak belirlemişlerdir (Demirezen, 2006). Tayland 'ta yapılan bir çalışmada gebelerin %93,4'ünde cinsel disfonksiyon bulunduğu tespit edilmiştir (Karakoyunlu, 2007). Özkan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada gebelik trimestırı arttıkça özellikle 3. trimestırda cinsel fonksiyon ölçeğinin istek, doyum ve lubrikasyon puanlarında azalma görülmüştür (Özkan, 2009). Çorbacioğlu ve arkadaşları 1. trimestır gebeler üzerinde yaptığı çalışmada IFSF puan ortalamasının gebelerde $21,99 \pm 8,13$ iken, diğer kadınlarda $24,66 \pm 3,76$ olduğunu ve 1. trimestır gebelerin diğer kadınlara oranla daha fazla cinsel disfonksiyon yaşadıklarını belirtmişlerdir (Çorbacioğlu, 2012). Koyun, gebelikte cinsel fonksiyonları değerlendirdiği çalışmasında trimestır artışıyla artan cinsel disfonksiyon durumu saptamıştır (Koyun, 2012). Ahmed ve arkadaşları Mısırlı kadınlar üzerinde yaptığı çalışmada; cinsel disfonksiyon puanını gebelik öncesi $30 \pm 5,6$, 1. trimestırda $22,4 \pm 4,1$, 2. trimestırda $26,6 \pm 3,98$, 3. trimestırda $18,6 \pm 3,89$ olarak belirlemiş ve gebelik trimestırı ilerledikçe cinsel disfonksiyon puanlarının anlamlı şekilde azaldığını saptamışlardır (Ahmed, 2014). Bizim çalışmamızda, gebelere her 3 trimestırlarında uyguladığımız IFSF' na göre toplam puan ortalamaları açısından, 1.trimestır puanı en yüksek iken 3. trimestır puanı en düşük olarak bulunmuştur ($p < 0,001$) (Tablo 4.3.1). Çalışmamızda literatürde de belirtildiği gibi artan trimestır ile doğru orantılı olarak artan cinsel disfonksiyon durumu saptanmıştır.

Solberg ve arkadaşları tarafından yapılan araştırmada, gebelikte cinsel disfonksiyon ile gebelik hakkında olumsuz duyguların ve gebeliğin istenip istenmemesi arasında bir ilişki olmadığı saptanmıştır (Solberg, 1973). Bizim çalışmamızda da cinsel disfonksiyon yaşama durumu ile gebeliğin istenen bir gebelik olma durumu arasında bir ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$) (4.3.3).

Naim ve Bhutto çalışmasında gebelerin cinsel ilişkiden kaçınmasının sebebini şu şekilde açıklamıştır; gebelerin büyük çoğunluğu cinsel ilişkinin fetüse zarar vereceğini, bir kısmı cinsel ilişkinin erken dönemde abortusa yol açacağı ve ilerleyen zamandaki cinsel ilişkinin preterm doğuma neden olacağını düşünmektedirler (Naim & Bhutto, 2000). Bartellas ve arkadaşları çalışmalarında, gebelerin büyük çoğunluğunda cinsel ilişkinin gebeye zarar vereceği endişesi taşıdığını bulmuşlardır. Gebeler bunların sonucunda çözüm olarak cinsel ilişki sıklığını azaltma yoluna gitmişlerdir (Bartellas, 2000). Bizim araştırmamızda da literatüre benzer bir sonuçla gebelikte cinsellik olabilir diyen gebelerin trimestırları arasında cinsel disfonksiyon açısından anlamlı bir artış veya azalış görülmezken, gebelikte cinsellik olmamalı diyen gebelerin 1. trimestırdada %38,9'unda, 2. trimestırdada %37,9'unda, 3. trimestırdada ise %44,3'ünde cinsel disfonksiyon görülmüştür ($p<0,05$) (Tablo 4.3.4). Gebelikte cinsellik konusunda olumsuz düşüncelere sahip ya da hiçbir fikri olmayan gebelerin daha fazla kaygı yaşadığı için daha fazla cinsel disfonksiyon yaşadığını söyleyebiliriz.

Literatürde cinsel doyum bozukluğu, cinsel işlev bozukluğu ile birlikte incelenmektedir. Bu nedenle gebelikte de cinsel işlevlerde ve cinsel memnuniyette azalma olarak ele alınmıştır. Tunç'un çalışma sonuçlarına göre ilk trimestırın dışındaki tüm trimestırlarda cinsel sorunlarda artış bulunmaktadır (Tunç, 2005). Bogren, 1. trimestırdada kadınların %35'inde, 2. trimestırdada %30'unda ve 3. trimestırdada %56'sında cinsel memnuniyetin azaldığını bulmuştur (Bogren, 1991). Carteiro ve arkadaşlarının çalışmasına göre gebelerin %97'si cinsel doyumlarında azalma yaşadıklarını belirtmişlerdir (Carteiro, 2016). Naim ve Bhutto çalışmalarında gebelerin %64,7'sinin cinsel yaşamı açısından memnun olduklarını bulmuşlardır (Naim&Bhutto, 2000). Oruç ve arkadaşları cinsel istek ve ilişki sıklığının azalmasına bağlı olarak cinsel memnuniyette de azalma olduğunu belirtmişlerdir (Oruç, 1999). Çalışmamızda gebelik haftası ilerledikçe kadınlarda cinsel doyum bozukluğu puanlarının arttığı saptanmıştır ($p<0,001$) (Tablo 4.3.5). Sonuçlarımız Bogren ve Oruç' un sonuçlarıyla uyum göstermektedir.

5.3. Gebelik Sürecinin Anksiyete ve Depresyon İle İlişkisine Ait Bulguların Tartışılması

Kadının ruhsal durumu ve yaşantısı gebeliğin seyrini etkileyebildiği gibi, gebeliğin de ruhsal durum ve duygusal yaşantı üzerinde etkili olabildiği belirtilmektedir (Johnson, 2011). Psikiyatrik bozukluklar, özellikle de depresyon ve anksiyete bozuklukları, kadınların doğurganlık döneminde en yüksek prevalansa ulaşırlar. Gebelik bir kadın için başlı başına bir anksiyete kaynağıdır. Önemli olan anksiyete bozukluğu ile normal anksiyetenin ayırt edilebilmesidir. Normalde toplumda anksiyete bozukluklarına kadınlarda erkeklerden daha sık rastlanmaktadır. Ancak gebelikte nasıl seyrettiği, anksiyete ve panik ataklarının gebe ve fetus üzerine olan etkileri hakkında pek az bilgi bulunmaktadır (Özorhan, 2014; Akbaş, 2008; Karatay, 2007; Kuğu, 2001). Yapılan bir çalışmada gebelikte hafif düzeyde depresyon, anksiyete gibi semptomların insidansının arttığı, gebelik haftası ilerledikçe de depresyon ve anksiyete düzeylerinde değişim yaşandığı saptanmıştır (Pehlivan, 2004).

Andersson ve ark. antenatal ve postpartum depresyon ile anksiyete bozukluğunun ilişkisini araştırmak amacıyla yaptıkları 2006'da yayınlanan çalışmalarında 2. trimestir gebeler için bildirdikleri anksiyete bozukluğu oranı %18,4'tür. Aynı yazar grubunun 2003'te yaptıkları ve 2. trimestir gebelerde anksiyete bozukluğu için bildirdikleri prevalans %12,1'dir (Andersson, 2006). Bizim yaptığımız çalışmada da trimestir artışıyla birlikte anksiyete ölçeği puanlarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde artış olduğu görülmüştür. Birinci trimestirda şiddetli düzeyde anksiyete yaşayan gebe sayısı n=4 iken bu sayının 3.trimestirda n=25'e yükseldiği saptanmıştır (Tablo 4.4.1.b).

Postpartum depresyon üzerine çok çalışmalar yapılmış olmasına karşın gebelik depresyonu ile ilişkili araştırmalar sınırlı sayıdadır. Depresyon gebelik sırasında görülen en yaygın ruhsal bozukluktur ve gebelikte depresyon görülme oranı % 10 dolayındadır (Çalık, 2011; Kuğu, 2001). Tekgöz ve arkadaşları gebeliğin son 3 ayındaki kadınların %50,5'inin bir ya da daha fazla psikiyatrik tanı aldığını %10,3'ünde depresyon, %12,1'inde anksiyete, %28'inde hem depresyon hem de anksiyete olmak üzere en yaygın tanının %40,2 ile anksiyete olduğunu saptamışlardır (Tekgöz, 2009)

Türkiye'de bu konuda sınırlı sayıda çalışma mevcut olmakla birlikte, Beck Depresyon Ölçeğine (BDÖ) göre yapılan çalışmalarda gebelikte depresif belirti görülme sıklığını; Karaçam ve Ançel %27,3, Altınay %27,9 olarak bulmuşlardır (Karaçam&Ançel, 2005; Altınay, 1999). Karataylı'nın çalışmasında, 50 gebe üzerinde yapılan araştırmada Beck Depresyon ve Beck Anksiyete Ölçeğinin puanları gebeliğin 2. ve 3. trimestirlerinde anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (Karataylı, 2007). Dağlar'ın

gebelerin stresle başa çıkma tarzlarının anksiyete ve depresyon düzeyi ile ilişkisini incelediği çalışmada gebelerin %50,7'sinde depresyon riski bulunmuştur (Dağlar,2014). Bizim çalışmamızda da gebelik trimestırı arttıkça depresyon ölçeği puanlarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde artış olduğu görülmüştür. Şiddetli depresif belirti gösteren gebe sayısı 1.trimestırda n=3 iken bu sayının 3.trimestırda n=11'e yükseldiği saptanmıştır (Tablo 4.4.2.b).

