



**T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
DOĞUM-KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
HDK-YL-2009-0001**

DOĞUM SONRASI CİNSEL SORUNLAR VE ETKİLEYEN ETMENLERİN İNCELENMESİ

Elif Özge AKYÜZ

**TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Zekiye KARAÇAM**

AYDIN-2009

ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE
AYDIN

Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı öğrencisi Elif Özge AKYÜZ tarafından hazırlanan **“Doğum Sonrası Cinsel Sorunlar ve Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi”** başlıklı tez, 22/01/2009 tarihinde yapılan savunma sonucunda aşağıda isimleri bulunan jüri üyelerince kabul edilmiştir.

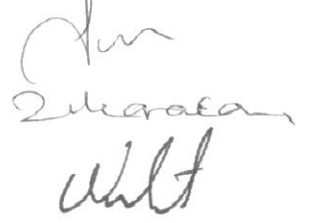
Ünvanı, Adı ve Soyadı :

1. Prof. Dr. Ümran SEVİL
2. Yrd. Doç. Dr. Zekiye KARAÇAM
3. Yrd. Doç. Dr. Nevin A. BALKAYA

Üniversitesi :

Ege Üniv. Hemşirelik
Yüksekokulu
ADÜ-Aydın Sağlık
Yüksekokulu
ADÜ-Aydın Sağlık
Yüksekokulu

İmzası:



Jüri üyeleri tarafından kabul edilen bu Yüksek Lisans Tezi Enstitü Yönetim Kurulunun..... Sayılı kararıylatarihinde onaylanmıştır.

Doç. Dr. Muharrem BALKAYA
Enstitü Müdürü

ÖNSÖZ

Cinsellik ve cinsel hislere sahip olmak insan olmanın ve yaşamının bir parçasıdır. Cinsel sağlık, cinsellikle ilgili fiziksel, duygusal, ruhsal ve sosyal bakımından iyilik hali olarak tanımlanmaktadır. Cinsel sağlığın bozulması ve cinsel sorunların yaşanması kadınları yaşamını bir çok boyutta olumsuz etkileyebilir. Kadının yaşam evresinde üretkenliği ile ilgili bazı dönemler vardır. Gebelik ve doğum sonrası (laktasyon) dönem bu evrelerdendir. Doğum sonrası dönemde kadınlarda birçok fizyolojik, endokrinolojik ve ruhsal değişiklikler meydana gelmektedir. Doğum sonrası dönemde, üreme organlarındaki travma, vajinal kanamanın varlığı, yenidoğan bebeğin stres ve baskısı, fiziksel rahatsızlıklar, enfeksiyon korkusu, memelerin dolgunluğu, yorgunluk, cinsel istek kaybı, çekicilik hissinde azalma duygusu, vücut görüntüsünde değişme ve doğum sonu depresyon cinsel fonksiyonları değiştirebilir. Kadınların doğum sonrası dönemde yaşadıkları cinsel sorunların ve etkileyen etmenlerin bilinmesi, ebe ve hemşirelerin cinsel sağlıkla ilgili yapacakları eğitimlerin etkin bir şekilde planlanmasına ve uygulanmasına katkıda bulunabilir. Bu nedenlerden dolayı araştırma kadınların doğum sonrası yaşadıkları cinsel sorunları ve etkileyen etmenleri incelemek amacıyla planlanmıştır.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
KABUL VE ONAY.....	i
ÖNSÖZ.....	ii
İÇİNDEKİLER.....	iii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	ix
ÇİZELGELER DİZİNİ.....	x
GRAFİKLER DİZİNİ.....	xiii
EKLER DİZİNİ.....	xiv
GİRİŞ.....	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	3
1.3. Genel Bilgiler.....	3
1.3.1. Cinselliğin Tarihsel Gelişimi.....	3
1.3.2.Cinsel Fonksiyonlarda Rolü Olan Kadın Üreme Organları.....	5
1.3.3. Kadının Cinselliğinin Nörohormonal Kontrolü.....	8
1.3.4. Kadında Cinsel Yanıt Evreleri.....	10
1.3.4.1. Uyarılma (Heyecan) evresi.....	11
1.3.4.2. Plato evresi.....	12
1.3.4.3. Orgazm evresi.....	13
1.3.4.4. Çözülme evresi.....	14
1.3.5. Cinsel İşlev Bozuklukları.....	15

1.3.5.1. Cinsel işlev bozukluklarının sınıflandırması ve yaygınlığı.....	15
1.3.5.2. Cinsel istek bozuklukları.....	17
1.3.5.3. Kadında cinsel uyarılma bozuklukları.....	18
1.3.5.4. Kadında orgazm bozukluğu.....	19
1.3.5.5. Cinsel ağrı bozuklukları.....	20
1.3.6. Doğum Sonrası Dönemde Oluşan Fizyolojik Değişikliklerin	
Cinsel Yaşama Etkisi.....	22
1.3.6.1. Vajen ve perinedeki fizyolojik değişikliklerin cinsel yaşama etkisi.....	23
1.3.6.2. Memelerdeki fizyolojik değişimlerin ve emzirmenin cinsel yaşama etkisi...24	
1.3.6.3. Doğum sonrası beden imajındaki değişimlerin cinsel yaşama etkisi.....	26
1.3.7. Doğum Sonu Dönemde Ailesel Stres ve Ruhsal Sorunların	
Cinsellik Üzerine Etkisi.....	28
1.3.7.1. Doğum sonrası aile yaşamındaki streslerin cinsel yaşama etkisi.....	28
1.3.7.2. Doğum sonrası dönemde depresyonun cinsel yaşama etkisi.....	29
1.3.8. Doğum Sonrası Cinsel Yaşamla İlgili Ebe/Hemşirenin Rolü.....	31
1.3.8.1. Doğum sonrası cinsel sağlığın korunmasında ve geliştirilmesinde ebe/hemşirenin rolü.....	32
1.3.8.2. Doğum sonrası cinsel sorunların erken tanı ve tedavisinde ebe/hemşirenin rolü.....	34
1.3.8.3. Ebe ve hemşirenin cinsellik konusunu ele alabilmesi için sahip olması gereken özellikler.....	37
1.3.8.4. Doğum Sonrası Perineal Sağlığı Geliştirici Uygulamalar.....	38
2. GEREÇ VE YÖNTEM.....	40
2.1. Araştırmanın Şekli.....	40
2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	40
2.3. Araştırmanın Zamanı.....	42
2.4. Araştırmanın Evreni.....	42
2.5. Araştırmanın Örneklemi.....	42
2.6. Araştırmaya Alınma ve Araştırmadan Dışlanma Kriterleri.....	43
2.7. Veri Toplama Araçları.....	43
2.7.1. Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine ve Araştırmanın Bağımsız Verilerine İlişkin Soru Formu.....	44
2.7.2. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (Arizona Sexual Experiences Scale).....	44
2.7.3. Beck Depresyon Envanteri (Beck Depression Inventory).....	45

2.7.4. Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine ve Araştırmanın Bağımsız Verilerine İlişkin Soru Formunun ön uygulaması.....	45
2.7.5. Veri toplama araçlarının uygulanması.....	46
2.7.6. Verilerin değerlendirilmesi.....	47
2.8. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	47
2.9. Araştırmada Etik.....	48
3. BULGULAR.....	49
3.1. Kadınların ve Eşlerinin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımları.....	49
3.2. Kadınların Obstetrik Özelliklerine Göre Dağılımları.....	51
3.3. Kadınlar ve Eşlerinin Sağlık Durumlarına Göre Dağılımları.....	52
3.4. Kadınların Gebelik ve Doğum Eylemine İlişkin Bazı Özelliklerinin Dağılımları.....	54
3.5. Kadınların Doğum Sonrası Dönemde Sağlık Sorunu Yaşama Durumlarına Göre Dağılımları.....	55
3.6. Kadınların Evlilik Hayatından Memnun Olma, İlk Cinsel İlişki Yaşları ve Aile İçi Şiddet Yaşama Durumlarına Göre Dağılımları.....	57
3.7. Kadınların Gebelik Öncesi ve Gebelikteki Cinsel Yaşamlarına İlişkin Bazı Özelliklerine Göre Dağılımları.....	58
3.8. Kadınların Doğum Sonrası Dönemdeki Cinsel Yaşamlarına İlişkin Bazı Özelliklerine Göre Dağılımları.....	61
3.9. Kadınların Doğum Sonrası Dönemde Laktasyona ve Beden İmajına İlişkin Bazı Özelliklerine Göre Dağılımları.....	64
3.10. Kadınların Doğum Sonrası Dönemde Menstruasyon ve Aile Planlaması Yöntemi Kullanımına İlişkin Bazı Özelliklerine Göre Dağılımları.....	65
3.11. Bebeklerin Doğum Zamanı, Sağlık Durumları ve Anneleriyle Aynı Odada Uyumalarına İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımları.....	66
3.12. Kadınların Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Puanlarına Göre Doğum Sonrası Cinsel Sorun Yaşama Durumları.....	68
3.13. Kadınların ve Eşlerinin Tanıtıcı Özellikleri İle Kadınların Doğum Sonrası Cinsel Sorun Yaşama Durumlarının Karşılaştırılması.....	68
3.14. Kadınların Bazı Obstetrik Özellikleri İle Doğum Sonrası Cinsel Sorun Yaşama Durumlarının Karşılaştırılması.....	73
3.15. Kadınların ve Eşlerinin Sağlık Durumları ve Sürekli İlaç Kullanma Özellikleri İle Kadınların Doğum Sonrası Cinsel Sorun Yaşama Durumlarının Karşılaştırılması....	74
3.16. Kadınların Gebelik ve Doğum Eylemi Özellikleri İle Doğum Sonrası	

Cinsel Sorun Yaşama Durumlarının Karşılaştırılması.....	75
3.17. Kadınların Doğum Sonrası Sağlık Sorunu Yaşama Özellikleri İle Doğum Sonrası Cinsel Sorun Yaşama Durumlarının Karşılaştırılması.....	78
3.18. Kadınların Evlilik Hayatından Memnun Olmaları, İlk Cinsel İlişki Yaşları ve Aile İçi Şiddet Yaşamaları İle Doğum Sonrası Cinsel Sorun Yaşama Durumlarının Karşılaştırılması.....	79
3.19. Kadınların Gebelik Öncesi ve Gebelikteki Cinsel Yaşamlarına İlişkin Bazı Özellikleri İle Doğum Sonrası Cinsel Sorun Yaşama Durumlarının Karşılaştırılması.....	81
3.20. Kadınların Doğum Sonrası Cinsel Yaşamlarıyla İlgili Bazı Özellikleri İle Cinsel Sorun Yaşama Durumlarının Karşılaştırılması.....	82
3.21. Kadınların Laktasyon ve Beden İmajı Özellikleri İle Doğum Sonrası Cinsel Sorun Yaşama Durumlarının Karşılaştırılması.....	84
3.22. Kadınların Menstruasyon ve Aile Planlaması Yöntemi Kullanımına İlişkin Bazı Özellikleri İle Doğum Sonrası Cinsel Sorun Yaşama Durumlarının Karşılaştırılması.....	86
3.23. Bebeklerin Doğum Zamanı, Sağlık Durumları ve Anneleriyle Aynı Odada Uyumaları İle Kadınların Doğum Sonrası Cinsel Sorun Yaşama Durumlarının Karşılaştırılması.....	87
4. TARTIŞMA	89
4.1. Kadınların ve Eşlerinin Tanıtıcı Özellikleri ve Bu Özelliklerine Göre Doğum Sonrası Cinsel Sorun Yaşama Durumlarının Değerlendirilmesi.....	89
4.2. Kadınların Obstetrik Özellikleri ve Bu Özelliklerine Göre Doğum Sonrası Cinsel Sorun Yaşama Durumlarının Değerlendirilmesi.....	93
4.3. Kadınlar ve Eşlerinin Sağlık Durumları ve Bu Özelliklerine Göre Doğum Sonrası Cinsel Sorun Yaşama Durumlarının Değerlendirilmesi.....	93
4.4. Kadınların Gebelik ve Doğum Eylemi Özellikleri ve Bu Özelliklerine Göre Doğum Sonrası Cinsel Sorun Yaşama Durumlarının Değerlendirilmesi.....	94
4.5. Kadınların Doğum Sonrası Dönemde Sağlık Sorunu Yaşama Özellikleri ve Bu Özelliklerine Göre Cinsel Sorun Yaşama Durumlarının Değerlendirilmesi.....	96
4.6. Kadınların Evlilik Hayatından Memnun Olma, İlk Cinsel İlişki Yaşı ve Aile İçi Şiddet Yaşama Özellikleri ve Bu Özelliklerine Göre Doğum Sonrası Cinsel Sorun Yaşama Durumlarının Değerlendirilmesi.....	97
4.7. Kadınların Gebelik Öncesi ve Gebelikteki Cinsel Yaşamlarına İlişkin	

Özellikleri ve Bu Özelliklerine Göre Doğum Sonrası Cinsel Sorun Yaşama Durumlarının Değerlendirilmesi.....	99
4.8. Kadınların Doğum Sonrası Dönemdeki Cinsel Yaşamlarına İlişkin Bazı Özellikleri ve Bu Özelliklerine Göre Cinsel Sorun Yaşama Durumlarının Değerlendirilmesi.....	100
4.9. Kadınların Doğum Sonrası Dönemdeki Laktasyon ve Beden İmajı Özellikleri ve Bu Özelliklerine Göre Doğum Sonrası Cinsel Sorun Yaşama Durumlarının Değerlendirilmesi.....	103
4.10. Kadınların Doğum Sonrası Dönemde Menstruasyon ve Aile planlaması Yöntemi Kullanma Özellikleri ve Bu Özelliklerine Göre Doğum Sonrası Cinsel Sorun Yaşama Durumlarının Değerlendirilmesi.....	105
4.11. Bebeklerin Doğum Zamanı, Sağlık Durumları ve Anneleriyle Aynı Odada Uyumalarına İlişkin Özellikleri ve Bu Özelliklerine Göre Doğum Sonrası Cinsel Sorun Yaşama Durumlarının Değerlendirilmesi.....	105
5. SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....	107
5.1. Sonuçlar.....	107
5.2. Öneriler.....	113
ÖZET.....	114
SUMMARY	116
KAYNAKLAR.....	118
ÖZGEÇMİŞ.....	130
TEŞEKKÜR.....	131
EKLER.....	132
EK 1 Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine ve Araştırmanın Bağımsız Verilerine İlişkin Soru Formu.....	132
EK 2 Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (Arizona Sexual Experiences Scale).....	136
EK 3 Beck Depresyon Envanteri (Beck Depression Enventory).....	137
EK 4 Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü İzin Yazısı.....	140
EK 5 Adnan Menderes Üniversitesi Etik Kurul Başkanlığı Ön Onayı.....	142
EK 6 Adnan Menderes Üniversitesi Etik Kurul Başkanlığı Onayı.....	143
EK 7 Bilgilendirilmiş Olur Metni.....	144
EK 8 Bilgilendirilmiş Olur Formu.....	145
EK 9 Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeğini Türkçeye Uyarlayan	

Prof.Dr. Atilla Soykan'ın Onayı.....	146
--------------------------------------	-----



SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ABD:	Amerika Birleşik Devletleri
ACYÖ:	Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği
A.P:	Aile Planlaması
APA:	Amerikan Psikiyatri Birliği
BDE:	Beck Depresyon Envanteri
CETAD:	Cinsel Eğitim, Tedavi ve Araştırma Derneği
DSM:	Mental Bozuklukları Sınıflandırma
DSÖ:	Dünya Sağlık Örgütü
KOK:	Kombine oral kontraseptif
M.S:	Milattan sonra
RIA:	Rahim içi araç
SPSS:	İstatistik paket programı (Statistical Package for the Social Sciences)
TNSA:	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
Vajen pH:	Vajen asitesi
X ² :	Ki-kare (Chi Square)

ÇİZELGELER DİZİNİ

	Sayfa
Çizelge 1.3.8.1. Doğum sonrası yeniden cinsel ilişkiye başlama ile ilgili anneye verilmesi gereken bilgiler.....	33
Çizelge 1.3.8.2. Kegel egzersizleri.....	34
Çizelge 1.3.8.2.1. Ebe ve hemşirelerin postpartum depresyonu tanımlamasına yardımcı olan sorular.....	36
Çizelge 2.3.1. Araştırmanın zamanı.....	42
Çizelge 3.1.1. Kadınların ve eşlerinin tanıtıcı özelliklerine göre dağılımları.....	50
Çizelge 3.1.2. Kadınların sosyal özelliklerine göre dağılımları.....	51
Çizelge 3.2.1. Kadınların obstetrik özelliklerinin ortalamalarına göre dağılımları.....	52
Çizelge 3.3.1. Kadınlar ve eşlerinin sağlık durumlarına göre dağılımları.....	53
Çizelge 3.4.1. Kadınların gebelik ve doğum eylemine ilişkin bazı özelliklerine göre dağılımları.....	54
Çizelge 3.5.1. Kadınların doğum sonrası dönemde sağlık sorunu yaşama durumlarına göre dağılımları.....	56

Çizelge 3.6.1. Kadınların evlilik hayatından memnun olma, ilk cinsel ilişki yaşları ve aile içi şiddet yaşama durumlarına göre dağılımları.....	57
Çizelge 3.7.1. Kadınların gebelik öncesi dönemdeki cinsel yaşamlarına ilişkin bazı özelliklerine göre dağılımları.....	59
Çizelge 3.7.2. Kadınların gebelikteki cinsel yaşamlarına ilişkin bazı özelliklerine göre dağılımları.....	60
Çizelge 3.8.1. Kadınların doğum sonrası cinsel yaşam özelliklerine göre dağılımları.....	62
Çizelge 3.9.1. Kadınların doğum sonrası dönemde laktasyon ve beden imajına ilişkin bazı özelliklerine göre dağılımları.....	65
Çizelge 3.10.1. Kadınların doğum sonrası dönemde menstruasyon ve aile planlaması yöntemi kullanımına ilişkin bazı özelliklerine göre dağılımları.....	66
Çizelge 3.11.1. Bebeklerin doğum zamanı, sağlık durumları ve anneleriyle aynı odada uyumalarına ilişkin özelliklerine göre dağılımları.....	67
Çizelge 3.12.1. Kadınların Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği kadın formu puanlarına göre doğum sonrası cinsel sorun yaşama durumları.....	68
Çizelge 3.13.1. Kadınların ve eşlerinin tanıtıcı özellikleri ile kadınların doğum sonrası cinsel sorun yaşama durumlarının karşılaştırılması.....	70
Çizelge 3.13.2. Kadınların sosyal özellikleri ile doğum sonrası cinsel sorun yaşama durumlarının karşılaştırılması.....	72
Çizelge 3.14.1. Kadınların bazı obstetrik özellikleri ile doğum sonrası cinsel sorun yaşama durumlarının karşılaştırılması.....	73
Çizelge 3.15.1. Kadınların ve eşlerinin sağlık durumları ve sürekli ilaç kullanma özellikleri ile kadınların doğum sonrası cinsel sorun yaşama durumlarının karşılaştırılması.....	75

Çizelge 3.16.1. Kadınların gebelik ve doğum eylemi özellikleri ile doğum sonrası cinsel sorunu yaşama durumlarının karşılaştırılması.....	77
Çizelge 3.17.1. Kadınların doğum sonrası sağlık sorunu yaşama özellikleri ile doğum sonrası cinsel sorun yaşama durumlarının karşılaştırılması.....	78
Çizelge 3.18.1. Kadınların evlilik hayatından memnun olmaları, ilk cinsel ilişki yaşları ve aile içi şiddet yaşamaları ile doğum sonrası cinsel sorun yaşama durumlarının karşılaştırılması.....	80
Çizelge 3.19.1. Kadınların gebelik öncesi ve gebelikteki cinsel yaşamlarına ilişkin bazı özellikleri ile doğum sonrası cinsel sorun yaşama durumlarının karşılaştırılması.....	81
Çizelge 3.20.1. Kadınların doğum sonrası cinsel yaşamlarıyla ilgili bazı özellikleri ile cinsel sorun yaşama durumlarının karşılaştırılması.....	83
Çizelge 3.21.1. Kadınların laktasyon ve beden imajı özellikleri ile doğum sonrası cinsel sorun yaşama durumlarının karşılaştırılması.....	85
Çizelge 3.22.1. Kadınların menstruasyon ve aile planlaması yöntemi kullanımına ilişkin bazı özellikleri ile doğum sonrası cinsel sorun yaşama durumlarının karşılaştırılması.....	86
Çizelge 3.23.1. Bebeklerin doğum zamanı, sağlık durumları ve anneleriyle aynı odada uyumaları ile kadınların doğum sonrası cinsel sorun yaşama durumlarının karşılaştırılması.....	87

GRAFİKLER DİZİNİ

Sayfa

Grafik 1.3.4.1. Masters ve Johnson'ın kadında cinsel yanıt döngüsü.....	11
---	----

EKLER DİZİNİ

Sayfa

EK 1 Kadınların Soyo-Demografik Özelliklerine ve Araştırmanın Bağımsız Verilerine İlişkin Soru Formu.....	132
EK 2 Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (Arizona Sexual Experiences Scale).....	136
EK 3 Beck Depresyon Envanteri (Beck Depression Enventory).....	137
EK 4 Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü İzin Yazısı.....	140
EK 6 Adnan Menderes Üniversitesi Etik Kurul Başkanlığı Ön Onayı.....	142
EK 7 Adnan Menderes Üniversitesi Etik Kurul Başkanlığı Onayı.....	143
EK 8 Bilgilendirilmiş Olur Metni.....	144
EK 9 Bilgilendirilmiş Olur Formu.....	145
EK 10 Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeğini Türkçeye Uyarlayan Prof.Dr. Atilla Soykan'ın Onayı.....	146

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Cinsellik, bireyin cinsiyeti ile ilgili tüm konuları içeren kapsamlı bir kavramdır. Bireyin cinsel yaşamı biyolojik, psikolojik, sosyoekonomik, kültürel, etik ve dini faktörlerden etkilenmektedir. Cinsellik hayatın farklı evrelerinde değişiklik göstermektedir. Doğum sonrası dönem de bu evrelerden birisidir (Tuğrul ve Artan 2001, Olsson ve ark 2005, Özmen ve ark 2006).

Doğum sonrası dönemde cinsel ilişkiye başlama zamanı kadının fiziksel olarak iyileşmesine ve her iki eşin psikolojik olarak hazır olmasına bağlıdır. Kanama ve enfeksiyon riskinin azaldığı ikinci haftadan sonra cinsel aktiviteye başlanabilir (Blackburn 2003). Doğum sonrası cinsel ilişkinin yeniden başlaması kültürlere göre değişiklik göstermektedir. Ülkemizde doğumdan sonra cinsel ilişkiye başlama zamanı geleneksel olarak altı haftadır. Türkiye’de yapılan çalışmalarda kadınların çoğunun postpartum altıncı haftada cinsel ilişkiye başladıkları bildirilmektedir (Erbil 2005, Eryılmaz ve ark 2005). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2003 verilerine göre doğumdan sonraki 2-3 ay içerisinde cinsel ilişkiye başlamamış kadın oranının %13,0, 6-7 ay içerisinde ise %7,0 olduğu rapor edilmektedir (Ergöçmen ve Eryurt 2004). Amerika Birleşik Devletlerinde (ABD) de doğum sonu dönemde eşlerin cinsel ilişkiye yeniden başlama zamanı kısa bir süreden birkaç aya kadar değişmektedir (Blackburn 2003).

