



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**DOĞUM ŞEKLİNİN KADIN CİNSEL İŞLEVİ ÜZERİNE ETKİSİNİN
İNCELENMESİ**

MERVE TOPAÇ
YÜKSEK LİSANS TEZİ

EBELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
DR. ÖĞR. ÜYESİ NURSEN BOLSOY

MANİSA-2019



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**DOĞUM ŞEKLİNİN KADIN CİNSEL İŞLEVİ ÜZERİNE ETKİSİNİN
İNCELENMESİ**

MERVE TOPAÇ
YÜKSEK LİSANS TEZİ
EBELİK ANABİLİM DALI

Dr. Öğr. Üyesi Nursen BOLSOY

(Tez Danışmanı)

Dr. Öğr. Üyesi Selma ŞEN

(Jüri Üyesi)

Dr. Öğr. Üyesi Nuray EGELİOĞLU CETİŞLİ

(Jüri Üyesi)

MANİSA-2019

BEYAN

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

Merve TOPAÇ

TEŞEKKÜR

Tez çalışmam sırasında bilimsel desteği için danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Nursen Bolsoy'a, desteğini esirgemeyen değerli hocam Dr. Öğr. Üyesi Selma Şen'e, tez dönemim boyunca yanımda olan Ebe Gözde Sezer'e, yorulduğum zorlu süreçte beni destekleyen ve yardımlarını esirgemeyen akademik kariyerin bana kazandırdığı değerli arkadaşım Ebe Benay Oğuz Gülşen'e, yüksek lisans eğitimimde bana emeği geçen tüm hocalarıma, Van Muradiye Devlet Hastanesi'nde beni destekleyen meslektaşlarıma ve hayatım boyunca beni destekleyip, cesaretlendiren aileme,

Teşekkür Ederim...

*Merve TOPAÇ
Manisa, 2019*

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Kadınların Sosyo-demografik Özelliklerinin Dağılımı

Tablo 2. Eşlerin Sosyo-demografik Özelliklerinin Dağılımı

Tablo 3. Kadınların Obstetrik Özelliklerinin Dağılımı

Tablo 4. Vajinal Doğum Yapan Kadınların Doğumlarına İlişkin Özelliklerinin Dağılımı

Tablo 5. Kadınların Bebeklerine Ait Bilgilerinin Dağılımı

Tablo 6. Kadınların Cinsel Yaşam ve Hastalık Bilgilerinin Dağılımı

Tablo 7. Doğum Şekline Göre Kadınlarda Cinsel İşlev Ölçeği Puan Ortalamalarının İncelenmesi

Tablo 8. Doğum Şekline Göre Kadınlarda Cinsel İşlev Bozukluklarının Karşılaştırılması

Tablo 9. Kadınların Bebeklerine Ait Bilgiler ile Kadınlarda Cinsel İşlev Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

Tablo 10. Kadınların Emzirme Döneminde Cinsel Yaşamın Etkilenme Durumu ile Kadınlarda Cinsel İşlev Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

KISALTMALAR

FSFI: Female Sexual Function Index

KCiÖ: Kadın Cinsel İşlev Ölçeği

CETAD: Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği

TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları

WHO: World Health Organization

CİB: Cinsel İşlev Bozukluğu

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

UNICEF: United Nations International Children's Emergency Fund

BEYAN.....	i
TEŞEKKÜRLER.....	ii
TABLolar DİZİNİ.....	iii
KISALTMALAR.....	iv
İÇİNDEKİLER.....	v
ÖZET.....	1
ABSTRACT.....	2
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	3
1.1 Araştırmanın Konusu ve Önemi.....	3
1.2 Araştırmanın Amacı.....	5
3. GENEL BİLGİLER.....	6
3. 1. Cinsel Sağlık.....	6
3. 2. Cinselliğin Önemi.....	6
3. 3. Kadın Genital Organları ve Cinsel İşlevlerdeki Roller.....	7
3.4 Kadın Cinsel İşlevinin Fizyolojisi ve Nörohormonal Sistemin Cinsel Yaşamdaki Etkileri.....	8
3. 5. Cinsel Yanıt Döngüsü.....	10
3. 5. 1. Uyarılma (Heyecanlanma) Evresi.....	11
3. 5. 2. Plato Evresi.....	11
3. 5. 3. Orgazm Evresi.....	11
3. 5. 4. Çözülme Evresi.....	12
3. 6. Cinsel İşlev Bozukluklarının Sınıflandırılması ve Kadında Görülen Cinsel İşlev Bozukluklarının Nedenleri.....	12
3. 7. Doğum Şeklinin Cinselliğe Etkisi.....	15
3. 8. Cinsel İşlev Bozukluklarında Ebeinin Rolü.....	18
4. GEREÇ VE YÖNTEM	20
4.1. Araştırmanın Tipi.....	20
4.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	20
4.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	20
4.4. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri.....	21
4.5. Araştırmanın Hipotezleri.....	21

4.6. Veri Toplama Araçları.....	21
4.6.1 Anket Formu.....	21
4.6.2 Kadın Cinsel İşlev Ölçeği.....	21
4.7. Veri Toplama Yöntemi.....	22
4.8. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi.....	22
4.9. Araştırmanın Etik Yönü.....	22
4.10. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	23
5. BULGULAR.....	24
6. TARTIŞMA.....	36
7. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	45
8. KAYNAKLAR.....	48
9. EKLER.....	54
EK-1 Anket Formu.....	54
EK-2 Kadın Cinsel İşlev Ölçeği.....	56
EK-3 Etik Kurul İzni.....	61
EK-4 Manisa Halk Sağlığı Müdürlüğü İzni.....	62
EK-5 Ölçek İzni.....	63
EK-6 Yönetim Kurulu Kararı.....	64
EK-7 Tez Çalışması Orijinallik Raporu.....	65
10. ÖZGEÇMİŞ.....	66

Doğum Şeklinin Kadın Cinsel İşlevi Üzerine Etkisinin İncelenmesi

Öğrencinin adı: Merve TOPAÇ

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Nursen BOLSOY

Anabilim Dalı: Ebelik Anabilim Dalı

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada, doğum şeklinin kadın cinsel işlevi üzerine etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma, tanımlayıcı ve kesitsel olarak yapılmıştır. Araştırmanın evrenini, Manisa ili merkez ilçelerdeki 1591 kadın, örnekleme araştırmanın yapıldığı aile sağlığı merkezlerine başvuran 9-12 aylık bebeği olan 315 kadın oluşturmuştur. Veriler, araştırmacı tarafından Anket Formu ve Kadın Cinsel İşlev Ölçeği (KCIÖ) kullanılarak toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde Frekans analizi, Bağımsız Gruplarda T-Test, Kruskal-Wallis, Mann-Whitney U Testi ve One-Way ANOVA kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırma kapsamına alınan kadınların yaş ortalamasının $23,69 \pm 3,88$ yaş olduğu, %93,0'ının 1-5 yıl evlilik süresine sahip, %82,2'sinin 1-2 gebelik yaşadığı, çoğunluğunun ilköğretim mezunu (vajinal doğum: %66,1, sezaryen doğum: %60,0) olduğu ve çalışmadığı (vajinal doğum: %94,4, sezaryen doğum: %89,6) belirlenmiştir. Vajinal doğum grubunda epizyotomi oranı %51,4'tür. KCIÖ toplam puan ortalaması vajinal doğum grubunda $25,11 \pm 5,47$, sezaryen doğum grubunda $25,36 \pm 5,47$ bulunmuştur. KCIÖ cinsel istek, uyarılma, kayganlaşma, orgazm ve doyum alt boyut puan ortalamaları hem vajinal doğum hem de sezaryen doğum grubunda kesme noktasının üzerinde fakat ağrı alt boyut puan ortalaması her iki grupta da kesme noktasının altında bulunmuştur.

Sonuç: Çalışma sonucumuza göre doğum sonrası uzun dönemde vajinal veya sezaryen doğum yapan kadınlarda genel olarak cinsel disfonksiyon saptanmıştır. Doğum şekli ile kadın cinsel işlevi arasında bir ilişki olmadığı sonucuna varılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Cinsel sağlık, kadın cinsel işlevi, doğum şekli, kadın sağlığı

Investigation of The Effect Type of Birth on Female Sexual Function

Student name: Merve TOPAÇ

Supervisor: Assistant Professor Nursen BOLSOY

Department: Midwifery Department

ABSTRACT

Aim: In this study, we aimed to investigate the effect of the mode of delivery on female sexual function.

Material and Method: The research was conducted as descriptive and cross-sectional. The population of the study consisted of 1591 women in the central districts of Manisa province and 315 women with a 9-12 month old baby who applied to the family health centers where the study was conducted. Data were collected by the researcher using the Questionnaire and Female Sexual Function Index (FSFI). Frequency analysis, Independent Sample T-Test, Kruskal-Wallis, Mann-Whitney U Test and One-Way ANOVA were used to evaluate the data.

Results: The mean age of the women included in the study was 23.69 ± 3.88 , 93,0% of them were married for 1 to 5 years, 82.2% had 1-2 pregnancies, the majority are primary school graduates (vaginal birth: 66,1%, cesarean birth: 60,0%) and are not working (vaginal birth: 94,4%, cesarean birth: 89,6%). The rate of episiotomy in the vaginal birth group was 51,4%. The mean FSFI score was $25,11 \pm 5,47$ in the vaginal birth group and $25,36 \pm 5,47$ in the cesarean section. FSFI sexual desire, arousal, lubrication, orgasm and satisfaction subscale scores are above the cut-off point in both vaginal delivery and cesarean delivery groups. But the FSFI scale pain sub-dimension mean score was below the cut-off point in both groups.

Conclusion: According to the results of our study, sexual dysfunction was not found in women who had vaginal or caesarean delivery in the long term after delivery. It was concluded that there is no relationship between the mode of delivery and female sexual function.

Keywords: Sexual health, female sexual function, mode of delivery, women's health

1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1 ARAŞTIRMANIN KONUSU VE ÖNEMİ

Üremeyi, cinsel zevk almayı ve zevk vermeyi içeren cinsellik; temelde duyuya dayalı bir deneyim olsa da yalnızca cinsel organları değil, tüm bedeni ve aklı içermektedir (CETAD 2006). Cinsellik, doğum öncesi başlayıp ömür boyu devam eden, psikolojik, fizyolojik, kültürel, ahlaki, etik, sosyolojik, bedensel, nörolojik faktörlerden etkilendiği gibi ayrıca gelişim dönemlerinden ve yaşanan deneyimlerden de etkilenmektedir (CETAD 2006; Koç ve Oskay 2015). Yaşam süreci boyunca birçok faktör cinselliği etkileyerek cinsel sağlık sorunlarının ortaya çıkmasına neden olmaktadır (Gölbaşı ve ark 2014). Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneğine (CETAD) göre ülkemizde, iyimser rakamlarla her dört erişkinden biri, kötümser rakamlarla toplumun neredeyse yarısından fazlası cinsel sorun yaşamaktadır (CETAD 2006).

Kadın cinselliği açısından bakıldığında ise gebelik, doğum, laktasyon süreci, menopoza, yaşlılık gibi fizyolojik olayların yanı sıra, infertilite, jinekolojik şikayetler ve kanserler, HIV ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, üreme sistemi enfeksiyonları, istenmeyen gebelik ve kürtaj gibi sağlık sorunları cinselliği önemli ölçüde etkilemektedir. (Gölbaşı ve ark 2014; Çayır ve Kızılkaya Beji 2015; Alihocagil Emeç 2016). Tüm bu faktörlerin bir sonucu olarak, cinsel disfonksiyon kadınlarda yaygın olarak ortaya çıkan, kadının genel sağlığının yanı sıra yaşam kalitesini de olumsuz etkileyen, kadınların %30-50'sini ilgilendiren, multifaktöryel bir sağlık sorunu haline gelmektedir (Demirezen 2006; Gölbaşı ve ark 2014). Cinsel disfonksiyon birçok toplumda görülen önemli sağlık sorunları arasında yer almaktadır (Gölbaşı ve ark 2017). Alan yazında kadın cinsel disfonksiyon görülme oranı Çin'de %37,6, İran'da % 31, Amerikalı kadınlarda %43 olarak belirtilmektedir (Amiri ve ark 2017; Zhang ve ark 2018).

Doğum yapma, kadınların yaşamındaki önemli olaylardan biridir. Bu dönemde oluşan fiziksel ve psiko-sosyal değişimler kadının cinsel yaşamını etkilemektedir

(Karaçam 2008). Doğumla birlikte kadının yaşamında, seksüel ihtiyaçlarını değiştirecek ve ilişkilerini etkileyecek birçok değişiklik ortaya çıkmaktadır. Doğum sonrası dönem çiftin ebeveynlik rollerine, aile yapısına uyum sağladığı ve doğumdan sonra cinsel aktivitelerine tekrar başladıkları, antepartum dönemdeki problemlerin unutulduğu ancak kendine özgü sorunlar ve stresin olduğu bir dönemdir (Şahin 2009; Yılmaz Sezer ve ark 2012; Koç ve Oskay 2015). Doğum sonrası dönemde ortaya çıkan hormonal ve psikolojik değişimler, halsizlik ve yorgunluk, loşial akıntı, perineal travma ve ağrı, pelvik taban bozukluğu, doğum sayısı ve şekli, vajinal kayganlıkta azalma, yara iyileşmesine zarar verme ve gebe kalma korkusu, yeni doğan bebeğin stres ve baskısı kadının cinsel ilgi ve performansını azaltmaktadır (Karaçam 2008; Koç ve Oskay 2015). Bu azalma gebelikte başlamakta ve doğum sonrası dönemde haftalarca ya da aylarca devam edebilmektedir (Karaçam 2008).

Barret ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada kadınların doğumdan sonraki ilk üç ay içinde cinsel aktivitelerine geri dönmelerine rağmen %83'ünün cinsel problem yaşadığı, altıncı ayda bu oranın %64'e gerilediği, fakat hiçbir zaman gebelik öncesi hâline (%38) dönmediği belirlenmiştir (Barret ve ark 2000). Cinsel davranış özellikle primipar annelerde ebeveynliğe geçişin zorlukları da göz önüne alınarak değerlendirilmelidir. Gebelik öncesi dönemle kıyaslandığında çiftlerin büyük kısmında cinsel ilişki sıklığının doğum sonrası ilk bir yıl daha az olduğu bulunmuştur. Avrupa ve Amerika'da kadınlar doğumdan sonra ortalama altı-sekiz haftada cinsel ilişkiye tekrar başlamaktadır (Von Sydov K. 1999). Ülkemizde çiftlerin %85,3'ü doğum sonrası ilk üç ayda cinsel ilişkiye başlamaktadır (TNSA 2008). Şahin, doğumdan üç-dört ay sonra %80 olguda cinsel birleşmede sorun görülmediğini ifade ederken, Barret doğum sonrası ilk altı ayda kadınların %64'ünün cinsel disfonksiyonu olduğunu belirtmiştir (Barrett ve ark 2000, Şahin 2009). Doğum sonrası altıncı ayda disparoni azalmaktayken, kadınların %22'sinde hâlen bu şikâyetlerin devam ettiği belirlenmiştir. Doğum sonrası altıncı aydan sonraki disparoni doğum şekli ve perineal travmalardan çok emzirme ile ilişkilendirilmiştir (Şahin 2009).

Akyüz'ün (2009) Aydın'da yaptığı doğum sonrası cinsel sorunlar ve etkileyen faktörleri incelendiği çalışmada, doğum sonrası 2-12 aylık dönemde hem vajinal doğum (%89,1) hem de sezaryen ile doğum yapan (%93,3) kadınların doğum sonrası cinsel sorun yaşadığını belirlemiştir. Yörük (2013) Aydın'daki kadınların doğum sonrası dönemdeki cinsel problemlerinin çözümünü incelediği çalışmasında, vajinal doğum yapan kadınların doğum sırasında oluşan epizyotomi ve spontan perineal

laserasyonların, cinsel fonksiyon parametrelerini olumsuz etkilediği ve cinsel yaşamlarında memnuniyetsizlik oluşturduğu sonucuna varmıştır. Yapılan diğer çalışmalarda; doğum şeklinin doğum sonrası dönemde cinsel fonksiyonu etkilemediği sonucuna varılmıştır (Karaçam 2008; Kasap ve ark 2016). Fakat yapılan bazı çalışmalarda kadınların doğuma yönelik korkularının arasında vajinal doğum sonrasında cinsel fonksiyonlarının etkileneceği korkusu yer almaktadır (Özcan ve Aslan 2013; Aksoy 2015). Vajinal ya da sezaryen doğum yapan kadınlar benzer cinsel problemler yaşamasına rağmen cinsel fonksiyonlarının etkileneceği korkusu vajinal yolla doğum yapabilecek olan birçok kadının sezaryen tercih nedenlerinden biri olmaktadır.

1.2 Araştırmanın Amacı

Doğum şeklinin kadın cinsel işlevi üzerine etkisinin 9-12 aylık bebeği olan kadınlarda incelendiği bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışmada; doğum travmalarının iyileştiği ve laktasyon etkilerinin azaldığı bir dönem olması nedeniyle 9-12 aylık bebeği olan kadınlarla çalışılması tercih edilmiştir. Araştırmada, doğum şeklinin kadın cinsel işlevi üzerine etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

3. GENEL BİLGİLER

3. 1. CİNSEL SAĞLIK

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) Cinsel Sağlık tanımı; 'Cinsellik, fiziksel, duygusal, entelektüel ve sosyal yönlerin kişiliği, iletişimi ve aşkı zenginleştirici etkilerinin bileşiminden oluşur. Herkesin cinsel bilgilere ulaşma ve cinsel ilişkiyi zevk için ya da üreme amacıyla yaşama hakkı vardır. Cinsel bir varlık olarak insanın sadece bedensel değil; duygusal, düşünsel ve toplumsal bütünlüğünü sağlayan, kişilik gelişimi, iletişim ve sevginin paylaşımını olumlu yönde zenginleştiren ve arttıran sağlıklılık hâlidir' (WHO 2006).

İnsanın cinsel yaşamı tüm yaşam alanları ile bir bütün içindedir ve bu bağlamda cinsel uyum genel uyumun bir parçası olmaktadır (Beji ve Aşcı 2011; Esencan ve Beji 2015).

Cinsel olarak sağlıklı yetişkinler; kendi vücutlarının değerini bilen, kendi davranışları için sorumluluk alabilen, saygı çerçevesinde her iki cinsiyetle iletişim kurabilen, kendi değerleri ile tutarlı sevgi ve samimiyet ifade edebilen kişilerdir (Bozdemir ve Özcan 2011).

3. 2. CİNSELLİĞİN ÖNEMİ

İnsanlar arasındaki ilişki ve bağların en özeli, eşler arasındaki cinsel doyumdur. Eşler arasındaki cinsel yaşamın sağlıklı temeller üzerine kurulması büyük önem taşımaktadır; çünkü aile kurulduktan sonra, eşler arasındaki bağların güçlendirilmesinde ve bu duygusal bağın sürdürülmesinde cinsellik oldukça etkilidir (Kasapoğlu 2004). Cinsellik hem erkek hem de kadın için insan olmanın temel bir parçası ve evlilikte mutluluğu belirleyen en önemli faktörlerden biridir (Gülsün ve ark 2009; Bilgin 2016).

Cinselliğin, insanın bireysel varlığını devam ettirmesi için yaşamsal bir işlevi olmasa da, yaşam kalitesini arttıran öğeler arasında önemli yeri vardır (Gülsün ve ark 2009). Kadının sağlığını ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyen en önemli sağlık sorunları; gebelik, doğum ve doğum sonrası süreçlerde ortaya çıkmaktadır (Aksu ve Çatalgöl 2017). Dünyanın değişik ülkelerinde yapılan benzer araştırmalarda; doğum

sonrası dönemdeki disparoni gibi sağlık problemlerinin çeşitli derecelerde kadınların hayatları boyunca devam ettiği vurgulanmıştır. Ayrıca disparoni ve perineal ağrı primiparlarda majör problem olarak görülmektedir (Aksu ve Çatalgöl 2017).