Depresyon ve cinsel işlev bozuklukları (CİB) oldukça sık olarak birlikte görülmelerine karşın aralarındaki ilişki net değildir. Depresyon hastalarında, genel popülasyonla kıyaslandığında daha yüksek oranda cinsel işlev bozukluğu görüldüğu ile ilgili yaygın bir fikir birliği vardır. İsviçre'de yapılan bir çalışmada depresyon hastalarında cinsel işlev bozukluğu yaygınlığı, normal kontrol grubundan 2 kat fazla bulunmuştur (Doğan, 2011). Yeniel ve Petri gebelikte cinsel disfonksiyon yaşama durumunun depresyon ile ilişkili olabileceğini bildirmişlerdir (Yeniel&Petri, 2014). Bizim çalışmamızda gebelikte trimestır artışıyla birlikte gebelerde hem depresyon hem de cinsel fonksiyon bozukluğu yaşama durumlarının doğru orantılı olarak arttığı gözlemlenmiştir. Bu sonuca göre gebelikte cinsel fonksiyon bozukluğu ile depresyon arasında özellikle 2. ve 3. trimestırda anlamlı bir ilişki vardır diyebiliriz ($p<0,05$) (Şekil 4.4.2; Şekil 4.4.3). Gebelikte anksiyete ve depresyon şüphesi trimestır artışıyla birlikte artmakta ve cinsel fonksiyon bozukluğuyla birbirini doğru orantılı olarak etkilemektedir. Bu nedenle gebe kadın ruhsal yönden değerlendirilmeli ve gebelikte cinsellikle ilgili bilmedikleri konusunda eğitilerek kaygı düzeyi azaltılmalıdır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Gebelik sürecinin cinsel fonksiyon durumuna etkisi, anksiyete ve depresyon ile ilişkisini belirlemek amacıyla yapılan kesitsel tipteki çalışmamızın sonuçları şu şekilde özetlenebilir:

- Çalışma kapsamında gebelerin yaş ortalamaları $29,28 \pm 5,75$ olarak bulunmuştur. Gebelerin %11'i okuryazar değil ve ilkokulu bitirmemiş, %50'si ise lise ve üzeri eğitim görmüş kadınlardan oluşmaktadır. Gebelerin %70'inin çalışmadığı belirlenmiştir. Gebelerin %32'si yaşamının çoğunun kırsalda geçtiğini %68'i ise büyük şehirde geçtiğini bildirmişlerdir (Tablo 4.1.1).
- Çalışmamıza katılan gebelerin eşlerinin yaş ortalaması $33,44 \pm 6,51$ 'dir. Eşler arasında okuma yazma bilmeyenlerin oranı kadınlara göre çok daha düşük olup %2'dir ve çoğu lise mezunudur (%42). Eşlerin %32'sinin işçi olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.1.2).
- Araştırmamızda bulunan gebelerin ilk evlilik yaşı ortalama $22,25 \pm 4,18$ olarak, ortalama evlilik süresi de $6,99 \pm 5,83$ olarak bulunmuştur. Araştırmamıza katılan gebelerin bugüne kadarki gebelik sayısı ortalama $2,10 \pm 1,07$ olarak bulunmuş ve kadınların % 78'i şuan ki gebeliklerini istediklerini, % 22'si ise istemediklerini belirtmişlerdir. Gebelerin %68'i kendisi tanışarak, %32'si aile düzenlemesi ile evlendirilmiştir (Tablo 4.1.3).
- Gebelik öncesi sürecinizle gebelik sürecinizi kıyasladığınızda cinsel yaşamınızda etkilenme var mı sorusuna gebelerin % 60'ı evet yanıtını vermiştir. Gebelerin % 40'ı gebelikte cinsel yaşam olabileceğini, %19'u cinsel yaşam olmaması gerektiğini, % 24'ü ise hiçbir fikrinin olmadığını belirtmişlerdir (Tablo 4.2.1).
- Yapılan ankette gebelik öncesi ve sonrası cinsel ilişkiyi başlatan kişinin erkek olduğu ve değişmediği saptanmıştır (Tablo 4.2.2).
- Gebelerde gebelik öncesi ve gebelik trimestırlarına göre cinsel ilişkide bulunma sıklığına ilişkin bulgular değerlendirilmiş ve gebelerin trimestırları arttıkça cinsel ilişkide bulunma sıklığının önemli derecede azaldığı görülmüştür (Tablo 4.2.3).
- Gebelerin gebelik öncesi ve gebelik trimestırlarında cinsel ilişkide bulunma istekleri değerlendirilmiş ve cinsel isteğin birinci trimestırda

çok değişkenlik göstermediği fakat üçüncü trimestırda belirgin şekilde azaldığı bulunmuştur (Tablo 4.2.4).

- Gebelerde eşin cinsel isteğini karşılama durumu sorgulanmıştır. Gebelik öncesi eşinin cinsel isteğini %83'ü olumlu karşılarken bu oran üçüncü trimestırda %40'a gerilemiş, gebelik öncesi genellikle reddederim cevabını verenler %4'ten üçüncü trimestırda %29'a yükselmiş olarak bulunmuştur (Tablo 4.2.5).
- Eşinizin cinsel ilişki isteğini reddettiğinizde herhangi bir baskıyla karşılaşılıyor musunuz sorusuna gebelerin % 96'sı hayır yanıtını vermiştir (Tablo 4.2.5).
- Gebelerin cinsel ilişki sürelerine ilişkin verilerde yapılan istatistik sonucunda gebeliğin ilerlemesiyle cinsel ilişki süresinin azaldığı bulunmuştur (Tablo 4.2.6).
- Gebelerden, gebelik öncesi cinsel ilişkisinin %90'ından fazlasında ağrı duyan kişi oranı %3 iken, bu durum 3.trimestırda %11'e; cinsel ilişkisinin %75'inde ağrı duyanların oranı %6 iken gebeliğin 3.trimestırında %15'e yükselmiştir. Hiçbir zaman ağrı duymam diyen gebeler, gebelik öncesi 33 kişi iken bu sayı 3. Trimestırda 17'ye gerilemiştir. Gebelik trimestırı ilerledikçe ağrı duymayanların oranı azalmış kadınların ilerleyen gebelik haftasıyla birlikte daha çok ağrı yaşadığı saptanmıştır (Tablo 4.2.7).
- Gebelerin cinsel ilişkide orgazma ulaşma durumları sorgulanmış ve gebelik öncesi her zaman orgazma ulaşırım cevabını veren kadınların oranı %49 iken gebelik trimestırı arttıkça bu oranın azaldığı ve gebeliğin son trimestırında %22'ye kadar gerilediği saptanmıştır (Tablo 4.2.8).
- Araştırmamızda gebelere her üç trimestırlarında da uyguladığımız IFSF' na göre cinsel disfonksiyon varlığı, gebelik haftası arttıkça anlamlı bir şekilde artmıştır ($p < 0,001$) (Tablo 4.3.1).
- Gebelikte cinsel disfonksiyon varlığı ile mutlu evlilik düşüncesi arasındaki ilişkiye ait bulgularda mutlu bir evliliği olduğunu düşünen gebelerin, 1. trimestırda cinsel disfonksiyon oranı %94,4 (n: 34); 2. trimestırda %97 (n: 64); 3. trimestırda ise %93,7 (n: 74) olarak bulunmuştur (Tablo 4.3.2).
- Gebelikte cinsel disfonksiyon varlığı ile gebeliğin istenmesi arasındaki ilişkiye ait bulgularda, gebeliğin istenen gebelik olmasının cinsel disfonksiyon yaşama durumu ile bir ilişkisinin olmadığı saptanmıştır ($p > 0,05$) (Tablo 4.3.3).

- Gebelikte cinsellik düşüncesi ve cinsel disfonksiyon varlığı arasındaki ilişkiye ait sonuçlarda, gebelikte cinsellik olabilir diyen gebelerin trimestırları arasında anlamlı bir artış veya azalış görülmezken, gebelikte cinsellik olmamalı diyen gebelerin trimestırları ilerledikçe daha fazla cinsel disfonksiyon yaşadıkları görülmüştür ($p<0,05$) (Tablo 4.3.4).
- Gebelere her üç trimestırlarında da uyguladığımız Golombock - Rust Cinsel Doyum Ölçeğine göre cinsel doyum bozukluğu, birinci trimestırda 2,75; ikinci trimestırda 4,89; üçüncü trimestırda 6,64 olarak bulunmuştur ve bu sonuç bize gebelik haftası ilerledikçe kadınlarda cinsel doyum bozukluğunun da anlamlı şekilde arttığını göstermiştir ($p<0,001$) (Tablo 4.3.5).
- Gebelik trimestırlarına göre anksiyete varlığına ilişkin bulgularda, Beck Anksiyete Ölçeğinin istatistiklerine göre kadınlarda 1. trimestırda 9,67, 2. trimestırda 14,92, 3. trimestırda 19,36 ortalama ile trimestır artışıyla doğru orantılı olarak artan anksiyete değerleri saptanmıştır ($p<0,001$) (Tablo 4.4.1.a).
- Gebe kadınlarda trimestırlar arası depresyon ölçeğinden alınan puanlar arasında fark olup olmadığına bakılmış ve trimestır artışıyla birlikte depresyon ölçeği puanlarında da artış görülmüştür ($p<0,001$) (Tablo 4.4.2.a).
- Gebelikte trimestır artışıyla birlikte cinsel fonksiyon bozukluğu ve depresyon şüphesi durumları kıyaslanmış, 2. ve 3. trimestırda aralarında anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0,05$) (Şekil 4.4.2; Şekil 4.4.3).