Doğum sonrası dönemde üreme organlarındaki travma, vajinal kanama, yenidoğan bebeğin stresi ve baskısı, fiziksel rahatsızlıklar, enfeksiyon korkusu, memelerdeki dolgunluk, yorgunluk, cinsel istek kaybı, çekicilik hissinde azalma duygusu, vücut görüntüsünde değişme ve doğum sonu depresyon kadınların cinsel fonksiyonlarını etkileyebilir. Ayrıca birçok kadın doğum sonrası dönemde plasentanın çıkarılmasını takiben östrojen düzeyinin azalmasından dolayı vajinal kayganlıktaki azalmaya bağlı olarak cinsel ilişki esnasında ağrı (disparanoya) yaşamaktadır. (Blackburn 2003, Baram 2004).

Kadınların çoğu doğum sonrası 6-8 hafta içinde cinsel yaşama başlasa bile, çoğunun gebelik öncesi cinsel ilişki düzeyine ulaşabilmesi bir yıl kadar uzun bir süre alabilmektedir (Dılbaz ve Milne 2005, Olsson ve ark 2005). Doğum sonrası dönemde cinsel ilişki ile ilgili rahatsızlıklar ortalama 3 ay (1-11 ay) devam edebilir (Blackburn 2003). Barrett (2000)'in yaptığı çalışmada, kadınların yaklaşık %90,0'nın doğumdan sonraki ilk altı haftada cinsel işlevlerine geri döndüğünü, fakat %64,0'nın problem yaşadığı rapor edilmiştir. Yine bu çalışmada, doğumdan sonraki ilk üç ayda kadınların %83,0'nın cinsel problem yaşadığı; bu problemlerin disparanoya, vajinal kayganlıkta azalma, orgazm olmada güçlük, vajinal gevşeklik, cinsel istekte azalma, perineal ağrı, cinsel ilişkiden sonra kanama, irritasyon ve cinsel ilişki sıklığında azalma olduğu bildirilmektedir.

Doğum sonrası dönemde kadın ile sık ve yakın ilişkide olan sağlık çalışanları olarak ebe ve hemşirelerin, bireylerin cinsel gereksinimlerinin ve sorunlarının belirlenmesinde, cinsel eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin verilmesinde, gerektiğinde ileri tetkik ve tedaviye sevk edilmesinde önemli rolleri bulunmaktadır. Ebe ve hemşireler doğum sonrası psikososyal bakımın içerisinde, doğumun cinsel yaşam üzerine olan fiziksel ve psikolojik etkilerini kadınlarla tartışmalıdırlar. Ebe ve hemşireler doğum sonrası erken dönemde hastanede ve doğum sonrası 6-8. haftalarda yapacakları rutin ev ziyaretlerinde, kadınların cinsel ilişkiye başlama zamanı ve cinsel yaşamlarıyla ilgili endişe ve sorunlarına yönelik bakım vermelidirler. Bu bakım doğum sonrası dönemdeki kadınların cinsel yaşamlarını ve dolayısıyla yaşam kalitelerini geliştirebilir (Kömürcü 1992, Bobak ve Jensen 1993, Balkaya 2002, Gökyıldız 2002, Çavdar 2006).

1.2. Araştırmanın Amacı

Ülkemizde doğum sonrası cinsel ilişkiye başlama zamanına yönelik bazı çalışmalar bulunmasına rağmen, cinsel sorunlar ve etkileyen etmenlere ilişkin herhangi bir çalışma bulunmamaktadır. Bu nedenle doğum sonrası cinsel sorunlar ve bu sorunların oluşmasında etkili olan etmenlere ilişkin daha fazla bilgiye gereksinim duyulmaktadır.

Kadınların doğum sonrası cinsel sorunlarının hangi düzeyde olduğunun ve hangi etmenlerden etkilendiğinin bilinmesi, ebe ve hemşirelerin bu konu ile ilgili yapacakları eğitimi ve bakımı etkili bir şekilde planlamalarına, bakımı gerçekleştirmelerine olanak sağlayabilir. Bu görüşten hareketle araştırma doğum sonrası cinsel sorunlar ve etkileyen etmenleri incelemek amacıyla planlanmıştır.

1.3. Genel Bilgiler

1.3.1. Cinselliğin Tarihsel Gelişimi

İnsanlık tarihi boyunca toplumlar üremenin giz dolu işleyişinden çok fazla etkilenmiştir. İnsanlar cinselliği efsaneleştirmiş, tabulaştırmış ya da dinsel bir olguya dönüştürmüşlerdir (Tekin 1995).

Yunanlı hekim Hipokrat (M.S.377–460) sistematik gözlemler ve analitik bir yaklaşımla tüm hastalıkların kökenini doğal nedenlerle araştırmıştır. Hipokrat tıbbi yazılarında klitorisi tanımlamış ve cinsel uyarılmanın odağı olduğunu belirtmiştir. Ayrıca histeri gibi bazı hastalıkların cinsel ilişki sıklığının arttırılmasıyla tedavi edileceğini öne sürdüğü bildirilmektedir (Ventegodt ve ark 2006).

Tekin (1995), Claudius Galenus (M.S.131–201)'un beyin faaliyetleri ve beden salgıları dengesinin önemini vurgulayarak üreme ve cinsel sağlık konuları üzerinde çarpıcı

kuramlar geliştirdiğini ve her iki cinsin ürettiği tohum sıvısının düzenli bir cinsel yaşamla boşaltılmamasının histeri, kuduz, titreme, kasılma ve çılgınlık gibi rahatsızlıklara neden olduğunu belirttiğini bildirmiştir.

Ernest Grafenberg (1950)'in üretra çevresinde vajina ön duvarında yaklaşık 0.5–1 cm boyutlarında bir alanı oluşturan G noktasını tanımladığı, bu alanın uyarılmasının yüksek oranda haz oluşturduğu ve orgazma yol açabildiği belirtilmektedir. Ayrıca Grafenberg bu bölgenin embriyolojik köken itibarıyla prostat dokusuna benzerliğinin uyarımda önem taşıyabileceğini öne sürdüğu bildirilmektedir (Yavad ve ark 2001, Baram 2004).

İnsan cinselliği ile ilgili ilk kapsamlı araştırma 1953 yılında Kinsey ve arkadaşları tarafından yayınlanmıştır. Bu araştırma 1938 ile 1952 yılları arasında yapılmış olup insanın cinsel davranış biçimleri ile ilgili istatistiklerin derlenmesinden oluşmaktadır. Kinsey'in birçok cinsel problemin kaynağının memelilerin cinsel eğilimlerinin doğasına aykırı olan sosyal eğitim olduğunu düşündüğu bildirilmektedir. Kinsey ve arkadaşlarının çalışmalarını takiben Masters ve Johnson' nın 1966 yılında “İnsanda Cinsel Davranış” adlı bir kitap yayınladıkları bildirilmiştir. Bu kitapta 10 yıllık bir dönemde 382 kadın ve 312 erkeğin 14000'den fazla cinsel birleşmesi gözlemlenip değerlendirilmiştir. Bu çalışmada cinsel yanıt döngüsünde heyecan, plato, orgazm, çözüme evrelerini içeren dört evre modelinin ele alındığı bildirilmektedir. Bu modelde cinsel istek evresi göz ardı edilmiş olmasına rağmen halen birçok kaynakta temel model olarak kabul görmektedir (Katharyn ve Mahlmeister 1990, Sayın 1994, Kızıltepe 2006).

Kaplan (1979) cinsel istek evresinin çok önemli olduğunu ve tedavileri sırasında cinsel işlev bozukluklarının üç kategorisinde odaklandığını, bu yüzden cinsel işlev döngüsünün istek, heyecan ve orgazm evreleri olarak sınıflandırılması gerektiğini, ayrıca bu evrelerden birinde inhibisyon varken diğerlerinin devam edebileceğini belirtmektedir.

Masters ve Johnson (1966) ve Kaplan (1976) cinsel yanıt evrelerini lineer olarak ele almalarına rağmen Whipple (1997) cinsel yanıt evresini dört alt evreye ayırarak sirküler olarak değerlendirmişdir. Bu evrelerin birincisi cinsel yönelim, ikincisi heyecanlanma,

üçüncüsü teslim olma ve dördüncüsü çözülmedir (www.arhp.org/files/FSR). Whipple (2002), tatmin edici ve zevk veren cinsel deneyimlerin kadınların bir sonraki cinsel ilişkilerindeki cinsel yönelim evresinin olumlu şekilde ortaya çıkması ve desteklenmesi için çok önemli olduğunu ortaya çıkarmıştır. Çözülme evresi boyunca kadının cinsel ilişkiden tatmin olmadığı durumda cinsel istekliliğinin azalacağını belirtmektedir.

Basson (2001), kadındaki cinsel yanıt evrelerinin lineer olmadığını ve istek ve uyarılmanın birbiriyle değişebileceğini belirtmektedir. Bu modelde cinsellik için başlama noktası samimiyet ve yakınlık isteği olarak gösterilmektedir. Yine kadında cinsel yanıt evrelerinin birçok psikososyal faktörden (beden imajı, olumsuz cinsel deneyimler, cinsel uyarıların şiddeti) etkilendiği de belirtilmektedir.

1998 yılında American Foundation of Urologic Disease tarafından, klinik bulgulara göre düzenleme yapılarak, güncel kadın cinsel işlev bozukluklarının sınıflandırması oluşturulmuştur. Bu sınıflamada cinsel döngü temel olarak cinsel istek, uyarılma, orgazm ve çözülme evrelerinden oluşmaktadır (Basson ve ark 2000).

1.3.2. Cinsel Fonksiyonlarda Rolü Olan Kadın Üreme Organları

Kadınlarda vücut içerisinde yer alan üreme organlarını iç genital organlar oluşturmaktadır. Bunlar overler, uterus, fallop tüpleri ve vajinadır. Cinsellik veya üreme ile ilgili olan ve vücut dışındaki organlar ise dış genital organlar olarak tanımlanır. Kadın dış genitaleri, vulva, mons pubis, labia majör ve minör, klitoris ve vajina girişinden oluşmaktadır (Di Saia 1994, Taşkın 2005).

Dış genital organların yüzey anatomisi ile rengi ve şekli, heredite, yaş ve doğum sayısı ile ilgili olarak kadından kadına değişiklik gösterebilmektedir. Labia majörler mons pubisten başlayıp aşağıya ve yukarıya doğru uzanan, önden arkaya 8 cm boyunda, 2-3 cm yüksekliğinde, genital kanalın girişinde, sağlı-sollu yer alan bir çift deri katlantısıdır. Yaşamın değişik dönemlerinde şekli ve büyüklüğü değişkenlik gösterebilmektedir. Labia

majörler, labia minörlere, klitorise, vajinaya ve üretra açıklığına koruma sağlamaktadırlar (Di Saia 1994, Gökmen 2003, Solomon 2003).

Labia minörler labia majörlerin iç tarafında, vajina girişinin iki yanında, önden arkaya kadar vajinal açıklığı takip eden, kılsız, yumuşak birer deri plakası şeklindedir. Boyutları kişisel ve ırksal farklılıklar göstermekle birlikte, ön-arka uzunluğu 3-4 cm yüksekliği 1-1,5 cm dir. Labia minörün pembe iç yapısı vajinal mukoza ile devam etmektedir. Labia minörler birçok duyuşal sinir uçlarını içerdği ve damarlanması yoğun olduğu için cinsel uyarılma sırasında kabarırlar ve renk değıştirirler (Snell 1998, Taşkın 2005).

“Vajina” sözcüğü Latince kökenli olup kılıf, kın anlamına gelmektedir. Vajina, uterus boynundan vajinal açıklığa kadar uzanan fibromusküler bir tüp olarak kabul edilmektedir. Vajinal açıklık ince bir zar yapı olan hymen ile sınırlanmaktadır. Vajina’nın duvarları çok sayıda ruga denen mukozal katlantılar içerir ve bu yapılar cinsel ilişki esnasında boy ve genişlik olarak fazlaca genişlemeye imkan sağlarlar ve cinsel ilişkide sürtünmeye bağı uyarılmayı da arttırlar. Doğum yapmamış kadınlarda uyarılmamış vajinanın uzunluğu 7-8 cm, çapı 2 cm iken, uyarılınca boyu 9.5-10.5 cm, çapı girişte 2.5 cm, dip kısımlarda 5.5 cm olur. Doğum yapmış kadınlarda uyarılmamış vajinanın uzunluğu 8-10 cm, çapı 3-4 cm dir. Uyarılma ile boyu 11-12 cm, çapı da girişte 3-4.5 cm, dip kısımlarda 6.5 cm olur. Cinsel heyecanın başlamasıyla birlikte 10-30 saniyede vajinal ıslanma meydana gelmektedir. Vajinal ıslanmayı sağlayan özel bir salgı bezi yoktur fakat vajinayı çevreleyen damarlardaki kan göllenmesinden süzülen transuda (proteinden fakir hücrelerarası sıvı) niteliğindeki sıvı vajinanın ıslanmasını ve cinsel ilişkinin gerçekleşmesini sağlamaktadır. Ayrıca labia majörlerin arka kısmında yer alan bartolin bezleri cinsel ilişki esnasında aktifleşerek salgılarını labia minör ve hymen arasındaki oluğa açılan boşaltma kanalları aracılığı ile vajinaya ulaştırarak vajinada kaygan bir ortam oluşmasını sağlamaktadırlar. Böylece cinsel ilişki sırasında penis vajina içerisinde kolayca hareket eder. Vajinanın sadece 1/3’lük dış kısmı cinsel yönden uyarılabilir, geri kalan bölüm ve serviks sadece basıncı ve titreşimi hissetmektedir (Di Saia 1994, Gökmen 2003, www.engenderhealth.org/res/onc/sexuality/anatomy/index.html).

Klitoris, erkekteki penisin homologu olan ve labia majörler arasında yer alan 2-4 cm uzunluğunda erektile bir organdır. Klitoris sinir ağlarından zengin bir yapıya sahiptir ve kadının en duyarlı cinsel bölgelerinden birisidir. Klitoris anatomik olarak glans, corpus ve crus olmak üzere üç bölümden oluşmaktadır. Glans klitoris 'klitoris başlığı' denen yapıyla örtülüdür, özellikle orgazmın gelişmesinde klitoris başlığının klitorise sürtünmesinin büyük rolü vardır. Ayrıca klitorisin yapısındaki kavernöz cisimler sayesinde klitoris üzerine yapılan her türlü mekanik uyarı bu cisimleri kalınlaştırıp sertleştirerek orgazma neden olmaktadır. Heyecanlanma evresinde en ufak uyarı veya fantezi kurulması bile klitorisin çapında artmaya neden olur. Bu evrede kadınlar pelvis içinde bir dolgunluk hissi, irritasyon ve boşalma ihtiyacı duymaktadırlar. Ayrıca klitorisin corpus kısmı kanla dolup şişer ve labia majorlerin etrafındaki basınçla meydana gelen hazdan sorumlu olurlar. Corpus klitorisin %10-20 oranında büyüdüğü ve bunun erkekteki ereksiyona (sertleşme) karşılık geldiği bilinmektedir. Cinsel ilişki sırasında penisin klitorise doğrudan uyarısı söz konusu değildir. Penisin labia majorler üzerindeki basıncı klitorise traksiyon uygulayıp uyarılmayı sağlamaktadır. Klitoris orgazmdan hemen önce iskiokavernöz kasların kasılması ile geri çekilmektedir. Böylece cinsel ilişki sırasında klitoris ve penis teması gerçekleşmemektedir (Yıldırım 1997, Gökmen 2003, www.cetad.org.tr/doc/bilgilendirme_dosyasi_5.pdf).

Grafenberg noktası (G noktası), üretra çevresinde vajina ön duvarında yaklaşık 0.5-1 cm boyutlarında bir bölge olarak tanımlanmaktadır. Cinsel ilişki sırasında bu bölgedeki embriyolojik prostat ana dokusunun kanla dolması nedeniyle oluşan basınç ve titreşim G noktasını uyararak orgazma neden olmaktadır (www.engenderhealth.org/res/onc/sexuality/anatomy/index.html).

Uterus, pelvis kavitesinde, rektum ve mesane arasında yer alan, armut biçiminde müköler ve kalın bir iç genital organdır. Ortalama 7,5 cm uzunluğunda, 3,5 cm genişliğinde ve 2,5 cm kalınlığındadır. Ağırlığı 60 gr dır. Gebelikte hacmi, şekli ve ağırlığı değişmektedir. Doğumdan sonra eski ölçülerine dönse bile biraz büyük kalır. Uterus, cinsel uyarılmada uterin sekresyonlar ile vajinal kayganlaşmaya katkıda bulunur. Uterusun 1/3'lik alt kısmını oluşturan serviks, Latince boyun anlamına gelmektedir. Serviks dar, silindirik ve yaklaşık 2,5-3,5 cm uzunluğundaki servikal kanal aracılığıyla vajinaya açılmaktadır. Serviks cinsel ilişki sırasında oluşan basınca duyarlıdır. Penisin servikse

uyguladığı basınç doldurulma ve içeri girilme hissinin büyük kısmını yaratmaktadır. Ayrıca servikal glandlar vajinal kayganlaşmaya katkıda bulunurlar (Di Saia 1994, Yıldırım 1997, Gökmen 2003, Taşkın 2005, [www.androloji.org.tr/images/file/Kadin %20gen %20anot](http://www.androloji.org.tr/images/file/Kadin_%20gen%20anot)).

Overler, kadınlardaki temel üreme organıdır ve küçük pelvisin dış yan duvarlarının sağında ve solunda yer almaktadırlar. Overlerin cinsel ilişkiye ve uyarılmaya direkt aktif katılımı yoktur. Fakat overler kadınlık hormonları olan östrojen ve progesteronun salgılanmasından sorumludurlar. Orgazm sırasında fallop tüpleriyle birlikte overlerde de kasılmalar olmaktadır. Fallop tüpleri, uterusun sağ ve sol kornularından overlere doğru uzanan 10-12 cm uzunluğunda bir çift müsküler borudur. Fallop tüpleri orgazm kasılmalarına rahimle birlikte eşlik ederler (Novak and Brom 1999, Taşkın 2005, www.cetad.org.tr/doc/bilgilendirme_dosyasi_5.pdf).

Pelvik kaslar, özellikle levator ani kası ve pelvik membranlar kadınların cinsel işlev ve isteklerine etki etmektedir. Perineal membranlar bulboavernosus ile ischiavernosusu kapsamaktadır ve cinsel isteği ve orgazmı güçlendirmektedir. Ayrıca orgazm sırasında kasların ritmik kasılmalarından sorumludurlar (Berman ve ark 2003).

1.3.3. Kadının Cinselliğinin Nörohormonal Kontrolü

Cinsellik beyin tarafından yönetilir ve beynin cinsellikle ilişkili yapıları ve işlevleri fetal gelişim sırasındaki gonadal steroid hormonlarının organizasyonel etkileri ile şekillendirilir. Bunun dışında cinsellik yaşamın daha sonraki yıllarında beynin hormonal ve nörokimyasal ortamından ve çevresel etkenlerden de etkilenmektedir (Eşel 2006).

Sağlıklı ve doyumlu bir cinsel yaşam, cinsel işlevin merkezi sinir sistemi ve endokrin sistem ile nörokimyasal, nörofizyolojik ve psikolojik süreçlerin karşılıklı etkileşimi ile gerçekleşmektedir. Psikiyatrik sorun, bedensel hastalık ya da ilaçlar, hormonlar, toksinler gibi çeşitli fiziksel etkenlerin bir ya da birden fazla süreç üzerinde yaptığı her türlü olumlu

ya da olumsuz etki cinsel yaşamı belirgin biçimde etkileyebilmektedir (Önem ve Kadioğlu 2005).

Kadınlarda cinsel yanıt evreleri, merkezi sinir sistemi ile hedef organlar arasında bir döngüden ve bu döngüden etkilenen vücuttaki birtakım değişikliklerden oluşmaktadır. Merkezi sinir sisteminin cinsel yaşamla ilişkili olduğu düşünülen en önemli bölgeleri, limbik sistem ve hipotalamusdur. Bu bölgelerdeki özelleşmiş yapıların, cinsel davranışın temel özelliklerini yönlendirdikleri düşünülmektedir. Bunlar arasında anterior hipotalamik medyal preoptik çekirdek ile posterior hipotalamik ventromedyal çekirdek özel bir önem taşımaktadır. Ventromedial çekirdek östrojen ve progesteron reseptörlerinden zengin olduğundan dolayı özellikle kadınlar için çok önemlidir (Giuliano ve ark 2002, Berman ve ark 2003, Kızıltepe 2006).

Hipotalamus karşı cinslerin birbirleriyle olan davranışlarını ve seks hormonlarının salınımını gerçekleştiren limbik sistemin bir parçasıdır. Dopaminerjik uyarı bu sistemi aktive ederken, serotonerjik uyarı ise inhibe eder. Hipotalamusa iç ya da dış uyaranlar ulaşır. Uyarılmayı görsel, işitsel, taktıl öğeler ve düşünme tetiklemektedir. Hipotalamustaki paraventriküler nükleus vazopressin ve oksitosin salgılayarak diğer sistemlerle bağlantı kurar ve limbik sistemi etkiler (Yavad ve ark 2001).

Hipogastrik (sempatik) ve pelvik (parasempatik) sinirlerden lifler alan pelvik ganglion, mesane, üretra, vajina, uterus ve klitorise dallar verir. Pelvik ganglionun en büyük dalı olan kavernoza dalı klitorisi innerve eder. Kavernoza sinirinin uyarılması ile klitoriste nitrik oksit aracılığı ile vazodilatasyon oluşmaktadır. Pudendal sinir perine, klitoris ve üretranın duysal innervasyonunu sağlar. Östrojenin bu sinirin duyarlılığını arttırıcı etkisi bulunmaktadır. Pelvik ve hipogastrik sinirler ise iç genital organların duysunu almaktadır. Cinsel uyarı sırasında sinirsel uyarılar ile vajinada kanlanma artarken, aynı zamanda venöz drenaj da azalarak vazokonjesyona ve engorjmana neden olmaktadır (Giuliano ve ark 2002, Berman ve ark 2003, Bancroft 2005).

Cinsel uyarı ile vajinal epitelden lubrikasyona yardım eden bir miktar nörojenik transuda oluşur. Oluşan tabaka ile vajina pH'sı bir miktar artar. Vajinal kanlanmanın artışı

vazointestinal polipeptit, transudasyon ise artan kapiller geçirgenlik sayesinde oluşmaktadır. Vajinal dokuda nitrik oksit sentezi az miktarda olduğu, bu yüzden nitrit oksitin vajinal kan akımında klitoriste olduğu gibi önemli bir rol oynamadığı düşünülmektedir. Yine cinsel uyarılar ile klitoral ve labial arterlerde kan akımında da artış olmaktadır. Artan kan akımı ile intrakavernozal basınçta artış, klitoral ve labial engorjman oluşur. Klitoristeki düz kas gevşemesinden sorumlu nörotransmitterin nitrik asit olduğu gösterilmiştir. Uyarılma sırasında genital sistem dışında diğer sistemlerde bazı değişiklikler olur. Bunlar taşikardi, kan basıncında artış, vücutta kızarıklık, kas tonusu artışı, hiperventilasyon, memelerde büyüme ve meme başı ereksiyonudur (Berman ve ark 2003, Önem ve Kadioğlu 2005, Aksoy 2006).