Cinsel işlev bozukluğunun evlilik yaşamını etkileyip etkilemediğinin araştırıldığı çalışmalarda; cinsel işlev bozukluğunun, evlilik yaşamını olumsuz yönde etkilediği ve cinsel işlevsellikte azalma olan evliliklerin, mutlu ve doyum sağlayan evlilikler olmadığı vurgulanmıştır (Gülsün ve ark 2009). Cinsel sağlığın bozulması sadece fiziksel sağlığın kesintiye uğramasıyla sonuçlanmamakta, kadın ve erkekte ruhsal sağlığın, ardından aile sağlığı ve sosyal sağlığın da bozulmasına neden olabilmektedir (Bozdemir ve Özcan 2011).

3. 3. KADIN GENİTAL ORGANLARI VE CİNSEL İŞLEVLERDEKİ ROLLERİ

Kadın genital organları iç ve dış olmak üzere iki grupta ele alınmaktadır. Overler, uterus, fallop tüpleri iç genital; labia majör, labia minör, klitoris, üretral açıklık ve vajina girişi dış genital organlardır (Kızıltepe 2006; CETAD 2006). İç cinsel organların üreme fonksiyonları bulunurken dış cinsel organların zevk verme işlevi vardır (Puppo 2011).

Labia major, iç yüzeyinde sebase bezlerden zengin, parlak, düzgün yüzey yapısına sahiptir. Cinsel ilişki sırasında labiumlar oldukça iyi kanlanır (Kızıltepe 2006).

Labia minör, küçük kan damarları bakımından zengin, kalın bağ dokusundan oluşan erektile bir dokudur. Cinsel uyarıyla labia minor, kan dolaşımından dolayı kalınlaşarak iki veya üç katına çıkar. Sinir uçları ve sensör reseptörlerinin sayısı fazla olduğu için büyük bir hassasiyete sahiptir (Puppo 2011).

Klitoris, kompleks, seksüel uyarıyla şiş ve sert bir hâle gelen erektile bir dokudur (Puppo 2011). Yüzeyden dışarıda olan bölümü sadece küçük bir kısmı olan glans klitoristir (Kızıltepe 2006). Glans klitoris 4-7 mm uzunluğunda olan dışa açılan kısımdır (Puppo 2011). Zevk noktası olarak bilinmektedir. Klitoris birçok sinir ucu içerir. Dokunma, basınç ve sıcaklığa oldukça duyarlıdır. Klitoris, perineal nörovasküler demetler ile desteklenir. Cinsel uyarılar ile klitoriste kan akımı iki katına çıkar, boyu ve çapı artar, glans çıkıntısı oluşur (Kızıltepe 2006). Heyecanlanma evresinde ufak bir uyarı veya fantezi kurma klitorisin çapında artmaya neden

olmaktadır (CETAD-KC 2006). Kadınlar için klitoral uyarı, orgazmın başlamasında oldukça önemlidir (Puppo 2011).

Vajinal açıklık vertikal olarak üretranın altından derine doğru uzanmaktadır. Vajina doğum yapmamış kadınlarda 7-8 cm, doğum yapmışlarda 8-10 cm'lik fibromusküler bir tüp olarak kabul edilmekte ve vajinal kanal uyarıyla 1-2 cm daha uzamaktadır (Kızıltepe 2006, CETAD-KC 2006). Vajina cinsel ilişki ve doğumda kolayca genişlemektedir (Kızıltepe 2006). Vajina, çok sayıda mukozal katlantılar içerir ve vajinal mukoza hormona duyarlı, sıklık değişikliklere uğrayan hücre yapısına sahiptir. Bu yapılar fazlaca genişlemeye imkan sağlarken seksüel ilişkide de sürtünmeye bağlı uyarılmayı arttırmaktadır (Kızıltepe 2006). Cinsel heyecanın başlamasıyla birlikte vajinayı çevreleyen damarlardaki kan göllenmesinden süzülen sıvı 10-30 saniyede vajinanın ıslanmasını sağlamaktadır. Vajinanın sadece 1/3 dış kısmı sinirlerden zengin olduğu için cinsel yönden uyarılabilmekte ve geri kalan bölüm sadece basıncı hissetmektedir (CETAD-KC 2006).

Bartolin bezleri, vajinal girişin sağ ve sol duvarında yer alan salgı bezleridir. Bartholin bezleri, orgazmdan önce mukusa benzer yapışkan bir sıvı salgılar ve cinsel ilişki sırasında lubrikasyon sağlar (Puppo 2011).

3. 4. KADIN CİNSEL İŞLEVİNİN FİZYOLOJİSİ VE NÖROHORMONAL SİSTEMİN CİNSEL YAŞAMDAKİ ETKİLERİ

Cinselliğin merkezi olan beynin cinsellikle ilişkili yapıları ve işlevleri fetal gelişim sırasındaki gonadal steroid hormonlarının etkileriyle şekillenmeye başlar, yaşamın daha sonraki yıllarında beynin hormonal ve nörokimyasal ortamından ve çevresel etkenlerden etkilenecek gelişimini devam ettirir (İncesu 2004; Akyüz 2009). Kadınlarda cinsel yanıt evreleri, merkezi sinir sistemi ile hedef organlar arasında bir döngüden ve bu döngüden etkilenen vücuttaki birtakım değişikliklerden oluşmaktadır (Akyüz 2009). Sağlıklı ve doyumlu bir cinsel yaşam, cinsel işlevin merkezi sinir sistemi ve beynin endokrin sistemi olan limbik sistem ve hipotalamus ile nörokimyasal, nörofizyolojik ve psikolojik süreçlerin karşılıklı etkileşimi ile gerçekleşmektedir (İncesu 2004; Akyüz 2009). Cinsel uyarılma vasküler, nörojenik, endokrin ve müsküler mekanizmalar sonucunda oluşur (Tashbulatova 2007). Çok sayıda hormon, nörotransmitter ve peptidler cinsel işlevlerin düzenlenmesinde rol oynamaktadır (İncesu 2004).

Hipotalamus karşı cinslerin birbirleriyle olan davranışları sonucu oluşan mesajları algılar ve seks hormonlarının salınımını gerçekleştirmektedir. Hipotalamusa ulaşan görsel, işitsel, dokunsal öğeler ve düşünme gibi iç ya da dış uyaranlar, hipotalamustaki paraventriküler nükleus vazopressin ve oksitosin salgılayarak diğer sistemlerle bağlantı kurar ve limbik sistemi etkiler (Kızıltepe 2006; Akyüz 2009). Yani uyarılma mesajı beyinde başlamakta, medulla spinalisten aşağıya aktarılmakta ve hem sempatik hem de parasempatik zincir aracılığıyla periferik otonom sinir liflerine, vasküler sisteme ve genital bölgeye ulaştırılmaktadır (İncesu 2004; Tashbulatova 2007). Periferik ya da nesnel uyarılma aşaması olan bu aşamada erkekte ereksiyon, kadında ise lubrikasyon ve kabarma oluşmaktadır (İncesu 2004).

Cinsel uyarı sırasında sinirsel uyarılar ile vajinada kanlanma artar. Cinsel uyarı ile vajinal epitelden lubrikasyona yardım eden bir miktar nörojenik transuda oluşur. Oluşan tabaka ile vajina pH'ı bir miktar artar (Kızıltepe 2006; Akyüz 2009). Sonuçta vajinal kayganlık, vajinal duvar genişlemesi ve klitoral ereksiyon görülür (Tashbulatova 2007). Uyarılma evresinde olan uterusun kontraksiyonları, orgazm sırasında hipogastrik sinir aracılığı ile sempatik sistemin kontrolü altında düzenli kontraksiyonlar hâlini alır. Yeterli cinsel uyarılma sonucu orgazm ortaya çıkar (Kızıltepe 2006). Uyarılma sırasında genital sistem dışında diğer sistemlerde de bazı değişiklikler görülmektedir. Bunlar taşikardi, kan basıncında artış, vücutta kızarıklık, kas tonüsü artışı, hiperventilasyon, memelerde büyüme ve meme başı ereksiyonudur (Kızıltepe 2006; Akyüz 2009).

Doğum sonrası dönemde cinsel fonksiyonu etkileyen en önemli hormonlar; östrojen, progesteron, prolaktin, oksitosin ve androjenlerdir (Şahin 2009).

Östrojen: Vajinal doku bütünlüğünün sürdürülmesinde, klitoral, vajinal ve üretral kan akımının sağlanmasında etkilidir (Karakoyunlu 2007). Santral sinir sisteminde sinirsel faktörleri düzenler. Aynı zamanda pelvik tabanı etkiler ve dolayısıyla seksüel yolların sağlamlığını korur. Östrojenler, vajinal kayganlığı oluşturan salgı bezlerinin uyarılmasında etkilidir (CETAD 2006). Doğum sonrası dönemde östrojen düzeyindeki azalma cinsel arzuda, cinsel aktivite sıklığında, cinsel yanıtta ve genital duyarlılıkta azalmaya, lubrikasyon yetersizliğine, vajinal epitelyum atrofisine, uyarılma güçlüğüne, dispareniye ve orgazma ulaşmada zorluk yaşanmasına neden olmaktadır (Karakoyunlu 2007; Şahin 2009).

Progesteron: Doğum sonrası dönemde östrojen ile birlikte progesteron hormonu azalmakta ve vajinal kuruluk gelişmektedir (Şahin 2009).

Prolaktin: Annelik hormonu olarakta bilinen prolaktin cinsel isteği olumsuz etkilemektedir. Doğum sonrası dönemdeki kadınlarda emzirme dönemi süresince prolaktin yüksek düzeyde olduğu için cinsel isteksizliğin oluşmasına neden olmaktadır. Yapılan çalışmalarda, laktasyon dönemindeki ve hiperprolaktinemi sorunu yaşayan kadınlarda cinsel isteksizlik yaşandığı sonucuna varılmıştır (İncesu 2004; Karakoyunlu 2007).

Oksitosin: Bu hormon kadınlarda cinsel faaliyeti teşvik eder. Aynı zamanda kadınlarda östrojen varlığı oksitosinin etkisini arttırmaktadır (Karakoyunlu 2007). Orgazm sırasında oksitosin salgılanır. Oksitosinin artan kas tonüsü ve ritmik kasılmalarla ilişkili olduğu kabul edilmektedir (Kızıltepe 2006). Oksitosinin üç görevi vardır; cinsellik (koitus sırasında uterin kasılma sağlayarak hem zevk verir hemde spermelerin taşınmasına yardımcı olur), doğum (eylemde fetüsün atılımını ve doğum sonu uterin damarlarda vazokonstriksiyon sağlayarak kanama kontrolü) ve emzirme döneminde süt salınımını sağlamaktadır.

Androjenler: Beyinde seksüel davranışlarda, özellikle de kadının cinsel isteği üzerine etki göstermektedir. Androjenler cinsel yanıtta görevi olan, merkezi nörotransmitterlerin düzenlenmesini sağlayan ve cinsel istekten sorumlu olan hormondur. Östrojen zeminine ihtiyacı olan androjenlerin düzeyindeki azalmada cinsel uyarılma ile birlikte genital duyarlılıkta azalma, libido ve seksüel fonksiyonların kaybına neden olmakta ve orgazm bozuklukları gelişebilmektedir (İncesu 2004; CETAD 2006; Karakoyunlu 2007).

3. 5. CİNSEL YANIT DÖNGÜSÜ

Cinsellikle ilgili ilk geniş çaplı araştırma Kinsey ve arkadaşları tarafından 1938 ile 1952 yılları arasında yapılan insanın cinsel davranış biçimleri ile ilgili istatistiklerin derlemesinden oluşmaktadır. Kinsey ve arkadaşlarının çalışmalarını takiben Masters ve Johnson tarafından yürütülen ve 10 yılı aşkın bir araştırmanın ardından sonuçları ilk kez 1966 yılında “İnsanda Cinsel Davranış” adlı kitapta yayınlanan çalışma ise bugün bile insan cinsel fizyolojisi ile ilgili bilgilerimizin temelini oluşturmaktadır (Kızılkaya Beji ve Aşçı 2011; Tepe 2012). Masters ve Johnson tarafından cinsel yanıt siklusu tanımlanmış ve cinsel tepki süreci dört evre ile açıklanmıştır (Kızılkaya Beji ve Aşçı 2011; Tepe 2012).

3. 5. 1. Uyarılma (Heyacan) Evresi: Uyarılma fazı parasempatik sinir sistemi ile oluşturulur. Temel olarak erotik duygu ve düşüncelerin belirmesi, erkekte ereksiyon, kadında vajinal lubrikasyon ve vajinal dokuların şişmesi ve bedende yaygın olarak vazokonjesyon ve miyotoni ile karakterizedir. Bu dönemde kadınlarda taşikardi, hızlı nefes alma, kan basıncında artma, genel bir ısınma hissi, göğüslerde gerginlik, göğüs uçlarında ereksiyon ve deride pigmentasyon artışı gözlenir. Bu işlevin başlaması ve görülebilir fiziksel etkiler yapması için gereken süre çok değişkendir. Bu, bireyden bireye değiştiği gibi aynı bireyde de deneyimden deneyime değişebilir (Charlton ve Yalom 2007; Tepe 2012).

3. 5. 2. Plato Evresi: Etkili cinsel uyarının devam etmesi ve cinsel heyecanın artmasıyla birlikte kadın ya da erkek, plato evresine girer. Bu evrede fizyolojik heyecan en üst seviyeye gelir, haz duygusu ve cinsel gerilim giderek yükselir ve kişinin orgazma geçebileceği noktaya kadar devam eder. Genital organlarda en çok kan bu evrede toplanır. Bu evrede erkekte, "en sert" ereksiyon, kadında ise genital dokuların en şişkin hâli meydana gelir ve lubrikasyon en yüksek seviyeye ulaşır. Bu uyarı ya da dürtü yetersizse ya da uyarı tümüyle sona erdiyse yavaş yavaş plato evresindeki gerilimin yerini çözülme evresi alacak ve kişi orgazmik rahatlamaya ulaşamayacaktır (Charlton ve Yalom 2007; Tepe 2012).

3. 5. 3. Orgazm Evresi: Orgazm sempatik sinir sistemi tarafından oluşturulan miyotik bir cevaptır. Sempatik sinir sistemi bu aşamanın özelliği olan kasılmaları kontrol eder. Kadında orgazm, pelvik vajinal çizgili kas grubunda istemsiz ritmik kasılmalara uterus ve anal kasılmaların eşlik edebildiği, cinsel birleşme ile çözülebilen myotoninin bulunduğu, kişiye göre değişen yoğun zevk ve doruk hissi oluşturan bilişsel bir durumdur. Erkekte ve kadında bu kasılmalar vücudum dışında gözlenebilmektedir. Orgazmik fonksiyon cinsel siklusun en kısa süren dönemi olmasına karşın, tüm cinsel hisler içinde en güçlü ve en doyurucu olanıdır. Masters ve Johnson, orgazmı, cinsel uyarı sonucu oluşmuş olan vazokonstrüksiyon ve myotoninin rahatladığı 3-25 saniye ile sınırlı evre olarak tanımlamışlardır. Kişi, orgazmı öznel olarak pelviste odaklanmış biçimde algılamakta, bu his özellikle klitoral bölge ve vajinada yoğunluk kazanmaktadır. Süresi ve yoğunluğu konusunda bireysel farklılıklar çok fazladır. Orgazm ile birlikte kan akımı, solunum sayısı, serum prolaktin,

vazopresin, oksitosin, adrenalın hormon seviyeleri artmakta ve bilinç hafif bir şekilde bulanık olmaktadır. Özellikle prolaktin orgazm ile birlikte artmakta ve 60 dakika yüksek kalabilmektedir (Charlton ve Yalom 2007; Tepe 2012; Arabacı ve Özdedeli 2014).

3. 5. 4. Çözülme Evresi: Bu evre cinsel döngünün son evresidir. Kadında ve erkekte orgazm gerçekleşsin ya da gerçekleşmesin plato evresinden sonra genital bölgelerde ve bedenin diğer bölgelerinde önceki aşamalarda oluşmuş olan fizyolojik değişikliklerin dakikalar içinde aynı sırayı takip ederek kaybolmasıyla karakterizedir. Kanın genital bölgeden çekilmesi ve cinsel gerilimin aniden boşalması ile gerçekleşir ve bütün vücudu dinlenme konumuna getirir. Orgazm sonrası kaslar rahatlar ve kan normal akışına devam eder. Penis normal şeklini alır ve vajinal lubrikasyon biter. Çözülme evresinde terleme oluşmaktadır. Bir erkek bir kez orgazm olduktan sonra belirli bir süre tekrar cinsel açıdan uyarılamazken, kadınlar da çözülme süresi daha uzun olduğu için yeniden etkili uyarılma durumunda çözülme evresinin herhangi bir noktasından tekrar orgazm evresine girme potansiyeli yüksektir ve bir çok kadın uzun bir süre zevklerini en üst düzeyde tutabilir ve bazıları birden çok orgazm olabilmektedir (Charlton ve Yalom 2007; Tepe 2012).

3. 6. CİNSEL İŞLEV BOZUKLUKLARININ SINIFLANDIRILMASI VE KADINDA GÖRÜLEN CİNSEL İŞLEV BOZUKLUKLARININ NEDENLERİ

Kişinin cinsel istek, beklentiler ve performansına yönelik tutumlarını etkileyebilecek etnik, kültürel, dini ve sosyal yapısı göz önünde bulundurularak, cinsel yanıt döngüsünü belirleyen sürecin bozulması ya da cinsel ilişkide ağrı ile karakterize durumlar cinsel işlev bozuklukları olarak adlandırılmaktadır. Cinsel işlev bozuklukları sürekli olarak ya da tekrarlayıcı bir biçimde fantezilerin ve cinsel etkinlikte bulunma isteğinin az olması ya da hiç olmaması ile belirlenmektedir (Alihocagil Emeç 2016; CİSED 2017).

Cinsel işleyişle ilgili endişeler evrenseldir, ancak kültürel açıdan spesifik formlara sahiptir. Genellikle gelişmiş ülkelerdeki yetişkin nüfusun % 8-33'ünün yaşamları boyunca bazı cinsel işlev bozukluğu yaşadığı ve hatta yapılan bazı araştırmalarda bu oranların daha yüksek olabileceği vurgulanmaktadır (WHO 2010). CETAD'a göre

Ülkemizdeki kadınların %30-60'ı yaşamları boyunca en az bir cinsel sorun yaşamaktadır. (CETAD 2006) .

Cinsel sorunlar fiziksel olabildiği gibi çoğu zaman psikolojik kökenlidir. Cinselliği etkileyen faktörler;

1-Fiziksel Faktörler: Yaşlanma ve menopoş, cinsellikten uzun süre uzak kalmak, kullanılan bazı ilaçlar, alkolizm, hormonal ve nörolojik problemler, histerektomi, lohusalık ve laktasyon süreci, cinsel organlarının yapı ve fonksiyonlarının bilinmemesi, serviks ve vajen enfeksiyonları, vajen akıntıları, yaşa bağlı ya da patolojik hormonal yetersizlikten kaynaklanan kuruluk, jinekolojik rahatsızlıklar (Tepe 2012; CİSED 2017).

2-Psikolojik Faktörler: Kişilik yapısı, evlilikle ilgili problemler, ilişkiye gerekli özenin gösterilmemesi, ebeveyn sorumluluğu, beden imajı kaygısı, bıkkınlık, ailede birinin ölümü ve yas süreci, anksiyete, depresyon, cinsel ilişki ile bazı olumsuz anıların yerleşmesi, vajinismus, cinsel travmalar, tecavüz, cinsel tercih ve cinselliğin bir suç veya günah olarak algılanması, cinsel eğitim yetersizliğidir (Tepe 2012; CİSED 2017).

Christensen ve arkadaşları 2011 yılında Danimarka'da 2573 erkek ve 2979 kadın hasta ile cinsel disfonksiyon üzerine mental ve fiziksel hastalık durumunun etkilerini araştırmak amacı ile yaptıkları çalışmada; kadınlarda daha sık olarak psikolojik hastalık nedeniyle, erkeklerde ise fiziksel sağlık problemleri nedeniyle cinsel disfonksiyon geliştiği sonucuna varmıştır (Christensen ve ark. 2011).