6.2. Öneriler

Araştırma sonuçlarına ve literatür bulgularına göre aşağıdaki önerilerde bulunuldu:

- Sağlık profesyonellerinin hem eğitim süreçlerinde hem de mezuniyet sonrası eğitim programlarında cinsellik ve cinsel sağlık kapsamlı olarak ele alınmalıdır. Aynı zamanda gebelerin gebelik süreçlerinde cinsel sağlıklarını önce kendileri önemsemeli, çözüm yolları için sağlık çalışanlarından yardım istemeli,
- Eskişehir Büyükdere ve Şarhöyük ASM Bölgesi'ndeki gebelerin büyük çoğunluğunun gebelikte cinsel ilişkiyle ilgili endişelerinin olması veya herhangi bir bilgilerinin olmaması nedeniyle, bu bölgedeki gebe kadınlara gebelikte cinsellik konusunda eğitim verilmeli, antenatal kontrole gelen gebeler belli bir program çerçevesinde eğitilmeli,
- Prenatal bakım veren ebe, hemşire ve doktorlar gebelerin eksik ve yanlış bilgilerini belirleyip bunlara yönelik eğitici ve danışman olarak gebeye ve eşine destek olmalı, kadınlar cinsel yaşamlarında oluşan değişiklikleri ve yaşadığı sorunları ifade etmesi için cesaretlendirilmeli,
- Gebelikte cinsel ilişki sıklığını azaltan nedenler gebelerle tartışılarak gerekli açıklamalar yapılmalı ve sağlıklı gebeliklerde cinsel ilişkinin sürdürülmesine yardımcı olunmalı,
- Aile Sağlığı Merkezlerinde, özellikle bölgenin sosyo-kültürel düzeyi göz önüne alınarak gebelik ve doğum sonrası dönem için cinsel hayat ve cinsel aktiviteler hakkında detaylar içeren broşürler çiftlere verilmeli,
- Gebe kadının cinsel eğitimi sırasında gebeliğe bağlı yaşadığı fiziksel, duygusal, sosyal ve kültürel değişiklikler bir bütün olarak algılanarak cinselliğe bütüncül bir bakış açısı ile yaklaşılmalı,
- Gebelik izleminde, ilgili sağlık personeli genellikle gebeliğin biyolojik ve fizyolojik değişimlerine odaklanmakta, gebeliğin ruhsal yönü belirgin bir ruhsal bozukluk gelişmediği sürece ilgi ve izlem alanının dışında kalmaktadır. Gebeler ruhsal yönden de değerlendirilmeli ve bilgilendirilmelidir. Böylece gebelerin, gebelikte ilgili korku ve kaygıları azaltılabilir ve gebeliğe ruhsal uyum kolaylaşabilir.

7. KAYNAKLAR DİZİNİ

Açıkgöz, F. Cinsel sağlığa yönelik hemşirelik yaklaşım modelleri, Kadın Cinsel Sağlığı, 305-307.

Ahmed, M.R., Madny, E.H. (2014). Prevalence of female sexual dysfunction during pregnancy among Egyptian women, Journal of Obstetrics and Gynaecology Research, 40(4). 1023-29.

Akbaş, E., Vırit, O., Kalenderoğlu, A., Savaş, AH., Sertbaş, G. (2008). Gebelikte sosyodemografik değişkenlerin kaygı ve depresyon düzeyleriyle ilişkisi, Nöropsikiyatri Arşivi, 85-91.

Al Bustan, A., El Tomi, F. (1995). Maternal sexuality during pregnancy and after childbirth in muslim Kuwaiti women, Archives of Sexual Behavior, 207-215.

Altınay, S. (1999). *Gebelikte depresyon prevelansı, sosyo-demografik özellikler, obstetrik risk faktörleri, kaygı düzeyi ve sosyal destek ile ilişkisi*, Uzmanlık Tezi, Ankara Üniversitesi, Ankara

Andersson L., Wulff M., Ström M. (2006) Depression and anxiety during pregnancy and six months postpartum: a follow-up study, Acta Obstet Gynecol, 937-944

Apay, S. (2012). *Yaşamın özel dönemlerinde kadın ve ruh sağlığı: gebelikte ruh sağlığı*, Erzurum: II. Uluslararası VI. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi Özet Kitabı, 68-69.

Arbor, A. (2000). *Sex during pregnancy*. <http://www.med.umich.edu/1libr/womens/pg>

Arıca, S., Alkan, S. (2011). *Gebeliğin cinsel yaşam üzerine etkileri*, 2. Turkish Family Physician, 19-24.

Aristotelis, G., Davis, A., Ghafor, M., Bunchordt, M., Shabsigh, R. (2002). World journal urology, 20: 74-78.

Aslan, G. (2005). *Gebelerde cinsel yaşam ve cinsel sağlık*, 23. Androloji Bülteni, 359-362.

Atasü, T., Şahmay, Ş. (2001). *Cinsel fonksiyon fizyolojisi ve bozuklukları*, 3. İstanbul: Universal Bilimsel Yayınları

Ayvaz, S., Hocoğlu, Ç., Tiryaki, A., Ak, İ. (2006). Trabzon il merkezinde doğum sonrası depresyon sıklığı ve gebelikteki ilişkili demografik risk etmenleri, Türk Psikiyatri Dergisi, Cilt 17 (Sayı 4). 243-251.

Baram, DA. (Ed.). (1998). *Novak jinekoloji*, 12. USA: Williams &Wilkins Maryland, 279-290.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Bartellas, E. (2000). Sexuality and sexual activity in pregnancy, *BJOG*, 107(8): 964-968.
- Berman, J., Berman, L., Goldstein, I. (1999). *Female sexual dysfunction incidence*, *Pathophysiology, Evolution and Treatment Options*, *Urol*, 54: 385.
- Biçer, S. (1997). *Aile planlamasında temel bilgiler*, İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı, Damla matbaacılık, 101-103.
- Bogren, LY. (1991). Changes in sexuality in women and men during pregnancy, *Arch Sex Behav*, 20(1): 35-45
- Boyacıoğlu, G. (1999). *Kadın cinsel işlev bozuklukları*, 2. *Psikiyatri Dünyası*, 54-59.
- Bozdemir, N. (2011). *Cinselliğe ve cinsel sağlığa genel bakış*, 5. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 37-46.
- Carteiro, D., Caldeira, S., Sousa, L. (2016). Clinical validation of the nursing diagnosis of sexual dysfunction in pregnant women, *International Journal of Nursing Knowledge*, 1-6.
- Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği (CETAD), (2008). *Cinsel yaşam ve sorunları*
- Çakır, L., Can, H. (2011). *Gebelikte Sosyo-demografik Değişkenlerin Anksiyete Ve Depresyon Düzeyleriyle İlişkisi*, 3. Cilt (Sayı 2). *Turkish Family Physician*, 35-41.
- Çakmak, S. (2010). *Şizofrenik bozuklukta cinsel işlev bozuklukları: kesitsel bir değerlendirme*, *Uzmanlık Tezi*, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Adana
- Çalık, K., Aktaş, S. (2011). Gebelikte depresyon: sıklık, risk faktörleri ve tedavisi, 3. Cilt (Sayı 1). *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 142-162.
- Çelik, F., Köken, G., Yılmaz, M. (2013). Gebelikte depresyon semptomlarının sıklığı ve depresyon gelişimini etkileyen faktörler, 7. Cilt (Sayı 2). *Anatol J Clin Investig*, 110-117.
- Çorbacıoğlu, A., Bakır, V.L., Akbayır, Ö., Göksedef, B.P., Akça, A. (2012). The role of pregnancy awareness on female sexual function in early gestation, *J Sex Med* 9. 1897-1903
- Dağlar, G., Nur, N. (2014). Gebelerin stresle başa çıkma tarzlarının anksiyete ve depresyon düzeyi ile ilişkisi, *Cumhuriyet Tıp Dergisi*, 36, 429-441.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Demirel, N., Gürler, S. (2010). Klinik çalışmalarda örneklem genişliğinin belirlenmesinde pratik yaklaşımlar, *Kafkas Univ Vet Fak Derg*, 16(2), 205-2011.
- Demirezen, E. (2006). *Birinci basamakta kadın cinselliğinin değerlendirilmesi*, 15. Cilt (Sayı 5). Sted, 79-81.
- Doğan, S. (2011). Cinsel işlev bozuklukları, depresyon ve antidepresanlar, *Journal of Mood Disorders*, 81-85.
- Erci, B., Tortumluoğlu, G., Kılıç, D. (2003). Anksiyete ile baş etme eğitiminin adölesanlarda anksiyete düzeyine etkisi, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, Cilt 6 (Sayı 3). 57-61.
- Eroğlu, K., Karaöz, S. (1997). *Kürtajın cinsel yaşam üzerine etkisi*, 4. Cilt (Sayı 1). Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 43-50.
- Ertem, S., Sevil, Ü. (2010). *Gebeliğin cinselliğe etkisi*, 85. Cilt (Sayı 1). *Dirim Tıp Gazetesi*, 40-47.
- Eryılmaz, G., Ege, E., Zincir, H. (2002). *Gebelikte cinsel yaşamı etkileyen faktörlerin incelenmesi*, 5. Cilt (Sayı 1). Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 11-18.
- Fışkın, G., Beji, N. Cinsel fonksiyonun değerlendirilmesi ve hemşirenin rolü, *Kadın Cinsel Sağlığı*, 73-76.
- Fitzpatrick, LA. (2004). *Libido and the perimenopausal women*, 11(2): 136-137.
- Foux, R. (2008). Sex Education in Pregnancy, 3. *Sexual and Relationship Theraphy*, 271-277.
- Gillian, A., Andrews, G., Tindall, B. (1997). *Women's Sexual Health*, 111-131.
- Gökyıldız, Ş. (2001). *Gebeliğin cinsel yaşam üzerine etkilerinin belirlenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul
- Güler, K., Yıldız, A. (1988). Gebelikte cinsel ilişki, *Hemşirelik Bülteni*, 3.Cilt (Sayı 12). 39-43.
- Gümüş, A., Çevik, N. (2011). *Gebelikte benlik saygısı ve beden imajı ile ilgili özellikler*, 5. *Anatol J Clin Investig*, 7-14.
- Gürel, H., Atar Gürel, S. (1999). Dyspareunia, back pain and chronic pelvic pain: the importance of this pain complex in gynecological practice and its relation with grandmultiparity and pelvic relaxation, *Gynecol Obstet Invest*, 48(2): 119-122