Normalde vajen ve uterus kasılmaları perimenstruel dönemde oluşmaktadır. Uyarılma evresinde olan uterus kontraksiyonları, orgazm sırasında hipogastrik sinir aracılığı ile sempatik sistem tarafından uyarılan bir dizi kontraksiyonlar haline gelir. Yeterli bir cinsel uyarılma sonucu cinsel döngü orgazm aşamasına geçmektedir. Orgazmda paraventriküler çekirdeğin önemi büyüktür. Orgazm sırasında paraventriküler çekirdek komşuluğunda oksitosin salgılanır. Oksitosinin artan kas tonüsü ve ritmik kasılmalarla ilişkili olduğu kabul edilmektedir. Orgazm sürecinde sempatik sistem baskındır. Epinefrin ve norepinefrin orgazm sırasında en üst seviyeye yükselirken, orgazm evresinin sonunda ise düşmeye başlarlar (Giuliano ve ark 2002, Berman ve ark 2003, Bancroft 2005).

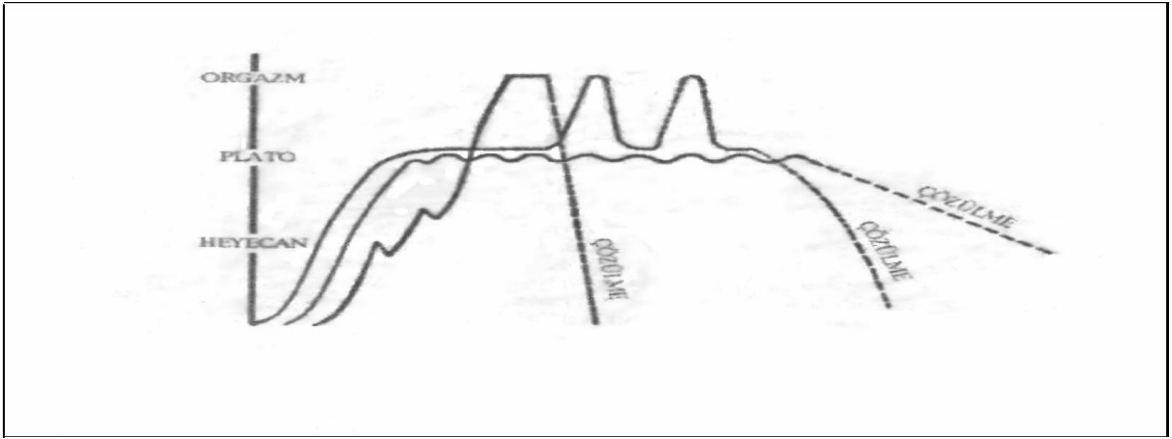
1.3.4. Kadında Cinsel Yanıt Evreleri

Kadında cinsel yanıt siklusu fizyolojik (hormonal, vasküler, müsküler ve nörolojik), psikolojik ve çevresel faktörlerin karmaşık etkileşimi sonucu oluşmaktadır. Seksüel gerilim psikolojik ve fizyolojik olarak belli bir düzeyde hissedilmekte ve orgazmla birlikte subjektif olarak fiziksel bir reaksiyon ve artmış rahatlık hissi yaşanmaktadır. Kadının psikoseksüel gelişimi, cinselliğe ve cinsel partnere karşı psikolojik cinsel tepkilerini doğrudan etkilemektedir. Ayrıca cinsel yanıt evresinin her bir fazı yaşlanma, hastalık, akıl, ilaçlar ve özellikle bağımlılık yapan ilaçlardan etkilenebilmektedir (Novak ve Brom 1999, Öztürk 2002, Baram 2004).

Masters ve Johnson (1966), cinsel uyarıya gösterilen fizyolojik yanıtı 4 ayrı evreye ayırmaktadır. Bu evreler sırasıyla;

1. Uyarılma (heyecan) evresi
2. Plato evresi
3. Orgazm evresi
4. Çözülme evresi dir.

Masters ve Johnson'ın cinsel yanıt döngüsü Grafik 1.3.4.1'de gösterilmektedir. Grafik 1.3.4.1'de görüldüğü gibi Masters ve Johnson'ın kadın cinsel yanıt döngüsünü üç farklı örnek yanıt ile açıklamışlardır.



Grafik 1.3.4.1. Masters ve Johnson'ın kadında cinsel yanıt döngüsü (Sayın 1994)

1.3.4.1. Uyarılma (Heyecan) evresi

Cinsel yanıtın ilk evresi olan uyarılma evresi parasempatik sinir sistemi ile oluşmakta ve bu evre erotik duygular ve vajinal kayganlaşmayı içermektedir. Kadında seksüel uyarı sonrasındaki ilk reaksiyon vazokonjesyon yani genital organların kanlanmasıdır. İkinci reaksiyon ise myotonidir. Bu aşamada çeşitli kas lifleri ve farklı kas gruplarında kasılmalar başlar. Heyecanlanma evresinde ellerde ve ayaklarda oluşan kasılmalar ve yüz kaslarındaki gerilimler myotoninin göstergesidir (Katharyn ve Mahlmeister 1990, Sayın 1994, Novak ve Brom 1999).

Kadınlarda cinsel uyarılmanın ilk işareti vajinal ıslanma (lubrikasyon) dır. Vajinal ıslanma vajina çevresinde oluşan vazokonjesyon nedeniyle oluşan transudasyon sonucu gerçekleşmektedir. Ayrıca bu evrede Bartholin bezlerinden daha fazla oranda mukus sıvısı salgılanmaktadır. Bu sıvı vajinaya kayganlık kazandırmaktadır. Vajinal ıslanma cinsel uyarıdan 10-30 saniye sonra gerçekleşmektedir. Bu evrenin ilerleyen safhalarında klitoris ereksiyonu başlamaktadır. Klitorisin görevi uyarıları almak ve bunları cinsel uyarılara dönüştürmektir (Tekin 1995, Baram 2004, Kızıltepe 2006).

Seksüel gerilim duygularına ek olarak seksüel yönde heyecanlanmış kadınlarda taşikardi, hızlı nefes alma, genel bir ısınma hissi, memelerde gerginlik, meme uçlarında ereksiyon, deride renklenme ve memelerde makulopapüler eritematöz döküntü (seks flush) gözlenmektedir. Bu evrede klitoris ve labialar şişmekte, vajina uzamakta, genişlemekte ve uterus pelvisten dışarı doğru yükselmektedir. Kontraksiyon vajinanın 1/3'lik alt kısmında oluşmaktadır (Pillitteri 1992, Yavad ve ark 2001, İncesu 2004).

Seksüel uyarıya gösterilen tepkinin şiddeti cinsel uyarının süre ve yoğunluğuna göre hızlı ya da yavaş biçimde artar. Kişiye uygun düşen, yeterli süre ve yoğunlukta devam eden bir cinsel uyarı karşısında uyarılma evresi çok kısa sürebilmektedir. Fakat fiziksel ya da psikolojik açıdan kişiye uygun olmayan cinsel uyarı durumunda ya da cinsel uyarı aralıklarıyla sürdürülmüşse bu evre uzayabilir ya da kaybolabilir. Tüm bunlara bağlı olarak kadınlarda bu evre birkaç dakika ya da saatlerce sürebilmektedir (Sayın 1994, Basson ve ark 2003, Oksay 2005).

1.3.4.2. Plato evresi

Etkili cinsel uyarının devam etmesi durumunda, uyarılma evresinin ardından kadın ikinci evre olan plato evresine girer. Bu evrede haz duygusu ve cinsel gerilim yükselir ve kişinin orgazma geçebileceği uç noktaya kadar sürer. Vazokonjesyon maksimum yoğunluğa ulaşır ve vajinal ıslaklık yavaş yavaş azalır. Deride daha fazla renk değişikliği, memelerde büyüme (normalin %25'i kadar) ve meme uçlarında daha fazla ereksiyon oluşur. Labia minörlerin rengi hiç doğum yapmamış kadınlarda pembeden kırmızıya,

doğum yapmış kadınlarda ise parlak kırmızıdan koyu kırmızıya dönmektedir. Vajenin 1/3'lik alt kısmı “orgazmik platformu” oluşturmak için şişer ve kalınlaşır. Klitoris daha kabarık hale gelerek symphysis pubis yakınına yükselir. Uterus tamamen pelvis dışına yükselir. Perine kasları yanlara doğru kasılır, vajinanın ağzı genişler. Plato evresinin sonuna doğru kadında hiperventilasyon, taşikardi (dakikada 100-175 atım), sistolik basınçta 20-60 mmHg yükselme ve diastolik basınçta 10-20 mmHg yükselme gözlenmektedir. Yeterli cinsel uyarı ile kadın orgazm noktasına erişir (Sayın 1994, Ziyalar 2000, Baram 2004).

Plato evresinin süresi büyük oranda uyarının etkinliğine ve cinsel gerilim artışının bireysel dürtü ile desteklenmesine bağlıdır. Uyarı yetersizse ya da uyarı tümüyle sona erdiyse, kişi orgazmik rahatlamaya ulaşamayacak ve yavaş yavaş plato evresindeki gerilimin yerini çözülme evresi alacaktır (Berman ve Bassuk 2002, Baram 2004, Kızıltepe 2006).

1.3.4.3. Orgazm evresi

Cinsel yanıt evreleri arasında süre açısından en kısa, ancak duyumsanan cinsel haz açısından en yoğun evredir. Kadında orgazm evresi perine ve vajina etrafındaki kaslar ile vazokonjeksiyon sonucu büyüyen dokuların ritmik refleks kasılmaları ile gerçekleşmektedir. Orgazm kadında klitoral bölgede ve vajinada yoğunluk kazanır fakat öznel olarak pelviste duyumsanmaktadır (Baram 2004, İncesu 2004, Oksay 2005).

Masters ve Johnson (1966), orgazmı cinsel uyarı sonucu oluşmuş olan vazokonstriksiyon ve myotoninin çözüldüğü birkaç saniye ile sınırlı evre olarak tanımlamışlardır. Orgazm sempatik sinir sistemi tarafından cinsel uyarılara karşı oluşturulan myotonik bir cevaptır ve kadınlarda uyarılma sırasında oluşan gerilimin ani bir boşalması şeklinde hissedilmektedir (Sayın 1994).

Orgazmda, kadında vajinanın 1/3'lik dış kısmında ritmik kasılmalar oluşmaktadır. Bu kasılmalar ortalama 3-5 defa, en çok 10-15 defa olmaktadır. Başlangıçta çok güçlü ve kısa aralıklarla oluşan bu kasılmaların şiddeti ilk 3-5 kasılmadan sonra azalmakta ve aralıkları giderek uzamaktadır. Ayrıca rektal sfinkterde de istemsiz kasılmalar oluşabilir. Birçok kadın orgazm sırasında uterus kontraksiyonlarını hissetmektedir. Orgazm evresi 3-25 saniye sürer. Bu sürede hiperventilasyon, myotoni, taşikardi ve kan basıncında artma gibi sistemik belirtiler sürerken, bilinçte hafif bulanıklık ortaya çıkabilmektedir (Novak ve Brom 1999, Yavad ve ark 2001, Baram 2004).

Kadında orgazm evresi, tam bir cinsel doyumun ön koşulu ve psikoseksüel haz doruğuna ulaştıktan sonra ruhsal bir yaşantı olarak algılanan, haz geriliminin çözüldüğü evredir. Kadında psikoseksüel işlevlerin sağlıklı olup olmadığının ölçütü, onun orgazm yaşantısıdır (İncesu 2004, Sadock ve Sadock 2005, Kızıltepe 2006).

1.3.4.4. Çözülme evresi

Orgazmik evreden sonra ortaya çıkan, cinsel yanıtın son evresidir. Çözülme evresi, kadında orgazmın gerçekleştiği veya gerçekleşmediği durumlardan sonra plato evresini takiben ortaya çıkmaktadır. Genital bölgelerde ve bedenin bütününde önceki aşamalarda oluşan fizyolojik değişikliklerin dakikalar içerisinde aynı sırayı takip ederek kaybolması ile karakterizedir (Basson ve ark 2003, İncesu 2004, Baram 2004).

Bu evrede kadınlardaki konjesyon hızla geriler. Genişlemiş vajina ve labialar hızla uyarılma öncesi durumuna döner. Vajinal duvarlar gevşer. Labia majör ve minörler normal pozisyon ve rengini geri kazanır. Klitoris ereksiyonu çözülür ve 5-10 saniye içinde normal pozisyonuna döner. Uterus küçük pelvisteki yerini alır. Servikal eksternal os orgazmdan sonra 20-30 dakika açık kalır. Memelerdeki ereksiyon çok yavaş kaybolur. Taşikardi ve hiperventilasyon çok kısa sürede kaybolur. Göğüste ve sırtta ise yoğun terlemeler görülür (Katharyn ve Mahlmeister 1990, Ziyalar 2000, Baram 2004).

Çözülme evresinin süresi, orgazmın yaşanıp yaşanmadığına ve cinsel uyarının sürmesine göre değişiklik göstermektedir. Bu evre orgazmın gerçekleştiği durumlarda 10-15 dakika sürerken, orgazmın gerçekleşmediği durumlarda ise 2-6 saat arasında sürebilmektedir ve kadınlarda irritabiliteye neden olabilmektedir. Orgazm olamayan kadınların bu evrede pelvik ağrı, abdominal ağrı, kaşıntı ve vajinal akıntı gibi şikayetlerden yakındıkları bilinmektedir. Kadınların multiorgazmik bir yapıya sahip oldukları ve etkili cinsel uyarılar verilirse çözülme evresinden heyecanlanma evresine geçebildikleri bildirilmektedir (Novak ve Brom 1999, Yavad ve ark 2001, İncesu 2004).

1.3.5. Cinsel İşlev Bozuklukları

Cinsel işlev bozuklukları, cinsel yanıt döngüsünün aşamalarında kişisel haz ve zevki engelleyecek bir şekilde ya da kişinin isteğindeki azalma nedeniyle objektif performansında düşüş olarak tanımlanmaktadır (Sadock ve Sadock 2005). Amerikan Psikiyatri Birliği (APA)'nin hazırladığı DSM-IV'te ise cinsel işlev bozukluğu kişilerarası ilişkileri zorlaştıran, belirgin sıkıntı yaratan, cinsel yanıt döngüsünü karakterize eden psikofizyolojik değişiklikler ve cinsel istekte meydana gelen bozukluk olarak tarif edilmektedir (APA 2000).

1.3.5.1. Cinsel işlev bozukluklarının sınıflandırması ve yaygınlığı

Cinsel işlev bozuklukları cinsel yanıt evrelerinin özgül bir fazını ilgilendiren bozukluklar olarak düşünülmektedir. Biyolojik sorunlara, kişiler arası çatışmalara veya bunların karışımına bağlı olarak gelişebilmektedir. Cinsel işlev herhangi bir stres olayından, duygusal bozukluklardan, cinsel işlev ve fizyoloji ile ilgili bilgisizlikten olumsuz etkilenebilmektedir. Genç yaşta kadınlar da cinsel işlev bozukluğuna neden olan çok sayıda önemli faktör bulunmaktadır. Bunlar düşük sosyo-ekonomik ve eğitim düzeyi, işsizlik, depresyon, stres, cinsel istismar, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, doğum şekli ve sayısı, travmatik doğum ve erkek eşteki ereksiyon bozuklukları ve erken boşalmadır.

Ayrıca cinsel bilgisizlik veya yanlış bilgilenme, hatalı bilişsel şemaların oluşumuna yol açar. Bunlar ise aşırı kaygı, suçluluk duyguları, gerçekçi olmayan beklentiler veya başaramama korkusu gibi nedenlerle cinsel işlev bozukluklarının ortaya çıkmasında ve sürmesinde etken olabilmektedir (Özmen 1999, Basson ve ark 2005, Demir ve ark 2007).

DSM-IV'e göre cinsel işlev bozuklukları yedi temel grupta toplanmaktadır (APA 2000); 1. Cinsel İstek Bozuklukları, 2. Cinsel Uyarılma Bozuklukları, 3. Orgazmla İlgili Bozukluklar, 4. Cinsel Ağrı Bozuklukları, 5. Genel Tıbbi Duruma Bağlı Cinsel İşlev Bozuklukları, 6. Madde Kullanımına Bağlı Cinsel İşlev Bozuklukları, 7. Başka Türü Adlandırılamayan Cinsel İşlev Bozuklukları.

Kadında cinsel işlev bozuklukları klasik olarak istek, uyarılma, orgazm ve tatmin ile ilgili bozuklukları içermektedir. Bozulan cinsel fonksiyonlar kadının özgüvenine ve diğer insanlarla ilişkisine zarar verebilmektedir. Cinsel işlevler farklı kültürlerle göre değişkenlik göstermektedir. Cinsel işlev hemen hemen her kültürde gizli ve tabu olarak kabul edildiği için, bu alanda sınırlı sayıda çalışma yapılmıştır. Bu nedenle cinsel işlev bozukluklarının gerçek yaygınlık oranlarını tam olarak saptamanın mümkün olmadığı bildirilmektedir (APA 2000, Sadock ve Sadock 2005). Öksüz ve Malhan (2006) Amerika Birleşik Devletlerin de 19-59 yaşları arasındaki kadınlarla yapılan bir çalışmada disparanoyanın %15,0, orgazma ilişkin bozuklukların %25,0, azalmış cinsel isteğin %33,0, cinsel uyarılma bozukluklarının %20,0 oranında olduğunu bildirmişlerdir.

Ülkemizde Çayan ve arkadaşları (2004) tarafından yapılan prevalans çalışmasında kadınlarda cinsel işlev bozukluğu görülme sıklığı 18-27 yaşlarda %21,7, 28-37 yaşlarda %25,5, 38-47 yaşlarda %53,5, 48-57 yaşlarda %65,9 ve 58-67 yaşlarda %92,9 olarak bildirilmiştir. Öksüz ve Malhan (2006) ise, 18-30 yaşlarındaki kadınların % 41,0'ında, 31-45 yaşlarındaki kadınların %53,1'inde, 46-55 yaşlarındaki kadınların % 67,9'unda cinsel işlev bozukluğu olduğunu saptamışlardır. Demir ve arkadaşları (2007) tarafından yapılan bir başka çalışmada da, hastanede çalışan kadınların %38,0'ında cinsel işlev bozukluğunun saptandığı bildirilmiştir. Ayrıca bu çalışmada vajinal doğum yapan kadınların cinsel işlev indeksinin diğer kadınlara göre daha düşük olduğu da belirtilmektedir.

1.3.5.2. Cinsel istek bozuklukları

Cinsel istek, esas olarak bir iç güdüdür ve cinsellik dürtüsünün ortaya çıkması ve cinselliği ifade etme arzusunun hissedilmesidir. Yaşam zorlukları, ilişkilerdeki çatışmalar, ekonomik güçlükler, iş koşulları, evlilik, sevilen bir kişiden ayrılma, bebek sahibi olma veya kayıp durumları gibi önemli yaşam deneyimlerinden çok büyük oranda etkilenmektedir. Cinsel isteğin değerlendirilmesinde sadece biyolojik değil, psikolojik ve sosyolojik etmenlerin de göz önüne alınması gerekmektedir (Yadav ve ark 2001, İncesu 2004, Wakley 2005, Sadock ve Sadock 2005). Cinsel istek bozukları, azalmış (Hipoaktif) cinsel istek bozukluğu ve cinsel tiksinti bozukluğu olmak üzere iki grupta ele alınmaktadır.

Azalmış (hipoaktif) cinsel istek bozukluğu, cinsel ilişki ile ilgili istek ve fantezilerin olmaması veya cinsel aktivite veya cinsel aktiviteye yanıt verme arzusunun, kişisel sıkıntıya neden olacak şekilde, kalıcı veya tekrarlayan kaybı (veya yokluğu) olarak tanımlanmaktadır. Genel olarak kadınların %20,0'ında azalmış cinsel istek bozukluğu görüldüğü tahmin edilmektedir (Sadock ve Sadock 2005, Wakley 2005, Hatzimouratidis ve Hatzichristou 2007). Öksüz ve Malhan (2006) ülkemizdeki kadınların %48,3'ünde azalmış cinsel istek bozukluğu olduğunu bildirmişlerdir.

Cinsel istek bozukluğunun temelinde cinsel yaklaşım korkusunun bulunduğu bilinmektedir. Azalmış cinsel istek bozukluğu, kadınlarda puberte döneminden başlayarak primer olarak gelişebileceği gibi sekonder olarak yaşamın herhangi bir döneminde, depresyon, psikolojik travma ya da ilaç kullanımı gibi belirgin bir duruma bağlı olarak da ortaya çıkabilmektedir. Ayrıca yükselmiş prolaktin seviyeleri veya düşük testosteron seviyeleri de cinsel istekte azalmaya neden olabilmektedir (İncesu 1999, Berman ve ark 2003, Baram 2004, Sadock ve Sadock 2005).

Cinsel istek bozukluğu yaşayan kadınlar cinsel uyarılmadan ya çok az haz alır ya da hiç haz almazlar. Bu sorunu yaşayan kadınlarda vajinal lubrikasyon gerçekleşmeyebilir. Ancak penisin vajina içindeki mekanik uyarısına bağlı hafif lubrikasyon olabilmektedir (Ziyalar 2000, Bayrak 2006).

Cinsel tiksinti bozukluğu, kalıcı veya tekrarlayıcı olarak bir cinsel eş ile genital cinsel ilişki kurmaktan aşırı tiksinti duyma ve bundan tümüyle kaçınma olarak tanımlanmaktadır (APA 2000). Bu bozuklukta kişi bir cinsel ilişki fırsatı ile karşı karşıya kaldığında anksiyete, korku, iğrenme tanımlamakta ve bazı durumlarda panik atak benzeri bir tablo gözlenebilmektedir. Bu tip bozukluk genellikle fiziksel veya cinsel istismar ve çocukluk çağı travmaları ile ortaya çıkmaktadır. Cinsel tiksinti bozukluğu sık rastlanan bir bozukluk değildir. Ancak toplumdaki görülme sıklığının bu kadar az olup olmadığı konusunda yeterli veri bulunmamaktadır (İncesu 1999, Yavad ve ark 2001, Sadock ve Sadock 2005).

1.3.5.3. Kadında cinsel uyarılma bozuklukları

DSM IV'e göre cinsel uyarılma bozuklukları "sürekli ya da yineleyici olarak cinsel uyarının yeterli bir ıslanma ve kabarma tepkisini sağlayamaması ya da cinsel etkinlik bitene dek bu durumu sürdürememe" olarak tanımlanmıştır (APA 2000).

Uyarılma bozukluğu bulunan kadınlar, cinsel istek ve fantazilerin varlığında yeterli bir ön sevişme ve klitoral uyarı olmasına rağmen yeterince uyarılamazlar. Kadınlardaki cinsel uyarılma sorunlarının prevalansı genellikle azımsanmaktadır. Göreceli olarak mutlu evli çiftlerle yapılan bir çalışmada kadınların %33,0'ının cinsel heyecanı sürdürmede güçlük tarif ettiği bildirilmiştir. Heyecan evresinde işlev bozukluğu olan kadınlarda sıklıkla orgazm sorunları da görülmektedir (Yavad ve ark 2001, Sadock ve Sadock 2005). Öksüz ve Malhan (2006) çalışmalarında, cinsel işlev bozukluğu olan Türk kadınlarının %35,9'unda uyarılma bozukluğu olduğunu saptamışlardır.