KADIN CİNSEL DİSFONKSİYON SINIFLANDIRILMASI

Uluslararası kadın cinsel disfonksiyon tanımlama ve sınıflama kongresi (1999) roparu konsensüs sınıflandırma sistemi

- I. Cinsel istek bozukluğu
- II. Cinsel uyarılma bozukluğu
- III. Orgazm bozukluğu
- IV. Cinsel ağrı bozukluğu (Basson ve ark 2000)

I. Cinsel İstek Bozuklukları: Kadınlarda en sık rastlanan sorundur ve yaklaşık % 32'sinde görülmektedir. Cinsel istek bozukluğu olan kadının cinsel eylem ortamını oluşturma ve cinselliği başlatma ile ilgili enerjisi yoktur. Bu kadınlarda lubrikasyon ve memelerde dikleşme gibi uyarılma evresine ait belirtiler azalmıştır ya da yok olmuştur. Nedeni genellikle psikolojik ve emosyonel kökene dayanmaktadır. Sonradan ortaya

çıkan cinsel istek azlığının en sık görülen nedenleri arasında kadınların hayatlarında durgun dönem olarak kabul edilen gebelik, laktasyon süreci ve menopozdur (Alihocagil Emeç 2016).

II. Cinsel Uyarılma Bozukluğu: Sürekli ya da tekrarlayıcı biçimde cinsel uyarılmanın olmaması ya da uyarılmanın eylem bitinceye kadar sürdürülememesi, yeterli cinsel heyecana erişememe veya devam ettirememe durumudur. Uyarılma aşamasındaki fonksiyon bozuklukları fizyolojik veya psikolojik olarak ortaya çıkabilir. Yetersiz ön sevişme ya da duygusal yetersizlik uyarılmayı engellemektedir. Bu durum cinsel ilişkide lubrikasyon, şişme ve diğer somatik yanıtların elde edilmesinde kalıcı ya da yinelenen, kısmi ya da tam sorunlara neden olmaktadır (Basson ve ark 2000; Alihocagil Emeç 2016).

III. Orgazm Bozukluğu: Orgazm, beyin, klitoris, meme başları ve diğer vücut bölgeleri uyarıları ile ortaya çıkan genital bir reflekstir (Alihocagil Emeç 2016). Orgazm bozukluğu, kişisel rahatsızlığa neden olan, yeterli cinsel uyarı ve uyarılmayı takiben, kalıcı veya tekrarlayan zorluk, gecikme, orgazmın ertelenmesi veya yokluğudur (Basson ve ark 2000). Orgazm bozukluğu oldukça yaygın görülen bir sorundur ve cinsel birleşmede orgazmik fonksiyon bozukluğunun genel yaygınlığı %30'dur (Arabacı ve Özdedeli 2014; Alihocagil Emeç 2016).

IV. Cinsel Ağrı Bozuklukları: Cinsel ilişki sırasında ya da sonrasında oluşan tekrarlayan veya kalıcı cinsel organ ağrısıdır. Disparoni, jinekologlar tarafından en sık gözlenen cinsel fonksiyon bozukluklarından biridir ve kadınların yaklaşık 2/3'ünü hayatları boyunca etkilediği düşünülmektedir. Ağrı hissi genital uyarı, cinsel birleşme denemesi ya da derin penetrasyon sonucu olarak birleşme sırasında ya da cinsel birleşmenin hemen ardından oluşabilmektedir (Basson ve ark 2000; Alihocagil Emeç 2016). Ağrı, koitusun süresi uzadıkça azalıp kayboluyorsa uyarılma eksikliğine bağlı olarak ortaya çıkmaktadır. Eğer ağrı derin penetrasyonla artıyorsa kökeninde daha çok organik nedenler düşünülmelidir. Bu organik nedenler; vajen girişi sorunları (hymen-epizyotomi skarları, elastikiyette azalma, bartholin glandları ve labia absesi), klitorisle ilgili nedenler (irritasyon, enfeksiyon, travma), vajina ile ilgili nedenler (enfeksiyonlar, hassasiyet, atrofik reaksiyonlar, lubrikasyonda azalma) ve diğer nedenlerdir (jinekolojik, sistemik ve kronik bedensel hastalıklar) (Alihocagil Emeç 2016).

3. 7. DOĞUM ŞEKLİNİN CİNSELLİĞE ETKİSİ

Kadınların iç ve dış genital organları, endokrin sekresyonu, fiziksel ve psiko-sosyal durumu gebelik ve doğum sonrası dönemde değişiklikler gösterir. Bu nedenle kadın cinsel fonksiyonu da bu dönemlerden etkilenmektedir (Karaçam 2008; Lurie ve ark 2013; Song ve ark 2014). Kadınların yaklaşık %80-95'i doğum sonrası üç ay içinde cinsel faaliyete geri dönmektedir (Lurie ve ark 2013).

Xu ve arkadaşlarının (2007) Çin'de yaptığı bir çalışmada cinsel işlev bozukluğunun doğum sonrası ilk 3 ayda %70,6 olduğu, 4-6. aylarda %55,6'ya ve 6'ncı ayda %34,2'ye düştüğü, fakat kadınların %7,17'sinin gebelik öncesi durumuna ulaşamadığı sonucuna varmıştır (Xu ve ark 2007).

Müdahaleli doğum ve özellikle forseps ve vakum gibi yardımcı araçların kullanıldığı doğumlarda perineal ve anal travma olasılığı yüksektir (Abalı Çetin 2016). Lurie ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada kadınlar vajinal yolla müdahaleli doğum sonrası 7-10. haftada cinsel ilişkiye geri dönmektedir (Lurie ve ark 2013). Doğum sonrası dönemdeki 438 kadının incelendiği bir çalışmada müdahaleli doğumların %30, spontan vajinal doğumların ise %7 oranında perineal travma ile sonuçlandığı ortaya çıkmıştır. Benzer bir çalışmada 1295 vajinal doğum yapan kadınla çalışılmıştır. Müdahaleli vajinal doğum yapan kadınların spontan vajinal doğum yapan kadınlara oranla daha fazla perineal travma nedeniyle dispareni, cinsel ilişkiye geç başlama ve cinsel istekte azalma problemleri yaşadıkları sonucuna varılmıştır (Abalı Çetin 2016).

Epizyotomi, doğum sonrası cinselliği etkileyen bir durum olmasına rağmen özellikle cinsel işlev bozukluğuna yol açıp açmadığıyla ilgili net bir fikir birliği yoktur (Abalı Çetin 2016; Kasap ve ark 2016). Fakat epizyotomi kısa süreli (3-6 ay) doğum sonrası cinsel işlev bozukluğu için önemli bir risk faktörüdür (Sayasneh ve Pandeva 2010). Doğum sonrası erken dönemde kadınların daha fazla dispareni bildirme nedenleri, süturlarının açılacağı korkusu ve dispareni beklentisidir. Bu sonuçlara göre perineal travma doğum sonrası erken dönemde dispareni ile ilişkili olabilir, ancak bu durum uzun süre devam etmemektedir (Karaçam ve Çalışır 2012). Lurie ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada cinsel aktiviteye başlama süresi vajinal yolla epizyotomisiz doğum yapan kadınlar 4-6. haftada, epizyotomili doğum yapan kadınlar 8-10. haftada cinsel ilişkiye geri dönmektedir (Lurie ve ark 2013). Mediolateral epizyotomili vajinal doğum yapanlarda üç ve altı aylık doğum sonu skorları karşılaştırıldığında, doğum sonrası altıncı ayda cinsel istek ve uyarılma skorlarında

önemli bir artış olduğu görülmüştür (Dabiri ve ark 2014). Bir prospektif çalışmada, doğum yöntemi ve epizyotominin primipar kadınlarda orgazm olamama ile ilişkili olmadığı bildirilmiştir (Kasap ve ark 2016). Karaçam ve Çalışır'ın çalışmasında epizyotomi, spontan laserasyon, perineal travmanın derecesi ve bulunduğu bölge ile doğum sonrası dönemde disparoni arasında herhangi bir ilişki bulunmamıştır (Karaçam ve Çalışır 2012). Yapılan bir çalışmada ise ikinci derece laserasyon olan kadınların %80'inde disparoni görüldüğü fakat perineal yırtık (ikinci ve üçüncü derece) ve medyan epizyotomisi olan kadınlar arasında disparoni insidansında farklılık olmadığı sonucuna varılmıştır (Koç ve Oskay 2015; Abalı Çetin 2016; Kasap ve ark 2016). Yapılan bazı çalışmalarda, epizyotomi ile disparoni, perineal ağrı, cinsel ve pelvik taban morbiditesi gibi problemler arasında ilişki olduğu bildirilmiştir (Kasap ve ark 2016). Bir çalışmada, epizyotomi komplikasyonlarının postpartum disparoni için önemli bir risk faktörü olduğu, epizyotomi de enfeksiyon, açılma ve sınırlandırılmış yırtık komplikasyonlarının uzun süreli postpartum disparoniye neden olabileceği sonucuna varılmıştır. Yapılan başka bir çalışmada, kadın cinsel hayatının uzun vadeli kalitesi araştırılmış ve doğum sonrası ikinci yılda epizyotominin kadın cinsel yaşamında olumsuz bir etkisi olduğu bildirilmiştir (Sayasneh ve Pandeva 2010). Yapılan bazı çalışmalarda ise epizyotominin doğum sonrası dönemde tekrar cinsel yaşama dönmeyi geciktirdiği ve üçüncü ayda disparoni olasılığını artırdığı bildirilmiştir (Karaçam ve Çalışır 2012). Epizyotominin sınırlı kullanımı ve epizyotomi komplikasyonlarının erken tanımlanması postpartum cinsel işlev bozukluğundan korumada önemlidir (Sayasneh ve Pandeva 2010).

Sezaryen doğumun pelvik ve perine hasarını önlediği, doğum sonrası cinsel işlev bozukluğu oluşumunu engelleyebileceği düşünülmekte ve bu nedenle cinsel fonksiyonlar üzerinde olumsuz bir etkisi olmadığı üzerinde durulmaktadır (Dabiri ve ark 2014; Abalı Çetin 2016). Bu görüşü destekleyen veri olmamasına rağmen bazı ülkelerde kadınların hatta kadın doğum uzmanlarının bile sezaryen doğumu tercih etmelerindeki ana nedenlerden biri haline gelmiştir (Dabiri ve ark 2014). Lurie ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada acil sezaryen olan kadınlar 6-8. hafta ve elektif sezaryen olan kadınlar 6-9. haftada cinsel ilişkiye geri dönmektedir (Lurie ve ark 2013). Sezaryen ve vajinal yolla doğum yapan kadınların cinsel ilişkiye geri dönme zamanları karşılaştırıldığında yaklaşık zamanlarda cinsel ilişkiye geri döndükleri görülmektedir. Postpartum kadın cinsel işlev bozukluğunu hafifletmede sezaryenin etkisini savunan çalışmalar yetersizdir. Bunun yanı sıra sezaryende; kanama,

enfeksiyon, anestezi riski, derin ven trombozu, pulmoner emboli, gelecekte doğurganlığın bozulması, sonraki doğumda skar doku ayrılma riski, mesane yaralanması ve fetal laserasyon riski gibi yüksek ameliyat riskleri daha ağır basmaktadır (Sayasneh ve Pandeva 2010).

Vajinal veya sezaryen yolla doğum yapan kadınlar arasında doğum yönteminin cinsel işleve etkisi tespit edilmemiştir. Makat presentasyonlu tek fetüslerin vajinal ve sezaryen yolla doğurtulmalarıyla ilgili yapılan bir çalışmada, cinsel fonksiyon açısından postpartum 3.-24. aylarda yapılan değerlendirmede fark saptanmamıştır (Kasap ve ark 2016). Bir başka çalışmada ise, KClÖ ile yapılan değerlendirmede vajinal doğum ve epizyotomili vajinal doğum yapan kadınların elektif sezaryenle doğum yapan kadınlara oranla anlamlı ölçüde düşük cinsel fonksiyona sahip oldukları saptanmıştır (Dabiri ve ark 2014; Kasap ve ark 2016). Kasap ve arkadaşlarının çalışmasında ise, normal doğum ve sezaryen doğum yapan kadınlar karşılaştırıldığında istek, uyarılma, lubrikasyon, orgazm ve cinsel başarı yönünden anlamlı bir fark saptanmamıştır (Kasap ve ark 2016).

Sezaryen doğum yapan kadınların %38'i doğumdan bir ay sonra, %59'u doğumdan iki ay sonra, vajinal doğum yapan kadınların %30'u doğumdan bir ay sonra, %68'i doğumdan iki ay sonra cinsel ilişkiye yeniden başlamıştır (Dabiri ve ark 2014).

Doğum sonrası kısa dönemde (3 aya kadar) sezaryen ile vajinal doğum karşılaştırıldığında sezaryen doğum yapan kadınların daha az cinsel sorun yaşadıklarına dair benzer çalışmalar varken, uzun döneme (12 aydan fazla) bakıldığında sonuçlar tartışmalıdır (Sayasneh ve Pandeva 2010). Normal vajinal doğum yapanlarla sezaryen doğum yapanlar arasında uzun dönemde cinsel işlev bozukluğu açısından fark saptanmamıştır (Kasap 2016). Doğum sonrası dispareni ile ilgili faktörlerin incelendiği araştırmalarda; sezaryen doğum insizyonu ve epizyotomide yara iyileşmesi ile ilgili sorun bulunması, vajinal enfeksiyon belirtileri, vajinanın girişinde hassasiyet ve sadece anne sütü ile beslemenin etkili olduğu doğum şeklinin ise etkili olmadığı bildirilmiştir (Karaçam ve Çalışır 2012; Kasap 2016). Müdahaleli vajinal doğum, spontan vajinal doğum ve sezaryen doğum yapan kadınlar karşılaştırıldığında müdahaleli vajinal doğum yapanlarda uyarılma, lubrikasyon ve orgazm daha düşük bulunmuştur. Doğum şekli, cinsel ilişkiye yeniden başlama zamanını anlamlı olarak etkilememektedir. Fakat emziren kadınlar daha az

lubrikasyon, daha fazla dispareni yaşamakta ve cinsel aktivitenin yeniden başlaması için daha uzun süre geçirmektedir (Barbara ve ark 2016).

Elektif sezaryen olan veya vajinal doğum yapan kadınların, doğum sonu 6.-24. haftalarda cinsel işlevleri karşılaştırıldığında anlamlı bir farklılık görülmemektedir. Bu doğrultuda sezaryen doğumun anne sağlığı ve yaşam kalitesi üzerine etkileri sınırlıdır (Lurie ve ark 2013).

3. 8. CİNSEL İŞLEV BOZUKLUKLARINDA EBENİN ROLÜ

Cinsel sorunlar insanları en fazla mutsuz eden sağlık sorunudur. Buna rağmen cinsellik, hemşire ve ebeler tarafından yeterince incelenmemekte ve hasta bakımında ele alınmamaktadır (Tuğut ve Gölbaşı 2014). Bunun yanı sıra ülkemizde cinsellik, mahrem bir konu olduğu için gerek sağlık çalışanları, gerekse toplumda genellikle konuşulmamaktadır. Bu nedenle doğum sonrası cinsel yaşamla ilgili kadına verilen bilgi ve danışmanlık cinsel ilişkiye başlama zamanı ile sınırlı kalmaktadır (Karaçam ve Çalışır 2012).

Ülkemizde birinci basamak sağlık hizmetlerini yürüten sağlık çalışanları, izlediği kişilerde cinsel öykü almalı ve hastasını cinsel açıdan değerlendirmelidir. Ebe, cinselliği genel sağlığın bir parçası olarak algılamalı, hastasının danışabilmesi için uygun zemini oluşturmalıdır (Akan ve Doğan 2011; Karaçam ve Çalışır 2012). Birinci basamak sağlık hizmetlerinde saptanan pek çok cinsel sorun bilgilendirme ve kısa danışmanlık vererek çözülebilir. Cinsel işlev bozukluğu tedavisinde danışan eğitimi ve yanlış inançların düzeltilmesi önemlidir. Bilgilendirme ve eğitim sürecince tarafsız, yargılayıcı olmayan, önyargısız, argo içermeyen, basit, anlaşılır bir dil kullanılmalıdır (Akan ve Doğan 2011). Bazı araştırma sonuçları hastaların sağlık ekibi içinde cinsel sağlıkları ile ilgili kendilerini rahatça ifade edebildikleri kişi olarak ilk sırada hemşire ve ebeleri belirtirken, ülkemizde yapılan bir çalışmada ebe ve hemşireler, cinsel fonksiyon sorunlarına yönelik danışmanlık yapabilecek kişi olarak kendilerini dördüncü ve beşinci sırada görmektedir (Tuğut ve Gölbaşı 2014).

Doğum sonrası kadın cinsel işlev bozukluğu pratikte göz ardı edilebilen yaygın bir problemdir. Problemin farkındalığı çözümün yarısıdır (Sayasneh ve Pandeva 2010). Çiftler arasındaki cinsel sorunlar mutluluk ve memnuniyet duygusu ve yaşam kalitelerini etkilemede önemli bir faktör olduğundan doğum sonrası cinsel danışmanlığın rolüne daha fazla ağırlık verilmelidir. Vajinal doğum korkusu nedeniyle

bazı kadınlar, elektif sezaryen tercih etmektedir. Vajinal doğumdan korkmanın nedenlerinden biri, kadınların doğumdan sonraki cinsel problemlerden korkmasıdır. Elektif sezaryen oranının yüksek olması ve kadınların vajinal doğum sırasında genital hasar korkusu göz önüne alındığında, sağlık hizmeti sunucusu doğum öncesi ziyaretlerde konsültasyon ile vajinal doğum korkusunu azaltabilir (Dabiri ve ark 2014). Hemşire ve ebelerin cinselliği değerlendirme ile ilgili aldıkları bilgileri ve kazandıkları olumlu tutumları uygulamalarına yansıtmaları ve cinselliği değerlendirebilmek için konuya ilişkin pozitif bir tutuma sahip olmaları, cinsel konularda kendisini rahat hissetmesi, etkili iletişim becerisinin olması, sağlık ve hastalık durumunda cinsellikle ilgili temel bilgisinin olması, cinselliği değerlendirmede var olan modelleri kullanabilmesi gibi bilgi ve becerilere sahip olması gerekmektedir (Tuğut ve Gölbaşı 2014).

Cinselliğin de içinde olduğu holistik ve hümanistik bir bakım tüm hemşire ve ebelerin sağlaması gereken bir hizmettir. Hemşire ve ebeler hastanın var olan ve olası sorunlarına yönelik hemşire/ebelik girişimlerini yerine getirirken, hastanın cinsel sağlığını da göz önünde bulundurmalıdır (Tuğut ve Gölbaşı 2014). Cinsel sağlık, kişisel sağlık ve sağlıklı yaşamın olumlu ve önemli bir parçasıdır. Cinsel sağlık eğitimi ile bireylerin özsaygısı ve diğer bireylere saygısı artmakta, üremede bilinçli seçimler yapılmakta, sömürücü olmayan cinsel ilişkiler ve insan ilişkilerinde olumlu sonuçlar sağlanmaktadır (Çayır ve Kızılkaya Beji 2015).

4. GEREÇ VE YÖNTEM

4.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Araştırma, tanımlayıcı ve kesitsel olarak yapılmıştır.

4.2. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI

Araştırma Manisa Merkez Yunusemre 3,6,8 ve Şehzadeler 1,2,4 nolu aile sağlığı merkezlerinde 01.05.2017 ile 31.08.2017 tarihleri arasında yürütülmüştür. Aile sağlığı merkezleri gecekondur ve kent merkezi olarak gruplandırılmış ve daha sonra tesadüfi olarak seçilmiştir.

4.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini, Manisa ili merkez ilçelerdeki 1591 kadın oluşturmuştur. Araştırmanın örneklem büyüklüğü Epi Info 6 programında %50 bilinmeyen prevalans, %5 yanılma payı ile 310 olarak hesaplanmıştır. Örneklemi araştırmanın yapıldığı aile sağlığı merkezlerine başvuran 9-12 aylık bebeği olan 315 kadın oluşturmuştur.

Dahil Olma Kriterleri:

1. 18-35 yaş aralığında,
2. Primiparlar,
3. Postpartum 9-12. ayda olanlar,
4. Evli ve eşiyle beraber yaşayanlar,
5. En az ilkokul mezunu olanlar,
6. Tanı almış psikolojik problemi olmayanlar,
7. Fiziksel ve mental olarak engeli bulunmayanlar,
8. Tanı almış cinsel rahatsızlığı olmayanlar,
9. Tek canlı doğum yapmış olanlar,

Dışlama Kriterleri:

1. Anomalili doğum, ölü doğum ya da doğumdan sonra bebeğini kaybetmiş olanlar.
2. Cinsel işlevleri olumsuz etkileyen ilaç kullananlar (kan basıncı ilaçları, antiaritmikler, sedatifler gibi),

3. Önceden pelvik cerrahi geçirenler.
4. Ölçeği tam doldurmamış olanlar.