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

Hisli, N. (1988). Beck Depresyon Envanteri'nin geçerliliği üzerine bir çalışma, *Psikoloji Dergisi*, 6. 118-126.

Isajeva, J., Silkunas, M. (2012). Features of the sexual life during pregnancy, *Acta Medica Lituanica*, 67-74.

İncesu, C. (2004). *Cinsel işlevler ve cinsel işlev bozuklukları*, 3. İstanbul: Klinik Psikiyatri Dergisi

Johnson, C.E. (2011). Sexual Health during pregnancy and the postpartum, *J Sex Med*, 8. 1267-84.

Karaçam, Z., Ançel, G. (2005). *Gebelikte depresyon, anksiyete ve etkileyici faktörler*, Ankara: 4. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi Özet Kitabı, 183.

Karakoyunlu, F. (2007). *Evli kadınlarda cinsel disfonksiyon görülme sıklığı*, Yüksek Lisans Tezi, Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Antalya

Karakoyunlu, F., Öncel, S. (2009). Cinsel fonksiyon bozukluklarında kadına ait hemşirelik bakım süreci örneği, 12. Cilt (Sayı 3). Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 82-92.

Karataylı, S. (2007). *Gebelerde Trimestirler Arası Depresyon, Anksiyete, Diğer Ruhsal Belirtiler Ve Yaşam Kalitesi Düzeyleri*, Uzmanlık Tezi, Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Konya

Kızıltepe, A. (2006). *Total histerektomili kadınların benzer yaş grubundaki histerektomi olmayan kadınlarla cinsel işlevler açısından karşılaştırılması*, Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi, Sağlık Bakanlığı Bakırköy Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

Kontayannis, M. (2012). *Sexual Intercourse During Pregnancy*, *Health Science Journal*, 82-87.

Koyun, A. (2012). *Gebelikte cinsel fonksiyonların değerlendirilmesi*, 3. Cilt (Sayı 3). Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 170-174.

Kömürcü, N., Demirci, N., Yıldız, H., Gün, H. (2014). Türkiye'deki hemşirelik dergilerinden cinselliğe bakış: bir literatür incelemesi, 11. Cilt (Sayı 1). Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 9-17.

Kuğu, N., Akyüz, N. (2001). Gebelikte Ruhsal Durum, 1. Cilt (Sayı 23). Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 61-64.

Kurki, T., Ylikorkala, O. (1994). Coitus during pregnancy is not related to bacterial vaginosis or preterm birth, *American Journal of Obstetric and Gynecology*, 1130-4.

Kütmeç, C. (2009). *Kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu ve hemşirelik bakımı*, 4. Cilt (Sayı 12). Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

Lowdermilk, DL., Bobak, JM., Perry, SE. (1996). *Maternity and women's health care*, St Louis (MO), Mosby, 51-56.

Murtagh, J. (2010). Female sexual function, dysfunction and pregnancy: implications for practise, *Journal of Midwifery&Women's Health*, 55(5): 438-46.

Naim, M., Bhutto, E. (2000). Sexuality during pregnancy in Pakistani women, *J Park Med Assoc*, 50(1): 33-38.

Nazik, E., Eryılmaz, G. (2011). *Kadında dispareni ve hemşirelik yaklaşımı*, 4.Cilt (Sayı 1). Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanat Dergisi, 211-215.

Nelson, A. (2003). Transition to motherhood, *Journal of Obstetric and Gynecologic Nursing*, 32(4): 465-477.

Oktay, M., Tombul, K. (2003). 200 *Vajinismus vakası ve eşlerinin psikolojik yönden incelenmesi*, 41.Cilt (Sayı 3). Yeni Sempozyum Dergisi, 115-119.

Oruç, S. (1999). Sexual behaviour during pregnancy, *Aust NZJ Obstet. Gynaecol*, 39 (1): 48-50.

Özdemir, E. (2009). *Gülveren Sağlık Ocağı Bölgesi'nde 20 yaş ve üzeri evli kadınlarda üriner inkontinansın yaşam kalitesi ve cinsel fonksiyon üzerine etkisi*, Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Eskişehir

Özerdoğan, N., Sayiner, F.D., Köşgeroğlu, N., Ünsal, A. (2009). *40-65 Yaş grubu kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu prevalansı, depresyon ve diğer ilişkili faktörler*, 2.Cilt (Sayı 2). Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanat Dergisi, 46-57.

Özmen, E. (1999). *Cinsel mitler ve cinsel işlev bozuklukları*, 2. Psikiyatri Dünyası, 49-53.

Özorhan, EY., Ejder Apay, S., Şahin Altun, Ö. (2014). Gebelikte ruh sağlığı, 2. Cilt (Sayı 3). Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik E-Dergisi, 34-42.

Parrinder, G. (2003). *Dünya dinlerinde cinsel ahlak*, 1. İstanbul: Say Yayınları, 355-367.

Pehlivan, K. (2004). Kadın Psikiyatrik Hastalarının Cinsel Yaşam, Evlilik, Aile Planlaması ve Kontrasepsiyon, Gebelik ve Çocuk Sahibi Olması, AIDS, Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Açısından Riskli Davranışlarının Genel Popülasyonla Karşılaştırmalı Çalışması, Uzmanlık Tezi, Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi, İstanbul

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

Plitteri, A. (1999). Maternal&Child Health Nursing Care of the Childbearing&Childrearing Family, 88-90

Poroy, A. (1996). *Modern doğum ve gebelik el kitabı*, İstanbul: Akpomed Tıbbi Hizmetler Ltd. Şti Yayını, 123-133.

Reis, N. (2001). *Cinsel olgunluk dönemindeki kadının üreme sağlığı*, 4. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 48.

Solberg, D.A., Butler J., (1973). Sexual behavior in pregnancy, NEJM, 1098-1103.

Sönmez, D. (2015). Gebelikte Sigara Kullanımı, Gebelikte Sigara Kullanımına Anksiyetenin ve Mutluluğun Etkisinin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Aydın

Sydow, KV. (1999). Sexuality during pregnancy and after childbirth: a metacontent analysis of 59 studies, Journal Psychosomatic Research, 47(1): 27-49.

Şahin, P. (2015). Gebelikte Depresyon ve Anksiyete Belirti Düzeyi ve İlişkili Faktörler, Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Mersin

Şahin, S., Cevahir, R., Sözeri, C. (2006). *Sakarya Doğum ve Çocuk Bakımevi Hastanesi'ne isteğe bağlı kürtaj için başvuran kadınların değerlendirilmesi*, 1. Cilt (Sayı 1). Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 17-32.

Şatıroğlu, H., Aydınuraz, B. (2007). *Vajinal Kandidiyazis*, 14.Cilt (Sayı 3). İç Hastalıkları Dergisi, 168-170.

Tekgöz, İ., Sunay, D., Çaylan, A., Kısa, C. (2009). Gebeliğin son 3 ayında anksiyete bozukluğu ve ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi, Türk Aile Hekimliği Dergisi, 13, 132-136.

Taşkın, L. (2005). Doğum ve kadın hastalıkları, 2. Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık, 112-113.

Tekin, N. (1995). İstanbul İlinde Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezlerine Başvuran Evli Kadınların Cinsel Sorunları ve Sağlık Ekibi Üyelerinin Konuya Yaklaşımı, Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul

T.C. Sağlık Bakanlığı, (2009). *Üreme sağlığına giriş*, Ana Çocuk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Ankara: 4-30.

T.C. Sağlık Bakanlığı, (2014). *Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması-2013*, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

Torkestani, F., Hadavand, S. (2012). Frequency and perception of sexual activity during pregnancy in Iranian couples, Royan Institute, International Journal of Fertility and Sterility, 107-110.

Tuğut, N., Gölbaşı, Z. (2014). Cinselliğin değerlendirilmesi: hemşireler için öneriler ve klinik stratejiler, 11.Cilt (Sayı 2). Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 59-64.

Tunç, S. (2005). Gebelik ve cinsel doyum, Disiplinler Arası Sosyal Psikiyatri Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara

World Health Organization, (2010). Developing sexual health programmes. WHO/RHR/HRP/10.22

Uğuz, Ş., Toros, F., İnanç, B., Çolakkadıoğlu, O. (2004). Zihinsel ve/veya bedensel engelli çocukların annelerinin anksiyete depresyon ve stres düzeylerinin belirlenmesi, Klinik Psikiyatri Dergisi, 7. 42-47.