Kadında uyarılma bozuklukları tıbbi, psikolojik ve fizyolojik faktörlerden etkilenmektedir. Bunaltı, suçluluk duygusu ve korku gibi birçok faktör kadında uyarılma bozukluğu ile ilişkilidir. Bununla beraber testosteron, östrojen ve prolaktin hormonlarının seviyesindeki değişimler de kadında cinsel istek bozukluklarına neden olabilir (Yetkin ve İncesu 1999, Berman ve ark 2003, Sadock ve Sadock 2005).

1.3.5.4. Kadında orgazm bozukluğu

Kadında orgazm bozukluğu “yeterli bir cinsel uyarı ve uyarılma fazını takiben orgazma erişmenin sürekli veya tekrarlayıcı olarak güç olması, gecikmesi ya da olmaması ve bu durumun kişisel ıstıraba veya kişiler arası ilişkilerde bozulmaya neden olması hali” olarak tanımlanmaktadır (Berman ve ark 2003). Öksüz ve Malhan (2006) çalışmalarında cinsel işlev bozukluğu olan Türk kadınlarının %42,7’sinde orgazm bozukluğu olduğunu bildirmişlerdir.

Kadında orgazmik bozukluk primer (yaşam boyu) ve sekonder (edinsel) olarak gelişebilmektedir. Yaşam boyu orgazm bozukluğu bulunan bir kadın hiçbir uyararla orgazm olmamıştır. Kadınların ortalama %5-10’nunda primer anorgazmi görüldüğü bildirilmektedir (Spector ve Carey 1990). Anorgazminin en sık rastlanan psikolojik nedenleri uyarılma fazı sırasında anksiyete, yıldırıcı, negatif ve kahreden düşüncelerle birlikte olan kendini obsesif bir şekilde gözlemlene ve takip etme durumudur (Yavuz ve ark 2001, Baram 2004, Sadock ve Sadock 2005).

Sekonder orgazm bozukluğu olan kadın ise yaşamın bir döneminde durum ve uyarı nasıl olursa olsun masturbasyonla veya rüyasında olsun en az bir kez orgazm olmuş kadındır. Kadınlarda sekonder anorgazmi görülme oranı primer anorgazmi oranından daha düşüktür. Genç ve seksüel tecrübesi az olan kadınlarda daha sık görülmektedir. Bu durum kadınların ilişki problemlerine, depresyona, madde bağımlılığına, ilaç etkisine, kronik tıbbi hastalıklara, östrojen yetersizliğine veya nörolojik bozukluklara bağlı olarak sekonder anorgazmi gelişebilmektedir (Yetkin ve İncesu 1999, Özmen 1999, Baram 2004, Yeni 2005).

Kadında orgazm bozukluğuna birçok faktör neden olmaktadır. Bunlar anksiyete, gebe kalma korkusu, cinsel partner tarafından reddedilme korkusu, vajinanın zarar göreceği korkusu, erkeğe karşı hostilite ve cinsel güdüler konusunda suçluluk duymadır. Bazı kadınlara göre orgazm, kontrolü kaybetme veya agresif, yıkıcı dürtülerin kontrol edilememesi anlamına gelmektedir (Sadock ve Sadock 2005, Aslan 2008).

Kültürlerin cinselliğe bakış açıları birbirinden farklı olabildiği gibi aynı kültür içindeki yöresel farklılıklar da cinselliğe bakışı etkiler. Cinselliğe karşı tutumlar kadın cinselliğinin önemli bir boyutu olan orgazmı da etkilemektedir. Birçok kadın cinsel doyumun terbiyeli bir kadın için iyi bir şey olmadığı düşüncesiyle büyütülmektedir. Bu kadınların çocuklukta ve ergenlikte cinsel deneyimleri sınırlandırılmış, cinsel davranışlarına topluma uygun katı kurallar konmuştur. Geleneksel cinsel rol ve davranışların bu rolü benimseyen kadınlara getirdiği kısıtlamalar, orgazm olmayı olumsuz yönde etkilemektedir. Geleneksel kadın rolünü benimseyenlerde orgazm bozukluğu daha yüksek oranda görüldüğü bilinmektedir (Oksay 2005).

1.3.5.5. Cinsel ağrı bozuklukları

Kadında cinsel ağrı bozuklukları disparanoya ve vajinismus olarak iki gruba ayrılmaktadır. Disparanoya sıklıkla vajinismusla ilişkilidir ya da vajinismusa neden olmaktadır (Öztürk 2002).

Disparanoya kadında cinsel ilişki öncesinde, sırasında ya da sonrasında yineleyici bir biçimde ya da sürekli olarak genital ağrının olması durumu olarak tanımlanmaktadır (Sadock ve Sadock 2005). Bu ağrı vajinal ıslaklığın bozulmasına, sıyrıklara veya kasların spazmına bağlı olarak ortaya çıkabilmektedir. Ağrılı cinsel ilişki cinsellik ile ilgili anksiyete ve gerilimden kaynaklanabilmektedir. Ağrı gerçektir ve cinsel ilişkiyi zevksiz ve dayanılmaz bir hale getirmektedir. Tekrar ağrı duyma korkusu kadını cinsel ilişkiden uzak tutabilmektedir. Kadın disparanoya yaşarken partneri cinsel ilişkiye zorlarsa veya ilişkiyi sürdürürse sorun daha da ilerlemektedir (Yadav ve ark 2001, İncesu 2004, Basson ve ark 2005).

Hayatları boyunca kadınların yaklaşık 2/3'sinde disparanoya görüldüğü tahmin edilmektedir. Öksüz ve Malhan (2006) çalışmalarında cinsel işlev bozukluğu olan Türk kadınlarının %42,9'unda disparanoya olduğunu belirlemişlerdir. Disparanoya vajinal enfeksiyonlar, vajinal atrofi, endometritis, hormonal değişimler, üriner enfeksiyonlar ve vestibulitis gibi tıbbi problemlere bağlı gelişeceği gibi psikolojik nedenlerle de ortaya

ıkabilmektedir. Ayrıca disparanoya laktasyonun hipoöstrojenik etkisi ile vajinal atrofi oluşan kadınlarda da görülebilmektedir. Disparanoya yaşayan kadınlar bir süre cinsel istekliklerini kaybedebilmektedirler (Boyacıoğlu 1999, Yadav ve ark 2001, Baram 2004, Walkey 2005) .

Vajinismus vajinal penetrasyon denendiğinde vajinanın dış 1/3'ini çevreleyen perineal kaslarda (özellikle pubococcygeus ve lavator ani) yineleyici ya da sürekli bir biçimde istemsiz kasılmalar olmasıdır (Ziyalar 2000). Bu kasılmaya tüm bedendeki kasılmalar, bacakların kapanması, korku, kaçınma tepkisi, cinsel ilişkinin olamayacağı inancı eşlik etmektedir. Bu yanıt jinekolojik muayene sırasında spekulum kullanımını engelliyecek istemsiz vajinal kasılmalar şeklinde de görülebilmektedir. Vajinismuslu kadınların çoğunun cinsel isteği normaldir, vajinal lubrikasyon mevcuttur ve orgazmiktirler fakat cinsel ilişki kuramazlar. Vajinismus oldukça nadir görülen bir durumdur. Kadınların ortalama %1,0'ını etkilemektedir (Pillitteri 1992, Boyacıoğlu 1999, Yetkin 1999, Yadav ve ark 2001, Berman ve ark 2003).

Vajinismus primer veya sekonder olarak ortaya çıkabilmektedir. Primer vajinismusta kadın hiç cinsel ilişki yaşamamıştır. Bu kadınlar bilinçli düzeyde cinsel ilişki yaşamak isterken, bilinç dışı olarak penisi bedenlerinden uzak tutmak istemektedirler. İlk cinsel ilişkide ağrı veya korku duyma beklentisi primer vajinismusun ortaya çıkmasına neden olabilmektedir. Sekonder vajinismus, sıklıkla edinilmiş disparanoyaya bağlı olarak gelişmektedir. Ağrılı ilk pelvik muayene, ağrılı ilk cinsel ilişki, epizyotomi, zor doğum eylemi gibi deneyimlere verilen bir tepki olarak sekonder vajinismus gelişebilmektedir (Baral ve Kayır 1997, Baram 2004, Walkey 2005).

Vajinismusun en yaygın nedeni psikolojik kaygıdır. Psikolojik kaygı, çocukluktan kalma korkular, aşırı katı bir toplum düzeni içinde yaşama, katı ahlak kuralları ve tabular, suçluluk, ayıp, günah gibi kavramların bilinçaltına yerleşmesi, cinsellik ve ilk deneyim konusunda yerleşmiş yanlış bilgi ve önyargılar, bilinçaltında penisin vücuda girişine karşı bir korkunun olması gibi nedenlere bağlı olarak gelişmektedir. Ayrıca bazı tıbbi rahatsızlıklarda vajinismus neden olabilmektedir. Bunlar kronik pelvik inflamatuvar hastalık, kısmi imperfore hymen ve vajinal darlıktır. (Boyacıoğlu 1999, Ziyalar 2000, Sadock ve Sadock 2005, Küçük ve Buzlu 2006).

1.3.6. Doğum Sonrası Dönemde Oluşan Fizyolojik Değişikliklerin Cinsel Yaşama Etkisi

Postpartum dönemde anne doğum eyleminin sona ermesi ve laktasyonun başlaması ile birlikte önemli anatomik, fizyolojik ve endokrinolojik değişimler yaşamaktadır. Ayrıca doğum sonrası dönemde, aileye yeni bir üyenin katılmasından dolayı ailede yeni bir düzen oluşmuştur. Anne bu yeni düzene, annelik rolüne ve beden imajındaki değişikliklere uyum sağlamada zorlanabilmektedir (Blackburn 2003, Taşkın 2005, Karaçam 2008a).

Doğum sonrası dönemde cinsel ilişkiye başlama zamanı kadının fiziksel olarak iyileşmesine ve her iki eşin psikolojik olarak hazır olmasına bağlıdır. Kanama ve enfeksiyon riskinin azaldığı ikinci haftadan sonra cinsel aktiviteye başlanabilir (Baram 2004, Wong ve Perry 2006). Doğum sonrası cinsel ilişkinin yeniden başlaması kültüre göre değişiklik göstermektedir. Ülkemizde doğumdan sonra cinsel ilişkide bulunma zamanı geleneksel olarak 6 haftadır (Ergöçmen ve Eryurt 2004).

Doğum sonrası dönemde kadınlarda meydana gelen fizyolojik, endokrinolojik ve psikolojik değişimler kadınların cinsel yaşamlarını etkileyebilmektedir. Üreme organlarındaki travma, vajinal kanamanın varlığı, yenidoğan bebeğin stres ve baskısı, fiziksel rahatsızlıklar, enfeksiyon korkusu, memelerin dolgunluğu, yorgunluk, cinsel istek kaybı, çekicilik hissinde azalma duygusu ve vücut görüntüsünde değişme cinsel fonksiyonları değiştirebilir. Ayrıca birçok kadın doğum sonrası dönemde plasentanın çıkarılmasını takiben östrojen düzeyinin azalmasından dolayı vajinal kayganlıktaki azalmaya bağlı olarak cinsel ilişki esnasında ağrı (disparanoya) yaşamaktadırlar. Doğum sonrası dönemde cinsel ilişki ile ilgili rahatsızlıklar ortalama 3 ay (1-11 ay) devam edebilir (Barrett 2000, Blackburn 2003, Baram 2004). Thompson ve arkadaşlarının (2002) doğum sonrası 6. ayda olan 1193 kadınla yaptıkları çalışmada, kadınların %20,0'ında cinsel problem olduğu bildirilmiştir.

1.3.6.1.Vajen ve perinedeki fizyolojik değişikliklerin cinsel yaşama etkisi

Vajinal doğumdan sonra vajina gevşek ve ödemlidir, kas tonusu azalmıştır. Östrojen eksikliği nedeni ile vajinal mukoza incedir ve rugealar yoktur. Vajina doğumdan sonraki altıncı-sekizinci haftalarda normale dönmektedir. Bu sürede vajinanın hacmi azalır ve vajina kas tonusunu tekrar kazanır. Rugealar doğum sonrası yaklaşık üç-dört haftaya kadar tekrar oluşur, vajinanın ödem ve vaskülaritesi azalır. Fakat rugealar doğum yapmayan kadındaki gibi belirgin değildir ve çoğu yassılaşımıştır. Emziren kadınlarda vajinal mukoza, menstruasyon tekrar başlayıncaya kadar atrofik kalmaktadır. Kadının cinsel işlevlerinde önemli rolü olan östrojenin doğum sonrasında düşük düzeyde olması (50 pg/ml) sempatik ve parasempatik sinirlerdeki duyarlılığı azaltmaktadır. Bu durumda vajinal duvar kalınlığı inceler, daha çabuk hasar görür ve vajinal ortam daha az asidik hale gelir. Tüm bu değişimlerin sonucunda vajinal kuruluk ve disparanoya gelişir. Disparanoya over fonksiyonları ve menstruasyon tekrar başlayana kadar devam edebilir (Lowdermilk ve ark 2000, Wong ve Perry 2006, Tashbulatova 2007, Karaçam 2008a).

Doğum sonrası kadınların perineal bölgelerinde epizyotomi ya da laserasyon onarım alanları bulunabilir. Epizyotomi ülkemizde sıklıkla kullanılmaktadır. Karaçam ve Eroğlu (2003), vajinal doğum yapan kadınların %64,0'ına (ilk doğumların %95,0'ına, ikinci doğumların %48,0'ına ve üç ve daha fazla olan doğumların %12,0'ına) epizyotomi uygulandığını bildirmişlerdir. Amerika'da vajinal doğum yapan kadınların %13,2'sine epizyotomi (ilk doğumların %19,2'sine, birden fazla doğumu olan kadınların %8,7'sine) uygulandığını bildirilmiştir. Epizyotomi bölgesindeki ilk yara iyileşmesi iki-üç hafta içinde gerçekleşmektedir. Bu bölgenin tamamen iyileşmesi yaklaşık dört-altı hafta sürmektedir (Lowdermilk ve ark 2000, Blackburn 2003, Wong ve ark 2006). Bir çalışmada epizyotomili vajinal doğum yapan kadınların, epizyotomisi olmayanlara göre daha fazla cinsel sorun yaşadıkları bildirilmiştir (Lydon-Rochelle ve ark 2001).

Doğum esnasında perineal travma veya epizyotomi uygulanması, kadınlarda kısa ve uzun dönem morbidite ile ilişkilidir. Perineal travmalar üriner ve fetal inkontinans, disparanoya ve sürekli perineal ağrı ile sonuçlanabilmektedir (Arslan ve ark 2004).

Signorello ve arkadaşları (2001) farklı düzeylerde perineal travması olan primipar kadınlar arasında, perineal hasarı etkileyen durumların doğum sonrası cinsel yaşam üzerine (disparanoya, cinsel ilişkiye yeniden başlama zamanı, seksüel istek, doyum ve orgazm potansiyeli) etkisini araştırmak üzere yaptıkları çalışmada, perine hasarı olan ve olmayan kadınların çoğunun disparanoya yaşadıklarını belirlemişlerdir. Ancak, perineal laserasyonu fazla olan grupta bu oranın daha yüksek olduğunu bulmuşlardır. Goetsch (2000)'in yaptığı çalışmada ise normal doğum yapan kadınların %42,0'ında sezeryenle doğum yapanlarında %29,0'ında doğum sonrası disparanoya geliştiği bulunmuştur.

Uterus ve vajinanın destekleyici yapıları doğum esnasında incinebilmekte ve daha sonraki dönemde jinekolojik ve cinsel problemlerin gelişmesine neden olabilmektedir. Doğum esnasında pelvis tabanının gerilen (zorlanan) ve yırtılan destekleyici dokularının tekrar eski tonüsünü kazanması altı ay gerektirmektedir. Doğumdan sonra kadınlar iyileşmeyi hızlandıran ve perineal kasları güçlendiren Kegel egzersizlerini yapmaya yönlendirilmelidirler. Perineal kasların güçlendirilmesi doğum sonrası oluşabilecek cinsel sorunları önleyebilir (Lowdermilk ve ark 2000, Olds ve ark 2004, Wong ve Perry 2006).

Baytur ve arkadaşları (2005), pelvik kas desteğinin doğum sonrası cinsel sorun yaşama durumuna etkisini incelemişlerdir. Bu çalışmada, vajinal doğum yapan kadınların pelvik kaslarının sezaryenle doğum yapan kadınlara göre daha fazla güçsüz olduğu ve cinsel fonksiyon skorlarında anlamlı fark olduğu bildirilmektedir. Signorello ve arkadaşları (2001), ise vajinal doğumda birinci derece perineal laserasyonu olan kadınların, majör laserasyonu ve epizyotomisi olan kadınlara göre cinsel işlevlerinin daha iyi olduğunu, daha kolay orgazm olabildiklerini ve cinsel ilişki sırasında daha az ağrı hissettiklerini belirlemişlerdir.

1.3.6.2. Memelerdeki fizyolojik değişimlerin ve emzirmenin cinsel yaşama etkisi

Doğumdan hemen sonra, gebelik süresince memelerin gelişimini uyaran hormonların (östrojen, progesteron, HCG, prolaktin, kortizol ve insülin) yoğunluğunda bir azalma olmaktadır. Bu hormonların gebelik öncesi dönemdeki konumuna dönmesi, kısmen

anneninin emzirip emzirmediğine bağlıdır. Laktasyon oluştuğunda memede dolgunluk hissedilebilir. Memedeki süt kanalları günden güne dolar. Laktasyon başlamadan önce memeler yumuşaktır ve sarımsı sıvı (kolostrum: ön süt) meme ucundan akabilir. Laktasyon başladıktan sonra memeler hafif sıcak ve dolgundur. Emzirmeyen annelerde genellikle memeler nodüler hissedilir. Nodülleri bilateral ve diffüzedir. Emzirme refleksi olmadığı için prolaktin düzeyi hızlı bir şekilde düşer (Karaçam 2008a).

Doğum sonrası dönemde memelerde oluşan değişiklikler ve memelerden süt gelmesi kadınların cinsel fonksiyonlarını etkileyebilmektedir. Doğumdan önce memelerin erotik istek uyandıran şekli ve diriliği doğumdan sonra kaybolmaktadır (Avery ve ark 2000). Hames (1980)'in postpartum dönemde olan 42 çiftle yaptığı çalışmada, erkeklerin %59,0'ının eşlerinin emzirmeye bağlı memelerinde oluşan değişikliklerin cinsel aktivitelerini etkilemediğini, %19,0'ının ise eşlerinin memelerindeki büyüme nedeniyle cinsel aktivitelerinin arttığını ifade ettikleri bildirilmiştir. Frazier ve arkadaşları (1995) da emziren ve emzirmeyen kadınların eşleri ile yaptıkları çalışmada, erkeklerin büyük çoğunluğunun eşlerin emzirdikleri için kendilerini daha çok anne gibi hissettiklerini ve cinsel cazibelerini kaybettiklerini ifade ettiklerini bildirmişlerdir.

Bebegini emziren annelerde süt yapımını sağlamak için ön hipofiz bezinden prolaktin ve arka hipofiz bezinden oksitosin salgılanmaktadır. Prolaktin ve oksitosin kadınların cinsel işlevlerinde rol oynayan hormonlardır. Prolaktin hormonunun yüksek olması cinsel isteği azaltmaktadır. Laktasyon dönemindeki kadınların prolaktin seviyeleri yüksek olduğu için cinsel isteklerinde azalma olduğu ortaya konulmuştur. Oksitosin hormonunun prolaktin hormonunun tersine cinsel işlevi arttırıcı etkisi vardır. Ayrıca oksitosin hormonun salgılanması, uterus kontraksiyonlarına neden olarak bazı kadınlarda emzirme sırasında orgazma benzer boşalma hissi yarattığı da bilinmektedir (Small 1994, İncesu 2004, Taşkın 2005, Wong ve Perry 2006).

Master ve Johnson 1966 yılında emzirme ve biberonla beslemenin cinsel fonksiyon üzerine etkilerini belirleyen ilk çalışmayı yapmışlardır. Doğum sonrası altıncı ve sekizinci haftalarda emziren annelerin cinsel istek düzeylerini emzirmeyenlerinki ile karşılaştırıldığı çalışmada, emziren annelerin cinsel isteklerinin gebelik öncesi düzeyine daha çabuk ulaştığı bildirilmektedir (Sayın 1994). LaMarre ve arkadaşları (2003), doğum sonrası

dönemde bazı kadınlarda emzirmenin cinsel doyum sağlayıcı etkisinin olabileceğini, bununla kadınlarda suçluluk duyguları yaratarak cinsel işlevlerinde azalmaya neden olabileceğini bildirmişlerdir.

1.3.6.3. Doğum sonrası beden imajındaki değişimlerin cinsel yaşama etkisi

Beden imajı, bireyin kendi bedenini algılaması ve zihninde canlandırdığı resim olarak tanımlanmaktadır. Bir başka tanıma göre beden imajı, kişinin kendi bedeninin parçalarına ve onların işlevlerine karşı olumlu ve olumsuz duygularının kendisi tarafından değerlendirilmesidir. Beden imajı bedenle ilgili eski ve yeni tüm duygu, tutum ve algılardan meydana gelmektedir. Bireyin kişiliği, değerleri, diğer insanlarla ilişkileri ve bireysel düşüncelerinin tümü beden imajını biçimlendirmektedir. Beden imajı, bireyin kendi algıları kadar başkalarının da bakış açısından etkilenmekte ve değişebilmektedir. Beden imajının oluşması büyüme ve gelişme süreci içinde yıllarca sürmekte, değişmekte ve genellikle bu değişiklikler kabullenilmektedir. Çeşitli nedenlerle vücudun herhangi bir bölümünün görünümü ya da fonksiyonu değiştiği zaman beden imajı da değişebilmekte ve birey kendini tamamen farklı görebilmektedir. Beden imajı ve cinsellik arasında sıkı bir bağ olduğu düşünülmektedir. Değişen beden imajı ile ilgili korku ve endişeler cinselliği etkileyebilmektedir. Kadınlarda beden algısının düşük olması, kendilerini daha az kadınsı hissetmelerine ve cinsellikten kaçınma davranışına neden olabilmektedir (Öztürk 2002, Öz 2004, Ayaz 2007).

Kadınlar yaşamlarının puberte ve gebelik gibi değişik evrelerinde bedenlerinde farklı değişimleri deneyimlemişlerdir. Doğumdan sonra, dış görünüşleriyle ilgili yaşadıkları ani değişiklikleri kabullenme süreci diğer süreçlerden farklıdır. Bazı kadınlar bu değişimlerin normal olduğunu kolaylıkla kabul ederken bazı kadınlar için bu durumun kabullenilmesi biraz daha zordur. Yeni anneler bedenlerinin kendine ait olmadığı hissine kapılabilirler. Doğum sonrası dönemde abdominal kasların güçsüzleşmesi, vajinal doğum yapan kadınlarda perineal laserasyonlar veya epizyotominin olması ve memelerinin sadece cinsel obje olmaktan çıkıp bebeğini emzirmede de rol alması kadınların beden imajını değiştirebilir. Kadınların bedenlerindeki bu değişimlerini kabullenmelerinin farklı yolları

vardır. Bazı kadınlar zamanı gelince bu değişimlerin normale döneceğini umarak değişimleri görmezden gelirler, bazıları ise kısa bir zamanda gebelik öncesi görünümlerine kavuşmak için çaba harcarlar. Kadınların doğum eylemi ile ilgili fiziksel ve duygusal hazır oluşları yeterli ise yeni bedenlerini kolaylıkla sevip, kabullenerek bebeklerinin ihtiyaçlarını karşılamaya odaklandıkları ve bedenlerindeki değişimleri anlamaya çalıştıkları belirtilmektedir (Romeoville ve Benicia 2000, Rosenbawn 2008).