4.4. ARAŞTIRMANIN BAĞIMLI VE BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLERİ

Bağımlı değişkenler: İlk doğumunu yapmış ve 9-12 aylık bebeği olan kadınların Kadın Cinsel İşlev Ölçeği puanları araştırmanın bağımlı değişkenidir.

Bağımsız değişkenler: Yaş, aile tipi, yaşanılan yer, eğitim durumu, çalışma durumu, eşin yaşı, eş eğitim durumu, eş çalışma durumu, gelir durumu, sosyal güvence durumu, gebelik sayısı, doğum şekli, doğumda hangi müdahalelerin yapıldığı, bebeğin kaçınıcı ayda olduğu, emzirme durumu, bebeğin geceleri uyanma durumu, tanı almış hastalık, sürekli kullanılan ilaç, aile planlaması yöntemi bağımsız değişkenleri oluşturmaktadır.

4.5. ARAŞTIRMA HİPOTEZLERİ

Hipotez H0: Doğum şeklinin kadın cinsel işlevi üzerinde etkisi yoktur.

Hipotez H1: Doğum şeklinin kadın cinsel işlevi üzerinde etkisi vardır.

4.6. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırma verilerinin toplanmasında; alan yazın bilgisine dayanılarak araştırmacı tarafından geliştirilen Anket Formu (EK I) ve Kadın Cinsel İşlev Ölçeği (EK II) kullanılacaktır.

4.6.1 Anket Formu

Anket Formu konuya ilişkin alan yazın bilgilerine dayanarak araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Anket Formu; kadının sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerini sorgulayan toplam 22 sorudan oluşmaktadır (EK-1).

4.6.2 Kadın Cinsel İşlev Ölçeği

KCIÖ, Rosen ve arkadaşları tarafından ABD'de 2000 yılında, kadın cinsel işlevinin değerlendirilmesi amacıyla, 19 maddelik çok boyutlu bir ölçek olarak geliştirilmiştir. Türkçe geçerlilik-güvenilirliği 2005 yılında Aygün ve Eti Aslan tarafından yapılmıştır. Bu ölçek son 4 haftadaki cinsel sorunları veya işlevi değerlendirmektedir (EK-2). Ölçeğin yapısında; istek, uyarılma, kayganlık (yağlanma, ıslanma), orgazm, doyum ve ağrı olmak üzere 6 alt boyut bulunmaktadır. Her bir madde sıfırdan 5'e kadar puanlanmaktadır. Cinsel istek veya ilgi sıklığı ve seviyesi 1.

ve 2. sorularda (puan aralığı 1-5); uyarılma sıklığı, seviyesi, emin olma durumu ve doyum 3-6. sorularda (puan aralığı 0-5); lubrikasyon (kayganlaşma) sıklığı, zorluğu, cinsel ilişkide koruyabilme sıklığı ve zorluğu 7-10. sorularda (puan aralığı 0-5); orgazm sıklığı, zorluğu ve doyum 11-13. sorularda (puan aralığı 0-5); doyum eşiyle yakınlık oranı, cinsel ilişkide ve tüm cinsel yaşamında doyum seviyesi 14-16. sorularda (puan aralığı 0-1 ile 5); ağrı veya rahatsızlık vajinaya giriş sırasında ağrı varlığı, vajinaya girişi takiben, girişte ve takiben ağrı seviyesi 17-19. sorularda (puan aralığı 0-5) ele alınıp değerlendirilmektedir. Buna göre, ölçekten alınabilecek en düşük ham puan 4.0, en yüksek ham puan ise 95.0'tir. Toplam ölçek puanı kesme değeri (cutt-off) toplam puan >22.7 ise normal cinsel işlev, ≤ 22.7 ise cinsel işlev bozukluğudur. Aygin ve Eti Aslan'ın çalışmasında Cronbach's Alfa değerleri 0.82 bulunmuştur (Aygin 2005). Araştırmanın Cronbach's Alfa değerleri 0.90 bulunmuştur.

4.7. Veri Toplama Yöntemi

Araştırmada araştırmacı tarafından Manisa Merkez Yunusemre 3,6,8 ve Şehzadeler 1,2,4 nolu aile sağlığı merkezlerine gelen 9-12 aylık bebeği olan kadınlar ile gündüz mesai saatleri içerisinde görüşülmüştür. Araştırmada kullanılan anket formu ve kadın cinsel işlev ölçeği yüz yüze görüşme tekniği ile araştırmacı tarafından uygulanmıştır. Araştırmada, veriler toplam 20-30 dakika içinde toplanmıştır.

4.8. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi

Araştırma sonucunda elde edilen veriler SPSS 23.0 programı ile araştırmacı tarafından kodlanmıştır. Veriler için araştırmaya katılan kadınların sayısı esas alınarak her bir soru için tanımlayıcı istatistikler olan mutlak ve yüzde değerleri gösteren frekans tabloları hazırlanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde Frekans analizi, Independent Sample T-Test, Kruskal-Wallis, Mann-Whitney U Testi ve One-Way ANOVA kullanılmıştır. Testlerin uygulanmasında önemlilik düzeyi $\alpha=0.05$ alınmıştır.

4.9. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılabilmesi için; Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Etik Kurulu'ndan onay (Ek-3), Manisa Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden izin alınmıştır (Ek-4). Kadın Cinsel İşlev Ölçeği'nin Türkçe geçerlilik-güvenilirliği yapan Dilek Aygin ile mail yoluyla iletişime geçilmiş ve gerekli izin alınmıştır (Ek-5). Ayrıca

görüşme öncesi araştırmaya katılan kadınlara araştırma hakkında ve görüşme için harcayacağı zaman konusunda açıklama yapılarak onam alınmıştır.

4.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma sadece Manisa Merkez ilçelerde yürütülmüştür. Bu nedenle sonuçlar tüm Manisa'ya ve Türkiye'ye genellenemez. Çalışma beyana dayalı bir çalışma olup kişilerin ifadeleri üzerinden yapılmıştır.



5. BULGULAR

Bu bölümde araştırma bulguları kadınların ve eşlerinin tanımlayıcı özelliklerine ilişkin bulgular ve kadınların kadın cinsel işlev ölçeği (KCiÖ) puanlarına ilişkin bulgular olmak üzere iki başlık altında yazılmıştır.

KADINLARIN VE EŞLERİNİN TANIMLAYICI ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 1. Kadınların Sosyo-demografik Özelliklerinin Dağılımı

Tanıtıcı Özellikler	Vajinal Doğum		Sezaryen Doğum		X ² /p
	n	%	n	%	
Yaş Grubu					
18-23 yaş	108	60,0	61	45,2	7,495/0,024
24-29 yaş	67	37,2	66	48,9	
30-35 yaş	5	2,8	8	5,9	
Yaş Ortalama**	23,19±3,774		24,36±3,946		
Evlilik Süresi					
1-5 yıl	167	92,8	125	92,6	3,484/0,175
6-10 yıl	12	6,6	6	4,4	
11 ve üzeri yıl	1	0,6	4	3,0	
Evlilik Süresi Ortalaması**	2,92±1,859		3,16±2,400		
Eğitim Durumu					
Okur-yazar	10	5,6	5	3,7	3,186/0,364
İlköğretim	119	66,1	81	60,0	
Lise/dengi okul	38	21,1	33	24,4	
Üniversite ve üzeri	13	7,2	16	11,9	
Çalışma Durumu					
Evet	10	5,6	14	10,4	1,903/0,168*
Hayır	170	94,4	121	89,6	
Sosyal Güvence					
Evet	163	90,6	125	92,6	0,190/0,663*
Hayır	17	9,4	10	7,4	

Sosyo- Ekonomik Durumu					
Algısı					
Gelir giderden az	23	12,8	12	8,9	1,183/0,553
Gelir gidere denk	135	75,0	106	78,5	
Gelir giderden fazla	22	12,2	17	12,6	
Aile Tipi					
Çekirdek aile	120	66,7	94	69,6	0,311/0,577
Geniş aile	60	33,3	41	30,4	
En Uzun Yaşanılan Yer					
Şehir	155	86,1	112	83,0	0,664/0,718
İlçe	11	6,1	11	8,1	
Köy/Kasaba	14	7,8	12	8,9	
TOPLAM	180	100,0	135	100,0	

***Düzeltilmiş Ki-kare Testi**

Tablo 1’de kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı verilmiştir. Araştırma kapsamına alınan kadınların yaş gruplarına göre dağılımları incelendiğinde, vajinal doğum grubunda bulunan kadınların %60,0’ı 18-23 yaş, %37,2’si 24-29 yaş, %2,8’i 30 ve üzeri yaş, sezaryen doğum grubunda bulunan kadınların %45,2’si 18-23 yaş, %48,9’u 24-29 yaş, %5,9’u 30 ve üzeri yaşında olduğu saptandı. Araştırmaya katılan vajinal doğum grubunda bulunan kadınların yaş ortalaması 23,19±3,774, sezaryen doğum grubunda bulunan kadınların yaş ortalaması 24,36±3,946 yaş olarak bulunmuştur. Her iki grup arasında ki-kare analizi sonucu istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($X^2 = 7,495$, $p < 0,05$) (Tablo 1).

Vajinal doğum grubunda bulunan kadınların %92,8’i 1-5 yıl, %6,6’sı 6-10 yıl, %0,6’sı 11 ve üzeri yıl, sezaryen doğum grubunda bulunan kadınların %92,6’sı 1-5 yıl, %4,4’ü 6-10 yıl, %3,0’ü 11 ve üzeri yıl evlilik süresi olduğu saptandı. Araştırmaya katılan vajinal doğum grubunda bulunan kadınların evlilik süresi ortalaması 2,92±1,859, sezaryen doğum grubunda bulunan kadınların evlilik süresi 3,16±2,400 yıl bulunmuştur. Her iki grup arasında ki-kare analizi sonucu istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulundu ($X^2 = 3,484$, $p > 0,05$) (Tablo 1).

Vajinal doğum grubunda bulunan kadınların %5,6’sı okur-yazar, %66,1’i ilköğretim, %21,1’i lise/dengi okul, %7,2’si üniversite ve üzeri, sezaryen doğum grubunda bulunan kadınların %3,7’si okur-yazar, %60,0’i ilköğretim, %24,4’ü lise/dengi okul, %11,9’unun üniversite ve üzeri olduğu saptandı. Her iki grup arasında

ki-kare analizi sonucu istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulundu ($X^2 = 3,186$, $p>0,05$) (Tablo 1).

Vajinal doğum grubunda bulunan kadınların %5,6'sının çalıştığı, %94,4'ünün çalışmadığı, sezaryen doğum grubunda bulunan kadınların %10,4'ünün çalıştığı, %89,6'sının çalışmadığı saptandı. Her iki grup arasında ki-kare analizi sonucu istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulundu ($X^2=1,903$, $p>0,05$) (Tablo 1).

Vajinal doğum grubunda bulunan kadınların %90,6'sının sosyal güvencesinin olduğu, %9,4'ünün sosyal güvencesinin olmadığı, sezaryen doğum grubunda bulunan kadınların %92,6'sının sosyal güvencesinin olduğu, %7,4'ünün sosyal güvencesinin olmadığı saptandı. Her iki grup arasında ki-kare analizi sonucu istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulundu ($X^2=0,190$, $p>0,05$) (Tablo 1).

Vajinal doğum grubunda bulunan kadınların %12,8'inin ekonomik durumunu düşük, %75,0'inin orta, %12,2'sinin yüksek düzeyde algıladıkları, sezaryen doğum grubunda bulunan kadınların %8,9'unun ekonomik durumunu düşük, %78,5'inin orta, %12,6'sının yüksek düzeyde algıladıkları saptandı. Her iki grup arasında ki-kare analizi sonucu istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulundu ($X^2 = 1,183$, $p>0,05$) (Tablo 1).

Vajinal doğum grubunda bulunan kadınların %66,7'sinin çekirdek ailede, %33,3'ünün geniş ailede, sezaryen doğum grubunda bulunan kadınların %69,6'sının çekirdek ailede, %30,4'ünün geniş ailede yaşadığı saptandı. Her iki grup arasında ki-kare analizi sonucu istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulundu ($X^2 = 0,311$, $p>0,05$) (Tablo 1).

Vajinal doğum grubunda bulunan kadınların %86,1'inin şehirde, %6,1'inin ilçede, %7,8'inin köy/kasabada yaşadığı, sezaryen doğum grubunda bulunan kadınların %83,0'ının şehirde, %8,1'inin ilçede, %8,9'unun köy/kasabada yaşadığı saptandı. Her iki grup arasında ki-kare analizi sonucu istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulundu ($X^2 = 0,664$, $p>0,05$) (Tablo 1).

Tablo 2. Eşlerin Sosyo-demografik Özelliklerinin Dağılımı

Tanıtıcı Özellikler	Vajinal Doğum		Sezaryen Doğum		X^2/p
	n	%	n	%	
Yaş Grubu					
18-26 yaş	86	47,8	59	43,7	0,663/0,718
27-35 yaş	88	48,9	70	51,9	
36 ve üzeri yaş	6	3,3	6	4,4	

Yaş Ortalaması Genel**	27,57±4,06				
Min-Max***	18-44				
Eğitim Durumu					
Okur-yazar	5	2,7	5	3,6	0,788/0,852
İlköğretim	106	58,9	75	55,6	
Lise/dengi okul	46	25,6	34	25,2	
Üniversite ve üzeri	23	12,8	21	15,6	
Çalışma Durumu					
Evet	177	98,3	134	99,3	0,560/0,454*
Hayır	3	1,7	1	0,7	
TOPLAM	180	100,0	135	100,0	

*Fisher'in kesinlik testi

Araştırma kapsamına alınan kadınların eşlerinin sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımları incelendiğinde, vajinal doğum grubunda bulunan kadınların eşlerinin %47,8'inin 18-26 yaş, %48,9'unun 27-35 yaş, %3,3'ünün 36 yaş ve üzerinde, sezaryen doğum grubunda bulunan kadınların eşlerinin %43,7'sinin 18-26 yaş, %51,9'unun 27-35 yaş, %4,4'ünün 36 yaş ve üzerinde olduğu saptandı. Araştırmaya katılan kadınların eşlerinin yaş ortalaması 27,57±4,06 bulunmuştur. Her iki grup arasında ki-kare analizi sonucu istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulundu ($X^2 = 0,663$, $p > 0,05$) (Tablo 2).

Vajinal doğum grubunda bulunan kadınların eşlerinin %2,7'sinin okur-yazar, %58,9'unun ilköğretim, %25,6'sının lise/dengi okul, %12,8'inin üniversite ve üzeri, sezaryen doğum grubunda bulunan kadınların %3,6'sının okur-yazar, %55,6'sının ilköğretim, %25,2'sinin lise/dengi okul, %15,6'sının üniversite ve üzeri olduğu saptandı. Her iki grup arasında ki-kare analizi sonucu istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulundu ($X^2 = 0,788$, $p > 0,05$) (Tablo 2).

Vajinal doğum grubunda bulunan kadınların eşlerinin %98,3'ünün çalıştığı, %1,7'sinin çalışmadığı, sezaryen doğum grubunda bulunan kadınların eşlerinin %99,3'ünün çalıştığı, %0,7'sinin çalışmadığı saptandı. Her iki grup arasında ki-kare analizi sonucu istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulundu ($X^2 = 0,560$, $p > 0,05$) (Tablo 2).

Tablo 3. Kadınların Obstetrik Özelliklerinin Dağılımı

Tanıtıcı Özellikler	Vajinal Doğum		Sezaryen Doğum		X ² /p
	n	%	n	%	
Gebelik Sayısı					
1-2 gebelik	148	82,2	111	82,2	0,000/1,000*
3-5 gebelik	32	17,8	24	17,8	
TOPLAM	180	100,0	135	100,0	

*Düzeltilmiş Ki-kare

Araştırma kapsamına alınan kadınların obstetrik özelliklerinin dağılımı incelendiğinde, vajinal doğum grubunda bulunan kadınların %82,2'sinin 1-2 gebelik, %17,8'inin 3-5 gebelik, sezaryen doğum grubunda bulunan kadınların %82,2'sinin 1-2 gebelik, %17,8'inin 3-5 gebelik geçirdiği saptandı. Her iki grup arasında ki-kare analizi sonucu istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulundu ($X^2 = 0,000$, $p > 0,05$) (Tablo 3).

Tablo 4. Vajinal Doğum Yapan Kadınların Doğumlarına İlişkin Özelliklerinin Dağılımı (n=180)

Tanıtıcı Özellikler*	n	%
Doğum Algısı		
Çok kolay	9	5,0
Kolay	55	30,6
Kararsız	23	12,7
Zor	38	21,1
Çok zor	55	30,6
Doğumda Yapılan Müdahaleler**		
Epizyotomi	162	51,4
Vakum/forseps	2	0,6
Kristal manevrası	69	21,9
Deşüri onarımı	15	4,8
İndüksiyon	109	34,6
Diğer	2	0,6

*Sezaryen doğum yapan kadınlar dâhil edilmemiştir.

** Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Araştırma kapsamına alınan kadınların doğumlarına ilişkin özelliklerinin dağılımı incelendiğinde; vajinal doğum grubunda bulunan kadınların %5,0'ı çok kolay,

%30,6'sının kolay, %12,7'sinin kararsız, %21,1'inin zor, %30,6'sının çok zor doğum algısı olduğu saptandı (Tablo 4).

Vajinal doğum grubunda bulunan kadınların %51,4'üne epizyotomi, %0,6'sına vakum/forseps, %21,9'una kristal manevrası, %4,8'ine deşuri onarımı, %34,6'sına indüksiyon, %0,6'sına diğer müdahaleler yapıldığı saptandı (Tablo 4).

Tablo 5. Kadınların Bebeklerine Ait Bilgilerinin Dağılımı

Tanıtıcı Özellikler	Vajinal Doğum		Sezaryen Doğum		X ² /p
	n	%	n	%	
Bulunduğu Ay					
9 ay	87	48,3	73	54,1	2,043/0,564
10 ay	5	2,8	6	4,4	
11 ay	3	1,7	2	1,5	
12 ay	85	47,2	54	40,0	
Emme Durumu					
Evet	140	77,8	103	76,3	0,096/0,757
Hayır	40	22,2	32	23,7	
Geceleri Sık Uyanma Durumu					
Evet	127	70,6	91	67,4	0,359/0,549
Hayır	53	29,4	44	32,6	
TOPLAM	180	100,0	135	100,0	

Araştırma kapsamına alınan kadınların bebeklerine ait bilgilerin dağılımı incelendiğinde; vajinal doğum grubunda bulunan kadınların %48,3'ünün 9 aylık, %2,8'inin 10 aylık, %1,7'sinin 11 aylık, %47,2'sinin 12 aylık, sezaryen doğum grubunda bulunan kadınların %54,1'inin 9 aylık, %4,4'ünün 10 aylık, %1,5'inin 11 aylık, %40,0'ının 12 aylık bebeği olduğu saptandı. Her iki grup arasında ki-kare analizi sonucu istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulundu ($X^2 = 2,043$, $p>0,05$) (Tablo 5).

Vajinal doğum grubunda bulunan kadınların %77,8'inin emzirdiği, %22,2'sinin emzirmediği, sezaryen doğum grubunda bulunan kadınların %76,3'ünün emzirdiği, %23,7'sinin emzirmediği saptandı. Her iki grup arasında ki-kare analizi sonucu istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulundu ($X^2 = 0,096$, $p>0,05$) (Tablo 5).

Vajinal doğum grubunda bulunan kadınların bebeklerinin %70,6'sının geceleri sık uyandığı, %29,4'ünün geceleri sık uyanmadığı, sezaryen doğum grubunda bulunan kadınların bebeklerinin %67,4'ünün geceleri sık uyandığı, %32,6'sının geceleri sık

uyanmadığı saptandı. Her iki grup arasında ki-kare analizi sonucu istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulundu ($X^2 = 0,359$, $p > 0,05$) (Tablo 5).