Ulusoy, M., Şahin, NH., Erkmen, H. (1998). Turkish version of the beck anxiety Inventory, psychometric properties, Journal of Cognitive Psychotherapy, 12. 163-172.

Yaşan, A., Eşsizoğlu, A., Yalçın, M., Özkan, M. (2008). Bir üniversite hastanesinde çalışan araştırma görevlilerinde iş memnuniyeti anksiyete düzeyi ve ilişkili etmenler, Dicle Tıp Dergisi, Cilt 35 (Sayı 4). 228-233.

Yaşar, H., Özkan, L., Tepeler, A. (2010). *Kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluklarına güncel yaklaşım*, 1. Cilt (Sayı 3). Klinik ve Deneysel Araştırmalar Dergisi, 235-240.

Yeniell, A.O., Petri, E. (2014). Pregnancy, childbirth and sexual function: perceptions and facts, Int Urogynecol J, 25. 5-14.

Yıldız, H., Pınar, R. (2004). Myokard infarktüsü hastalarda cinsel disfonksiyon-orijinal araştırma, Anadolu Kardiyoloji Dergisi, 19. 1,16.

Yılmaz, C.A., Eryılmaz, H.Y. (2004). Kadın cinsel fonksiyon sorgulama indeksinin geçerlilik-güvenirlilik çalışması, Androloji Bülteni, 18. 275-276.

Yücel, P., Çayır, Y., Yücel, M. (2013). Birinci trimestır gebelerde depresyon ve anksiyete bozukluğu, 16. Cilt. Klinik Psikiyatri Dergisi, 7-17.

8.EKLER DİZİNİ

EK-1

ANKET FORMU

1. Yaşınız:
2. Öğrenim düzeyiniz:
 - () okur-yazar değil
 - () okur-yazar
 - () ilkokul
 - () lise
 - () üniversite
3. Mesleğiniz:
4. Eşinizin yaşı:
5. Eşinizin öğrenim düzeyi:
 - () okur-yazar değil
 - () okur-yazar
 - () ilkokul
 - () lise
 - () üniversite
6. Eşinizin mesleği:
7. Yaşamınızın çoğu nasıl bir yerleşim merkezinde geçti?
 - () köy, kasaba
 - () kent
 - () büyükşehir
8. Gebelik haftanız:
9. Bugüne kadarki gebelik sayınız:
10. Bugüne kadar yaptığınız canlı doğum sayınız:
11. Çocuk sayınız:
12. Evlilik yaşı:
13. Kaç yıldır evlisiniz?
14. Eşinizle nasıl evlendiniz?
 - () kendimiz tanışarak
 - () görücü usulü ile
15. Mutlu bir evliliğiniz olduğunu düşünüyor musunuz?
 - () evet
 - () hayır

16. Eşinizle kendinize ait bir odanız var mı?
 evet
 hayır
17. Bu gebeliği istemiş miydiniz?
 evet
 hayır
18. Şuan ki gebeliğinizde herhangi bir sağlık probleminiz var mı? (anomali bebek, düşük tehdidi, kanama riski vb.)
 evet
 hayır
19. Daha önceki gebelik sürecinizle şuan ki gebelik sürecinizi kıyasladığınızda cinsel yaşamınızın etkilenme durumu arasında fark var mı?
 evet
 hayır
20. Gebelikte cinsel yaşam konusunda ne düşünüyorsunuz?
 gebelikte cinsel yaşam olabilir
 gebelikte cinsel yaşam olmamalı
 gebelikte cinsel yaşam bebek sağlığı açısından risk yaratır
 Gebelikte cinsel yaşam anne sağlığı açısından risk yaratır
 hiçbir fikrim yok
21. Gebelikten önce cinsel ilişki sıklığınız neydi?
 günde 1 kereden fazla
 günde 1 kez
 haftada 3-4 kez
 haftada 2 kez
 haftada 1 kez
 iki haftada 1 kez
 ayda 1 kez
 ayda 1 kereden daha az
 hiç
22. Gebelikte cinsel ilişki sıklığınız nedir?
 günde 1 kereden fazla
 günde 1 kez
 haftada 3-4 kez
 haftada 2 kez
 haftada 1 kez
 iki haftada 1 kez
 ayda 1 kez
 ayda 1 kereden daha az
 hiç

23. Gebelikten önce cinsel ilişkiyi genellikle kim başlatırdı?
 genellikle ben başlatırım
 genellikle eşim başlatır
 eşim ve ben eşit sıklıkta başlatırız
24. Gebelikte cinsel ilişkinizi genellikle kim başlatır?
 genellikle ben başlatırım
 genellikle eşim başlatır
 eşim ve ben eşit sıklıkta başlatırız
25. Gebelikten önce hangi sıklıkta cinsel istek duyardınız? (cinsel istek, cinsel ilişkiyi arzulama, cinsel ilişki kurmayı planlama, ilişki olmadığına sıkıntı duymayı vb. içerir)
 günde 1 kereden çok
 günde 1 kez
 haftada 3-4 kez
 haftada 1 kez
 iki haftada 1 kez
 ayda 1 kez
 ayda 1 kereden az
 hiç
26. Gebelikte hangi sıklıkta cinsel istek duyarsınız? (cinsel istek, cinsel ilişkiyi arzulama, cinsel ilişki kurmayı planlama, ilişki olmadığına sıkıntı duymayı vb. içerir)
 günde 1 kereden çok
 günde 1 kez
 haftada 3-4 kez
 haftada 1 kez
 iki haftada 1 kez
 ayda 1 kez
 ayda 1 kereden az
 hiç
27. Gebelikten önce eşinizin cinsel ilişki isteğini genellikle nasıl karşıladınız?
 genellikle isteyerek kabul ederim
 genellikle isteksiz kabul ederim
 çoğunlukla reddederim
28. Gebelikte eşinizin cinsel ilişki isteğini genellikle nasıl karşılırsınız?
 genellikle isteyerek kabul ederim
 genellikle isteksiz kabul ederim
 çoğunlukla reddederim

29. Gebelikten önce cinsel birleşmeniz genellikle ne kadar sürerdi?

- 1-2 dk.
- 3-4 dk.
- 5-7 dk.
- 8-10 dk.
- 11-15 dk.
- 16-20 dk.
- 21-30 dk.

30. Gebelikte cinsel birleşmeniz genellikle ne kadar sürer?

- 1-2 dk.
- 3-4 dk.
- 5-7 dk.
- 8-10 dk.
- 11-15 dk.
- 16-20 dk.
- 21-30 dk.

31. Gebelikten önce cinsel birleşmenizin ne kadarında cinsel organınızda ağrı duyarsınız?

- hemen hemen, daima, %90'dan fazla
- genellikle, %75 inde
- bazen, %50 sinde
- seyrek, %25 ten az
- çok seyrek, %10'dan az
- hiçbir zaman

32. Gebelikte cinsel birleşmenizin ne kadarında cinsel organınızda ağrı duyarsınız?

- hemen hemen, daima, %90'dan fazla
- genellikle, %75 inde
- bazen, %50 sinde
- seyrek, %25 ten az
- çok seyrek, %10'dan az
- hiçbir zaman

33. Gebelik öncesi cinsel ilişkide orgazma (cinsel doyum) ulaşıyor muydunuz?

- hiçbir zaman
- zaman zaman
- her zaman

34. Gebelikte cinsel ilişkide orgazma (cinsel doyum) ulaşıyor musunuz?

- hiçbir zaman
- zaman zaman
- her zaman

35. Gebe kaldıktan sonra eşinizin cinsel ilişki isteğini reddettiğinizde herhangi bir baskıyla karşılaşılıyor musunuz?

- evet
- hayır



EK-2

KADINLARDA CİNSEL FONKSİYONLARI SORGULAMA FORMU

INDEX OF FEMALE SEXUAL FUNCTION (IFSF)

1- Son 4 hafta içinde eşinizle cinsel birleşme sırasında ne sıklıkla rahatsızlık yaşadınız?

- 1.** Cinsel birleşme girişiminde bulunmadım
- 2.** Hemen her zaman ya da her zaman
- 3.** Çoğu zaman (yarıdan çok daha fazlasında)
- 4.** Bazen (yaklaşık yarısında)
- 5.** Birkaç kere (yarıdan çok daha azında)
- 6.** Hemen hemen hiç

2- Son 4 hafta içinde eşinizle cinsel birleşme sırasında ne sıklıkla vajinal kuruluştan yakındınız?

- 1.** Cinsel birleşme girişiminde bulunmadım.
- 2.** Hemen her zaman ya da her zaman.
- 3.** Çoğu zaman (yarıdan çok daha fazlasında)
- 4.** Bazen (yaklaşık yarısında)
- 5.** Birkaç kere (yarıdan çok daha azında)
- 6.** Hemen hemen hiç

3- Son 4 hafta içinde ne sıklıkla cinsel birleşme girişiminde bulundunuz?

- 1.** 0
- 2.** 1-2
- 3.** 3-4
- 4.** 5-6
- 5.** 7-10
- 6.** 11+

4- Son 4 hafta içinde ne sıklıkla cinsel istek duydunuz?

- 1.** Neredeyse hiç ya da hiç
- 2.** Birkaç kere (yarısından çok daha azında)
- 3.** Bazen (yaklaşık yarısında)
- 4.** Çoğu zaman (yarıdan çok daha fazlasında)
- 5.** Hemen hemen her zaman ya da her zaman

5- Son 4 hafta içinde cinsel istek düzeyinizi nasıl buluyorsunuz?