Bireylerin özellikleri, özel yetenekleri ve problemleri dikkate alınmaksızın bütün ebeveynlerin beden imajı, rol ve sorumluluklarındaki değişiklikler ile başa çıkmayı başarmaları önemlidir. Postpartum dönemde kadının kendisi ve beden imajı ile ilgili duyguları ebeveynliğe adaptasyonunu ve davranışlarını etkileyebilir. Kadının benlik kavramı ve beden imajı da cinselliğini etkileyebilir. Postpartum dönemde cinsel yaşamda değişiklik olması, annenin kaygılarının bir nedenidir. Yeni doğum yapan anne, ağrı nedeni ile yeniden cinsel yaşama başlamaya isteksiz olabilir ve cinsel ilişkinin perineal dokuların iyileşmesine zarar vereceğinden endişelenebilir (Novak ve Broom 1999, Lowdermilk ve ark 2000).

Olsson ve arkadaşları (2005) doğum yapmış kadınların cinsel yaşamlarıyla ilgili odak grup görüşmesi ile yaptıkları çalışmalarında, doğum sonrası dönemde kadınların beden imajı ile ilgili çok sayıda fiziksel değişiklik yaşadıkları ve bu değişikliklerle baş etmede zorlandıkları ifade etmişlerdir. Kadınların doğum sonrası beden imajları ile ilgili bildirdikleri olumsuzluklar, memelerdeki ve vajinalarındaki (gevşek ve daha büyük hissetme) fiziksel değişiklikler nedeni ile kendilerini daha az çekici hissetme, vajinal ve perineal laserasyonlar nedeniyle cinsel yaşamları hakkında endişe duyma, emzirmeye başladıklarından beri memelerini cinsellik ile ilgili görememe ve memelerin bu iki farklı fonksiyonunu birleştirememedir. Bu çalışmada bazı kadınların bedenlerindeki değişimi olumlu olarak algıladıklarını ve doğum sonrasında vücutlarını daha iyi tanıdıklarını, kaslarını daha kolay belirleyebildiklerini ve cinsel doyuma daha kolay nasıl ulaşabileceklerini öğrendiklerini ifade ettikleri bildirilmiştir.

1.3.7.Doğum Sonu Dönemde Ailesel Stres ve Ruhsal Sorunların Cinsellik Üzerine Etkisi

1.3.7.1. Doğum sonrası aile yaşamındaki streslerin cinsel yaşama etkisi

Kadınların çoğu için hamilelik olumlu bir deneyimdir. Bununla birlikte doğum sonrası dönem, yeni aile düzenlerine ve bebeklerine uyum sağlamaya çalışan kadınlar için zor bir süreçtir. Bu süreçte kadınların annelik rolünü benimsemesi, cinselliğini etkileyen pek çok değişiklikten birisidir. Annelik rolünün kalitesi ile cinsellik ölçütleri arasında güçlü bir ilişki olduğu belirtilmektedir. Ebeveyn rolüne geçiş çiftlerde bir yandan hoşnutluk yaratırken, diğer yandan arkadaşlık ve cinsellik gibi konularda olumsuz bir etken olabilmektedir. Genellikle çocuğun aileye katılmasının evlilik kalitesinde düşüşe neden olduğu bildirilmektedir (Avery ve ark 2000, LaMarre 2000, Taşkın 2005).

Yorgunluk, gebelik ve doğum sonrası süreçte kadının deneyimlediği en yaygın problemlerden biridir. Bitkinlik, yorgunluk ve zayıflık doğum sonrası süreçte cinsel arzusunun kaybına yol açması bakımından önemlidir. Uykusuzluk, gece beslemeleri sırasında uykunun bölünmesi ve çocuksuz geçirilen zamanın azlığı cinsel aktiviteyi bozan ilave faktörler olarak ele alınabilir (Avery ve ark 2000). De Judicibus ve McCabe (2002) kişiler arası ilişki yönünden mutlu olan kadınların doğum sonrası cinsel memnuniyetlerinin daha fazla olduğunu, annelik rolünü rahat benimsediklerini ve yorgunluk oranlarının daha düşük seviyede olduğunu bildirmişlerdir. Olsson ve arkadaşları (2005) ise, doğum sonrası aile yaşamında oluşan değişiklikler ve stresin cinsel yaşamlarına etkisi konusunda kadınlarla yaptıkları görüşmelerde, kadınların çoğunun yorgunluk ve bebek bakımı nedeniyle cinselliğe zaman ayıramadıklarını, boş zaman bulduklarında uyumayı ya da kitap okumayı tercih ettiklerini, cinsel ilişki sırasında bebeğin varlığının rahatsız edici olduğunu ve yeni ailesel durumlarına alışana kadar cinsel ilişkiyi ertelediklerini bulmuşlardır. Yine bu çalışmada bazı kadınların, eşleri ile zaman geçirmenin çok önemli olduğunu, sıklığı az da olsa kaliteli bir cinsel yaşama sahip olmanın onlar için önemli olduğunu ifade ettikleri belirtilmiştir.

1.3.7.2. Doğum sonrası dönemde depresyonun cinsel yaşama etkisi

Yeni bir bebeğin dünyaya gelmesi genellikle olumlu ve doyurucu bir yaşantı olsa da, bu dönemde annelerin bazılarında duygusal sorunlar ortaya çıkarmaktadır. Sorunlardan en sık görüleni ve zorlayıcı olanı da depresyondur (Ayvaz ve ark 2006). Postpartum depresyon DSM-IV’de “Duygudurum Bozuklukları” içinde yer almakta ve “Postpartum Başlangıç Belirleyicisi” başlığı altında “postpartum 4 hafta içinde epizodun başlaması” şeklinde tanımlanmaktadır (APA 2000).

Doğumdan hemen sonraki emzirme dönemi ve bebeğin bir yaşına kadar olan zaman dilimi, doğum sonrası psikiyatrik rahatsızlıkların görülebildiği önemli bir dönemdir (Yıldırım ve ark 2004). Doğum sonrası depresyon yaygınlığı %10-15 arasındadır. Postpartum dönemde görülen depresyon sadece anne için değil, bebek ve tüm aile için olumsuz sonuçlar doğurabilmektedir. Postpartum depresyonda anne-bebek bağı ciddi bir şekilde bozulabilir. Depresif anneler bebekleri ile duygusal bağ kurmada güçlük çekebilirler. Bu annelerin çocukları sadece davranışsal ve duygusal sorunlar yaşamazlar aynı zamanda bilişsel sorunlarda yaşayabilirler (Danacı ve ark 2000, Kara ve ark 2001, Yıldırım ve ark 2004).

Gebelik süresince artış gösteren progesteron ve östrojenin doğumdan sonra hızlı bir şekilde gebelik öncesindeki düzeyine düşmesi depresyon nedeni olarak gösterilmekle birlikte hormon düzeyleri ile duygudurum arasında doğrudan bir ilişkinin varlığı tam olarak gösterilememiştir (Landy ve ark 1989). Prolaktin düzeyi, doğum sonrası birinci haftanın sonuna kadar östrojenin düşüşüne ters olarak artmaktadır. Emzirmeyen annelerde prolaktin düzeyinin hızlı düşüşü ile postpartum depresyon arasında muhtemel bir ilişkinin bulunduğu bildirilmektedir (Hannah ve ark 1992, Gülseren 1999).

Doğum sonrası depresyonun risk faktörlerini belirlemek amacıyla çeşitli çalışmalar yapılmıştır. Yapılan bu çalışmalar içinde en ayrıntılı ve en kapsamlı çalışma Beck (1996)’in postpartum depresyonun risk faktörleri ile ilgili yaptığı meta-analiz çalışmasıdır. Beck, postpartum depresyonun ön göstergelerini araştıran 1974-1994 arasında yapılan 44

çalışmayı incelemiştir. Bu meta-analiz çalışması sonucunda postpartum depresyonun risk faktörleri arasında en çok;

- Prenatal depresyon ve anksiyetenin varlığı,
- Geçirilmiş depresyon öyküsü,
- Çocuk bakımına ilişkin yaşanan stresler,
- Sosyal destek eksikliği,
- Stresli yaşam olayları,
- Annelik hüznü,
- Olumsuz evlilik ilişkileri,
- Düşük benlik saygısı,
- Bebeğin huysuzluğu,
- Annenin evlilikten memnuniyeti ve
- Sosyoekonomik durum yer almaktadır.

Postpartum depresyonun belirtileri doğum sonrası iki-üç haftadan bir-iki yıla kadar uzayabilmektedir. Doğum sonrası depresyon belirtileri (APA 2000, Karamustafalıoğlu ve Tomruk 2002, Yıldırım ve ark 2004, Nur ve ark 2004, Tezel ve Gözüml 2005) ;

- Kendini değersiz hissetme,
- Anksiyete ve hatta panik ataklar,
- Suçluluk,
- Bebekle ilgili endişeler,
- Ağlamaklı hal ve kontrolsüzce ağlama,
- Hareket ve konuşmada yavaşlık,
- Ajitasyon veya hiperaktivite,
- Yeme (iştah) bozuklukları (çok az veya fazla yeme),
- Uyku bozuklukları,
- Düşüncelerde karışıklık ve daha unutkan olma,
- Duygusal dengesizlik,
- Öfke hissi,
- Umutsuzluk ve yetersizlik hissi,
- Ölüm ve intiharla ilgili düşünceler,
- Konsantrasyon ve karar verme yeteneğinde azalma ve
- Seksi de içeren aktivitelerde azalmadır.

Doğum sonrası süreçte depresyon, cinsel isteğin ve cinsel ilişki sıklığının önemli bir belirleyicisidir. Doğum sonrası depresyonu olan kadınlar, depresyonu olmayanlara göre daha çok cinsel sorun yaşamaktadırlar (Brown ve Lumley 2000). Morof ve arkadaşları (2003), doğum sonrası depresyonu olan kadınların olmayanlara göre cinsel ilişkiye başlamak için daha az istekli olduklarını, depresif kadınların çoğunun eşinin isteğiyle cinsel ilişkiye başladıklarını bildirmişlerdir. Ayrıca, bu çalışmada doğum sonrası altıncı ayda olmalarına rağmen depresyonda olan kadınların önemli bir bölümünün cinsel yaşamlarına tekrar başlamadıkları rapor edilmiştir. Bu kadınların cinselliğe karşı ilgilerini kaybettikleri, libidolarında azalma olduğu ve cinsel aktiviteye başlamak için kendilerini yeterince aktif hissetmedikleri belirtilmektedir.

1.3.8. Doğum Sonrası Cinsel Yaşamla İlgili Ebe/Hemşirenin Rolü

Tarih boyunca cinsellik sır ve tabu olarak kalmıştır. İnsan yaşamının bu yönü din, inançlar, yasaklar ve ahlaki kurallar tarafından düzenlenmiştir. Toplumun, bireylerin cinsel yaşamlarına getirdiği bu yasaklamalar ve yanlış inanışlar, çoğu zaman cinsel sorunları gizlese de yaşanmasını engelleyememiş hatta basit sorunların karmaşık ve içinden çıkılmaz hale gelmesine neden olmuştur (Tekin 1995).

Holistik yaklaşımda insan sağlığının bir bütün olarak ele alınması gerekmektedir. Bu nedenle cinsel sorunlarda diğer tıbbi sorunlar kadar dikkatle incelenmeli ve çözümlenmelidir. Cinsel sorunları ele almada ebe/hemşirenin rolü veri toplama aşamasından başlayarak bilgi sağlama, danışmanlık ve yönlendirmeye kadar devam edebilmektedir. Ebe/hemşire kadının cinsel iyilik halini belirlemek için cinsellikle ilgili fiziksel, psikolojik, sosyal ve kültürel öğeleri değerlendirmelidir (Potter ve Perry 2001, Ayaz 2007).

1.3.8.1. Doğum sonrası cinsel sağlığın korunmasında ve geliştirilmesinde ebe/hemşirenin rolü

Cinsel sağlığın korunması ve geliştirilmesinde, kadınlar ile sık sık, yakın ve direk ilişki kuran ebe ve hemşirelerin yeri çok önemlidir. Kadınların doğum sonrası cinsel gereksinimlerinin belirlenmesi, cinsel sorunların giderilmesi, cinsel yaşamla ilgili tutum ve davranışların açıklanması, eğitim verilmesi ve rehberlik edilmesi ebe/hemşirelik rollerindendir (Tekin 1995, Lamp ve ark 2000, Gökyıldız 2002).

Doğum sonrası kadın yaşamına özgü önemli bir fizyolojik dönemdir. Bu dönemdeki hormonal değişiklikler, kadının beden imajının değişmesi ve eşin buna tepkisi, doğum sonrasında annenin kronik yorgunluğu ve annelerin zamanının büyük bir bölümünü bebek bakımına ayırması eşile olan ilişkisinin zayıflamasına ve sonuçta bazı cinsel sorunların ortaya çıkmasına neden olabilmektedir. Doğum sonrası gelişen tüm bu değişikliklere çiftlerin uyum sağlayarak cinsel yaşamlarına başlamalarını sağlamada ve sürdürmede ebe ve hemşirelerin rehberlikleri önemlidir. Doğum sonrası dönemde ebe/hemşireler kadınlara eğitim ve danışmanlık vererek cinsel sağlığın korunması ve geliştirilmesini sağlayabilirler (Tekin 1995, Novak ve Broom 1999, Wong ve ark 2006)

Doğum sonrası dönemde ebe ve hemşirelerin kadınlara vermesi gereken cinsel eğitimlerin içeriği, doğum sonrası cinsel ilişkiye başlama zamanı, kadının bedenindeki değişimlerin cinsel yaşama etkisi, tercih edilmesi gereken pozisyonlar, emzirmenin cinsel yaşama etkileri ve aile planlaması yöntemlerini kapsamalıdır (Çizelge 1.3.8.1). Ebe ve hemşirelerin doğum sonrası taburculuk eğitimlerinde ve postpartum vizitlerinde bu konulara yer vermeleri gerekmektedir. Ayrıca annelerin cinsellikle ilgili kaygılarının paylaşılması, doğum sonrası cinsel sağlığın korunması ve geliştirilmesi için oldukça önemlidir. Ebe ve hemşirelerin bu rollerini gerçekleştirebilmesi için doğum sonrası cinsel yaşamla ilgili yeterli bilgi düzeyine sahip olması, birey olarak kendi değer sisteminin farkında olması ve terapötik iletişim becerilerini etkin kullanabilmesi gerekmektedir (Tekin 1995, Balkaya 2002, Olds ve ark 2004).

Çizelge 1.3.8.1. Doğum sonrası cinsel yaşamla ilgili anneye verilmesi gereken bilgiler (Karaçam 2008a, Wong ve Perry 2006)

- Doğumdan iki-dört hafta sonra kanama durduğunda ve epizyotomi/laserasyon iyileştiğinde yeniden güvenli bir şekilde cinsel ilişkiye başlanabilir. Postpartum ilk altı hafta-altı ay süresince vajina çok iyi kayganlaşmaz.
- Doğumdan sonraki ilk üç ay süresince kadının cinsel ilişkiye tepkileri daha yavaş ve daha az olabilir ve orgazm olma gücü azalabilir.
- Vajinal kayganlığı sağlamak için suda eriyebilir jel ya da kontraseptif krem / jel veya kakao yağı kullanılabilir. Eğer vajinal hassasiyet varsa, eş temiz ve kayganlaştırılmış bir ya da daha fazla parmağını vajinanın içine yerleştirebilir ve relaksasyona yardım etmek ve rahatsızlığa neden olan bölgeyi belirlemek için parmaklarını vajinada döndürebilir.
- Kadın için penisin girişinin kontrol edildiği, yan yatar ya da kadının üstte olduğu pozisyonlar daha rahat olabilir.
- Doğum sonrası dönemde bebeğin varlığı eşlerin sevişmesini etkileyebilir. Ebeveynler bebeğin çıkardığı sesleri duyarlar ve kendilerinin çıkardıkları seslerin de bebek tarafından duyulabileceği endişesini yaşayabilirler. Her iki durumda da cinsel ilişki kesintiye uğrayabilir.
- Yenidoğanın bakımı büyük dikkat gerektirir ve çok zaman almaktadır. Bu nedenle annenin enerjisi çocuk bakımı için tüketilebilir ve anne yorgunluk hissedebilir.
- Bazı kadınlar bebeklerini emzirirken cinsel uyarı hissettiklerini ve orgazm olduklarını bildirmektedirler. Emziren anneler, emzirmeyenlere göre daha erken cinsel aktiviteye dönme eğilimindedirler.
- Perine kaslarını güçlendirmek için Çizelge 1.3.8.1.2’de gösterildiği gibi Kegel egzersizleri yapılmalıdır. Bu kaslar barsak ve mesane fonksiyonları ve cinsel ilişki esnasında vajinal hisler ile ilişkilidir.

Cinsellik ve cinsel sorunlar özel ve kişiseldir. Cinsellik, ilişkiler ve beden imajı ile ilgili hassas konulara ilişkin konuşmalar bazen ebe/hemşireleri zorlayabilmektedir. Pek çok ebe ve hemşire doğum sonrası cinsellikle ilgili konuşmaktan rahatsızlık duyabilmektedir. Bu durum cinsel sağlığın korunmasını ve cinsel sorunların ortaya çıkarılmasını güçleştirmektedir (Ayaz 2007).

Çizelge 1.3.8.2. Kegel egzersizleri (Karaçam 2003)

- İdrar akışını durduracakmış gibi vajinayı saran kaslar sıkıştırılır, üçe kadar sayı sayılır ve sonra gevşetilir. Bu hareket 10 kez tekrarlanır.
- Vajinayı saran kaslar mümkün olduğu kadar hızlı bir şekilde kasılır ve gevşetilir. Bu hareket 10–25 kez tekrarlanır.
- Banyo küvetinin içinde suyun içine oturma durumu hayal edilir, suyu vajinanın içine çekecekmiş gibi vajina kasları kasılır, üçe kadar sayı sayılır, sonra gevşetilir. Bu hareket 10 kez tekrarlanır.
- Vajinanın içinden bir şeyi çıkaracakmış gibi aşağıya doğru ıkınılır, üçe kadar sayı sayılır ve sonra gevşetilir. Bu hareket 10 kez tekrarlanır.

1.3.8.2. Doğum sonrası cinsel sorunların erken tanı ve tedavisinde ebe/hemşirenin rolü

Doğum sonrası dönemde kadınların yaşadıkları cinsel sorunların erken tanılanmasında ve tedavisinin başlatılmasında kadınlarla sürekli iletişim halinde olan ebe ve hemşirelerin etkin rolleri vardır. Ebe ve hemşirelerin doğum sonrası yaşanan cinsel sorunları anlayabilmesi için cinsel yanıt evrelerini, toplumda görülen cinsel davranış şekillerini ve bunun cinsel yaşama etkisini, cinsel işlev bozukluklarının özelliklerini bilmeleri gerekir. Ayrıca cinsel fonksiyonların yaş, yaşam biçimi, hastalıklar ve ilaçlar ile ilişkisini de dikkate almaları gerekmektedir. Doğum sonrası cinsel sorunların erken tanılanmanın ilk aşaması veri toplamadır. Ebe/hemşire doğum sonrası dönemde olan kadınlarla kapsamlı görüşme yaparak ve genital sistem fonksiyonlarını değerlendirerek verilerini toplamalıdır. Veriler toplanırken öncelikle kadınların yaşadıkları cinsel sorunlar, bu sorunların özellikleri, üreme sistemine ilişkin hastalık ve travmalar sorgulanmalıdır. Daha sonra menstruasyon özelliklerine, obstetrik özelliklerine ve cinsel yaşamlarına ilişkin veriler toplanmalıdır. Kadınların menstruasyon özellikleriyle ilgili menarş yaşı, doğum sonrası menstruasyon yaşama durumları ve obstetrik özellikleriyle ilgili gebelik, doğum, düşük ve yaşayan çocuk sayıları, doğum eylemine ilişkin öyküleri, emzirme ve aile planlaması yöntemi kullanma durumları da sorgulanmalıdır (Tekin 1995, Lowdermilk ve ark 2000, Wong ve Perry 2006).

Doğum sonrası cinsel yaşamla ilgili veriler toplanırken ebe ve hemşireler kadınlarla göz teması kurarak ve onların sorunlarını açıklamalarına yardımcı olacak şekilde “doğum sonrası dönemde cinsel yaşamınızda ne gibi değişiklikler oldu?” veya “ siz ve eşiniz doğumdan sonra cinsel yaşamınızda mutlu musunuz?” gibi açık uçlu sorular sorarak kadınların kendilerini rahatça ifade edebilmelerini sağlamalıdır. Görüşme sırasında ebe ve hemşire kadınların beden diline ve sözsüz mesajlarına dikkat etmelidir. Ayrıca görüşmelerde genital sistem fonksiyonları gözden geçirilmelidir. Ebe ve hemşireler genital organ muayenesi yaparak genital organlardaki ağrı, lezyon, akıntı ve özelliğini, epizyotomi veya laserayon bölgesinin durumunu değerlendirmelidirler (Tekin 1995, Lowdermilk ve ark 2000, Wong ve Perry 2006).

Cinsel yaşamla ilgili bilgiler elde edildikten ve genital sistem muayenesi de tamamlandıktan sonra ebe/hemşire tüm verileri değerlendirmelidir. Ebe/hemşire yaptığı değerlendirme sonucu doğum sonrası cinsel sorunu olabileceğini düşündüğü kadınlara Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği, Kadın Cinsel İşlev İndeksi ve Golokombock-Rust Cinsel Doyum Ölçeği gibi cinsel işlev bozukluklarını tanımlamaya yarayan araçlardan birini uygulayabilir. Uygulama sonucunda cinsel işlev bozukluğu olabileceği düşünülen kadınların erken tanı ve tedavisini sağlamak için en yakın sağlık kurumlarına sevki sağlanmalıdır (Tekin 1995, Lowdermilk ve ark 2000, Simpson ve Creehan 2001, Olds ve ark 2004, Taşkın 2005). Ayrıca depresyon doğum sonrası süreçte, cinsel isteğin ve cinsel ilişki sıklığının önemli bir belirleyicisidir. Doğum sonrası depresyonu olan kadınların, depresyonu olmayan kadınlara göre daha çok cinsel sorun yaşadıkları bilinmektedir. Bu nedenle ebe ve hemşireler doğum sonrası ev ziyaretlerinde postpartum depresyon belirtilerini izleyerek ve postpartum depresyonun erken tanı ve tedavisini sağlayarak doğum sonrası depresyonun cinsel yaşam üzerine olan olumsuz etkilerini ortadan kaldırmaya yardımcı olabilirler. Postpartum depresyon Beck Depresyon Envanteri, Edinburg Postpartum Depresyon Skalası ve Doğum Sonrası Depresyon Tarama Ölçeği gibi depresyon değerlendirme araçları veya Çizelge 1.3.8.2.1’de sıralanan anahtar sorular kullanılarak değerlendirilebilir (Tezel 2006). Bu değerlendirme araçları, kadının mental sağlık durumunu açıkladığı gibi aynı zamanda kadının ihtiyacı olabilecek girişimleri belirlemede ve yaşadıkları cinsel sorunların nedenlerinin açıklanmasına da yardım edebilir. (Beck ve Gamble 2001, Morof ve ark 2003).