Tablo 6. Kadınların Cinsel Yaşam ve Hastalık Bilgilerinin Dağılımı

Tanıtıcı Özellikler	Vajinal Doğum		Sezaryen Doğum		X^2/p
	n	%	n	%	
Emzirme Döneminde Cinsel Yaşamın Etkilenme Durumu					
Evet	37	64,9	20	35,1	1,625/0,202*
Hayır	103	55,4	83	44,6	
Kronik Hastalık Durumu					
Evet	9	5,0	3	2,2	0,955/0,329*
Hayır	171	95,0	132	97,8	
Sürekli Olarak Kullanılan İlaç Varlığı					
Evet (demir preparatı)	3	1,7	3	2,2	0,000/1,000*
Hayır	177	98,3	132	97,8	
Aile Planlaması Yöntemi Kullanma Durumu					
Evet	147	81,7	105	77,8	0,729/0,393
Hayır	33	18,3	30	22,2	
TOPLAM	180	100,0	135	100,0	

*Düzeltilmiş Ki-kare testi

Araştırma kapsamına alınan kadınların cinsel yaşam ve hastalık bilgilerinin dağılımı incelendiğinde, vajinal doğum grubunda bulunan kadınların %64,9'unda emzirme döneminde cinsel yaşamın etkilendiği, %55,4'ünde emzirme döneminde cinsel yaşamın etkilenmediği, sezaryen doğum grubunda bulunan kadınların %35,1'inde emzirme döneminde cinsel yaşamın etkilendiği, %44,6'sında emzirme döneminde cinsel yaşamın etkilenmediği saptandı. Her iki grup arasında ki-kare analizi sonucu istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulundu ($X^2 = 3,379$, $p > 0,05$) (Tablo 6).

Vajinal doğum grubunda bulunan kadınların %5,0'inde kronik hastalık olduğu, %95,0'ında kronik hastalık olmadığı, sezaryen doğum grubunda bulunan kadınların %2,2'sinde kronik hastalık olduğu, %97,8'inde kronik hastalık olmadığı saptandı. Her iki grup arasında ki-kare analizi sonucu istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulundu ($X^2 = 0,955$, $p > 0,05$) (Tablo 6). Vajinal doğum grubunda dokuz, sezaryen doğum grubunda üç kadın kronik hastalığı olduğunu belirtmiştir. Bunlar: vajinal

doğum grubunda; üç anemi, iki astım, iki guatr, bir sarılık, bir tansiyon ve böbrek yetmezliği, sezaryen doğum grubunda; anemi, tiroid ve böbrek yetmezliğidir. Belirtilen hastalıklarıyla ilgili herhangi bir ilaç kullanımı belirlenmedi.

Vajinal doğum grubunda bulunan kadınların %1,7'sinin sürekli ilaç kullandığı, %98,3'ünün sürekli ilaç kullanmadığı, sezaryen doğum grubunda bulunan kadınların %2,2'sinin sürekli ilaç kullandığı, %97,8'inin sürekli ilaç kullanmadığı saptandı. Her iki grupta da kadınlar doğum sonrası demir preparatı kullanmaktaydı ve iki grup arasında ki-kare analizi sonucu istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulundu.. ($X^2 = 0,000$, $p>0,05$) (Tablo 6).

Vajinal doğum grubunda bulunan kadınların %81,7'sinin aile planlaması yöntemi kullandığı, %18,3'ünün aile planlaması yöntemi kullanmadığı, sezaryen doğum grubunda bulunan kadınların %77,8'inin aile planlaması yöntemi kullandığı, %22,2'sinin aile planlaması yöntemi kullanmadığı saptandı. Her iki grup arasında ki-kare analizi sonucu istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulundu ($X^2 = 0,729$, $p>0,05$) (Tablo 6).

KADINLARIN KADIN CİNSEL İŞLEV ÖLÇEĞİ (KCIÖ) PUANLARINA İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 7. Doğum Şekline Göre Kadınlarda Cinsel İşlev Ölçeği Puan Ortalamalarının İncelenmesi

KCIÖ Toplam ve Alt Boyutlar	Vajinal Doğum (n=180)	Sezaryen Doğum (n=135)	KCIÖ Kesme Noktası	t	p
	$\bar{X} \pm Ss$	$\bar{X} \pm Ss$			
Cinsel istek	4,44±0,90	4,51±0,92	≤3,6	-0,619	0,536
Uyarılma	3,98±1,13	4,16±1,12	≤3,9	-1,381	0,168
Kayganlaşma	4,14±1,09	4,20±1,12	≤3,6	-0,533	0,595
Orgazm	4,18±1,02	4,21±1,16	≤3,6	-0,251	0,802
Doyum	4,03±1,64	3,99±1,62	≤3,6	0,219	0,827
Ağrı	4,31±1,56	4,26±1,54	≤4,4	0,544	0,786
KCIÖ Toplam	25,11±5,47	25,36±5,47	≤22,7	-0,464	0,643

Kadınların doğum şekline göre KCIÖ ve alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde; Cinsel istek alt boyut puan ortalamasının, vajinal doğum yapan kadınlarda 4,44±0,90, sezaryen doğum yapan kadınlarda ise 4,51±0,92 olduğu ve

aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($t=-0,619$, $p>0,05$) (Tablo 7).

Uyarılma alt boyut puan ortalamasının vajinal doğum yapan kadınlarda $3,98\pm1,13$, sezaryen doğum yapan kadınlarda ise $4,16\pm1,12$ olduğu ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($t=-1,381$, $p>0,05$) (Tablo 7).

Kayganlaşma alt boyut puan ortalamasının vajinal doğum yapan kadınlarda $4,14\pm1,09$, sezaryen doğum yapan kadınlarda ise $4,20\pm1,12$ olduğu ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($t=-0,533$, $p>0,05$) (Tablo 7).

Orgazm alt boyut puan ortalamasının vajinal doğum yapan kadınlarda $4,18\pm1,02$, sezaryen doğum yapan kadınlarda ise $4,21\pm1,16$ olduğu ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($t=-0,251$, $p>0,05$) (Tablo 7).

Doyum alt boyut puan ortalamasının vajinal doğum yapan kadınlarda $4,03\pm1,64$, sezaryen doğum yapan kadınlarda ise $3,99\pm1,62$ olduğu ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($t=0,219$, $p>0,05$) (Tablo 7).

Ağrı alt boyut puan ortalamasının vajinal doğum yapan kadınlarda $4,31\pm1,56$, sezaryen doğum yapan kadınlarda ise $4,26\pm1,54$ olduğu ve her iki doğum şeklinde de puan ortalamalarının kesme noktasının altında olduğu fakat aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($t=0,544$, $p>0,05$) (Tablo 7).

Tablo 8. Doğum Şekline Göre Kadınlarda Cinsel İşlev Bozukluklarının Karşılaştırılması

KCiÖ Cinsel İşlev Bozuklukları	Vajinal Doğum (n=180)		Sezaryen Doğum (n=135)		X ²	p
	n	%	n	%		
Cinsel istek						
Var	15	62,5	9	37,5	0,304	0,581
Yok	165	56,7	126	43,3		
Uyarılma						
Var	68	62,4	41	37,6	1,870	0,171
Yok	112	54,4	94	45,6		
Kayganlaşma						
Var	58	60,4	38	39,6	2,221	0,329
Yok	120	55,3	97	44,7		
Orgazm						
Var	51	54,3	43	45,7	0,456	0,499

Yok	129	58,4	92	41,6		
Doyum						
Var	35	51,5	33	48,5		
Yok	145	58,7	102	41,3	1,139	0,286
Ağrı						
Var	87	55,4	70	44,6		
Yok	93	58,9	65	41,1	0,382	0,537
KCIÖ Toplam						
Var	77	61,6	48	38,4		
Yok	103	54,2	87	45,8	1,681	0,195

Doğum şekline göre kadınlarda cinsel işlev bozukluklarının karşılaştırıldığında; Vajinal doğum grubundaki kadınların %62,5'inde, sezaryen doğum grubundaki kadınların ise %37,5'inde cinsel istek sorunu yaşandığı fakat aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($X^2 = 0,304$, $p > 0,05$) (Tablo 8).

Vajinal doğum grubundaki kadınların %62,4'ünde, sezaryen doğum grubundaki kadınların ise %37,6'sında uyarılma sorunu yaşandığı fakat aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($X^2 = 1,870$, $p > 0,05$) (Tablo 8).

Vajinal doğum grubundaki kadınların %60,4'ünde, sezaryen doğum grubundaki kadınların ise %39,6'sında kayganlaşma sorunu yaşandığı fakat aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($X^2 = 2,221$, $p > 0,05$) (Tablo 8).

Vajinal doğum grubundaki kadınların %54,3'ünde, sezaryen doğum grubundaki kadınların ise %45,7'sinde orgazm sorunu yaşandığı fakat aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($X^2 = 0,456$, $p > 0,05$) (Tablo 8).

Vajinal doğum grubundaki kadınların %51,5'inde, sezaryen doğum grubundaki kadınların ise %48,5'inde doyum sorunu yaşandığı fakat aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($X^2 = 1,139$, $p > 0,05$) (Tablo 8).

Vajinal doğum grubundaki kadınların %55,4'ünde, sezaryen doğum grubundaki kadınların ise %44,6'sında ağrı sorunu yaşandığı fakat aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($X^2 = 0,382$, $p > 0,05$) (Tablo 8).

Ölçek toplam puanına göre vajinal doğum grubundaki kadınların %61,6'sında, sezaryen doğum grubundaki kadınların ise %38,4'ünde cinsel disfonksiyon yaşandığı belirlenmiştir. Vajinal doğum grubundaki kadınlarda sezaryen doğum grubundaki kadınlara göre cinsel disfonksiyon oranının daha yüksek olduğu fakat aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($X^2 = 1,681$, $p > 0,05$) (Tablo 8).

Tablo 9. Kadınların Bebeklerine Ait Bilgiler ile Kadınlarda Cinsel İşlev Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

Tanıtıcı Özellikler	Vajinal Doğum (n=180)			Sezaryen Doğum (n=135)		
	$\bar{X} \pm Ss$	t	p	$\bar{X} \pm Ss$	t	p
Emme durumu						
Evet	25,60±5,31	2,278	0,024	25,24±5,61	-0,470	0,639
Hayır	23,39±5,72			25,76±5,06		
Geceleri sık uyanma durumu						
Evet	24,85±5,23	-0,969	0,334	24,62±5,28	-2,296	0,023
Hayır	25,72±6,00			26,89±5,60		

Araştırma kapsamına alınan kadınların bebeklerine ait bilgiler ile kadınlar da cinsel işlev ölçeği puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde, vajinal doğum yapan kadınların emme durumuna evet cevabını verenlerin puan ortalamasının 25,60±5,31, hayır cevabını verenlerin puan ortalamasının 23,39±5,72 olduğu saptandı. Vajinal doğum grubunda emme durumu puan ortalamaları arasında yapılan t testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($t=2,278$, $p<0,05$). Sezaryen doğum yapan kadınların emme durumuna evet cevabını verenlerin puan ortalamasının 25,24±5,61, hayır cevabını verenlerin puan ortalamasının 25,76±5,06 olduğu saptandı. Sezaryen doğum grubunda emme durumu puan ortalamaları arasında yapılan t testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulundu ($t=-0,470$, $p>0,05$) (Tablo 9).

Vajinal doğum yapan kadınların bebeklerinin geceleri sık uyanma durumuna evet cevabını verenlerin puan ortalamasının 24,85±5,23, hayır cevabını verenlerin puan ortalamasının 25,72±6,00 olduğu saptandı. Vajinal doğum yapan kadınların bebeklerinin geceleri sık uyanma durumu puan ortalamaları arasında yapılan t testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulundu ($t=-0,969$, $p>0,05$). Sezaryen doğum yapan kadınların bebeklerinin geceleri sık uyanma durumuna evet cevabını verenlerin puan ortalamasının 24,62±5,28, hayır cevabını verenlerin puan ortalamasının 26,89±5,60 olduğu saptandı. Sezaryen doğum yapan kadınların bebeklerinin geceleri sık uyanma durumu puan ortalamaları arasında yapılan t testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($t=-2,296$, $p<0,05$) (Tablo 9).

Tablo 10. Kadınların Emzirme Döneminde Cinsel Yaşamın Etkilenme Durumu İle Kadınlarda Cinsel İşlev Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

Tanıtıcı Özellikler	Vajinal Doğum (n=180)			Sezaryen Doğum (n=135)		
	$\bar{X} \pm Ss$	t	p	$\bar{X} \pm Ss$	z	p
Emzirme Döneminde Cinsel Yaşamın Etkilenme Durumu						
Evet	21,29±3,46	-6,004	0,000	21,34±4,91	-3,758	0,000
Hayır	26,42±5,42			26,14±5,24		

Araştırma kapsamına alınan kadınların cinsel yaşam ve hastalık bilgileri ile kadınlarda cinsel işlev ölçeği puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde, vajinal doğum yapan kadınların emzirme döneminde cinsel yaşamın etkilenme durumuna evet cevabını verenlerin puan ortalamasının 21,29±3,46, hayır cevabını verenlerin puan ortalamasının 26,42±5,42 olduğu bulundu. Vajinal doğum yapan kadınların emzirme döneminde cinsel yaşamın etkilenme durumu puan ortalamaları arasında yapılan t testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($t = -6,004$, $p < 0,05$). Sezaryen doğum yapan kadınların emzirme döneminde cinsel yaşamın etkilenme durumu puan ortalamaları arasında yapılan Mann-Whitney U Test analizinde puan ortalamalarının emzirme döneminin cinsel yaşamı etkileme durumuna evet cevabını verenlerde 21,34±4,91, hayır cevabını verenlerde 26,14±5,24 olduğu ve emzirme döneminde cinsel yaşamın etkilenme durumu puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu bulundu ($z = -3,758$, $p < 0,05$) (Tablo 10).

6. TARTIŞMA

Bu araştırma, doğum şeklinin kadın cinsel işlevi üzerine etkisinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır. Katılımcılar doğum şekli açısından iki gruba ayrılmış ve her iki grubun çoğunluğunu şehirde yaşayan, orta gelir grubu, sosyal güvencesi olan, ev hanımı ve çekirdek aile yapısına sahip kadınlar oluşturmuştur.

Çalışmamızdaki kadınların eğitim durumuna bakıldığında vajinal doğum grubundaki kadınların %66,1'i, sezaryen doğum grubundaki kadınların %60,0'ının ilköğretim mezunu olduğu ve bu sonucun TNSA 2013 ve TÜİK 2008-2016 kadın eğitim durumuyla (sırasıyla %36,1 ve %33,6) istatistiksel olarak paralel olmadığı sonucuna varılmıştır. Bu farkın örneklemden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Kadınların çalışma durumuna bakıldığında vajinal doğum grubundaki kadınların %94,4'ünün, sezaryen doğum grubundaki kadınların %89,6'sının çalışmadığı ve bu sonucun TNSA 2013 kadın çalışmama durumuyla (%68,9) paralel olmadığı sonucuna varılmıştır. Bu farkın örneklemden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmada kadınların en uzun yaşadığı yerleşim birimine bakıldığında vajinal doğum grubundaki kadınların %86,1'i, sezaryen doğum grubundaki kadınların %83,0'ı şehirde yaşamakta ve bu sonuç TNSA 2013 kadınların yaşadığı yerleşim birimi verileriyle (%81,0 şehir) paralellik göstermektedir.

Çalışmada kadınların sosyal güvence durumuna bakıldığında vajinal doğum grubundaki kadınların %90,6'sının, sezaryen doğum grubundaki kadınların %92,6'sının sosyal güvencesi olduğu ve bu durumun TNSA 2013 kadın sosyal güvence verileriyle (%50,0) istatistiksel olarak farklı olduğu sonucuna varılmıştır. Bu farkın çalışmanın Türkiye'nin Batı bölgesinde yapılmış olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Kadınların aile tipine bakıldığında vajinal doğum grubundaki kadınların %66,7'sinin, sezaryen doğum grubundaki kadınların %69,6'sının çekirdek ailede yaşadığı bulunmuştur. Acar (2008) Ankara'da yaptığı çalışmasında kadınların %73,0'ının çekirdek ailede yaşadığı sonucuna varmıştır. Çalışma sonuçları paralellik göstermektedir.

Çalışmadaki kadınların eşlerinin eğitim durumuna bakıldığında vajinal doğum grubundaki kadınların eşlerinin %58,9'unun, sezaryen doğum grubundaki kadınların eşlerinin %55,6'sının ilköğretim mezunu olduğu ve bu sonucun TNSA 2013 erkek eğitim durumuyla (%34,4) istatistiksel olarak benzer olduğu sonucuna varılmıştır.

Çalışmadaki kadınların eşlerinin çalışma durumuna bakıldığında vajinal doğum grubundaki kadınların eşlerinin %98,3'ünün, sezaryen doğum grubundaki kadınların eşlerinin %99,3'ünün çalıştığı bulunmuştur. Akyüz'ün (2013) Aydın'da yaptığı çalışmada da kadınların eşlerinin çalışma durumu %99,2 olarak bulunmuştur. Çalışma bulguları paralellik göstermektedir.

KADINLARIN OBSTETRİK ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Çalışmamızda vajinal ve sezaryen doğum yapan primipar kadınların %82,2'sinin bir veya iki gebelik, %17,8'sinin üç ve daha fazla gebelik yaşadığı belirlenmiştir. Karaçam ve Çalışır (2012) primipar kadınlarda Aydın'da yaptıkları benzer çalışmada kadınların %89,3'ünün bir gebelik, %10,7'sinin iki ve daha fazla gebelik geçirdiklerini belirlemişlerdir (Karaçam ve Çalışır 2012). Çalışma bulguları paralellik göstermektedir.

Doğumdan sonraki cinsel sorunlar doğum sırasındaki doğum ve perine travmasıyla ilişkilidir ve doğumdan sonraki ilk üç ayda primipar kadınların yaklaşık % 80'inde ağrı sorunu olduğu belirlenmiştir (Dabiri 2014). Akyüz'ün (2009) çalışmasında, hem vajinal doğum (%89,1) hem de sezaryen ile doğum yapan (%93,3) kadınların doğum sonrası cinsel sorun yaşadığını belirlemiştir. Yörük'ün (2013) çalışmasında, vajinal doğum yapan kadınların doğum sırasında oluşan epizyotomi ve spontan perineal laserasyonların, cinsel fonksiyon parametrelerini olumsuz etkilediği ve cinsel yaşamlarında memnuniyetsizlik oluşturduğu sonucuna varmıştır. Yapılan bazı çalışmalarda kadınların doğuma yönelik korkularının arasında vajinal doğum sonrasında cinsel fonksiyonlarının etkileneceği korkusu yer almaktadır (Özcan ve Aslan 2013; Aksoy 2015). Aslan ve Okumuş'un (2017) nullipar kadınların doğum algılarını inceledikleri çalışmada doğuma ilişkin korku ve ağrı algısının fazla (sırasıyla %36,7 ve %83,9) olduğu sonucuna varılmıştır (Aslan ve Okumuş 2017). Gözükara ve Eroğlu'nun (2008) çalışmasında primipar kadınların büyük çoğunluğunun (%86,2)

vajinal doğum yapmayı istediği fakat %71,1'inin doğumdan/doğum ağrısından korktukları ve bu kadınların sadece %36,4'ünün vajinal doğum yaptığı belirlenmiştir (Gözükara ve Eroğlu 2008). Çalışmamızda vajinal doğum yapan kadınların %5,0'i doğumu çok kolay, %3,6'sı kolay ifade ederken %21,1'i zor, %30,6'sı çok zor olarak ifade etmişlerdir. Vajinal doğum yapan kadınların %51,4'üne epizyotomi uygulandığı, %21,9'una kristal manevrası yapıldığı ve %34,6'sına oksitosin indüksiyon uygulandığı belirlenmiştir. Benzer şekilde, Karaçam ve arkadaşlarının (2013) yaptığı çalışmada primipar kadınların %56,3'üne epizyotomi uygulandığı, ayrıca epizyotomi uygulanan kadınların %95,5'ine oksitosin indüksiyon uygulandığı, %51,1'ine kristal manevrası yapıldığı belirlenmiştir (Karaçam ve ark. 2013). Karaçam ve Çalışır'ın çalışmasında ise doğum sonrası birinci yılda görüşme yapılan kadınların %39,2'sinde spontan laserasyon bulunduğu, %59'una epizyotomi uygulandığı ve %1,8'inin perineal travmasız olduğu gözlenmiştir. Ancak, doğum sonrası dispareni ile epizyotomi, spontan laserasyon, perineal travmanın derecesi ve bulunduğu bölge arasında herhangi bir ilişki saptanmamıştır. Sonuç olarak, perineal travmanın doğum sonrası erken dönemde dispareni ile ilişkili olabileceği, ancak bu durumun uzun süre devam etmediğini ifade etmişlerdir (Karaçam ve Çalışır 2012). Doğumda yapılan tıbbi müdahalelerin doğum algısını olumsuz etkilediği düşünülmektedir ve çalışma bulgularımız alan yazına uyum göstermektedir.