- 1.** Çok düşük ya da hiç yok
- 2.** Düşük
- 3.** Orta
- 4.** Yüksek
- 5.** Çok yüksek

6- Son 4 hafta içinde eşinizle cinsel ilişkiniz ne kadar doyurucuydu?

- 1.** Hiç doyurucu değil
- 2.** Pek doyurucu değil
- 3.** Yarı yarıya
- 4.** Orta derecede doyurucu
- 5.** Çok doyurucu

7- Son 4 hafta içinde cinsel yaşamınız genel olarak ne kadar doyurucuydu?

- 1.** Hiç doyurucu değil
- 2.** Pek doyurucu değil
- 3.** Yarı yarıya
- 4.** Orta derecede doyurucu
- 5.** Çok doyurucu

8- Son 4 hafta içinde cinsel uyarılma ya da birleşme sırasında ne sıklıkla orgazm oldunuz?

- 1.** Neredeyse hiç ya da hiç
- 2.** Birkaç kere (yarısından çok daha azında)
- 3.** Bazen (yaklaşık yarısında)
- 4.** Çoğu zaman (yarıdan çok daha fazlasında)
- 5.** Hemen hemen her zaman ya da her zaman

9- Son 4 hafta içinde cinsel uyarılma ya da birleşme sırasında klitorisinizdeki duyarlılığı nasıl değerlendiriyorsunuz?

- 1.** Çok düşük ya da hiç yok
- 2.** Düşük
- 3.** Orta
- 4.** Yüksek
- 5.** Çok yüksek

EK-3

GOLOMBOK- RUST CİNSEL DOYUM ÖLÇEĞİ

1. Son 1 aydır cinsel yaşama karşı ilgisizlik duyar mısınız?
() hiçbir zaman () nadiren () bazen () çoğu zaman () her zaman
2. Son 1 aydır eşinize, cinsel ilişkinizle ilgili nelerden hoşlanıp, nelerden hoşlanmadığınızı sorar mısınız?
() hiçbir zaman () nadiren () bazen () çoğu zaman () her zaman
3. Son 1 aydır, bir hafta boyunca cinsel ilişkide bulunmadığınız oldu mu?
() hiçbir zaman () nadiren () bazen () çoğu zaman () her zaman
4. Son 1 aydır cinsel yönden kolaylıkla uyarılır mısınız?
() hiçbir zaman () nadiren () bazen () çoğu zaman () her zaman
5. Son 1 aydır sizce, sizin ve eşinizin ön sevişmeye (öpme, okşama gibi) ayırdığınız zaman yeterli mi?
() hiçbir zaman () nadiren () bazen () çoğu zaman () her zaman
6. Son 1 aydır kendi cinsel organının giremeyeceği kadar dar olduğunu düşünüyor musunuz?
() hiçbir zaman () nadiren () bazen () çoğu zaman () her zaman
7. Son 1 aydır eşinizle sevişmekten kaçınır mısınız?
() hiçbir zaman () nadiren () bazen () çoğu zaman () her zaman
8. Son 1 aydır cinsel ilişki sırasında doyuma (orgazma) ulaşır mısınız?
() hiçbir zaman () nadiren () bazen () çoğu zaman () her zaman
9. Son 1 aydır eşinize sarılıp, vücudunu okşamaktan zevk alır mısınız?
() hiçbir zaman () nadiren () bazen () çoğu zaman () her zaman
10. Son 1 aydır eşinizle olan cinsel ilişkinizi tatminkâr buluyor musunuz?
() hiçbir zaman () nadiren () bazen () çoğu zaman () her zaman
11. Son 1 aydır gerekirse rahatsızlık ve acı duymaksızın, parmağınızı cinsel organınızın içine sokabilir misiniz?
() hiçbir zaman () nadiren () bazen () çoğu zaman () her zaman

12. Son 1 aydır eşinizin cinsel organına dokunup okşamaktan rahatsız olur musunuz?
() hiçbir zaman () nadiren () bazen () çoğu zaman () her zaman
13. Son 1 aydır eşiniz sizinle sevişmek istediğinde rahatsız olur musunuz?
() hiçbir zaman () nadiren () bazen () çoğu zaman () her zaman
14. Son 1 aydır sizin için doyuma ulaşmanın mümkün olmadığını düşünür müsünüz?
() hiçbir zaman () nadiren () bazen () çoğu zaman () her zaman
15. Son 1 aydır haftada iki defadan fazla cinsel birleşmede bulunur musunuz?
() hiçbir zaman () nadiren () bazen () çoğu zaman () her zaman
16. Son 1 aydır eşinize cinsel ilişkinizle ilgili olarak, nelerden hoşlanıp nelerden hoşlanmadığınızı söyleyebilir misiniz?
() hiçbir zaman () nadiren () bazen () çoğu zaman () her zaman
17. Son 1 aydır eşinizin cinsel organı, sizin cinsel organınıza rahatsızlık vermeden girebilir mi?
() hiçbir zaman () nadiren () bazen () çoğu zaman () her zaman
18. Son 1 aydır eşinizle olan cinsel ilişkinizde sevgi ve şefkatin eksik olduğunu hisseder misiniz?
() hiçbir zaman () nadiren () bazen () çoğu zaman () her zaman
19. Son 1 aydır eşinizin cinsel organınıza dokunup okşamasından zevk alır mısınız?
() hiçbir zaman () nadiren () bazen () çoğu zaman () her zaman
20. Son 1 aydır eşinizle sevişmeyi reddettiğiniz olur mu?
() hiçbir zaman () nadiren () bazen () çoğu zaman () her zaman
21. Son 1 aydır ön sevişme sırasında eşiniz bızırınızı (klitoris) uyardığında doyuma ulaştığınız olur mu?
() hiçbir zaman () nadiren () bazen () çoğu zaman () her zaman
22. Son 1 aydır sevişme boyunca, sadece cinsel birleşme için ayrılan süre sizin için yeterli olur mu?
() hiçbir zaman () nadiren () bazen () çoğu zaman () her zaman

23. Son 1 aydır sevişme sırasında yaptıklarınızdan tiksinti duyar mısınız?
() hiçbir zaman () nadiren () bazen () çoğu zaman () her zaman
24. Son 1 aydır kendi cinsel organınızın, eşinizin cinsel organının derine girmesini engelleyecek kadar dar olduğunu düşünür müsünüz?
() hiçbir zaman () nadiren () bazen () çoğu zaman () her zaman
25. Son 1 aydır eşinizin sizi sevip okşamasından hoşlanır mısınız?
() hiçbir zaman () nadiren () bazen () çoğu zaman () her zaman
26. Son 1 aydır sevişme sırasında cinsel organınızda ıslaklık olur mu?
() hiçbir zaman () nadiren () bazen () çoğu zaman () her zaman
27. Son 1 aydır cinsel birleşme anından hoşlanır mısınız?
() hiçbir zaman () nadiren () bazen () çoğu zaman () her zaman
28. Son 1 aydır cinsel birleşme anında doyuma ulaşır mısınız?
() hiçbir zaman () nadiren () bazen () çoğu zaman () her zaman

EK-4

BECK ANKSİYETE ENVANTERİ (BAE)

Her maddedeki belirtinin bugün dâhil son bir haftadır sizi ne kadar rahatsız ettiğini maddenin yanındaki uygun yere (X) işareti koyarak belirleyiniz.

Sizi ne kadar rahatsız etti?

1.Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma

0 = HİÇ

1= HAFİF DERECEDE

2 = ORTA DERECEDE

3 = CİDDİ DERECEDE

2.Sıcak/ateş basmaları

0 = HİÇ

1= HAFİF DERECEDE

2 = ORTA DERECEDE

3 = CİDDİ DERECEDE

3.Bacaklarda halsizlik titreme

0 = HİÇ

1= HAFİF DERECEDE

2 = ORTA DERECEDE

3 = CİDDİ DERECEDE

4.Gevşeyememe

0 = HİÇ

1= HAFİF DERECEDE

2 = ORTA DERECEDE

3 = CİDDİ DERECEDE

5.Çok kötü şeyler olacak korkusu

0 = HİÇ

1= HAFİF DERECEDE

2 = ORTA DERECEDE

3 = CİDDİ DERECEDE

6.Baş dönmesi veya sersemlik

0 = HİÇ

1= HAFİF DERECEDE

2 = ORTA DERECEDE

3 = CİDDİ DERECEDE

7.Kalp çarpıntısı

0 = HİÇ

1= HAFİF DERECEDE

2 = ORTA DERECEDE

3 = CİDDİ DERECEDE

8.Dengeyi kaybetme duygusu

0 = HİÇ

1= HAFİF DERECEDE

2 = ORTA DERECEDE

3 = CİDDİ DERECEDE

9.Dehşete kapılma

0 = HİÇ

1= HAFİF DERECEDE

2 = ORTA DERECEDE

3 = CİDDİ DERECEDE

10.Sinirlilik

0 = HİÇ

1= HAFİF DERECEDE

2 = ORTA DERECEDE

3 = CİDDİ DERECEDE

11.Boğuluyormuş gibi olma duygusu

0 = HİÇ

1= HAFİF DERECEDE

2 = ORTA DERECEDE

3 = CİDDİ DERECEDE

12.Ellerde titreme

0 = HİÇ

1= HAFİF DERECEDE

2 = ORTA DERECEDE

3 = CİDDİ DERECEDE

13.Titrelik

0 = HİÇ

1= HAFİF DERECEDE

2 = ORTA DERECEDE

3 = CİDDİ DERECEDE

14.Kontrolü kaybetme korkusu

0 = HİÇ

1= HAFİF DERECEDE

2 = ORTA DERECEDE

3 = CİDDİ DERECEDE

15.Nefes almada güçlük

0 = HİÇ

1= HAFİF DERECEDE

2 = ORTA DERECEDE

3 = CİDDİ DERECEDE

16.Ölüm korkusu

0 = HİÇ

1= HAFİF DERECEDE

2 = ORTA DERECEDE

3 = CİDDİ DERECEDE

17.Korkuya kapılma

0 = HİÇ

1= HAFİF DERECEDE

2 = ORTA DERECEDE

3 = CİDDİ DERECEDE

18.Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi

0 = HİÇ

1= HAFİF DERECEDE

2 = ORTA DERECEDE

3 = CİDDİ DERECEDE

19.Baygınlık

0 = HİÇ

1= HAFİF DERECEDE

2 = ORTA DERECEDE

3 = CİDDİ DERECEDE

20.Yüzün kızarması

0 = HİÇ

1= HAFİF DERECEDE

2 = ORTA DERECEDE

3 = CİDDİ DERECEDE

21.Terleme (Sıcağa bağlı olmayan)