Çizelge 1.3.8.2.1. Ebe ve hemşirelerin postpartum depresyonu tanımlamasına yardımcı olan sorular (Tezel 2006)

- Kadın daha önce anksiyete, depresyon veya bipolar bozukluk gibi mental hastalıklar geçirmiş mi?
- Kadın önceki doğumlarından sonra annelik hüznü veya postpartum depresyon geçirmiş mi?
- Kadın gebeliği süresince, huzursuzluk ve endişe yaşadı mı?
- Yüksek riskli bir gebelik mi geçirdi?
- Kadının evlilik veya iş değişikliği gibi yaşam stresleri/ krizleri var mı?
- Kadının eşi ile iletişim zorlukları, değer çatışması, karar verme uyumsuzlukları ve sevgi eksikliği gibi evlilik memnuniyetsizliği var mı?
- Kadının âile ve yakın arkadaşlarından algıladığı sosyal destek düzeyi düşük mü?
- Kadın bebeğinin bakımını eşi olmadan, tek başına mı yürütecek?
- Kadın bebeğinin bakımı ile ilgili zorluklar hakkında konuşuyor mu?
- Bebek istenmeyen veya plânlanmayan bir bebek mi?
- Kadın düşük eğitilmiş veya düşük gelirli mi?
- Kadın annelik rolüne alışamamış bir anne mi?

Doğum sonrası yaşanan cinsel sorunlar, kadının kimliğini ve benlik saygısını olumsuz yönde etkilemektedir. Bu durumda kadında kendini değersiz hissetme, cinsellikten korkma, anksiyete, utanma, suçluluk duygusu ve benlik saygısında azalma görülebilir. Ebe/hemşire doğum sonrası cinsel sorunu olan kadınlara anksiyete ile baş etmede yetersizlik ve benlik kavramında bozulma gibi sorunlar çerçevesinde yaklaşımda bulunabilir. Doğum sonrası cinsel sorun yaşayan kadınlara yönelik ebek/hemşirelik yaklaşımlarının amaçları kadınların bilgi eksiliklerinin giderilerek yanlış uygulamaları ortadan kaldırmak, kadının hem bireysel hem de cinsel olarak kendini değerli hissetmesini sağlamak, benlik kavramını güçlendirmek, cinsel sorunların çözümü için kadınlara yardımcı olmak, suçluluk duygusu ve korkuyu azaltmaktır (Tekin 1995)

1.3.8.3. Ebe ve hemşirenin cinsellik konusunu ele alabilmesi için sahip olması gereken özellikler

Ayaz (2007) ebe/hemşirenin bakım verdikleri kadınların ve eşlerinin cinsel sağlığını değerlendirebilmesi ve bu alanda eğitim verebilmesi için, öncelikle kendisinin bazı özelliklere sahip olması gerektiğini bildirmiştir. Ebe/hemşire;

- İnsan cinselliğinin anatomi, fizyolojisi ve fizyopatolojisini bilmeli,
- Cerrahi müdahale ve ilaçların cinsel fonksiyon ve beden imajında oluşturabileceği olası değişikliklerin farkında olmalı,
- Cinsellik konusunu kabul etmeli, cinsellikle ilgili konularda rahat olmalı,
- Cinselliğe karşı kendi duygularını gözden geçirmeli,
- Cinsellik konusunda kendi inanç, değer ve tutumlarının farkına varmalı,
- Bireyin kültürel, dini ve etnik uygulamalarına karşı duyarlı olmalı,
- Cinsellik ve cinsel fonksiyon konusunda bilgi sahibi olmalı,
- Cinsel konuları açıkça ve dürüstçe tartışmalı,
- Cinsellikle ilgili konularda bireyi yargılamadan ele almalı ve beden dilinin farkında olmalı,
- Bireyin cinsel tercihleri hakkında varsayımda bulunmamalı,
- Empati yapma yeteneğine sahip olmalı,
- Cinselliği, ebelik ve hemşireliğin önemli bir uygulama alanı olarak kabul etmeli,
- Cinsellikle ilgili kişisel konuları incelemede istekli, duyarlı ve nazik olmalı,
- Cinsel sorunlarını ifade eden bireylerle çalışabilmeli,
- İletişim ve kişiler arası becerileri gelişmiş olmalı,
- Çiftlerin cinsellikle ilgili gereksinimlerini belirleyebilmeli, hem eğitici hem de danışman rolünü kullanabilmeli,
- Bireyi rahatlatacak tutum ve davranış sergilemeli ve rahat bir ortam hazırlamalı,
- Eşlerin yaşam biçimlerini, cinsel aktivitelerini ve tercihlerini kabul etmeli,
- Mahremiyeti korumalı,
- Bireye kesintisiz ve acele etmeden yeterli zaman sağlamalı,
- Gerektiğinde başka bir yere yönlendirmek için kaynakları ve sınırlılıkları bilmelidir (Ayaz 2007).

1.3.8.4. Doğum Sonrası Perineal Sağlığı Geliştirici Uygulamalar

Kadınların perineal sağlıklarının korunması ve geliştirilmesi doğum sonrası cinsel yaşamları üzerinde olumlu etkiler yaratabilir. Sağlık profesyonelleri antepartum, intrapartum ve postpartum dönemlerde kadınlara bakım vermekte, doğum eylemini gerçekleştirmekte ve izlemelerini yapmaktadırlar. Bütün bu süreçlerde sağlık çalışanları bazı önlemler alarak ve bilgilendirerek, kadınların doğum sonrası perineal sağlıklarının korunmasını sağlayabilirler. Bu önlemler (Arslan ve ark 2004);

- ✓ Gebelere antenatal bakımın önemi anlatılmalı ve bu dönemde alınan bakımın postpartum dönemdeki yaşantılarını olumlu yönde etkileyeceği ile ilgili bilgi verilmelidir.
- ✓ Antepartum ve postpartum dönemde beslenmenin yara iyileşmesine etkisi konusunda eğitim verilmelidir. Postpartum dönemde yeterli ve dengeli beslenmenin doğum eyleminde kaybedilen kan ve enerjinin yerine konması, iyi bir doku onarımının sağlanması ve rutin besin gereksiniminin karşılanmasının yararı ve ayrıca süt yapımının desteklenmesi için iyi beslenmenin önemi anlatılmalıdır.
- ✓ Gebeliğin 34-35. haftalarından itibaren günde beş-on dakika yapılan perine masajı perineal bütünlüğü koruma, postpartum dönemde gelişebilecek perineal ağrıları önleme açısından etkilidir. Bu nedenle gebelere perine masajının öğretilmesi ve uygulaması konusunda destek sağlanmalıdır.
- ✓ Normal vajinal yolla doğum yapacak kadınlarda travay takibinin yeterli düzeyde yapılarak laserasyonların önlenmesi, ileride gelişebilecek disparanoyanın önlenmesi açısından önemlidir.
- ✓ Perineal hijyenin sağlanması yoluyla optimal iyileşmenin oluşturulması yara iyileşmesini hızlandırır. Kadınlara, kültürel özellikleri dikkate alınarak idrar yaparken labiumlarını dikkatli bir şekilde ayırarak günde birkaç kez şişeden dökerek ya da oturma banyolarını kullanmanın önemi konusunda bilgi verilmeli, bireysel hijyen teknikleri yoluyla klitoral ya da labial adezyonların önlenmesi sağlanmalıdır.

- ✓ Doğum sonrasında yaşanacak ilk cinsel ilişki esnasında kayganlaştırıcı kullanımının disparanoyayı önlemek açısından yararlı olabileceği bilgisi verilmelidir.
- ✓ Gebelik ve doğum nedeni ile esneyerek tonüsünü kaybeden pelvik taban kaslarının eski tonüsünü kazanması ve disparanoya gelişiminin engellenmesi için Kegel egzersizlerinin doğum öncesi ve sonrası dönemde her gün yapılması konusunda eğitim verilmelidir.



2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma kadınların doğum sonrası dönemde cinsel sorun yaşama durumlarını ve etkileyen etmenleri incelemek amacı ile kesitsel tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

2.2 Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Bu araştırma İzmir İli Narlıdere ilçesi 1 No'lu Merkez Aile Sağlığı Merkezi, 2'Nolu İnönü Aile Sağlığı Merkezi ve 3 No'lu Ilıca Aile Sağlığı Merkezlerinde gerçekleştirilmiştir. Araştırma grubunun bu aile sağlığı merkezleri bölgesinden seçilmesinin nedeni, farklı sosyoekonomik yapıdaki nüfusa hizmet vermesidir.

1 No'lu Merkez Aile Sağlığı Merkezi, 2'Nolu İnönü Aile Sağlığı Merkezi ve 3 No'lu Ilıca Aile Sağlığı Merkezleri Narlıdere Toplum Sağlığı Merkezine bağlıdır. Narlıdere Toplum Sağlığı Merkezi Başkanı Aygöl ÇİFTÇİ ile 04.12.2008 tarihinde yapılan özel görüşmede Aile Sağlığı Merkezleri ile ilgili elde edilen bilgiler; 1 No'lu Aile Sağlığı Merkez'inde yedi aile hekimi, üç ebe, dört hemşire ve bir hizmetli personel , 2'Nolu İnönü Aile Sağlığı Merkez'inde üç aile hekimi, iki ebe, bir hemşire ve bir hizmetli personel, 3 No'lu Ilıca Aile Sağlığı Merkez'inde ise dört aile hekimi, dört ebe ve bir hizmetli personel görev yapmaktadır. Tüm bu aile sağlığı merkezlerinde doğum öncesi ve doğum sonrası

bakım hizmetleri, aile planlaması hizmetleri, gebe takibi, sağlam çocuk izlemleri, aşılar ve poliklinik hizmetleri verilmektedir.

1 No'lu Merkez Aile Sağlığı Merkezi bölgesi göç alan bir yer değildir. Bu bölgedeki kadınların eğitim seviyeleri yüksektir ve küçük bir kısmı memur olarak veya özel sektörde çalışmaktadır. Evler genelde çok katlı apartmanlardan meydana gelmiştir. Bölgede ısınmak için kalorifer ve klima gibi elektrikli ısıtıcılardan yararlanılmaktadır. Bu bölgede ikamet edenlerin çoğunluğu orta ve küçük, bir bölümü yüksek gelir düzeylerine sahiptirler. Yine bu bölgede yaşayanlar 1 No'lu Merkez Aile Sağlığı Merkezine kayıtlı olmalarına rağmen genelde özel sağlık hizmetlerinden yararlanmaktadırlar.

2 No'lu İnönü Aile Sağlığı Merkezi bölgesinde daha çok Doğu Anadolu, Güneydoğu Anadolu ve İç Anadolu'dan göç eden aileler ikamet etmektedir. Kadınların büyük bir kısmının eğitim seviyesi düşüktür. Ayrıca kadınların çoğunluğu ev hanımıdır ve sadece küçük bir kısmı geçici işçi olarak çalışmaktadır. Bu bölgede evler genelde müstakildir ve gece kondu tipindedir. Birçok evin banyosu ve tuvaleti bahçede bulunmaktadır. Bölgede ısınmak için odun ve kömürden yararlanılmaktadır. Bu bölgede ikamet eden insanların gelir durumları çok düşüktür. Bölgede yaşayanların tamamına yakını aile hekimliği sağlık hizmetlerinden yararlanmaktadır.

3 No'lu Ilıca Aile Sağlığı Merkezi bölgesinde yaşayanların genelde sosyo-ekonomik düzeyleri yüksektir. Bu bölgede yaşayan kadınların eğitim düzeyleri yüksektir ve büyük bir kısmı gelir getiren işlerde çalışmaktadır. Evler çok katlı ve site tarzı apartmanlardan oluşmaktadır. Bölgede ısınmak için jeotermal sisteminden yararlanılmaktadır. Burada yaşayanların çoğunun 3 No'lu Ilıca Aile Sağlığı Merkezinde kayıtları bulunmasına rağmen önemli bir bölümü özel sağlık hizmetlerinden yararlanmaktadır.

2.3. Araştırmanın Zamanı

Çizelge 2.3.1. Araştırmanın zamanı

Araştırma konusun seçimi	01.02.2007-02.03.2007
Soru Formu oluşturulması	17.04.2007-08.05.2007
Soru Formunun ön uygulaması	10.05.2007-21.06.2007
Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü İzni	18.06.2007
Adnan Menderes Üniversitesi Etik Kurul Başkanlığı ön onayı	07.09.2007
Araştırma verilerinin toplanması	15.09.2007-12.09.2008
Adnan Menderes Üniversitesi Etik Kurul Başkanlığı onayı	26.12.2008

2.4. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini İzmir ili Narlıdere Toplum Sağlığı Merkezine bağlı 1 No'lu Merkez Aile Sağlığı Merkezi, 2'Nolu İnönü Aile Sağlığı Merkezi ve 3 No'lu Ilıca Aile Sağlığı Merkezlerinde ikamet eden, postpartum 2-12 aylık dönemde olan 347 kadın oluşturmuştur.

2.5. Araştırmanın Örnekleme

Araştırmanın örnekleme evreni tamamını oluşturan 347 kadın alınmıştır. Kayıtlardan postpartum 2-12 aylık dönemde olan 312 kadının adresleri elde edilmiştir. 1 No'lu Merkez Aile Sağlığı Merkezi Aile hekimliği tarafından 35 kadının adresi

verilmemiştir. Bu kadınların 106'sının adresleri 1 No'lu Merkez Aile Sağlığı Merkezindeki, 119'unun adresleri 2'Nolu İnönü Aile Sağlığı Merkezindeki ve 87'sinin adresleri 3 No'lu Ilıca Aile Sağlığı Merkezindeki bebek izlem kartlarından elde edilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan kadınlardan, 17'si aktif cinsel yaşama olmadığı (eşi askerde olan, il dışında çalışan ve eşi ile ayrı yaşayan), 11'i adresinde ikamet etmediği (verilen adreslerin kadınların annelerine veya kayıinvalidelerine ait olması, taşınma), 7'si doğum sonrası cinsel yaşamlarına başlamadıkları, 28'i araştırmaya katılmayı reddettiği, 7'si adresinde bulunamadığı, 3'ü okuma yazma bilmediği ve 9'u veri toplama sürecinde araştırmadan ayrıldığı için çalışma 230 kadın ile tamamlanmıştır. Bu kadınların 84'ü 1 No'lu Merkez Aile Sağlığı Merkezi bölgesinden, 92'si 2'Nolu İnönü Aile Sağlığı Merkezi bölgesinden ve 54'ü 3 No'lu Ilıca Aile Sağlığı bölgesinde ikamet etmektedir.

2.6. Araştırmaya Alınma ve Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

Araştırmaya alınma kriterleri, 18–40 yaşlarında olma, doğum sonrası 2–12 aylık dönemde olma, ilkökul ve üstü eğitime sahip olma ve araştırmaya katılmayı kabul etmedir. Cinsel fonksiyonun yaş ile azalması nedeni ile 40 yaş ve üzerinde olan kadınlar araştırmadan dışlanmıştır. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği ve Beck Depresyon Envanterinin öz bildirimine dayalı olarak doldurulması gerektiği için” okuma yazma bilmeyenler araştırmadan dışlanmıştır. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeğinde kadınların son bir hafta içindeki cinsel yaşamları sorgulandığı için aktif cinsel yaşamı olmayan ve eşlerinden ayrı yaşayanlar çalışma örneklemine alınmamıştır.

2.7. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri kadınların sosyo-demografik özelliklerinin ve araştırmanın bağımsız değişkenlerinin sorgulandığı Soru Formu (EK 1), Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (Kadın Formu) (EK 2) ve Beck Depresyon Envanteri (EK 3) ile toplanmıştır.

2.7.1. Kadınların Soyo-Demografik Özelliklerine ve Araştırmanın Bağımsız Değişkenlerine İlişkin Soru Formu

Veri toplama aracı araştırmacı tarafından konuya ilişkin literatürden yararlanarak oluşturulmuştur (Barrett ve ark 2000, Barrett ve ark 2005, Olsson ve ark 2005, Brummen ve ark 2006). Soru formunda kadınların sosyodemografik ve obstetrik özelliklerini, gebelikten önce ve gebelikteki cinsel yaşamlarını, cinsel sorunlarını çözme girişimlerini, emzirme durumlarını ve doğum sonrası cinsel sorun yaşama durumlarını sorgulayan 49 soru bulunmaktadır.

2.7.2. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (Arizona Sexual Experiences Scale)

Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği cinsel işlev bozukluklarını değerlendirmeye yönelik bir ölçüm aracıdır. McGahuey ve arkadaşları (2000) tarafında geliştirilen bu ölçek Soykan (2004) tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır. Ölçeğin kadın ve erkek için ayrı formları bulunmaktadır. Bu çalışmada kadın formu kullanılmıştır. Ölçek beş maddeli, altı dereceli Likert tipi, bir öz değerlendirme ölçeğidir. Ölçek cinsel dürtü, uyarılma, vajinal ıslaklık, orgazma ulaşma kapasitesi ve orgazm sonucu doyum duygusunu belirlemektedir. Katılımcıların ölçekten alabilecekleri en düşük puan beş, en yüksek puan ise 30'dur. Alınan düşük puan cinsel işlev bozukluğunun olmadığını, yüksek puan ise cinsel işlev bozukluğunun daha fazla olduğunu göstermektedir.

Soykan (2004)'nın çalışmasında ölçeğin Cronbach Alfa değerinin 0.90 ve test-tekrar test güvenilirliğinin 0.88 olduğu bildirilmektedir. Örtüştürücü geçerlilikte korelasyon katsayısının 0.53 olarak saptandığı, ROC analizinde 11 kesme puanının iyi düzeyde ayırt edici özelliğe sahip olduğu bildirilmiştir. McGahuey ve arkadaşları (2000) tarafından geliştirilen bu ölçek farklı çalışmalarda kullanılmıştır (Khawaja 2005, Mathias ve ark 2006, Kızıltepe 2006, Bahar ve ark 2007).

2.7.3. Beck Depresyon Envanteri (Beck Depression Inventory)

Bu ölçeğin ilk formu Beck (1961) tarafından geliştirilmiş ve 1978'de revize edilmiştir. Bu ölçek depresyon yönünden riski belirlemek, depresif belirtilerin düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek için kullanılan Duygudurum, Kötümserlik, Başarısızlık Duygusu, Doyumsuzluk, Suçluluk Duygusu, Cezalandırma Duygusu, Kendinden Nefret Etme, Kendini Suçlama, Kendini Cezalandırma Arzusu, Ağlama Nöbetleri, Sinirlilik, Sosyal İçedönüklük, Kararsızlık, Bedensel İmge, Çalışabilirliğin Ketlenmesi, Uyku Bozuklukları, Yorgunluk-Bitkinlik, İştahın Azalması, Kilo Kaybı, Somatik Yakınmalar, Cinsel Dürtü Kaybına ilişkin 21 belirti kategorisini içermektedir. Bu ölçek 21 maddeden oluşan bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Her madde sıfır-üç arasında giderek artan bir puan almaktadır ve toplam puan her bir madde puanının toplanmasıyla elde edilmektedir. Toplam ölçek puan 0 ile 63 arasında değişmektedir. Toplam puanının yüksek olması, depresyon düzeyinin ya da şiddetinin yüksekliğini göstermektedir.

Araştırmada Beck Depresyon Envanteri'nin Hisli (1988) tarafından Türkçe'ye uyarlanarak geçerlilik ve güvenilirliği yapılan formu kullanılmıştır. Hisli (1988)'nin çalışmasında ölçeğin iki yarım test güvenilirlik katsayısı 0.74, ve MMPI-D Skalası ile envanter puanları arasındaki Pearson momentler çarpımı korelasyon katsayısı 0.63 olarak belirtilmiştir. Ölçeğin kesme noktası 17 ve üstündeki puanlar olarak bildirilmiş ve tedavi gerektirebilecek depresyonu %90'ın üzerinde bir doğrulukla ayırt edebildiği belirtilmiştir. Beck tarafından geliştirilen bu ölçek kadınlarla ilgili birçok çalışmada kullanılmıştır (Stuart ve ark 1998, Kara ve ark 2001, Ayvaz ve ark 2006, Taşdemir ve ark 2006, Eren 2007).

2.7.4. Kadınların Soyo-Demografik Özelliklerine ve Araştırmanın Bağımsız Değişkenlerine İlişkin Soru Formunun Ön Uygulaması

Hazırlanan soru formunun anlaşılabilirliğini ve kullanılabilirliğini geliştirmek için 10.05.2007-21.06.2007 tarihleri arasında Aydın Zübeyde Hanım Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Aile Planlaması Polikliniğine başvuran 10 kadına ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonunda formun anlaşılır ve kullanılabilir olduğu görülmüş ve

soru formunda yer alan sorularda herhangi bir değişiklik yapılmamıştır. Araştırmanın veri toplama aşamasına geçilmiştir.

2.7.5. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Örnekleme alınan kadınların adresleri bebek izlem fişlerinden elde edilmiştir. Adresleri belirlenen kadınlar evlerinde ziyaret edilmiş, kadınlar ile tanışılmış ve araştırma hakkında bilgi verilmiştir. Araştırmaya katılan kadınlardan sözel ve yazılı onam alındıktan sonra araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği kullanarak soru formu doldurulmuştur. Soru formunun doldurulması yaklaşık 10-20 dakika sürmüştür.

Soru formu doldurulduktan sonra Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (Kadın Formu) ve Beck Depresyon Envanteri'nin doldurulmasına ilişkin kadınlara açıklama yapılmış ve öz bildirime dayalı doldurmaları sağlamıştır. ACYÖ ve BDE'nin doldurulması yaklaşık 10-20 dakika sürmüştür. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği ve Beck Depresyon Envanteri'ni doldururken zorlanan kadınlara, araştırmacı tarafından ölçeğin her bir maddesinin neyi sorgulamak istediği açıklanmış ve soruları anlayarak cevaplandırılmaları sağlanmıştır.

Veri toplama formunun tamamlanması yaklaşık 20-40 dakika sürmüştür. Veri toplama işlemi tamamlandıktan sonra Arizona Cinsel Yaşantılar ölçeği puanları yüksek olan kadınlara, doğum sonrası cinsel yaşam ve cinsel sorunlarının çözümü için neler yapabilecekleri konusunda bilgi verilmiştir. Ayrıca kadınların bebekleri ve kendi bakımlarıyla ilgili sordukları sorular araştırmacı tarafından cevaplandırılmıştır. Bebek bakımı, ek besinlere geçiş, aile planlaması ve doğum sonrası oluşabilecek rahatsızlıklar gibi konularda sağlık eğitimi ve danışmanlık hizmetleri verilmiştir. Veri toplama işlemi 15.09.2007-12.09.2008 tarihleri arasında tamamlanmıştır.

2.7.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen veriler Adnan Menderes Üniversitesi'nde kullanılan istatistik paket programı (SPSS) ile veri tabanı oluşturulmuş, veriler bilgisayar ortamına kaydedilmiş ve program aracılığıyla analiz edilmiştir (Adnan Mendere Üniversitesi, 2008). Kadınların eğitimi, algıladıkları gelir düzeyi, çalışma, sosyal güvence, evlilik, sağlık, bebeklerini emzirme, gebelikten önceki ve gebelikteki cinsel sorun yaşama, depresyonda olma durumları ve kadınların eşlerinin eğitimi, çalışma ve sağlık durumları ile kadınların bebeklerinin doğum zamanı ve sağlık durumları araştırmanın bağımsız değişkenlerini; kadınların doğum sonrası cinsel sorun yaşama durumu araştırmanın bağımlı değişkenini oluşturmuştur. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler, ki-kare testi ve gruplar arasındaki farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için ileri ki-kare analizi kullanılmıştır.