Anne sütü, bebeğin büyümesi için gerekli tüm ihtiyaçları karşılayan ve çocuğun hayatı boyunca sağlıklı gelişmesinde temel rolü olan eşsiz bir besindir ve emzirme, anne ile bebeğin sağlığı ve duygusal yakınlığı üzerine olumlu etkisi olan bir beslenme yöntemidir (Ünver Korğalı 2016; Yeşilçiçek Çalık ve ark 2017). Bu nedenle WHO ve United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF), bebeklerin ilk 6 ay sadece anne sütüyle beslenmesini ve 6 aydan sonra ek besinlere geçilerek emzirmenin en az 2 yaşa kadar sürdürülmesini önermektedir (UNICEF 2016; WHO 2019). Yeşilçiçek Çalık ve arkadaşları (2017) annelerin emzirme konusunda uygulamaları ve etkileyen faktörler adlı çalışmasında annelerin %80,3'ü bebeğini yedi aydan daha fazla emzirdiğini bulmuştur (Yeşilçiçek Çalık ve ark 2017). Acar (2008) ve Akyüz (2013) çalışmalarında kadınların sırasıyla %87,0 ve %77,4'ünün bebeklerini emzirdiği sonucuna varmıştır. TNSA 2013 verilerine göre kadınların büyük bir çoğunluğu 9-12 aylık dönemde (ortalama 16,7 ay emzirme) bebeklerini emzirmektedir (TNSA 2013). Çalışmamızda 9-12 aylık bebeği olan vajinal doğum grubundaki kadınların %77,8'inin, sezaryen doğum grubundaki kadınların %76,3'ünün bebeklerini

emzirdiği belirlenmiştir. Çalışma bulgularımız daha önce yapılan çalışmalar ile paralellik göstermektedir.

Akyüz (2013) Aydın'da doğum sonrası cinsel sorunlar ve etkileyen faktörleri incelediği çalışmasında aile planlaması yöntemi kullanma oranını %90,9 olarak belirlemiştir. TNSA 2013'e göre Türkiye genelinde aile planlaması yöntemi kullanma durumu %52,5'tir. Çalışmamızda aile planlaması yöntemi kullanma durumuna bakıldığında vajinal doğum grubunun %81,7'sinin, sezaryen doğum grubunun %77,8'inin aile planlaması yöntemi kullandığı bulunmuştur. Çalışmadaki aile planlaması yöntemi kullanma oranı Türkiye genelinden yüksek olmakla birlikte Akyüz'ün bulgularından daha düşüktür. Çalışma sonuçlarındaki farkın örneklemden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda vajinal doğum grubundaki kadınların %95,0'ının kronik hastalığı bulunmadığı ve %98,3'ünün sürekli kullandığı bir ilacın olmadığı, sezaryen doğum grubundaki kadınların % 97,8'inin kronik hastalığı bulunmadığı ve %97,8'inin sürekli kullandığı bir ilacın olmadığı belirlenmiştir. Acar (2008) çalışmasında kadınların %89,0'ının kronik hastalığı bulunmadığı ve % 96,0'ının sürekli kullandığı bir ilacı olmadığını tespit etmiştir. Çalışma sonuçları paralellik göstermektedir.

KADINLARIN KADIN CİNSEL İŞLEV ÖLÇEĞİ (KCiÖ) PUANLARINA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Karşılaştırılan tüm çalışmalar primipar kadınlar ile yapılmış ve ölçme aracı olarak KCiÖ kullanılmıştır.

Doğum sonrası 9-12. ayda primipar kadınlarla yapılan çalışmamızda her iki grupta ölçek toplam puan ortalamasının (vajinal doğum: 25.11 ± 5.47 , sezaryen doğum: 25.36 ± 5.47) kesme noktasının üzerinde olduğu, genel olarak cinsel disfonksiyonun ve gruplar arasında farkın olmadığı sonucuna varılmıştır. Literatürde benzer çalışma sonuçları bulunmaktadır. Kahramanoğlu ve arkadaşlarının (2017) 3,6,12 ve 24. aylarda doğum şeklinin primipar kadınların cinsel işlevi üzerindeki etkisini incelediği çalışmada ölçek toplam puan ortalamasının (vajinal doğum: 27.4, sezaryen doğum: 27.89) yüksek olduğu ve kadınlarda cinsel disfonksiyon olmadığı belirlenmiştir. Hosseini ve arkadaşlarının (2012) normal vajinal ve elektif sezaryen doğum sonrası 6-24. ayda kadınların cinsel fonksiyonlarını inceledikleri çalışmada her iki grubun ölçek toplam puanının yüksek olduğu ve kadınlarda cinsel disfonksiyon

olmadığı sonucuna varılmıştır. Doğan ve arkadaşlarının (2017) nullipar kadınlarda en az beş yıl sonra cinsel ve pelvik disfonksiyon ve perineal ağrı üzerinde mediolateral epizyotomi ile vajinal doğumun uzun dönem etkilerini inceledikleri çalışmada ölçek toplam puanının (mediolateral epizyotomi ile spontan vajinal doğum: 65.08 ± 10.17 ; elektif sezaryen doğum: 70.48 ± 13.32) oldukça yüksek olduğu belirlenmiş ve kadınlarda cinsel disfonksiyon olmadığı sonucuna varılmıştır. Doğan ve arkadaşlarının puan ortalamasının diğer çalışmalardan daha yüksek olması dikkat çekicidir. Bu farkın çalışmanın doğumdan beş yıl sonra yapılmış ve doğum travmalarının tamamen iyileşmiş olmasından kaynaklandığı düşünülmüştür. Çünkü, erken aylarda yapılmış çalışmalarda ölçek puanı düşmüş, hatta cinsel disfonksiyon bulunmuştur. Baksu ve arkadaşlarının (2007) primipar kadınlarda altıncı ayda doğum şeklinin cinsel işleve etkisini inceledikleri çalışmada ölçek toplam puanı epizyotomili vajinal doğum yapan kadınlarda 22.16 ± 3.68 , sezaryen doğum yapan kadınlarda 28.32 ± 6.53 olduğu belirlenmiştir. Baksu çalışmasında epizyotomili vajinal doğum yapan kadınlarda cinsel disfonksiyon olduğu fakat sezaryen doğum yapanlarda cinsel disfonksiyon olmadığı sonucuna varılmıştır. Çalışmaya tüm vajinal doğum yapmış kadınlar değil sadece epizyotomili vajinal doğum yapmış olan kadınların dâhil edilmesi ve kısa dönemde yapılmış olması çalışma sonucunda sezaryen doğum yapan grupla farka neden olmuştur.

KCIÖ'nin alt boyutları (cinsel istek, uyarılma, kayganlaşma, orgazm, doyum ve ağrı) karşılaştırılmıştır.

Çalışmamızda iki grubun cinsel istek alt boyut puanları (vajinal doğum: 4.44 ± 0.90 , sezaryen doğum: 4.51 ± 0.92) kesme noktasının üzerindedir ve aralarında istatistiksel bir fark bulunmamıştır. Amiri, Kahramanoğlu, Doğan, Hosseini ve Baksu'nun çalışmalarında cinsel istek alt boyut puanları kesme noktasının üzerinde olup sonuçlar çalışmamızla paralellik göstermiş ve çalışmaya katılan kadınlarda cinsel istek sorunu olmadığı belirlenmiştir.

Çalışmamızda iki grubun uyarılma alt boyut puanları (vajinal doğum: 3.98 ± 1.13 , sezaryen doğum: 4.16 ± 1.12) kesme noktasının üzerindedir ve aralarında istatistiksel bir fark bulunmamıştır. Amiri, Kahramanoğlu, Doğan ve Hosseini'nin çalışmalarında uyarılma alt boyut puanları kesme noktasının üzerindedir. Baksu'nun çalışmasında epizyotomili vajinal doğum grubunun uyarılma alt boyut puanı kesme noktasının altında olup epizyotomili vajinal doğum yapan kadınlarda uyarılma sorunu olduğu

fakat sezaryen doğum yapan kadınlarda uyarılma sorunu olmadığı belirlenmiştir. Baksu'nun epizyotomili vajinal doğum yapan grubun sonuçları hariç, sonuçlar çalışmamızla paralellik göstermiş ve çalışmaya katılan kadınlarda uyarılma sorunu olmadığı belirlenmiştir.

Çalışmamızda iki grubun kayganlaşma alt boyut puanları (vajinal doğum: 4.14 ± 1.09 , sezaryen doğum: 4.20 ± 1.12) kesme noktasının üzerindedir ve aralarında istatistiksel bir fark bulunmamıştır. Amiri, Kahramanoğlu, Doğan, Hosseini ve Baksu'nun çalışmalarında kayganlaşma alt boyut puanları kesme noktasının üzerinde bulunmuştur. Sonuçlar çalışmamızla paralellik göstermiş ve çalışmaya katılan kadınlarda uyarılma sorunu olmadığı belirlenmiştir.

Çalışmamızda iki grubun orgazm alt boyut puanları (vajinal doğum: 4.18 ± 1.02 , sezaryen doğum: 4.21 ± 1.16) kesme noktasının üzerindedir ve aralarında istatistiksel bir fark bulunmamıştır. Amiri, Kahramanoğlu, Doğan ve Hosseini'nin çalışmalarında orgazm alt boyut puanları kesme noktasının üzerindedir. Baksu'nun epizyotomili vajinal doğum grubunun orgazm alt boyut puanı kesme noktasının altında olup epizyotomili vajinal doğum yapan kadınlarda orgazm sorunu olduğu fakat sezaryen doğum yapan kadınlarda orgazm sorunu olmadığı belirlenmiştir. Baksu'nun epizyotomili vajinal doğum yapan grubun sonuçları hariç, sonuçlar çalışmamızla paralellik göstermiş ve çalışmaya katılan kadınlarda orgazm sorunu olmadığı belirlenmiştir.

Çalışmamızda iki grubun doyum alt boyut puanları (vajinal doğum: 4.03 ± 1.64 , sezaryen doğum: 3.99 ± 1.62) kesme noktasının üzerindedir ve aralarında istatistiksel bir fark bulunmamıştır. Amiri, Kahramanoğlu, Doğan, Hosseini ve Baksu'nun çalışmalarında doyum alt boyut puanları kesme noktasının üzerinde olup sonuçlar çalışmamızla paralellik göstermiş ve çalışmaya katılan kadınlarda doyum sorunu olmadığı belirlenmiştir.

Çalışmamızda her iki grubun ağrı alt boyut puanları kesme noktasına çok yakın olmakla birlikte, kesme noktasının altındadır. Sezaryen doğum grubunun ağrı alt boyut puanı daha düşük bulunmuş (vajinal doğum: 4.31 ± 1.56 , sezaryen doğum: 4.26 ± 1.54) fakat iki grup arasında istatistiksel bir fark bulunmamıştır. Amiri, Kahramanoğlu, Doğan ve Hosseini'nin çalışmalarında ağrı alt boyut puanları kesme noktasının üzerindedir. Baksu'nun epizyotomili vajinal doğum grubunun ağrı alt boyut puanı

kesme noktasının altında olup epizyotomili vajinal doğum yapan kadınlarda ağrı sorunu olduğu fakat sezaryen doğum yapan kadınlarda ağrı sorunu olmadığı belirlenmiştir. Çalışma sonucumuz Baksu'nun epizyotomili vajinal doğum yapan grubun sonuçları ile paralellik gösterirken, Baksu'nun sezaryen doğum yapan grubu ve diğer çalışmaların sonuçları ile paralellik göstermemektedir. Fiziksel disparoni nedenleri arasında genital bölgedeki ameliyat nedbeleri, doğum sırasında meydana gelen yırtılmalar ya da epizyotomi açılması ve bunların anatomiye uygun kapatılmaması, vajinit, ilişkiye hazır olmadan (yeterli lubrikasyon olmadan) başlanması nedeniyle ortaya çıkan tahriş gibi durumlar disparoniye yol açabilir (CİSED 2008; Yaşar ve ark 2010). Fakat çalışmamızda hem sezaryen hem de vajinal doğum yapan kadınlarda ağrı sorunu olduğu sonucuna varılmış olup cinsel ilişkide ağrının psikolojik nedenlerden kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Dünyadaki araştırmalar, cinsel işlev bozukluğunun depresyon ve düşük yaşam kalitesi skorları gibi genel zihinsel hastalıklarla ilişkili olduğunu bulmuştur (WHO 2010). Nitekim, fiziksel olayların ve hastalıkların dışında psikolojik nedenler de disparoninin önemli sebepleri arasında yer alır. Erken çocukluk dönemine ait bilinçaltı çatışmaları ve önyargılar, çocukluk ve ergenlik dönemine ait psikoseksüel gelişim dönemlerindeki aksaklıklar, yanlış öğrenilmiş cinsel davranışlar, eksik ya da yanlış cinsel bilgi, cinsellikle ilgili yanlış ve abartılı beklentiler, geleneksel ve tutucu yetiştiriliş biçimi, cinselliğin bir tabu olarak görülmesi, utanma, suçluluk ve günahkarlık duyguları, kişinin özgeçmişinde yaşadığı bazı olaylar (tecavüz, cinsel zorlama vb), cinsel taciz öyküsü, eşler arasındaki uyumsuzluk ve iletişim sorunları, ilişkiyle ilgili olumsuzluklar, evlilik içi çatışmalar, eşin cinsel sorunlarının olması, eşinde ya da kendisinde var olan başta depresyon olmak üzere cinsel yaşamı olumsuz yönde etkileyen çeşitli psikiyatrik sorunlar ya da hastalıklar ve kişinin başta cinsel organlar olmak üzere kendi bedeniyle ilgili olumsuz düşünce ve inançlar psikolojik kökenli cinsel ağrı nedenleridir (İncesu 2004; CİSED 2008; Yaşar ve ark 2010).

Emzirme döneminde yüksek prolaktin düzeylerinin etkisiyle gerçekleşen androjen hormonlarındaki azalma cinsel istek ve uyarılmadaki azalmayla bağlantılıdır (Ünver Korğalı 2016). Doğumdan sonra, emzirmeyen annelerde; prolaktin düzeyi hızlı bir şekilde düşerken, emziren annelerde prolaktin seviyesinin yüksek olması, cinsellikte aktif rollere sahip östrojen ve androjenin düşük seviyede olmasına neden olmaktadır. Doğum sonrası düşük östrojen seviyeleri ise vajinada kuruluk, atrofi ve konjesyonda

azalmaya yol açarak disparoni ve bununla bağlantılı olarak cinsel istekte ve uyarılmada azalma sebebi olabilmektedir. Bu nedenle emziren kadınların cinsel isteklerinde azalma olduğu, cinsel yaşamlarına daha geç başladıkları ve daha fazla cinsel sorun yaşadıkları ortaya konulmuştur (Koç ve Oskay 2015). Bebeğini sadece anne sütü ile besleyen 576 primipar kadını postpartum 1, 3, 6 ve 12. aylarda cinsel fonksiyonlar açısından değerlendiren bir çalışmada, emzirme dönemi boyunca kadınlarda cinsel isteğin düşük olduğu sonucuna varılmıştır. Fakat Avery ve arkadaşları çalışmadaki grupları kendi aralarında kıyaslamış ve uzun süreli (6-12 ay) gruptaki kadınların kısa süreli (1-3 ay) gruptaki kadınlara göre, daha uzun emzirmeyle ilişkili olarak, düşen hormon seviyelerinden dolayı vajinal kayganlaşmada maksimum deneyim yaşadığını belirtmiştir (Avery ve ark 2000). Yapılan başka bir çalışmada doğum sonrası dördüncü ayda emziren kadınların cinsel isteklerinin daha az olduğu ve emzirmeyen kadınların ve eşlerinin seksüel tatmin düzeylerinin daha yüksek olduğu belirtilirken, doğum sonrası 12. aya gelindiğinde bu farkın ortadan kalktığı belirlenmiştir (Ünver Korğalı 2016). Bunun aksine, emzirmenin cinsel fonksiyona pozitif etkisi olduğu sonucuna varan çalışmalar bulunmaktadır. Kadınlarda orgazm sırasında ve sonrasındaki bir saat içinde oksitosin ve prolaktin düzeylerinde ciddi oranlarda artış olduğu belirtilmektedir (Tepe 2012; Ünver Korğalı 2016). Emziren kadınlarda zaten yüksek saptanan bu hormonların cinsel istek ve cinsel tatmin üzerinde olumlu etkisi olabileceği vurgulanmaktadır. Her emzirme periyodunda yükselen oksitosin hormonunun hem kadının ruhsal durumunda pozitif etkiler oluşturarak hem de uterin kontraksiyonları uyatarak orgazma benzer bir his oluşturduğu ve dolayısıyla cinsel isteği arttırabileceği düşünülmektedir (Ünver Korğalı 2016). Anbaran ve arkadaşlarının 366 kadın ile yaptıkları çalışmada doğum sonrası cinsel fonksiyonları ile bebeğini besleme metotlarını karşılaştırılmıştır. Doğum sonrası dördüncü ayda bu kadınlar KCIÖ ile değerlendirilmiş ve bebeğini sadece anne sütüyle besleyen kadınlarda diğer gruptaki (hem anne sütü hem de mamayla besleyen ve sadece mamayla besleyen) kadınlara kıyasla vajinal lubrikasyon ve cinsel tatmin skorları ile toplam cinsel fonksiyon puanı anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (Anbaran ve ark 2015). Yani Anbaran'ın çalışmasında bebeğini sadece anne sütüyle besleyen kadınlarda cinsel disfonksiyon olmadığı belirlenmiştir. Glazener ve arkadaşları yaptığı çalışmada doğum sonrası 12–18. aylarda olan 1116 kadının emzirmeye devam etseler bile emzirmeyenler ile aralarında cinsel istek açısından herhangi bir fark olmadığı sonucuna varmıştır (Glazener ve ark. 1997). Çalışmamızda

kadınların çoğunluğu (vajinal doğum: %74,4, sezaryen doğum: %83,7) emzirme döneminin cinsel yaşamı etkilemediğini düşünmektedir. Çalışmamız kadınların düşüncesiyle paralellik göstermiş olup istatistiksel olarak emzirme döneminin hem vajinal doğum hem de sezaryen doğum yapmış kadınlarda cinsel yaşamı etkilemediği sonucuna varılmıştır. Yapılan çalışma sonuçlarında da görüldüğü gibi doğum sonrası kısa dönemde emziren kadınlarda görülen cinsel disfonksiyonun genellikle kadınların yaşadığı hormonal değişimlerden kaynaklandığı, doğum sonrası uzun dönemde hormonal düzenin sağlandığı ve hâlâ emziren kadınlarda prolaktinin cinsel fonksiyona pozitif etkisi olduğu düşünülmektedir.

Sık beslenme uykuyu bölen sebepler arasındadır ve memeyle beslenenlerde, mama ile beslenenlere oranla gece uyanmaları daha sık görülmektedir. Bir yaşındaki bir çocuk, yaklaşık 11 saatini gece uykusu, iki saatini de gün içerisinde gündüz uykusu ile geçirmektedir. Bir yaş grubundaki bebeklerin %10-44'ü geceleri sık olarak uyanmaktadır (Karaçal 2010). Çalışmamızda vajinal doğum yapan kadınların çocuklarının %70,6'sı, sezaryen doğum yapan kadınların çocuklarının %67,4'ünün geceleri sık uyandığı belirlenmiştir. Çalışmamızda her iki grupta da bebekleri geceleri sık uyanan kadınların Cinsel İşlev Ölçeği Puan Ortalamalarının daha düşük olduğu görülmüştür. Bu durum vajinal doğum grubunda istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturmazken sezaryen doğum grubunda istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturmuştur. Bulgular bebeklerin geceleri sık uyanmanın cinsel yaşamı olumsuz etkilediği şeklinde yorumlanmıştır. Bebeklerin geceleri sık uyanmasını birçok faktörün (yeterli ve kaliteli emzirme, çocukların uyku düzeni vb) etkilediği bilinmektedir. Çalışma sonucumuz Karaçal'ın çalışma sonucundan farklı bulunmuş ve bu farkın örneklemden kaynaklandığı düşünülmektedir.

7. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırma, doğum şeklinin kadın cinsel işlevi üzerine etkisinin incelenmesi amacıyla yapıldı.

- Katılımcılar doğum şekli açısından iki gruba ayrıldı ve her iki grubun çoğunluğunu şehirde yaşayan, orta gelir grubu, sosyal güvencesi olan, ev hanımı ve çekirdek aile yapısına sahip kadınlar oluşturdu.

Çalışmamızdaki;

- Vajinal doğum grubundaki kadınların %66,1'i, sezaryen doğum grubundaki kadınların %60,0'ının ilköğretim mezunu olduğu,
- Vajinal doğum grubundaki kadınların %94,4'ünün, sezaryen doğum grubundaki kadınların %89,6'sının çalışmadığı,
- Kadınların en uzun yaşadığı yerleşim birimine bakıldığında vajinal doğum grubundaki kadınların %86,1'i, sezaryen doğum grubundaki kadınların %83,0'ı şehirde yaşamakta olduğu,
- Vajinal doğum grubundaki kadınların %90,6'sının, sezaryen doğum grubundaki kadınların %92,6'sının sosyal güvencesinin olduğu,
- Vajinal doğum grubundaki kadınların %66,7'sinin, sezaryen doğum grubundaki kadınların %69,6'sının çekirdek ailede yaşadığı,
- Vajinal ve sezaryen doğum yapan primipar kadınların %82,2'sinin bir veya iki gebelik, %17,8'sinin üç ve daha fazla gebelik yaşadığı,
- Vajinal doğum yapan kadınlar %5,0'ı doğumu çok kolay, %30,6'sı kolay ifade ederken %21,1'i zor, %30,6'sı çok zor olarak ifade ettiği,
- Primipar kadınların doğumunda %51,4'üne epizyotomi, %21,9'una kristal manevrası ve %34,6'sına oksitosin indüksiyonu uygulandığı,
- 9-12 aylık bebeği olan vajinal doğum grubundaki kadınların %77,8'inin, sezaryen doğum grubundaki kadınların %76,3'ünün bebeklerini emzirdiği,
- Vajinal doğum grubunun %81,7'sinin, sezaryen doğum grubunun %77,8'inin aile planlaması yöntemi kullandığı,

- Vajinal doğum grubundaki kadınların %95.0'nin kronik hastalığı bulunmadığı ve %98.3'ünün sürekli kullandığı bir ilacın olmadığı, sezaryen doğum grubundaki kadınların % 97.8'inin kronik hastalığı bulunmadığı ve %97.8'inin sürekli kullandığı bir ilacın olmadığı,
- Doğum sonrası 9-12. ayda primipar kadınlarla yapılan çalışmamızda ölçek toplam puan ortalamasının her iki grupta (vajinal doğum:25.11±5.47, sezaryen doğum:25.36±5.47) kesme noktasının üzerinde olduğu, cinsel disfonksiyonun ve gruplar arasında farkın olmadığı,
- KCIÖ'nin cinsel istek, uyarılma, kayganlaşma, orgazm ve doyum alt boyutları kesme noktasının üzerinde olduğu,
- Fakat KCIÖ'nin ağrı alt boyutunun her iki grupta kesme noktasına yakın olmakla beraber kesme noktasının altında olduğu ve kadınlarda ağrı sorunu yaşandığı,
- Vajinal doğum yapan kadınların çocuklarının %70.6'sı, sezaryen doğum yapan kadınların çocuklarının %67.4'ünün geceleri sık uyandığı,
- Çalışmamızda her iki grupta da bebekleri geceleri sık uyanan kadınların KCIÖ puan ortalamalarının daha düşük olduğu, bu durumun vajinal doğum grubunda istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturmazken sezaryen doğum grubunda istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturduğu.
- Kadınların çoğunluğunun (vajinal doğum: %74.4, sezaryen doğum: %83.7) emzirme döneminin cinsel yaşamı etkilemediğini düşündüğü, istatistiksel olarak emzirme döneminin hem vajinal doğum hem de sezaryen doğum yapmış kadınlarda cinsel yaşamı etkilemediği sonucuna varılmıştır.

Öneriler

- Uzun dönemde (6 ay ve sonrası) doğum şeklinin cinsel yaşamı etkilemediği sağlık kurumlarında kadınlara anlatılmalıdır.
- Uzun dönemde emzirmenin cinsel yaşamı olumsuz etkilemediği aksine hormonların etkisiyle emzirmenin cinsel yaşama olumlu etkisi olduğu vurgulanmalı ve emzirme teşvik edilmelidir.
- Bebeklerin geceleri sık uyanmasının cinsel yaşamı olumsuz etkilediği anne ve babalara anlatılmalı, bebeklerin uyanma nedenlerinin araştırılarak çözümünün önemi vurgulanmalı ve bu konuda eğitim verilmelidir.

- Çalışmamızdaki kadınlarda genel olarak cinsel disfonksiyon yaşanmadığı fakat spesifik olarak ağrı sorunu yaşandığı bulunmuştur. Bu sorunun psikolojik kökenli olduğu düşünülmektedir. Sağlık çalışanları tarafından kadınlara verilecek eğitimle sorun en aza indirilebilir.
- Cinsellik toplumumuzda hâlâ tabu olarak görülen bir konu olduğu için sağlık çalışanları bu konuda danışanlara bilgi vermemekte ya da verilen bilgi çok yüzeysel kalmaktadır. Sağlık çalışanları bu konuda cesaretlendirilmeli ve danışanlara gerekli, yeterli cinsel eğitimin verilmesi ve sorunun tespiti dâhilinde danışanları üst kuruma yönlendirmesi sağlanmalıdır.
- Cinsel eğitim yaşamın her evresinde verilmesi gereken önemli bir konudur. İlkokuldan itibaren başlanmalı ve yüksek öğrenim kurumlarına kadar gereken düzeyde cinsel eğitim verilmeli ve toplumun bilinçlenmesi sağlanmalıdır.
- Ülkemizde spesifik olarak doğum şeklinin cinsel yaşama etkisini inceleyen çok az çalışmaya ulaşılmıştır. Bu konuda daha fazla çalışma yapılması önerilmektedir.

8. KAYNAKLAR

Abalı Çetin S. Doğum sonrası cinsellik. Türkiye Klinikleri J Obstet Womens Health Dis Nurs-Special Topics. 2016;2(1):35-41.

Akan H, Doğan S. Birinci basamak sağlık hizmetinde cinsel işlev bozukluklarına yaklaşım. Türk Aile Hek Derg. 2011;15(2):69-76.

Akyüz E.Ö. Doğum sonrası cinsel sorunlar ve etkileyen etmenlerin incelenmesi. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. 2009, Aydın (Danışman: Doç. Dr. Zekiye Karaçam).

Alihocagil Emeç Z. Fertil ve infertil kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğunun tanımlanması ve karşılaştırılması. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. 2016, Erzurum (Danışman: Doç. Dr. Serap Ejder Apay).

Anbaran ZK, Baghdari N, Pourshirazi M, Karimi FZ, Vanifard MR, Mazlom SR. Postpartum sexual function in women and infant feeding methods. J Pak Med Assoc 2015;65(3):248-252.

Arabacı Ö, Özdedeli K. Kadınlarda anorgazmi. Kadın Cinsel Sağlığı. 2014;16(59):300-303.

Avery MD, Duckett L, Frantzich CR. The experience of sexuality during breast feeding among primiparous women. J Midwifery Womens Health. 2000;45(3): 227-237.

Baksu B, Davas İ, Agar E, Akyol A, Varolan A. The effect of mode of delivery on postpartum sexual functioning in primiparous women. International Urogynecology Journal 2007;18(4):401-406.

Barbara G, Pifarotti P, Facchin F, Cortinovis I, Dridi D, Ronchetti C, Calzolari L, Vercellini P. Impact of mode of delivery on female postpartum sexual functioning: Spontaneous vaginal delivery and operative vaginal delivery vs cesarean section. The Journal of Sexual Medicine. 2016;13(3):393–401.

Barrett G, Pendry E, Peacock J, Victor C, Thakar R. ve Manyonda I. Women's sexual health after childbirth . BJOG. 2000;107: 95-186.

Basson R, Berman J, Burnett A, Derogatis L, Ferguson D, Fourcroy J, Goldstein I, Graziottin A, Heiman J, Laan E, Leiblum S, Padma-Nathan H, Rosen R, Segraves K, Taylor Segraves R, Shabsigh R, Sipski M, Wagner G, Whipple B. Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: Definitions and classifications. The Journal of Urology. 2000;163:888-893.

Bozdemir N, Özcan S. Cinsellik ve cinsel sağlığa genel bakış. TJFMPC. 2011;5:37-46.

Charlton RS, Yalom İD. Cinsel terapi. Çeviren: Dr. Gökhan Kotiloğlu. Prestij Yayınları. İstanbul; 2007, s:62-63.

Christensen BS, Grønbaek M, Osler M, Pedersen BV, Graugaard C, Frisch M. Associations between physical and mental health problems and sexual dysfunctions in sexually active danes. J Sex Med 2011;8(7):1890–1902.

Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği (CETAD). Cinsel sağlık ve sorunları. Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Alanında Ulusal ve Yerel Medya Yoluyla Savunuculuk Projesi (PDF), 2006.

Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği (CETAD). Cinsel sağlık ve üreme sağlığı araştırması. Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Alanında Ulusal ve Yerel Medya Yoluyla Savunuculuk Projesi (PDF), 2006.

Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği (CETAD). Kadın cinselliği. Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Alanında Ulusal ve Yerel Medya Yoluyla Savunuculuk Projesi (PDF), 2006.

Çayır G, Kızılkaya Beji N. Cinsel sağlık eğitimi (Derleme). Androloji Bülteni. 2015; 17(62):231-240.

Demirezen E. Birinci basamakta kadın cinselliğinin değerlendirilmesi. STED. 2006; 15(5):79.

Doğan B, Gün İ, Özdamar Ö, Yılmaz A, Muhçu M. Long-term impacts of vaginal birth with mediolateral episiotomy on sexual and pelvic dysfunction and perineal pain. J Matern Fetal Neonatal Med. 2017; 30(4):457–460.

Esencan T, Kızılkaya Beji N. Günümüze değin cinsellik konusunda yapılan çalışmaların irdelenmesi (Derleme). Kadın Cinsel Sağlığı. 2015; 17(63):301-310.

Glazener CM. Sexual function after childbirth: Women's experience,persistent morbidity and lack of professional recognition. BJOG. 1997;194: 330–335.

Gölbaşı Z, Şentürk Erenel A, Turan Z. Gebelikten koruyucu yöntem kullanan kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğunun belirlenmesi. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2017; 1(1):09-17.

Gölbaşı Z, Tuğut N, Şentürk Erenel A, Eroğlu K. Jinekoloji polikliniğine başvuran evli kadınlarda cinsel işlev bozukluğu yaygınlığı ve ilişkili bazı faktörler. Cumhuriyet Tıp Dergisi. 2014; 36:1-10.

Gülsün M, Ak M, Bozkurt A. Psikiyatrik açıdan evlilik ve cinsellik. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches In Psychiatry. 2009; 1:68-79.

Hosseini L, Iran-Pour E, Safarinejad MR. Sexual function of primiparous women after elective cesarean section and normal vaginal delivery. Urology Journal, 2012;9(2): 498-504.

İncesu C. Cinsel işlevler ve cinsel işlev bozuklukları. Klinik Psikiyatri. 2004; 3:3-13.

Karaçal Ş. Konya ilinde yaşayan 0-17 yaş grubu çocuklarda uyku bozukluklarının sıklığı. T.C. Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi. 2010, Konya (Tez Danışmanı: Prof. Dr. Halûk Yavuz).

Karaçam Z, Çalışır H. İlk kez doğum yapan kadınlarda gebelik öncesi ve doğum sonrası dönemlerde dispareni görülme sıklığı ve ilişkili durumlar. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2012; 15(3):205-213.

Karaçam Z, Ekmen H, Çalışır H, Şeker S. Prevalence of episiotomy in primiparas, related conditions, and effects of episiotomy on suture materials used, perineal pain, wound healing 3 weeks postpartum, in Turkey: A prospective follow-up study. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 2013; 18(3):237-245.

Karaçam Z. Epizyotominin doğum sonrası dönemde cinsel fonksiyona etkisi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*. 2008; 1:38-46.

Karakoyunlu FB. Evli kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu görülme sıklığı. Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. 2007, Antalya (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Selma Öncel).

Kasap E, Aksu EE, Şahin N, Güçlü S, Gür EB. Doğum şeklinin seksüel fonksiyon üzerine etkisi var mıdır? *Tepecik Eğit. ve Araşt. Hast. Dergisi*. 2016; 26(3):201-206.

Kızılkaya Beji N, Aşçı ÖS, Cinsellikle ilgili kuramlar ve ilk bilimsel çalışmalar. *Androloji Bülteni*. 2011;45:160–163.

Kızılkaya Beji N. Hemşire ve Ebelere Yönelik Kadın Sağlığı ve Hastalıkları. 2. basım. Nobel Tıp Kitabevi: İstanbul; 2015, s: 7.

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

Koç E, Oskay Ü. Postpartum dönemde cinsellik ve danışmanlık. *KASHED*. 2015; 2(1):15-26.

Lurie S, Aizenberg M, Sulema V, Boaz M, Kovo M, Golan A, Sadan O. Sexual function after childbirth by the mode of delivery: a prospective study. *Arch Gynecol Obstet*. 2013;288(4):785-792.

Puppo V. Embryology and anatomy of the vulva: The female orgasm and women's sexual health. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2011; 154:3–8.

Sayasneh A, Pandeva I. Postpartum sexual dysfunction: A literature review of risk factors and role of mode of delivery. BJMP 2010; 3(2):316.

Şahin N. Kadınlarda postpartum dönemde cinsel yaşam. Zeynep Kamil Tıp Bülteni 2009; 40(3):125-130.

Tashbulatova D. İnfertil kadınlarda cinsel fonksiyonlara etki eden faktörler. Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi. 2007, Adana (Danışman: Doç. Dr. Atilla Arıdoğan).

Tepe S. Adana ili havutlu beldesinde 35-64 yaş kadınlarda cinsel işlevde menopozun etkisi. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi. 2012, Adana (Danışman: Prof. Dr. Gülseren Ağrıdağ).

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

United Nations Children's Fund (UNICEF). From the first hour of life. Making the case for improved infant and young child feeding every where. (PDF). October, 2016.

Ünver Korğalı E. Emzirme ve kadın cinsel sağlığı. Androloji Bülteni 2016; 18(66):198-201.

Von Sydow K. Sexuality during pregnancy and after childbirth: A metacontent analysis of 59 studies. Journal of Psychosomatic Research 1999; 47(1):27-49.

World Health Organization (WHO). Sexual and reproductive health. Defining sexual health, 2006. Erişim tarihi: 1 Ağustos 2018
https://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/

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

World Health Organization (WHO). Nutrition. Breastfeeding. Erişim tarihi: 23 Ocak 2019. https://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/en/

Xu X-Y, Wang, H-Y, Su L, Peng B. Women's sexual health after delivery and its related influential factors. Chinese Journal of Tissue Engineering Research. 2007;11(17):3438-3442.

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

Yeşilçiçek Çalık K, Coşar Çetin F, Erkaya R. Annelerin emzirme konusunda uygulamaları ve etkileyen faktörler. GÜSBD. 2017; 6(3):80-91.

Yılmaz Sezer N, Öztürk D, Gönenç İM. Dördüncü sınıf ebelik ve hemşirelik öğrencilerinin doğum sonu cinsel sağlık yönetimine ilişkin bilgi ve tutumları. Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi. 2012; 1(3):168.

9. EKLER

EK-1

Anket Formu

ANKET FORMU

Anket No:.....

1. Kaç yaşıdasınız?
2. Eşiniz kaç yaşında?
3. Kaç yıldır evlisiniz?
4. Eğitim durumunuz nedir?

- | | | |
|-------------------|----------------------|--------------|
| 1) Okur-yazar | 3) Lise mezunu | |
| 2) ilkokul mezunu | 4) Üniversite mezunu | 5)Diğer..... |

5. Eşinizin eğitim durumu nedir?

- | | | |
|--------------------|------------------|---------------------|
| 1)Okur-yazar değil | 3)ilkokul mezunu | 5)Üniversite mezunu |
| 2)Okur-yazar | 4)Lise mezunu | 6)Diğer..... |

6. Mesleğiniz nedir?

- | | | | | |
|---------|--------|-------------|----------|--------------|
| 1)Memur | 2)İşçi | 3)Ev Hanımı | 4)Emekli | 5)Diğer..... |
|---------|--------|-------------|----------|--------------|

7. Eşinizin mesleği nedir?

- | | | | | |
|---------|--------|-------------|----------|--------------|
| 1)Memur | 2)İşçi | 3)Ev Hanımı | 4)Emekli | 5)Diğer..... |
|---------|--------|-------------|----------|--------------|

8. Ailenizin ekonomik durumu nedir?

- | | | |
|---------------------|---------------------|------------------------|
| 1)Gelir giderden az | 2)Gelir gidere denk | 3)Gelir giderden fazla |
|---------------------|---------------------|------------------------|

9. Aile tipiniz nedir ?

- 1) Çekirdek aile (eşim ve ben)
- 2) Geniş aile (eşim, ben, anne, baba, kardeş vb.)

10. Şimdiye kadar en uzun bulunduğunuz yerleşim birimi neresidir?

- | | | |
|-------|---------|---------------|
| 1) İl | 2) İlçe | 3) Kasaba/Köy |
|-------|---------|---------------|

11. Sosyal güvenceniz nedir?

- | | | |
|------------------|----------------|-------------|
| 1)Emekli Sandığı | 3)Özel Sigorta | 5)Yeşilkart |
| 2)SSK | 4)Bağ-kur | 6)Yok |

12. Kaçınıcı gebeliğiniz ?

1) bir 2)iki 3)üç 4)dört 5) beş 6).....(5 gebelikten fazlaysa belirtiniz.)

13. Doğum şekliniz nedir?

1) Normal doğum 2) Sezaryen doğum (16. soruya geçiniz)

14. Doğumunuz nasıl oldu ?

1) Çok kolay 2) Kolay 3) Kararsızım 4) Zor 5) Çok zor

15. Doğumda hangi müdahale yapıldı? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- 1) Bebeğin başının kolay çıkması için kesi yapıldı.
- 2) Bebek aletle çekildi
- 3) Karnımdan bastırıldı
- 4) Yırtığım olduğu için dikiş atıldı
- 5) Suni sancı takıldı
- 6) Diğer (belirtiniz)

16. Bebeğiniz kaçınıcı ayında?

17. Bebeğinizi emziriyor musunuz?

- 1)Evet
- 2)Hayır, kaçınıcı ayda bıraktı.....

18. Bebeğiniz geceleri sık uyanır mı?

- 1)Evet, kaç defa?.....
- 2)Hayır

19. Emzirme dönemi cinsel yaşamınızı etkiledi mi?

- 1)Evet
- 2)Hayır

20. Tanı almış bir hastalığınız var mı (kadın hastalıkları, ruhsal hastalıklar, şeker, tansiyon vb.) ?

- 1)Evet, hastalığınızın adını belirtiniz.....
- 2)Hayır

21. Sürekli kullandığınız ilacınız var mı?

- 1)Evet, ilacın adını belirtiniz.....
- 2)Hayır

22. Kullandığınız aile planlaması (korunma) yöntemi var mı ?

- 1) Evet, yöntemin adını belirtiniz.....
- 2) Hayır

KADIN CİNSEL İŞLEV ÖLÇEĞİ-(FSFI)

Sayın katılımcı; son dört haftada süregelen cinsel işlevlerinizi belirlemeye yönelik olarak hazırlanan bu ölçekte 19 madde bulunmaktadır. Sizden istenen her bir maddede size uyan tek bir seçeneği işaretlemenizdir. Lütfen tüm sorulara cevap veriniz. Teşekkür ederiz.	* <i>Cinsel aktivite</i> : Cinsel birleşme, sevişme ve kendini tatmin dahil olmak üzere tüm cinsel faaliyetler. ** <i>Cinsel ilişki</i> : Kadın ile erkeğin cinsel birleşmesi (sertleşmiş kamışın/erkeklik organının kadının haznesine girmesi) *** <i>Cinsel uyarılma</i>: <i>Sevişme</i>, şehvet duygu ve düşüncelerin belirmesi ile vajinanın ıslanması ve benzeri durumlar **** <i>Orgazm</i> : <i>Bızır,hazne, rahim, makat ve alt karın ve tüm vücudu saran kuvvetli ritmik kasılmalar olması.</i> <i>Tüm sorularda yalnız bir kutuyu işaretleyiniz.</i>
--	--

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

- ☐ Hemen hemen her zaman
- ☐ Çoğu zaman (15 günden fazla)
- ☐ Bazen (15 günde)
- ☐ Birkaç kez (15 günden az)
- ☐ Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

2. Son 4 hafta içinde, cinsel istek veya ilgi düzeyinizi (derecenizi) nasıl değerlendirirsiniz?

- ☐ Çok yüksek
- ☐ Yüksek
- ☐ Orta
- ☐ Düşük
- ☐ Çok düşük veya hiç

3. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite* veya cinsel ilişki** sırasında ne sıklıkta uyarıldığınızı hissettiniz?