0 = HİÇ

1= HAFİF DERECEDE

2 = ORTA DERECEDE

3 = CİDDİ DERECEDE

EK-5

BECK DEPRESYON ENVANTERİ (BDE)

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.

- A-** 0. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.
1. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
2. Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
3. O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.
- B-** 0. Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim.
1. Gelecek hakkında karamsarım.
2. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
3. Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
- C-** 0. Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.
1. Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
2. Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
3. Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.
- D-** 0. Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
1. Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
2. Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
3. Her şeyden sıkılıyorum.
- E-** 0. Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.
1. Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
2. Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
3. Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- F-** 0. Bana cezalandırılmışım gibi geliyor.
1. Cezalandırılabilceğimi hissediyorum.
2. Cezalandırılmayı bekliyorum.
3. Cezalandırıldığımı hissediyorum.

- G-** 0. Kendimden memnunum.
1. Kendi kendimden pek memnun değilim.
2. Kendime çok kızıyorum.
3. Kendimden nefret ediyorum.
- H-** 0. Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
1. Zayıf yanların veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.
2. Hatalarımdan dolayı ve her zaman kendimi kabahatli bulurum.
3. Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum.
- I-** 0. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
1. Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.
2. Kendimi öldürmek isterdim.
3. Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.
- J-** 0. Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.
1. Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
2. Çoğu zaman ağlıyorum.
3. Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- K-** 0. Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.
1. Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.
2. Şimdi hep sinirliyim.
3. Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.
- L.** 0. Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.
1. Başkaları ile eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
2. Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybettim.
3. Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.
- M.** 0. Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum.
1. Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
2. Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
3. Artık hiç karar veremiyorum.
- N.** 0. Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.
1. Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
2. Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum.
3. Kendimi çok çirkin buluyorum.

O. 0. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.

1. Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.
2. Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
3. Hiçbir şey yapamıyorum.

P. 0. Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.

1. Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.
2. Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
3. Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.

R. 0. Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.

1. Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
2. Yaptığım her şey beni yoruyor.
3. Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.

S. 0. İştahım her zamanki gibi.

1. İştahım her zamanki kadar iyi değil.
2. İştahım çok azaldı.
3. Artık hiç iştahım yok.

T. 0. Son zamanlarda kilo vermedim.

1. İki kilodan fazla kilo verdim.
2. Dört kilodan fazla kilo verdim.
3. Altı kilodan fazla kilo vermeye çalışıyorum.

U. 0. Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.

1. Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendirmiyor.
2. Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.
3. Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünemiyorum.

V. 0. Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim.

1. Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.
2. Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.
3. Cinsel konular olan ilgimi tamamen kaybettim.

EK-6

ASGARİ BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

" Gebelik Sürecinin Cinsel Fonksiyon Durumuna Etkisi, Anksiyete ve Depresyon İle İlişkisinin İncelenmesi " başlıklı çalışma, bilimsel bir araştırma olup Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans öğrencisi İlknur Aydın tarafından yürütülecektir.

Araştırmanın Amacı: Gebelik anne adayında çeşitli bedensel ve ruhsal değişikliklerin olduğu bir dönemdir. Libido da bu fiziksel ve ruhsal değişikliklerden etkilenmektedir. Gebeliğin çeşitli dönemlerinde libidoda artma ve azalmalar görülebilir. Bununla ilgili olarak yapılan birçok araştırmada ortak görüş, gebelik öncesi durum ile karşılaştırıldığında gebelik döneminde cinsel ilişki sıklığının belirgin olarak azalmakta olduğu yönündedir. Bu saptamalar doğrultusunda planlanan çalışmada gebelere, antenatal dönemde (doğum öncesi gebelik dönemi) hazırlanan anket her trimestrin (gebelikte her üç aylık dönem) son ayında toplamda üç kez uygulanarak gebelerde cinsel fonksiyon, anksiyete ve depresyon ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Araştırmadaki Tedaviler, İzlenecek Yol, Uygulanacak Yöntemler ve Ücret Ödenmesi: Çalışma süresince araştırmaya katılan gebelere herhangi bir tıbbi işlem uygulanmayacaktır. Gebelere, gebeliklerinin ilk, ikinci ve üçüncü trimestirlerinde gebelik öncesi ve gebelik sürecindeki değişiklikleri belirlemek amacıyla hazırlanmış sorulardan oluşan anket formu, cinsel disfonksiyonu belirlemek amacıyla kadın cinsel fonksiyon sorgulama indeksi, cinsel yaşamlarındaki doyumları belirlemek için Golombok Rust cinsel doyum ölçeği, gebelikteki cinsel yaşamın gebelerin ruhsal durumunu etkileme durumunu belirlemek amacıyla da beck anksiyete ve depresyon ölçeği toplamda üç kez araştırmacı tarafından yüz yüze görüşülerek uygulanacaktır. Bu araştırmaya katılacak toplam gebe sayısı örneklem hesabına göre 90 gebe olarak öngörülmektedir.

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size herhangi bir ücret ödeme yapılmayacaktır. Ayrıca, bu araştırma kapsamındaki bütün muayene, tetkik, testler ve tıbbi bakım hizmetleri için sizden veya bağlı bulunduğunuz sosyal güvenlik kuruluşundan hiçbir ücret istenmeyecektir.

Gönüllünün Sorumlulukları: Uygulanan anket formunu eksiksiz doldurması için araştırmacıya açık cevaplar vermesidir.

Araştırmanın beklenen yararları, olası riskleri: Yapılacak olan anket çalışması sonrasında ulaşılan sonuçlar gebelikte cinselliğin gebe açısından ne düzeyde bir sorun olduğunu ortaya koyacak, gebelikte cinselliği destekleyen programların düzenlenmesine katkı sağlayacaktır.

Araştırmanın kişinin sağlığına klinik olarak herhangi bir olumsuz etkisi bulunmamaktadır.

Araştırmanın yapılacağı ve devam ettirileceği şartlar: Araştırma anket ve ölçek uygulama yoluyla devam edecektir. Araştırma

hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, ya da diğer rahatsızlıklarınız için 0506 3711569 numaralı telefondan Eskişehir Sağlık Yüksekokulu Yüksek Lisans Öğrencisi İlknur Aydın'a başvurabilirsiniz.

Araştırmadan çekilme hakkı: Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da araştırmanın herhangi bir aşamasında ayrılabilirsiniz. Bilginiz dahilinde veya isteğiniz dışında, çalışma grubuna dahil edilmeme kriterlerine (Sistematik bir hastalığı olanlar, Abortus imminens tanısı olanlar, Plasenta previa gibi cinselliğin gebelik süresince yasaklandığı durumlar) sahip olmamanız gibi durumlarda araştırmacı tarafından araştırmadan çıkarılabilirsiniz.

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacak ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir.

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin kullanılması konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın kabul ediyorum.

Gönüllünün;

Adı-Soyadı:

Adresi:

Tel:

Tarih ve İmza:

Araştırmacının;

Adı-Soyadı:

Görevi:

Adresi:

Tel:

Tarih ve İmza:

ETİK KURUL ONAYI



ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU BAŞKANLIĞI

Prof. Dr. Selma METİNTAŞ
(Başkan)
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Prof. Dr. Ömür ELÇİOĞLU
(Başkan Yrd.)
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı

Arş. Gör. Dr. Nilüfer DEMİRSOY
(Raportör)
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı

Prof. Dr. Yurdanur AKGÜN
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı

Prof. Dr. Özkan ALATAŞ
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı

Prof. Dr. Cengiz CETİN
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Plastik Rekonstrüktif ve
Estetik Cerrahi Anabilim Dalı

Prof. Dr. Özcan BÖR
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve
Hastalıkları Anabilim Dalı

Prof. Dr. Fatma Sultan KILIÇ
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı

Prof. Dr. Nilüfer ERKASAP
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Fizyoloji Anabilim Dalı

Prof. Dr. Bülent GÖRENEK
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Kardiyoloji Anabilim Dalı

Prof. Dr. Birgül YELKEN
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Anesteziyoloji ve Reanimasyon
Anabilim Dalı

Dr. Ecz. Gökçen YAZ GÜZEY
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Sağlık, Uyg. ve Arş. Hst. Eczanesi

**Yrd. Doç. Dr. Ahmet Haluk
ATALAY**
Anadolu Üniversitesi
Hukuk Fakültesi

Başmüfettiş Mustafa TEZEL
TULOMSAŞ Genel Müdürlüğü

Varol Ümit ULUDAĞ
Eskişehir Yurt Müdürlüğü
Müdür Yardımcısı

Etik Kurul Sekreterliği
Aysun SERTTAŞ
Tel: 0 222 239 29 79 / 4690

Sayı: 80558721/ 03
Konu: Etik Kurul Kararı

01 Kasım 2013

Sayın, Doç. Dr. F. Deniz SAYINER
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu

Tarafımızdan yürütülmekte olan *“Gebelerde cinsel fonksiyon, anksiyete ve depresyon ilişkisinin incelenmesi”* başlıklı proje hakkında alınan karar ilişikte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini saygı ile rica ederim.