2.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırmanın bazı sınırlılıkları bulunmaktadır. Birincisi, bu araştırma seçkisiz örnekleme yöntemi ile yapılmıştır. Bu nedenle elde edilen sonuçlar araştırma kapsamına alınan kadınları temsil etmektedir ve genellenemez. İkincisi, araştırma verileri yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Soru formunda toplumumuzda mahrem olarak kabul gören bir konu olan cinsel yaşama ilişkin sorular yer aldığı için kadınlar mevcut durumu yansıtmayan yanıtı vermiş olabilirler. Bu nedenle verilerin güvenilirliği görüşmecilerin verdiği bilgiler ile sınırlıdır. Üçüncüsü kadınların cinsel sorun yaşama ve doğum sonrası depresyon yaşama durumları öz bildirime dayalı ölçekler ile belirlenmiştir. Bu sonuçlar klinik görüşme ile belirlenecek sonuçlardan farklı olabilir.

2.9. Araştırmada Etik

Araştırma protokolüne Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakóltesi Etik Kurulu tarafından 07.09.2007 tarihinde ön onay ve 26.12.2008 tarihinde onay verilmiştir (EK 5 ve Ek 6). Araştırmanın İzmir İli Narlıdere İlçesinde İkamet eden kadınlara uygulanabilmesi için Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Müdürlüğü'nden 18.06.2007 tarihinde yazılı izin alınmıştır (EK 4). Araştırma kapsamına alınan kadınlara araştırma ile ilgili bilgi verilmiş, sözel ve yazılı onamları alınmıştır (EK 7 ve EK 8). Ayrıca bu çalışmada kullanılması için Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeğini Türkçeye uyarlayan Prof.Dr. Atilla Soykan'dan elektronik posta yoluyla onay alınmıştır (EK 9).



3. BULGULAR

3.1. Kadınların ve Eşlerinin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımları

Çizelge 3.1.1 ve Çizelge 3.1.2 kadınların ve eşlerinin tanıtıcı özelliklerine göre dağılımları yer almaktadır. Araştırmaya katılan kadınların yaş ortalaması $27,44 \pm 5,25$ olarak bulunmuştur. Kadınların yaş grupları incelendiğinde %7,0'ının 20 yaş ve altı, %61,3'ünün 21-29 yaş ve %31,7'sinin 30-40 yaş grubunda olduğu belirlenmiştir. Kadınların eşlerinin yaş ortalaması $31,91 \pm 6,29$ olarak saptanmıştır. Eşlerin %0,9'unun 20 yaş ve altı, %36,1'inin 21-29 yaş, %53,0'ının 30-40 yaş ve %10,0'ının 40 yaş ve üstü gruplarında olduğu belirlenmiştir (Çizelge 3.1.1).

Kadınların %49,1'inin ilkokul, %12,2'sinin ortaokul, %21,7'sinin lise ve %17,0'ının yüksekokul mezunu olduğu ve eşlerinin %46,5'inin ilkokul, %13,5'inin ortaokul, %23,0'ının lise ve %17,0'ının yüksekokul mezunu oldukları saptanmıştır (Çizelge 3.1.1). Kadınların sadece %10,4'ünün gelir getiren bir işte çalıştığı, çalışan kadınların memur (%3,9), işçi (%3,5), sağlıkçı (%2,6) ve avukat (%0,4) olarak çalıştıkları belirlenmiştir. Kadınların %87,8'nin sosyal güvencesi bulunmaktadır. Eşlerin çalışma durumuna bakıldığında, %97,4'nün gelir getiren bir işte çalıştığı (%56,5'i işçi, %18,7'si serbest meslek, %9,1'i memur, %8,7'si esnaf, %2,2'si mühendis, %1,3'ü veteriner hekim ve %0,9'u doktor) ancak %2,6'sının işsiz olduğu görülmektedir (Çizelge 3.1.1).

Çizelge 3.1.1. Kadınların ve eşlerinin tanıtıcı özelliklerine göre dağılımları (n=230)

Tanıtıcı özellikler	Kadınlar		Eşleri	
	n	%	n	%
Yaş				
20 yaş ve altı	16	7,0	2	0,9
21-29 yaş	141	61,3	83	36,1
30-40 yaş	73	31,7	122	53,0
41 yaş üstü	-	-	23	10,0
Eğitim durumları				
İlkokul	113	49,1	107	46,5
Ortaokul	28	12,2	31	13,5
Lise	50	21,7	53	23,0
Yüksekokul*	39	17,0	39	17,0
Çalışma durumu				
Çalışan	24	10,4	224	97,4
Çalışmayan	206	89,6	6	2,6
Sosyal güvence				
Olanlar	202	87,8	-	-
Olmayanlar	28	12,2	-	-

*Yüksek lisans mezunu olan 2 kadın ve 4 eş yüksekokul eğitimi gören gruba dâhil edilmiştir.

Kadınların evlilik süresi, resmi nikahlarının bulunma durumu, algılanan gelir düzeyi, en uzun süre yaşadıkları yer ve aile tipilerini göre dağılımları Çizelge 3.1.2’de verilmiştir. Kadınların evlilik süresi ortalaması 6,26±4,99 yıl olarak bulunmuştur. Kadınların %58,7’sinin 1-5 yıl arasında, %26,1’inin 6-10 yıl arasında, %8,3’ünün 11-15 yıl arasında ve %7,0’ının 16 yıl ve daha fazla süredir evli oldukları saptanmıştır. Kadınların %96,1’nin resmi nikahının olduğu belirlenmiştir.

Kadınların algıladıkları gelir düzeyine göre dağılımları incelenmiştir. Kadınların %40,9’u gelir düzeylerini düşük, %49,1’i orta ve %10,0’ı yüksek olarak algıladıkları belirlenmiştir. Kadınların bugüne kadar en uzun süre yaşadıkları yere ilişkin bulgularının dağılımları incelendiğinde, yarısından fazlasının (%51,7) büyük kentte, %24,3’ünün kentte, %13,9’unun köyde ve %10,0’ının kasabada yaşadıkları görülmektedir. Kadınların %75,2’sinin aile tipi çekirdek aile özelliği göstermektedir (Çizelge 3.1.2)

Çizelge 3.1.2. Kadınların sosyal özelliklerine göre dağılımları (n=230)

Sosyal özellikler	n	%
Evlilik süresi		
1-5 yıl	135	58,7
6-10 yıl	60	26,1
11-15 yıl	19	8,3
16 yıl ve üzeri	16	7,0
Resmi nikah		
Olan	221	96,1
Olmayan	9	3,9
Algılanan gelir düzeyi		
Düşük	94	40,9
Orta	113	49,1
Yüksek	23	10,0
En uzun süre yaşadıkları yer		
Köy	32	13,9
Kent	56	24,3
Kasaba	23	10,0
Büyük kent	119	51,7
Aile tipi		
Çekirdek aile	173	75,2
Geniş aile	57	24,8

3.2. Kadınların Obstetrik Özelliklerine Göre Dağılımları

Kadınların obstetrik özelliklerine ilişkin veriler Çizelge 3.2.1’de sunulmaktadır. Kadınların obstetrik özellikleri incelendiğinde, gebelik sayısı ortalaması $1,96 \pm 1,16$, canlı doğum sayısı ortalaması $1,66 \pm 0,90$, yaşayan çocuk sayısı ortalaması $1,65 \pm 0,88$, düşük sayısı ortalaması $0,19 \pm 0,54$ ve kürtaj sayısı ortalaması $0,10 \pm 0,33$ olarak saptanmıştır.

Çizelge 3.2.1. Kadınların obstetrik özelliklerinin ortalamalarına göre dağılımları (n=230)

Obstetrik özellikleri	Ortalama	SS*
Gebelik sayısı	1,96	1,16
Canlı doğum sayısı	1,66	0,90
Yaşayan çocuk sayısı	1,65	0,88
Düşük sayısı	0,19	0,54
Kürtaj sayısı	0,10	0,33

*SS: Standart sapma

3.3. Kadınların ve Eşlerinin Sağlık Durumlarına Göre Dağılımları

Çizelge 3.3.1’de kadınların ve eşlerinin sağlık sorunu yaşamaları, yaşadıkları hastalıkların çeşitleri ile sürekli kullanmaları gereken ilaçlara ilişkin özellikleri yer almaktadır. Kadınların %10,4’ünün ve eşlerinin %5,7’sinin sağlık sorunu olduğu saptanmıştır.

Kadınların halen devam eden sağlık sorunlarının, solunum yolu hastalıkları (%12,0), kalp-damar hastalıkları (%8,0), panik atak (%4,0), over kisti (%8,0), hipotroidi (%8,0), gastrit (%8,0), vulvar varis (%4,0), Hepatit B taşıyıcılığı (%4,0), hipertansiyon (%12,0), hormonal bozukluk (%4,0), anemi (%8,0), depresyon (%12,0), hipotansiyon (%4,0) ve epilepsi (%4,0) olduğu belirlenmiştir (Çizelge 3.3.1).

Kadınların eşlerinde de solunum yolu hastalıkları (%7,6), kalp-damar hastalıkları (%7,6), panik atak (%7,6), gastrit (%23,7), hipertansiyon (%7,6), depresyon (%7,6), diyabet (%15,3), kolesterol (%15,3) ve beyin tümörü (%7,6) gibi hastalıkların bulunduğu saptanmıştır (Çizelge 3.3.1).

Çizelge 3.3.1. Kadınların ve eşlerinin sağlık durumlarına göre dağılımları (n=230)

Sağlık durumları	Kadınlar		Eşler	
	n	%	n	%
Sağlık sorunu				
Olan	24	10,4	13	5,7
Olmayan	206	89,6	217	94,3
Hastalık çeşidi*	(n=25)		(n=13)	
Solunum yolu	3	12,0	1	7,6
Kalp-damar	2	8,0	1	7,6
Panik atak	1	4,0	1	7,6
Over kisti	2	8,0	-	-
Hipotroidi	2	8,0	-	-
Gastirit	2	8,0	3	23,7
Vulvar varis	1	4,0	-	-
Hepatit B taşıyıcılığı	1	4,0	-	-
Hipertansiyon	3	12,0	1	7,6
Hormonal bozukluk	1	4,0	-	-
Anemi	2	8,0	-	-
Depresyon	3	12,0	1	7,6
Hipotansif atak	1	4,0	-	-
Epilepsi	1	4,0	-	-
Diabet	-	-	2	15,3
Kolesterol	-	-	2	15,3
Beyin tümörü	-	-	1	7,6
Sürekli ilaç kullanımı				
Kullanan	18	7,8	11	4,8
Kullanmayan	212	92,2	219	95,2
Sürekli kullanılan ilaç çeşitleri**	(n=18)		(n=13)	
Antikoagulan	2	11,1	1	7,6
Bronkodilatatör	2	11,1	1	7,6
Antidepresan	2	11,1	1	7,6
Anksiyolitik	1	5,5	1	7,6
Troid hormonu	2	11,1	-	-
Antihipertansif	3	16,6	1	7,6
Kombine oral kontraseptif	2	11,1	-	-
Demir preparatı	2	11,1	-	-
Antiepileptik	1	5,5	-	-
İnsülin	-	-	2	15,3
Antiasit	1	5,5	3	23,7
Antihistaminik	-	-	1	7,6
Kolesterol düşürücü	-	-	2	15,3

*Bazı kadınlar veya eşlerinin birden fazla sağlık sorunu bulunmaktadır..

**Bazı kadınlar veya eşleri birden fazla ilacı aynı anda kullanmaktadır

Kadınların ve eşlerinin sürekli ilaç kullanma durumlarına bakıldığında kadınların %7,8'nin, eşlerinin %4,8'nin sürekli kullanması gereken ilaçları olduğu görülmektedir. Kadınların antikoagulan (%11,1), bronkodilatatör (%11,1), antidepresan (%11,1), anksiyolitik (%5,5), troid hormonu (%11,1), antihipertansif (%16,6), kombine oral kontraseptif (%11,1), demir preparatı (%11,1), antiepileptik (%5,5) ve antiasit (%5,5) ilaçları kullandıkları gözlenmiştir. Eşlerin ise antikoagulan (%7,6), bronkodilatatör (%7,6), antidepresan (%7,6), anksiyolitik (%7,6), antihipertansif (%7,6), insülin (%15,3), antiasit (%23,7), antihistaminik (%7,6) ve kolesterol düşürücü (%15,3) ilaçlar kullandığı belirlenmiştir (Çizelge 3.3.1).

3.4. Kadınların Gebelik ve Doğum Eylemine İlişkin Bazı Özelliklerinin Dağılımları

Çizelge 3.4.1. Kadınların gebelik ve doğum eylemine ilişkin bazı özelliklerine göre dağılımları (n=230)

Özellikler	n	%
Gebeliği planlama durumu		
Planlı	165	71,7
Plansız	65	28,3
Bebeği isteme durumu		
İsteyen	194	84,3
İstemeyen	36	15,7
Doğum şekli		
Normal	110	47,8
Sezaryen	120	52,2
Normal doğum yapan kadınların perineal durumu	(n=110)	
Epizyotomisi olan	88	80,0
Spontan laserasyonu olan	2	1,8
Perineal travması olmayan	20	18,2
Doğumdan sonra geçen süre		
2-3 ay	21	9,1
4-6 ay	43	18,7
7-9 ay	81	35,2
10-12 ay	85	37,0

Çizelge 3.4.1’de kadınların en son gebeliklerini planlama, bebeklerini isteme ve doğum eylemine ilişkin bazı özelliklerine göre dağılımları yer almaktadır. Kadınların %71,7’sinin en son gebeliklerini planladıkları görülmüştür. Kadınlara “en son bebeğinizi istemiş miydiniz?” sorusu sorulduğunda %84,3’ü bebeğini istediğini ifade etmiştir. Kadınların hepsi doğumlarını hastanede yapmışlardır. Kadınların %47,8’inin vajinal ve %52,2’sinin sezaryen ile doğum yaptığı saptanmıştır. Vajinal doğumların %80,0’ı epizyotomili, %1,8’i spontan laserasyonlu, %18,2’si epizyotomi/spontan laserasyon olmadan gerçekleşmiştir. Kadınların doğumlarının gerçekleştiği zaman ile görüşmenin yapıldığı tarih arasındaki geçen süre incelendiğinde, %9,1’inin postpartum 2-3 ay arasında, %18,7’sinin postpartum 4-6 ay arasında, %35,2’sinin postpartum 7-9 ay arasında ve %37,0’ının postpartum 10-12 ay arasında olduğu bulunmuştur.

3.5. Kadınların Doğum Sonrası Dönemde Sağlık Sorunu Yaşama Durumlarına Göre Dağılımları

Çizelge 3.5.1’de kadınların doğum sonrası sağlık sorunu yaşama durumlarına göre dağılımları görülmektedir. Kadınların doğum eylemine bağlı sorun yaşama durumları incelendiğinde, epizyotomisi olan kadınların %22,2’sinin epizyotomi iyileşmesinde sorun yaşadıkları belirlenmiştir. Epizyotomi iyileşme sürecinde kadınların %35,0’ında epizyotomi bölgesinde enfeksiyon, %20,0’ında şişlik, %20,0’ında sutur açılması, %15,0’ında ağrı ve %10,0’ında iyileşmede gecikme görüldüğü saptanmıştır.

Sezaryenle doğum yapan kadınların %21,7’sinin sezaryen kesi yeri iyileşmesinde sorun yaşadıkları belirlenmiştir. Sezaryen kesi yerinin iyileşmesinde sorun yaşayan kadınların durumu incelendiğinde, %47,0’ının kesi yeri enfeksiyonu, %34,4’ünün ağrı, %6,2’sinin sutur açılması ve yeniden onarımı ve %6,2’sinin geç iyileşme sorunları olduğu bulunmuştur. Bu çalışmada Beck Depresyon Envanteri kullanılarak kadınların doğum sonrası depresyon yaşama durumları incelenmiştir. Kadınların %18,3’ünün BDE puanının 17 ve üzerinde olduğu ve tedavi gerektirecek düzeyde postpartum depresyon yaşadıkları saptanmıştır (Çizelge 3.5.1).

Çizelge 3.5.1. Kadınların doğum sonrası dönemde sağlık sorunu yaşama durumlarına göre dağılımları (n=230)

Sağlık Sorunları	n	%
Epizyotomi iyileşmesi ile ilgili sorunu		
Olan	20	22,2
Olmayan	70	77,8
Epizyotomiye ilişkin sorunlar* (n=20)		
Şişlik	4	20,0
Ağrı	3	15,0
Enfeksiyon	7	35,0
Sutur açılması	4	20,0
Geç iyileşme	2	10,0
Abdominal suturların iyileşmesi ile ilgili sorunu		
Olan	26	21,7
Olmayan	94	78,3
Sezaryen kesi yerine ilişkin sorunlar** (n=32)		
Enfeksiyon	15	47,0
Sutur açılması	2	6,2
Ağrı	11	34,4
Geç iyileşme	2	6,2
Seconder sutur	2	6,2
BDE'ne göre postpartum depresyonu		
Olan	42	18,3
Olmayan	188	81,7
Herhangi bir sağlık sorunu		
Olan (17 puan ve üzeri)	46	20,0
Olmayan(16 puan ve altı)	184	80,0
Sağlık sorunları** (n=50)		
Hipertansiyon	2	4,0
Sistit	3	6,0
Vajinit	9	8,0
Bel ağrısı	15	30,0
İdrar inkontinansı	2	4,0
Hemoroid	5	10,0
Depresyon	4	8,0
Bacak ağrısı	1	2,0
Anemi	2	4,0
Abdominal ağrı	1	2,0
Anal fistül	2	4,0
Koksiks kırığı	1	2,0
Mastit	1	2,0
Sevikal erezyon	1	2,0
Plasenta retansiyonu	1	2,0

*Laserasyon onarımı olan iki kadın epizyotomili kadınlar grubuna dahil edilmiştir.

**Bazı kadınlar birden fazla sorunu aynı anda yaşamaktadır.

Kadınlara “doğum sonrası dönemde herhangi bir sağlık sorunu yaşadınız mı?” diye sorulduğunda kadınların %20,0’ı çeşitli sağlık sorunları yaşadıklarını belirtmişlerdir. Kadınların yaşadığı bu sağlık sorunları incelendiğinde, hipertansiyon (%4,0), sistit (%6,0), vajinit (%8,0), bel ağrısı (%30,0), idrar inkontinansı (%4,0), hemoroid (%10,0), depresyon (%8,0), bacak ağrısı (%2,0), anemi (%4,0), abdominal ağrı (%2,0), anal fistül (%4,0), koksik kırığı (%2,0), mastit (%2,0), servikal erezyon (%2,0), plasenta retansiyonu (%2,0) olduğu saptanmıştır (Çizelge 3.5.1). Bel ağrısı olduğunu bildiren kadınların büyük çoğunluğunun doğum eyleminde epidural anestezi aldıkları gözlenmiştir.

3.6. Kadınların Evlilik Hayatından Memnun Olma, İlk Cinsel İlişki Yaşları ve Aile İçi Şiddet Yaşama Durumlarına Göre Dağılımları

Çizelge 3.6.1. Kadınların evlilik hayatından memnun olma, ilk cinsel ilişki yaşları ve aile içi şiddet yaşama durumlarına göre dağılımları (n=230)

Evlilik hayatına ilişkin özellikler	n	%
Evlilik hayatından memnuniyet		
Olan	219	95,2
Olmayan	11	4,8
İlk cinsel ilişki yaşı		
13-18 yaş	66	28,7
19-29 yaş	156	67,8
30 yaş ve üzeri	8	3,5
Fiziksel şiddet		
Yaşayan	27	11,7
Yaşamayan	203	88,3
Cinsel şiddet		
Yaşayan	34	14,8
Yaşamayan	196	85,2

Kadınların evlilik hayatlarından memnun olma, aile içi şiddet yaşama ve ilk cinsel ilişki yaşlarına ilişkin bazı özellikleri Çizelge 3.6.1’de verilmiştir. Kadınların evlilik yılı ortalaması $6,26 \pm 4,99$ dir. Evlilik hayatlarından memnun olma durumları incelendiğinde, kadınların %95,2’sinin memnun olduğu belirlenmiştir.

Kadınların ilk cinsel ilişki yaşı ortalama $20,95 \pm 4,05$ olarak bulunmuştur. Kadınların yarısından fazlasının (%67,8) 19-29 yaş, %28,7’sinin 13-18 yaş ve %3,5’inin 25-30 yaş gruplarında ilk kez cinsel ilişkide bulundukları görülmektedir. Kadınların eşlerinden şiddet görme durumları sorgulandığında %11,7’si fiziksel şiddete ve %14,8’i cinsel şiddete maruz kaldığını ifade etmişlerdir (Çizelge 3.6.1).

3.7. Kadınların Gebelik Öncesi ve Gebelikteki Cinsel Yaşamlarına İlişkin Bazı Özelliklerine Göre Dağılımları

Çizelge 3.7.1 ve Çizelge 3.7.2 kadınların gebelik öncesi ve gebelikteki cinsel yaşamlarına ilişkin bazı özelliklerini göstermektedir. Araştırmada kadınlara gebelikten önceki cinsel ilişki sıklıkları sorulmuştur. Kadınların yarısından fazlası (%51,3) gebelikten önce haftada üç veya dört defa, %36,1’i haftada bir veya iki defa, %8,3’ü haftada beş veya altı defa ve %4,3’ü haftada bir defadan az cinsel ilişkide bulunduklarını ifade etmişlerdir (Çizelge 3.7.1).

Araştırmanın örneklemini oluşturan kadınların %38,3’ünün gebelikten önce cinsel sorunu olduğu saptanmıştır. Gebelikten önce cinsel sorunu olan kadınlar, cinsel ilişki boyunca ağrı (%24,0), orgazm olmada güçlük (%21,0), ilk cinsel ilişkide ağrı (%15,6), cinsel istekte azalma (%11,4), vajinal darlık hissi (%7,8), vajinal kayganlıkta azalma (%6,2), cinsel ilişki sırasında yanma (%3,0), ağrılı orgazm (%3,0), cinsel ilişkiden sonra kanama (%2,4), vajinal gevşeklik hissi (%1,8), cinsel ilişki sıklığında azalma (%1,2), hiç orgazm olamama (%1,2) ve eşlerinde erken boşalma (%0,6) sorunlarının olduğunu belirtmişlerdir (Çizelge 3.7.1).