- ☐ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- ☐ Hemen hemen her zaman
- ☐ Çoğu zaman (15 günden fazla)
- ☐ Bazen (15 günde)
- ☐ Birkaç kez (15 günden az)
- ☐ Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

4. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite* veya cinsel ilişki sırasındaki uyarılma düzeyinizi nasıl derecelendirirsiniz?**

- ☐ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- ☐ Çok yüksek
- ☐ Yüksek
- ☐ Orta
- ☐ Düşük
- ☐ Çok düşük veya hiç

5. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite* veya cinsel ilişki sırasında cinsel bakımdan uyarılacağınızdan ne derecede emindiniz?**

- ☐ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- ☐ Çok emindim
- ☐ Emindim
- ☐ Oldukça emindim
- ☐ Az emindim
- ☐ Çok az / hiç emin değildim

6. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite* veya cinsel ilişki sırasında uyarılma durumunuz sizin için ne sıklıkta tatminkardı?**

- ☐ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- ☐ Hemen hemen her zaman
- ☐ Çoğu zaman (15 günden fazla)
- ☐ Bazen (15 günde)
- ☐ Birkaç kez (15 günden az)
- ☐ Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

7. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite* veya cinsel ilişki sırasında hazneniz ne sıklıkla ıslandı / kayganlaştı ?**

- ☐ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- ☐ Hemen hemen her zaman
- ☐ Çoğu zaman (15 günden fazla)
- ☐ Bazen (15 günde)
- ☐ Birkaç kez (15 günden az)
- ☐ Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

8. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite* veya cinsel ilişki sırasında haznenizin ıslanması / kayganlaşmasındaki zorluk derecesi nasıldı?**

- ☐ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- ☐ Çok çok zor veya imkansızdı
- ☐ Çok zordu
- ☐ Zordu
- ☐ Biraz zordu
- ☐ Hiç zorluk çekmedim

9. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite* veya cinsel ilişkiniz bitene kadar cinsel organınızın ıslaklığını / kayganlığını ne sıklıkta koruyabildiniz?**

- ☐ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- ☐ Hemen hemen her zaman
- ☐ Çoğu zaman (15 günden fazla)
- ☐ Bazen (15 günde)
- ☐ Birkaç kez (15 günden az)
- ☐ Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

10. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite* veya cinsel ilişkiniz bitene kadar haznenizin ıslaklığını / kayganlığını koruyabilme zorluğunuzun sıklığı neydi?**

- ☐ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- ☐ Hemen hemen her zaman
- ☐ Çoğu zaman (15 günden fazla)
- ☐ Bazen (15 günde)
- ☐ Birkaç kez (15 günden az)
- ☐ Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

11. Son 4 hafta içinde, cinsel uyarılma* veya cinsel ilişkide** ne sıklıkta orgazm**** oldunuz?**

- ☐ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- ☐ Hemen hemen her zaman
- ☐ Çoğu zaman (15 günden fazla)
- ☐ Bazen (15 günde)
- ☐ Birkaç kez (15 günden az)
- ☐ Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

12. Son 4 hafta içinde, cinsel uyarılma* veya cinsel ilişki** sırasında orgazma**** ulaşmak sizin için ne kadar zordu?**

- ☐ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- ☐ Çok çok zordu / imkansızdı
- ☐ Çok zordu
- ☐ Zordu
- ☐ Biraz zordu
- ☐ Hiç zorluk çekmedim

13. Son 4 hafta içinde, cinsel uyarılma* veya cinsel ilişki** sırasında orgazma**** ulaşmanız ne kadar tatminkardı?**

- ☐ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- ☐ Çok tatminkardı
- ☐ Genellikle tatminkardı
- ☐ Yarısında tatminkardı, yarısında tatminkar değildi
- ☐ Genellikle tatminkar değildi
- ☐ Hiç tatminkar değildi

14. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite* veya cinsel ilişkiniz sırasında siz ve eşiniz arasındaki duygusal yakınlık ne kadar tatminkardı?**

- ☐ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- ☐ Çok tatminkardı
- ☐ Genellikle tatminkardı
- ☐ Yarısında tatminkardı, yarısında tatminkar değildi
- ☐ Genellikle tatminkar değildi
- ☐ Hiç tatminkar değildi

15. Son 4 hafta içinde, eşinizle cinsel ilişkiniz sizin için ne kadar tatminkardı?**

- ☐ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- ☐ Çok tatminkardı
- ☐ Genellikle tatminkardı
- ☐ Yarısında tatminkardı, yarısında tatminkar değildi
- ☐ Genellikle tatminkar değildi
- ☐ Hiç tatminkar değildi

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

- ☐ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- ☐ Çok tatminkardı
- ☐ Genellikle tatminkardı
- ☐ Yarısında tatminkardı, yarısında tatminkar değildi
- ☐ Genellikle tatminkar değildi
- ☐ Hiç tatminkar değildi

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

- ☐ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- ☐ Hemen hemen her zaman
- ☐ Çoğu zaman (15 günden fazla)
- ☐ Bazen (15 günde)
- ☐ Birkaç kez (15 günden az)
- ☐ Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

18. Son 4 hafta içindeki, cinsel ilişkinizde haznenize girişten sonra ne sıklıkta ağrı veya rahatsızlık duydunuz?

- ☐ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- ☐ Hemen hemen her zaman
- ☐ Çoğu zaman (15 günden fazla)
- ☐ Bazen (15 günde)
- ☐ Birkaç kez (15 günden az)
- ☐ Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

19. Son 4 hafta içindeki, hazneye giriş sırasında veya sonrasında duyduğunuz ağrı / rahatsızlığın derecesini nasıl değerlendirirsiniz?

- ☐ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- ☐ Çok yüksek
- ☐ Yüksek
- ☐ Orta
- ☐ Düşük
- ☐ Çok düşük veya hiç



EK-3

Etik Kurul İzni

T.C.
Manisa Celal Bayar Üniversitesi
Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Etik Kurulu
Karar Formu

KARAR TARİH / NO	12 / 04 / 2017 / 20.478.486 -		
ARAŞTIRMANIN ADI	Doğum Şeklinin Kadın Cinsel İşlevi Üzerine Etkisinin İncelenmesi		
SORUMLU ARAŞTIRMACI	Yrd. Doç. Dr. Nursen BOLSOY - MCBÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi		
ARAŞTIRMA EKİBİ	Yüksek Lisans Öğrencisi Merve TOPAÇ		
ARAŞTIRMANIN NİTELİĞİ	UZMANLIK TEZİ ☐	YÜKSEK LİSANS--DOKTORA TEZİ ☒	AKADEMİK AMAÇLI ☐
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	23 / 03 / 2017 / Tarih ve 13785 sayılı; araştırma dosyası		
KARAR BİLGİLERİ	Araştırma dosyası incelenmiş, bilimsel ve etik açıdan UYGUN olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir		
Ünvanı/Adı/Soyadı	Araştırma ile İlgili Olan Üye	Toplantıya Katılmayan Üye	Ünvanı /Adı /Soyadı
Prof. Dr. Zeki ARI Tıbbi Biyokimya AD	☒	☐	Doç. Dr. Ayşen TÜREDİ YILDIRIM Çocuk Hematolojisi BD
Prof. Dr. Murat DEMET Psikiyatri AD	☒	☐	Yrd. Doç. Dr. Selim ALTAN Tıbbi Etik AD
Doç. Dr. Beyhan Cengiz ÖZYURT Halk Sağlığı AD	☐	☒	Yrd. Doç. Dr. Dilek ÇEÇEN Cerrahi Hemşireliği AD
Doç. Dr. Tuğba ÇAVUŞOĞLU Farmakoloji AD	☐	☐	Mukadder YILMAZER Avukat
Doç. Dr. Serdar TOK BESYO	☐	☐	İhsan AVCI Sivil Üye
Etik Kurulumuzun kararı yukarıda belirtilmiştir. <u>Araştırmanız Her Hangi Bir Aşamada Etik Kurulumuzun "İzleme - Denetleme" Görevi Gereği Lüzumu Halinde Haberli / Habersiz Olarak Denetlenilebilir.</u> Araştırma Başvuru Formunun Taahhütname - Bölüm E kısmında belirtilmiş olan hususların dikkate alınarak istenilen bilgilerin Etik Kurulumuza zamanında iletilmesi konusunda bilgilerinizi ve gereğini rica ederim. Prof. Dr. Zeki ARI Başkan			

Manisa Halk Sağlığı Müdürlüğü İzni

MANİSA HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ
İL ARAŞTIRMA TALEPLERİNİ DEĞERLENDİRME KOMİSYONU
TOPLANTI KARAR TUTANAĞI

İlgililer: a) 23.08.2013 tarih ve 2013.5679.86761 sayılı "Araştırma Başvuruları" konulu yazı.
b) 30.12.2015 tarih ve 716 sayılı "Araştırma İzin Talepleri" konulu yazı.

Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkanlığı'nın ilgililer (a) ve (b)'de kayıtlı "Araştırma Talepleri" konulu yazı ve eklerinde belirtilen koşullar çerçevesinde araştırma taleplerinin Halk Sağlığı Müdürlüklerince de değerlendirilebileceği belirtilmiştir.

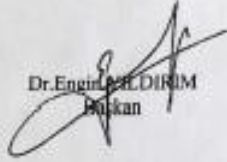
Buna istinaden, İl Halk Sağlığı Müdürlüğümüz bünyesinde Makam Oluru ile "Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Alanında Yapılacak Olan Araştırma Taleplerini Değerlendirme Komisyonu" oluşturulmuştur.

"Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Alanında Yapılacak Olan Araştırma İzin/Onay Taleplerine İlişkin Değerlendirmeye Esas Teşkil Eden Kriterler" çerçevesinde, başvurusu yapılan araştırma talebi 16.05.2017 tarihinde saat 16:30'da Komisyonumuzca değerlendirilmiştir.

Yapılan değerlendirmeye göre;

1. Celal BAYAR Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'nün 27.04.2017 tarih ve E.13955 sayılı yazıları ile başvuran Celal BAYAR Üniversitesi Manisa Sağlık Yüksekokulu Ebelik Anabilim Dalı Başkanlığı'nda görevli Yrd.Doç.Dr.Nursen BOLSOY'un sorumluluğunda yüksek lisans öğrencisi Merve TOPAÇ tarafından yürütülecek olan "Doğum Şeklinin Kadın Cinsel İşlevi Üzerine Etkisinin İncelenmesi" başlıklı araştırma başvurusu uygun bulunmuş olup, Komisyonca izin verilmiştir.
2. Celal BAYAR Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Manisa Sağlık Yüksekokulu Ebelik Anabilim Dalı Başkanlığı'nda görevli Yrd.Doç.Dr.Nursen BOLSOY'un 12.05.2017 tarihli dilekçesi ile Yrd.Doç.Dr.Nursen BOLSOY'un sorumluluğunda yürütülecek olan "Ebelerin Meslekte Profesyonel Tutumlarının İncelenmesi" başlıklı araştırma başvurusu uygun bulunmuş olup, Komisyonca izin verilmiştir.

İş bu tutanak imza altına alınmıştır. 16.05.2017.

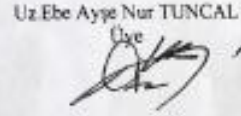

Dr.Engin ALDIRIM
Başkan


Dr.Osman ÖZTÜRK
Başkan Yrd.


Dr.Özgür SEKRETER
Üye


Uz.Dr.Yıldız KIRKDAL
Üye


Uz.Dr.Gonca ATASOYLU
Üye


Uz.Ebe Ayşe Nur TUNCAL
Üye

EK-5

Ölçek İzni

**merve topaç** <mervetopac45@gmail.com>10 Şub ☆

Alıcı: daygin ▾

Merhaba Sayın Aygün,

Ben Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi Merve Topaç. Danışmanım Yrd. Doç. Dr. Nursen Bolsoy ile birlikte belirlediğimiz "Sezaryen ve Vajinal Doğum Yapmış Kadınlar Arasındaki Cinsel Disfonksiyon" adlı tez çalışmamda, geçerlik güvenirliğini yaptığınız "Kadın Cinsel İşlev Ölçeği"ni ölçeğini kullanmayı ve ölçeğin hesaplaması hakkında gerekli bilgi almak istediğimi gereğimize sunarım

İyi günler.

**Dilek Aygün** <daygin@sakarya.edu.tr>13 Şub ☆

Alıcı: bana ▾

Sayın Topaç,
KÇİÖ'ni kullanmanızda hiç bir sakınca yoktur. Tezimi ve makalelerimi kaynak göstermenizi rica ediyorum. Tezimin tamamını indirebilirsiniz. Ölçeği, makaleleri ve tezden bir alıntıyı size gönderiyorum.
Sevgiler

Doç. Dr. Dilek AYGÜN

Sakarya Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölüm Başkanı
Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği ABD

Tel: 0.264.295 66 11
Fax: 0.264.295 66 02

EK-6

Yönetim Kurulu Kararı

Evrak Tarih ve Sayısı: 23/03/2017-E.25608



T.C.
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

Sayı : 28233352-730.03.02-
Konu : Yönetim Kurulu

SBE-EBELİK ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

Enstitümüzün 22.03.2017 tarihli Yönetim Kurulu Toplantısında, Ebelik Anabilim Dalı Başkanlığı'nın, 14.03.2017 tarih ve 03 sayılı Anabilim Dalı Kurul Kararları görüşülerek;

a) Ebelik Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Merve Topaç'ın Tez Konusunun, Etik Kurulu Onayı alınması kaydı ile " Doğum Şeklinin Kadın Cinsel İşlevi Üzerine Etkisinin İncelenmesi" olarak belirlenmesine,

b) Ebelik Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Büşra Bengi Sünger'in Tez Başlığının, Etik Kurul onayı alınması kaydı ile "Kadınlarda İnfertilitenin Hayat Kalitesine Etkilerinin Araştırılması" olarak değiştirilmesine,

c) Ebelik Anabilim Dalı Tezsiz Yüksek Lisans Programı öğrencisi Şükran Çakır'ın Proje Danışmanı olarak Yrd. Doç. Dr. Selda İldan Çalm'ın atanmasına **OY BİRLİĞİ** ile karar verildi. Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-imzalıdır

Prof. Dr. Ayşe AKTAŞ
Enstitü Müdürü

Adres: Tıp Fakültesi Dekanlığı Zemin Kat Uzunbozköy Kampüsü Manisa
Telefon: (0 236) 2360989 Faks: (0 236) 2382158
E-Posta: saglik.sekreterlik@cbu.edu.tr Elektronik Ağ: saglikbe.cbu.edu.tr

Bilgi için: Ayşe Ertik
Unvanı: Memur



Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır

Tez Çalışması Orijinallik Raporu

T.C.
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Yüksek Lisans/Doktora Tez Çalışması Orijinallik Raporu
Ebelik Ana Bilim Dalı Başkanlığı'na
Doğum Şeklinin Kadın Cinsel İşlevi Üzerine Etkisinin İncelenmesi

Tezime ilişkin 04/02/2019 tarihinde yapılan Turnitin adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı % 20'tür.

Belirtilen azami benzerlik oranlarına göre tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Adı Soyadı : Merve TOPAÇ
Öğrenci No : 151336003
Anabilim Dalı : Ebelik
Programı : Tezli Yüksek Lisans

Tarih ve İmza
04.02.2019



DANIŞMAN ONAYI
UYGUNDUR.
Dr. Öğr. Üyesi Nursen BÖLSOY


Açıklamalar

- 1-Tez Çalışması Orijinallik Raporu (TÇOR), TURNITIN İntihal Tespit Programı kullanımı için kişisel hesap alma hakkı bulunan tez danışmanları, Enstitülerde görevlendirilen personeller, Kütüphane ve Dokümantasyon Daire Başkanlığı'nda görevlendirilen kütüphaneciler tarafından alınır.
- 2-Sayfa sayısı 400'den az olan tezler için tez savunmasından önce ve başarılı olması durumunda düzeltmelerden sonra olmak üzere 2 kez TÇOR alınır.(400 sayfadan fazla olan tezler 400 ve katları şeklinde bölünerek Turnitin veri tabanına yüklenmesi gerekmektedir. Bu gibi durumlarda benzerlik oranının hesaplanmasına ilişkin detaylı forma, kütüphane web sayfasında bulunan Turnitin kullanım kılavuzlarının altından erişilebilir.)
- 3-TÇOR, tezin yalnızca Kapak Sayfası, Giriş, Ana Bölümler ve Sonuç bölümlerinden oluşan kısmının tek bir dosya olarak intihal tespit programına yüklenmesi ile alınır.
- Programa yükleme yapılırken Dosya Başlığı (document title) olarak tez başlığının tamamı, Yazar Adı (author's first name) olarak öğrencinin adı, Yazar Soyadı (author's last name) olarak öğrencinin soyadı bilgisi yazılır.
- 4- TURNITIN İntihal tespit programına yüklenen dosyanın süreçlenmesinde, ilgili programdaki filtreleme seçenekleri aşağıdaki şekilde ayarlanır: - Kaynakça hariç, - Alıntılar hariç, - 5 kelimeden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç (Limit match size to 5 words)
- 5-İsteğe bağlı ayarlar kısmından; "Ödevleri şuraya gönder?" seçeneği mutlaka **DEPO YOK** şeklinde işaretlenmesi gerekmektedir; aksi durumda aynı tezin ikinci kez yüklenmesi durumunda benzerlik %100 çıkacaktır ve depodan tezi silmek çok uzun süreç gerektirecektir.
- 6- Raporlama işlemi tamamlandıktan sonra, kaydedilmiş olan ekranın görüntüsünü sağ üst köşesinde yüzdelik sayı olarak belirtilen "benzerlik oranı," raporlamaya tabi tutulmuş olan dosyanın "toplam sayfa sayısı" ve raporlama işleminin yapıldığı "tarih" bilgisi, "Yüksek Lisans/Doktora Tez Çalışması Orijinallik Raporu" formuna işlenir.
- 7- Benzerlik oranında tüm sorumluluk öğrenciye aittir.
- 8-Tez savunma sınavı sonrasında başarılı bulunan öğrenci, tez savunma sınavı tarihi sonrasında tezde yapılmış muhtemel değişiklikleri içeren dosya kullanılarak alınmış ikinci bir intihal raporundaki bilgiler kullanılarak hazırlanmış ve tez danışmanı tarafından onaylanarak imzalanmış ikinci bir "Yüksek Lisans/Doktora Tez Çalışması Orijinallik Raporu"nu Enstitüye teslim etmekte yükümlüdür.
- 9-Turnitin Hakkında Bilgiler: <http://kutuphane.cbu.edu.tr/turnitin.9370.tr.html>

10. ÖZGEÇMİŞ

Adı	Merve	Soyadı	TOPAÇ
Doğum Yeri	Merkez/MANİSA	Doğum Tarihi	1992
Uyruğu	T.C.	Tel	0 531 085 42 45
E-mail	mervetopac45@gmail.com		

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurum Adı	Mezuniyet Yılı
Lisans	Celal Bayar Üniversitesi	2015
Lise	Mehmet Akif Ersoy Lisesi	2010

Yabancı Dilleri		Okuduğunu Anlama		Konuşma		Yazma		
İngilizce		Orta		Orta		Orta		
Yabancı Dil Sınavı Notu								
YDS	YÖKDİL	IELTS	TOEFL IBT	TOEFL PBT	TOEFL CBT	FCE	CAE	CPE
52.50	67.50							

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	71,74	72,32	66,42

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma Becerisi
Microsoft Office (Word, Excel...)	İyi