Prof. Dr. Selma METİNTAŞ
Etik Kurul Başkanı
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi
İlaç Dışı Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Klinik Araştırmalar Etik Kurulu - Eskişehir
	TELEFON	0 222 239 29 79 – Dahili: 4690
	FAKS	0 222 239 37 72
	E-POSTA	etikkurul@ogu.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Gebelerde cinsel fonksiyon, anksiyete ve depresyon ilişkisinin incelenmesi			
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	-			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç.Dr.F.Deniz SAYINER			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-			
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>		
FAZ 4		<input type="checkbox"/>			
Gözlemsel ilaç çalışması		<input type="checkbox"/>			
İlaç dışı klinik araştırma		<input checked="" type="checkbox"/>			
	Diğer ise belirtiniz: Yüksek Lisans Tezi				
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>	

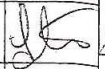
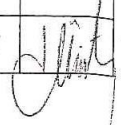
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili			
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	15.04.2013	-	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	15.04.2013	-	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
	OLGU RAPOR FORMU	-	-	Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama					
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>					
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>					
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>					
	İLAN	<input type="checkbox"/>					
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>					
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>					
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>					
DİĞER:	<input type="checkbox"/>	1- Hasta Takip Formu 2- İyi Klinik Uygulamalar Taahhütnamesi (İmzalı) 3- Dünya Tıp Birliği Helsinki Bildirgesi (İmzalı) 4- Literatürler 5- Özgeçmiş Formları					
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 06	Tarih: 23.10.2013					
Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmannın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmannın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.							

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof.Dr.Selma METİN TAŞ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
			E <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Selma METİN TAŞ	Halk Sağlığı	Eskişehir Osmangazi Üniv. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Ömür ELÇİOĞLU	Tıp Tarihi ve Etik	Eskişehir Osmangazi Üniv. Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Arş.Gör.Dr.Nilüfer DEMİR SOY	Tıp Tarihi ve Etik	Eskişehir Osmangazi Üniv. Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Yurdanur AKGÜN	Tıbbi Mikrobiyoloji	Eskişehir Osmangazi Üniv. Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Özkan ALATAŞ	Tıbbi Biyokimya	Eskişehir Osmangazi Üniv. Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Cengiz ÇETİN	Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi	Eskişehir Osmangazi Üniv. Tıp Fakültesi Plastik Rek. ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Özcan BÖR	Çocuk Sağ. ve Hast.	Eskişehir Osmangazi Üniv. Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Fatma Sultan KILIÇ	Tıbbi Farmakoloji	Eskişehir Osmangazi Üniv. Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Nilüfer ERKASAP	Fizyoloji	Eskişehir Osmangazi Üniv. Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Bülent GÖRENEK	Kardiyoloji	Eskişehir Osmangazi Üniv. Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

Prof.Dr.Birgöl YELKEN	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	Eskişehir Osmangazi Üniv. Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Rean. Anabilim Dalı	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Dr.Ecz.Gökçen YAZ GÜZEY	Farmakolog	Eskişehir Osmangazi Üniv. Tıp Fakültesi Sağlık, Uyg. ve Arş Hst. Eczanesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd.Doç.Dr.Ahmet Haluk ATALAY	Hukuk	Anadolu Üniv. Hukuk Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Başmüfettiş Mustafa TEZEL	Maliye	TÜLOMSAŞ Genel Müdürlüğü	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Müdür Yard. Varol Ümit ULUDAĞ	İşletme	KYK Eskişehir Yurdu	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

*:Toplantıda Bulunma

ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU BAŞKANLIĞI

KARAR FORMU

Karar Tarihi: 23 Ekim 2013

Karar Sayısı: 06

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu Doç.Dr.F.Deniz SAYINER (Tez Danışmanı) ve Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Doğum Yoğun Bakım Hemşire İlknur AYDIN (Tez Sahibi) tarafından yürütülen "**Gebelerde cinsel fonksiyon, anksiyete ve depresyon ilişkisinin incelenmesi**" başlıklı çalışmanın görüş ve öneriler doğrultusunda yapılmasının uygun olduğuna oy birliğiyle karar verilmiştir. Çalışmanızda başarılar dileriz.

ASLI GİBİDİR

EK-8

HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ İZİN YAZISI



Sağlık Bakanlığı
ESKİŞEHİR
SAĞLIK
MÜDÜRLÜĞÜ

T.C.
ESKİŞEHİR VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



27 Aralık 2013

Sayı : 59313938/99/ 388 14216.
Konu : Anket İzni

ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü)

İlgi:13.11.2013 tarih ve 546 sayılı yazınız.

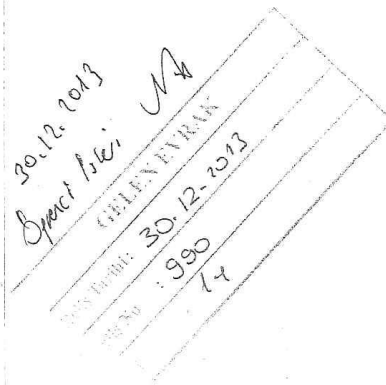
İlgi yazınıza istinaden Halk Sağlığı Müdürlüğü tarafından gönderilen 13.11.2013 tarih ve 546 sayılı cevabi yazı ekte gönderilmiştir.
Bilgilerinize rica ederim.

Dr. Ali MUMCU
İl Sağlık Müdürü

Ek:1

İstiklal Mah. Şair Fuzuli Cad. No: 1 26010 ESKİŞEHİR
Araştırma Bilgi Sistemleri, Sağlık Geliştirilmesi ve Halk Sağlığı
Telefon: (0 222) 230 27 81 / Dahili:172 Faks: (0 222) 230 27 81
e-posta: essaglikarge@eskisehirsaglik.gov.tr Elektronik Ağ

S.S.GÜL
...at





T.C.
TÜRKİYE HALK SAĞLIĞI KURUMU
Eskişehir Halk Sağlığı Müdürlüğü



23 Aralık 2013



Sayı : 14198468- 010.07 - 13910
Konu : Anket İzni


ESKİŞEHİR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE
(Araştırma Bilgi Sistemleri, Sağlığın Geliştirilmesi ve Halk Sağlığı Şubesi)

İlgi: 21.11.2013 tarih ve 344/12820 sayılı yazınız.

İlgi tarih ve sayılı yazıda Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans programına kayıtlı öğrenci İlknur AYDIN'ın "Gebelerde Cinsel Fonksiyon, Anksiyete ve Depresyon İlişkisinin İncelenmesi" adlı tez çalışmasının gelişimi için Büyükdere Aile Sağlığı Merkezi ve Şarhöyük Aile Sağlığı Merkezinde araştırmaya gönüllü gebe kadınlar üzerinde anket uygulamasını yapmak için izin verilmesi istenmektedir.

Belirtilen Aile Sağlığı Merkezinde, Sağlık Hizmeti almak üzere Aile Sağlığı Merkezine başvuran hastalar arasından gönüllü olanlarla, Sağlık Hizmet sunumunu engellemeden çalışma öncesi çalışma ile ilgili etik kurul onayının, çalışmanın yapılacağı gün ve saatlerin, çalışmada anketi uygulayacak araştırmacıların isim ve kimlik bilgilerinin Müdürlüğümüze gönderilmesi, çalışma sonrası elde edilen bulgu ve üretilen bilimsel yayınların Müdürlüğümüzle paylaşılması kaydı ile uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.


Dr. Kadir DEMİREL
Halk Sağlığı Müdürü

25 Aralık 2013

26.12.2013 / 499

ESKİŞEHİR İL SAĞ. MÜD. GELEN EVRAK	
Kayıt Tarihi	
Kayıt No	15083
Verildiği Şb.	

Halk Sağ. Hizm.

Toplum Sağlığı Hizmetleri Şubesi
Arifiye Mah. İki Eylül Cad. PTT Çıkmazı Sk. PTT Baş Müdürlüğü Binası Asma Kat
Tel: 0222 230 73 20 / 1201-1202-1205-1206
Faks: 0222 230 40 89
irtibat: B.S.GÜL

9. ÖZGEÇMİŞ

Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı : İlknur Kızılkaya
Doğum tarihi ve yeri : 18.08.1989 / Samsun
Uyruğu : T.C
Medeni durumu : Evli
İletişim adresleri : first_light.of.god@hotmail.com

Eğitim Durumu

1996-2003: Otuz Ağustos İlköğretim Okulu
2003-2007: Cumhuriyet Yabancı Dil Ağırlıklı Lisesi
2007-2011: Adnan Menderes Üniversitesi Aydın Sağlık Yüksekokulu
2011-2016: Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans Programı

Mesleki Deneyim

2011-20114: Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakóltesi / Kadın Doğum Yoğun Bakım
2014-Halen: Dr. Sami Ulus Eğitim ve Araştırma Hastanesi / Endokrinoloji Servisi