Çizelge 3.7.1. Kadınların gebelik öncesi dönemdeki cinsel yaşamlarına ilişkin bazı özelliklerine göre dağılımları (n=230)

Gebelik öncesi cinsel yaşama ilişkin bazı özellikler	n	%
Gebelikten önceki cinsel ilişki sıklığı		
Haftada 1'den az	10	4,3
Haftada 1-2 kez	83	36,1
Haftada 3-4 kez	118	51,3
Haftada 5-6 kez	18	8,3
Gebelikten önce cinsel sorunu		
Olan	88	38,3
Olmayan	142	61,7
Gebelik öncesi yaşanan cinsel sorunlar* (n=165)		
Cinsel ilişki boyunca ağrı	40	24,0
Orgazm olmada güçlük	35	21,0
İlk cinsel birleşimde ağrı	26	15,6
Cinsel istekte azalma	19	11,4
Vajinal darlık	13	7,8
Vajinal kayganlıkta azalma	10	6,2
Cinsel ilişkiden sonra kanama	4	2,4
Vajinal gevşeklik	3	1,8
Cinsel ilişki sırasında vajinada yanma hissi	5	3,0
Ağrılı orgazm	5	3,0
Cinsel ilişki sıklığında azalma	2	1,2
Anorgazmi	2	1,2
Eşin erken boşalması	1	0,6
Danışmanlık veya tedavi alma durumu (n=88)		
Alan	24	27,3
Almayan	64	72,7
Danışmanlık veya tedavi alma biçimi** (n=34)		
Doktordan danışmanlık alan	22	64,7
Ebe/hemşire den danışmanlık alan	3	8,5
Tıbbi tedavi gören	9	26,4

*Bazı kadınların gebelikten önce birden fazla cinsel sorunu bulunmaktadır.

** Bazı kadınlar cinsel sorunları için hem tedavi hemde danışmanlık almıştır.

Gebelikten önce cinsel sorunu olan kadınların %27,3'ü bu sorunlarıyla ilgili tedavi veya danışmanlık almışlardır. Gebelikten önce cinsel sorunlarına yönelik danışmanlık veya tedavi alan kadınların %64,7'sinin doktora, %8,5'nin ebe/hemşireye başvurdıkları ve %26,4'ünün tıbbi tedavi aldıkları belirlenmiştir (Çizelge 3.7.1).

Çizelge 3.7.2 kadınların gebelikteki cinsel yaşamlarına ilişkin bazı özelliklerine göre dağılımlarını göstermektedir. Kadınların %33,0'ı gebelikte cinsel sorun yaşadığını ifade etmiştir. Kadınların gebelikte yaşadıkları cinsel sorunlar incelendiğinde, cinsel istekte azalma (%26,4), cinsel ilişki boyunca ağrı (%22,1), orgazm olmada güçlük (%19,2), ilk cinsel birleşimde ağrı (%7,8), vajinal kayganlıkta azalma (%4,2), ağrılı orgazm (%4,2), vajinal darlık (%4,2), cinsel ilişki sayısında azalma (%4,2), cinsel ilişki sırasında vajinada yanma hissi (%2,1), orgazm olamama (%1,4) ve eşin erken boşalması (%0,7) olduğu belirlenmiştir.

Çizelge 3.7.2. Kadınların gebelikteki cinsel yaşamlarına ilişkin bazı özelliklerine göre dağılımları (n=230)

Gebelikte cinsel yaşama ilişkin bazı özellikler	n	%
Gebelikte cinsel sorunu		
Olan	76	33,0
Olmayan	154	67,0
Gebelikte yaşanan cinsel sorun türleri* (n=140)		
Cinsel istekte azalma	37	26,4
Cinsel ilişki boyunca ağrı	31	22,1
Orgazm olmada güçlük	27	19,2
İlk cinsel birleşimde ağrı	11	7,8
Vajinal kayganlıkta azalma	6	4,2
Ağrılı orgazm	6	4,2
Vajinal darlık	6	4,2
Cinsel ilişki sıklığında azalma	6	4,2
Cinsel ilişkiden sonra kanama	4	2,8
Cinsel ilişki sırasında vajinada yanma hissi	3	2,1
Anorgazmi	2	1,4
Eşin erken boşalması	1	0,7

*Bazı kadınlar birden fazla cinsel sorun yaşamaktadır.

3.8. Kadınların Doğum Sonrası Dönemdeki Cinsel Yaşamlarına İlişkin Bazı Özelliklerine Göre Dağılımları

Çizelge 3.8.1’de kadınların doğum sonrası dönemdeki cinsel yaşamlarına ilişkin bazı özelliklerinin dağılımları verilmiştir. Kadınların doğum sonrası cinsel ilişkiye başlama zamanı ortalama $7,06 \pm 2,68$ hafta olarak bulunmuştur. Kadınların doğum sonrası cinsel yaşama geri dönme zamanı değerlendirildiğinde, %61,3’ünün doğum sonrası 2-6 hafta, %30,9’nun 7-11 hafta, %7,8’nin 12-21 hafta arasında cinsel ilişkide bulundukları belirlenmiştir. Kadınların %30,0’mının doğum sonrası cinsel ilişkiye başlama zamanı ile ilgili kültürel veya dini inanışlara sahip oldukları görülmektedir. Doğum sonrası cinsel ilişkiye başlama zamanı ile ilgili en yaygın inanış (%97,1) “bebeğin 40’ı çıkmadan cinsel ilişkiye girmek günahtır” düşüncesidir. Kadınların %2,9’u ise “bebeğin 40’ı çıkmadan cinsel ilişkiye girilirse kesinlikle gebe kalınır” fikrine inanmaktadır.

Kadınların %24,8’i doğum sonrası cinsel yaşamlarından memnun olmadıklarını belirtmişlerdir. Kadınların doğum sonrası cinsel yaşamlarından memnun olmama nedenleri; yorgunluk (%30,1), cinsel istek azlığı (%24,5), cinselliğe zaman ayıramama (%14,1), bebeğin varlığından rahatsızlık duyma (%9,4), uykusuzluk (%8,4), cinsel ilişki süresinde kısılma (%4,7), orgazm olamama (%2,8), cinsel ilişki sırasında ağrı hissetme (%2,8), vajinal kayganlıkta azalma (%0,9), evde bebek bakımına yardımcı bireylerin bulunması nedeniyle cinsel ilişkiye girmekten çekinme (%0,9) ve eşin erken boşalması (%0,9) dır (Çizelge 3.8.1).

Kadınlara “doğum sonrası dönemde cinsel yaşamınıza ilişkin korkularınız oldu mu?” sorusu yöneltildiğinde, % 63,0’ı doğum sonrası cinsel yaşama ilişkin korkularının olduğunu ifade etmişlerdir. Kadınların bu korkularının nedenleri araştırıldığında; kadınlar tekrar gebe kalabilecekleri (%56,7), dikişlerinin açılacağı (%31,8), cinsel ilişki sırasında ağrı yaşayabilecekleri (%6,5), cinsel ilişki sırasında enfeksiyon gelişebileceği (%3,8) ve cinsel ilişkiden sonra kanama (%0,5) olabileceğini düşündükleri için cinsel ilişkiye girmekten korktuklarını belirtmişlerdir (Çizelge 3.8.1).

Çizelge 3.8.1. Kadınların doğum sonrası cinsel yaşam özelliklerine göre dağılımları (n=230)

Doğum sonrası cinsel yaşama ilişkin bazı özellikleri	n	%
Cinsel ilişkiye başlama zamanı		
2-6 hafta	141	61,3
7-11 hafta	71	30,9
12-21 hafta	18	7,8
Cinsel ilişkiye başlama zamanıyla ilgili inancı		
Olan	69	30,0
Olmayan	161	70,0
Dini veya kültürel inanışları		
Doğumdan sonra 40 günden önce günah	67	97,1
Doğumdan sonra 40 günden önce hamile kalınır	2	2,9
Cinsel yaşamından memnun		
Olan	173	75,2
Olmayan	57	24,8
Cinsel yaşamdan memnun olmama nedenleri* (n=106)		
Yorgunluk	32	30,1
Cinsel istek azlığı	26	24,5
Cinselliğe zaman ayıramama	15	14,1
Bebegin varlığından rahatsızlık duyma	10	9,4
Uykusuzluk	9	8,4
Cinsel ilişki süresinde kısılma	5	4,7
Orgazm olamama	3	2,8
Cinsel ilişki sırasında ağrı hissetme	3	2,8
Vajinal kayganlıkta azalma	1	0,9
Evde bebek bakımına yardımcı bireylerin bulunması	1	0,9
Eşin erken boşalması	1	0,9
Cinsel yaşama ilişkin korkusu		
Olan	145	63,0
Olmayan	85	37,0
Korku nedenleri* (n=183)		
Gebe kalma	105	57,6
Dikişlerin açılması	58	31,8
Cinsel ilişki sırasında ağrı yaşama	12	6,5
Cinsel ilişki sırasında mikrop kapma	7	3,8
Kanama	1	0,5

Çizelge 3.8.1. Devam Kadınların doğum sonrası cinsel yaşam özelliklerine göre dağılımları (n=230)

Doğum sonrası cinsel yaşama ilişkin bazı özellikler	n	%
Cinsel ilişki sıklığı		
Haftada 1 den az	55	23,9
Haftada 1-2	123	53,5
Haftada 3 ve daha fazla	52	22,6
Gebelik öncesine göre cinsel ilişki sıklığı		
Değişiklik yok	47	20,4
Azaldı	168	73,0
Arttı	15	6,5
Doğum sonrası cinsel sorun yaşadığını		
İfade eden	191	83,0
İfade etmeyen	39	17,0
Doğum sonrası yaşanan cinsel sorun türleri** (n=579)		
Cinsel istekte azalma	151	26,0
Vajinal kayganlıkta azalma	134	23,1
İlk cinsel birleşimde ağrı	93	16,0
Orgazm olmada güçlük	88	15,1
Cinsel ilişki boyunca ağrı	74	12,7
Vajinal darlık	20	3,4
Cinsel ilişkiden sonra kanama	6	1,3
Ağrılı orgazm	4	0,6
Cinsel ilişki sırasında vajinada yanma hissi	4	0,6
Anorgazmi	2	0,3
Vajinal gevşeklik	2	0,3
Eşin erken boşalması	1	0,1
Doğum sonrası ilk cinsel ilişkide ağrı hissetme		
Hisseden	136	59,1
Hissetmeyen	94	40,9

*Bazı kadınlar birden fazla neden belirtmiştir.

*Bazı kadınlar birden fazla sorun belirtmiştir.

Kadınların doğum sonrası cinsel ilişki sıklığına bakıldığında, yarısından fazlasının (%53,5) haftada bir veya iki defa, %23,9'unun haftada bir defadan az, %22,6'sının haftada üç veya daha fazla cinsel ilişkide bulunduğu belirlenmiştir. Kadınlara “son zamanlarda en son gebeliğinizden önceki döneme göre cinsel ilişki sıklığınızda herhangi bir değişiklik

oldu mu?’’ sorusu yöneltildiğinde, kadınların %20,4’ü cinsel ilişki sıklığında değişiklik olmadığını ve %73,0’ı azaldığını ifade ederken %6,5’i arttığını ifade etmişlerdir (Çizelge 3.8.1).

Kadınların doğum sonrası cinsel sorun yaşama durumları sorgulandığında, %83,0’ı doğumdan sonra cinsel sorun yaşadığını ifade etmiştir. Doğum sonrası cinsel sorun yaşadığını ifade eden kadınların, cinsel istekte azalma (%26,0), vajinal kayganlıkta azalma (%23,1), ilk cinsel birleşimde ağrı (%16,0), orgazm olmada güçlük (%15,1), cinsel ilişki boyunca ağrı (%12,7), vajinal darlık hissi (%3,4), ağrılı orgazm (%0,6), cinsel ilişki sırasında vajinada yanma hissi (%0,6), orgazm olamama (%0,3) ve eşinin erken boşalması (%0,1) gibi sorunlar yaşadıkları bulunmuştur (Çizelge 3.8.1).

Kadınları doğum sonrası dönemde cinsel yaşamalarına geri döndüklerinde ilk cinsel ilişkilerinde ağrı hissetme durumları incelendiğinde, yarısından fazlasının (%59,1) ağrı hissettikleri bulunmuştur (Çizelge 3.8.1).

3.9. Kadınların Doğum Sonrası Dönemde Laktasyona ve Beden İmajına İlişkin Bazı Özelliklerine Göre Dağılımları

Çizelge 3.9.1’de kadınların doğum sonrası dönemde laktasyona ve beden imajına ilişkin bazı özelliklerine ait verilerin dağılımları sunulmuştur. Kadınların emzirme durumlarına bakıldığında %77,4’ünün bebeklerini emzirdiği görülmektedir.

Kadınların %14,3’ü doğum sonrası dönemde memelerinde oluşan değişikliklerden dolayı cinsel ilişki esnasında rahatsızlık hissettiklerini ifade etmişlerdir. Kadınların rahatsızlık hissetme nedenleri sorgulandığında %35,0’ı eşleri dokunduğunda ağrı hissettiklerini ve %65,0’ı ilişki esnasında memelerinden süt geldiği için rahatsızlık hissettiklerini belirtmişlerdir. Çalışmaya katılan kadınların %47,4’ü doğum sonrası dönemde fiziksel görümlerinden memnun olmadıklarını bildirmişlerdir (Çizelge 3.9.1).

Çizelge 3.9.1. Kadınların doğum sonrası dönemde laktasyon ve beden imajına ilişkin bazı özelliklerine göre dağılımları (n=230)

Laktasyon ve beden imajına ilişkin bazı özellikler	n	%
Emzirme durumu		
Emziren	178	77,4
Emzirmeyen	52	22,6
Memelerdeki değişimlerden cinsel ilişki esnasında rahatsız		
Olan	33	14,3
Olmayan	197	85,7
Memelerdeki değişimlerin cinsel ilişkide rahatsızlık yaratma nedenleri* (n=40)		
Süt gelmesi	14	35,0
Ağrı hissetme	26	65,0
Fiziksel görünümünden memnun		
Olan	121	52,6
Olmayan	109	47,4

*Bazı kadınlar birden fazla neden belirtmiştir.

3.10. Kadınların Doğum Sonrası Dönemde Menstruasyon ve Aile Planlaması Yöntemi Kullanımına İlişkin Bazı Özelliklerine Göre Dağılımları

Çizelge 3.10.1’de kadınların doğum sonrası dönemde menstruasyon ve aile planlaması yöntemi kullanımına ilişkin bazı özelliklerine göre dağılımları yer almaktadır. Kadınların doğum sonrası menstruasyon özellikleri incelendiğinde, %63,9’unun düzenli, %11,8’inin düzensiz menstruasyon oldukları ve %24,3’ünün laktasyonel amenore yaşadığı belirlenmiştir. Kadınların %55,7’sinin etkin aile planlaması yöntemi, %35,2’sinin etkin olmayan aile planlaması yöntemi kullandığı ve %9,1’inin hiç bir yöntem kullanmadığı saptanmıştır. Etkin aile planlaması yöntemi kullanan kadınların %37,5’i RİA, %36,0’ı kondom, %12,5’i tüp ligasyonu, %7,8’i üç aylık enjeksiyon, %6,2’si KOK kullanmaktadır. Etkin olmayan aile planlaması yöntemi kullanan kadınların, %98,8’inin geri çekme, %1,2’sinin takvim yöntemini kullandığı belirlenmiştir (Çizelge 3.10.1).

Çizelge 3.10.1. Kadınların doğum sonrası dönemde menstruasyon ve aile planlaması yöntemi kullanımına ilişkin bazı özelliklerine göre dağılımları (n=230)

Özellikler	n	%
Doğum sonrası menstruasyon		
Düzenli	147	63,9
Düzensiz	27	11,8
Laktasyonel amenore	56	24,3
Aile planlaması yöntemi kullanma		
Etkin yöntem kullanan	128	55,7
Etkin yöntem kullanmayan	81	35,2
Hiç yöntem kullanmayan	21	9,1
Etkin A.P. yöntemleri (n=128)		
Kondom	48	37,5
Rahim içi araç	46	36,0
Tüp ligasyonu	16	12,5
3 aylık enjeksiyon	10	7,8
Kombine oral kontraseptif	8	6,3

3.11. Bebeklerin Doğum Zamanı, Sağlık Durumları ve Anneleriyle Aynı Odada Uyumalarına İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımları

Çizelge 3.11.1 bebeklerin doğum zamanı, sağlık durumları ve anneleriyle aynı odada uyumalarına ilişkin özelliklerine göre dağılımlarını göstermektedir. Bebeklerin doğum zamanları incelendiğinde büyük bir kısmının (%92,2) miadında (38-40 hafta), %6,1'nin erken (37 haftadan önce) ve %1,7'sinin geç (40 haftadan sonra) doğduğu saptanmıştır.

Araştırmanın yapıldığı sırada kadınların bebeklerinin ortalama 8,09±2,90 aylık oldukları saptanmıştır. Bebeklerin sağlık durumları değerlendirildiğinde %3,9'unun sağlık sorunu olduğu görülmüştür. Bebeklerin yaşadıkları sağlık sorunları Çizelge 3.11.1'de verilmiştir.

Çizelge 3.11.1. Bebeklerin doğum zamanı, sağlık durumları ve anneleriyle aynı odada uyumalarına ilişkin özelliklerine göre dağılımları (n=230)

Bebeklere ilişkin bazı özellikler	n	%
Doğum zamanı		
Miadında (38-40 hafta)	212	92,2
Erken (37 haftadan önce)	14	6,1
Geç (40 haftadan sonra)	4	1,7
Sağlık sorunu		
Olan	9	3,9
Olmayan	221	96,1
Yaşanan sağlık sorunu türleri*	(n=11)	
Sarılık	1	9,0
Otit	1	9,0
Thoraks anomalisi	1	9,0
Trakeaözefagal fistül	1	9,0
Reflü	2	18,1
Kalp yetmezliği	1	9,0
İnguinal herni	1	9,0
Sutuların erken kapanması	1	9,0
Süt alerjisi	1	9,0
Bronşit	1	9,0
Annesiyle aynı odada uyuma durumu		
Uyuyan	164	71,3
Uyumayan	66	28,7
Annelerin bebekleriyle aynı odada uyuma nedenleri**	(n=174)	
Oda sayısının yetersiz olması	54	31,0
Annenin bebeği ağlarsa duyamayacağını düşünmesi	49	28,1
Annenin bebeği yalnız bırakmak istememesi	40	23,0
Ayrı odada bebeğin emzirilmesinin zor olması	18	10,3
Bebek odasının soğuk olması	11	6,3
Bebeğin yalnız yatmaktan korkacağını düşünme	1	0,6
Bebeği kardeşiyle aynı odada yatırmayı istememe	1	0,6

*Bazı bebeklerin birden fazla sağlık sorunu bulunmaktadır.

**Bazı annelerin birden fazla bebekleriyle aynı odada uyuma nedeni vardır.

Bebeklerin %71,3'nün anneleri ile aynı odada uyuduğu saptanmıştır. Kadınların bebekleriyle aynı odada uyuma nedenleri sorgulandığında, kadınların %31,0'ı evlerindeki oda sayısının yetersiz olduğu, %28,1'i bebekleri ağlarsa duyamayacaklarını düşündükleri,

%23,0'ı bebeklerini yalnız bırakmak istemedikleri, %10,3'ü emzirme kolay olduğu, %6,3'ü bebek odalarını ısıtamadıkları, %0,6'sı bebeğinin yalnız kalmaktan korktuğunu düşündüğü ve %0,6'sı bebeğini kardeşiyle aynı odada yatırmak istemedikleri için bebekleriyle aynı odayı paylaştıklarını belirtmişlerdir (Çizelge 3.11.1).

3.12. Kadınların Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Puanlarına Göre Doğum Sonrası Cinsel Sorun Yaşama Durumları

Çizelge 3.12.1. Kadınların Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği kadın formu puanlarına göre doğum sonrası cinsel sorun yaşama durumları (n=230)

Doğum sonrası cinsel sorun	n	%
Olan (11 puan ve üzeri)	210	91,3
Olmayan (10 puan ve altı)	20	8,7

Kadınların doğum sonrası cinsel sorun yaşama durumları Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (ACYÖ) kullanılarak değerlendirilmiştir Kadınların ACYÖ puanlarına göre doğum sonrası cinsel sorun yaşama durumlarının dağılımına ilişkin veriler Çizelge 3.12.1'de sunulmuştur. Kadınların %8,7'sinin 10 ve altında puanı olup doğum sonrası cinsel sorunlarının olmadığı, %91,3'ünün 11 ve üstü puanı olup doğum sonrası cinsel sorun yaşadıkları saptanmıştır.

3.13. Kadınlar ve Eşlerinin Tanıtıcı Özellikleri İle Kadınların Doğum Sonrası Cinsel Sorun Yaşama Durumlarının Karşılaştırılması

Kadınların ve eşlerinin tanıtıcı özellikleri ile kadınların doğum sonrası cinsel sorun yaşama durumlarının karşılaştırılması Çizelge 3.13.1 ve Çizelge 3.13.2'de gösterilmektedir. Kadınların yaş gruplarına göre doğum sonrası cinsel sorun yaşama

durumları incelendiğinde, 20 yaşında veya daha küçük olan kadınların %81,3'ünün, 21-29 yaşları arasında olan kadınların %89,4'ünün ve 30-40 yaş arasındaki kadınların %97,3'ünün doğum sonrası cinsel sorun yaşadıkları bulunmuştur. Kadınların yaş özellikleri ile doğum sonrası cinsel sorun yaşama durumları arasında yapılan istatistiksel değerlendirmede, gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($X^2=5,969$, $p<0,05$). Yapılan ileri ki-kare analizinde bu farkın 21-29 yaş ile 30-40 yaş grupları($X^2=4,103$, $P=0,043$, $p<0,05$) ve 20 yaş ve altı ile 30-40 yaş gruplarından kaynaklandığı belirlenmiştir ($X^2=6,344$, $P=0,012$, $p<0,05$) (Çizelge 3.13.1).

İlkokul mezunu olan kadınların %92,9'unun, ortaokul mezunu olan kadınların %96,4'ünün, lise mezunu olan kadınların %86,0'ının ve yüksekokul mezunu olan kadınların %89,7'sinin doğum sonrası cinsel sorun yaşadığı belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, gruplar arası fark anlamsız bulunmuştur ($X^2=3,189$, $p>0,05$) (Çizelge 3.13.1).

Hem çalışan (%87,5) hem de çalışmayan (%91,7) kadınların çok büyük bir bölümünün doğum sonrası cinsel sorun yaşadığı saptanmıştır. Yapılan istatistiksel değerlendirmede de grupların benzer oldukları bulunmuştur ($X^2=0,488$, $p>0,05$). Sosyal güvencesi olan kadınların %91,6'sının ve sosyal güvencesi olmayan kadınların %89,3'ünün doğum sonrası cinsel sorun yaşadığı belirlenmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($X^2=0,155$, $p>0,05$) (Çizelge 3.13.1).

Eşlerinin yaşı, eğitim ve çalışma durumlarına göre kadınların doğum sonrası cinsel sorun yaşama durumlarına ilişkin veriler Çizelge 3.13.1'de görülmektedir. Eşlerinin yaş grubu ne olursa olsun kadınların çok büyük bir kısmının, istatistiksel olarak benzer şekilde doğum sonrası cinsel sorun yaşadığı ve aralarında fark olmadığı bulunmuştur ($X^2=2,674$, $p>0,05$).

Çizelge 3.13.1. Kadınların ve eşlerinin tanıtıcı özellikleri ile kadınların doğum sonrası cinsel sorun yaşama durumlarının karşılaştırılması (n=230)

Tanıtıcı özellikler	Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeğine Göre Doğum Sonrası Cinsel Sorun				df	Ki -kare/ p değeri
	Olanlar (n=210)		Olmayanlar (n=20)			
	n	%*	n	%*		
Kadınların yaşı						
20 yaş ve altı	13	81,3	3	18,8	2	X ² =5,969**** P=0,038 P<0,05
21-29 yaş	126	89,4	15	10,6		
30-40 yaş	71	97,3	2	2,7		
Eğitim durumları						
İlkokul	105	92,9	8	7,1	3	X ² =3,189*** P=0,363 P>0,05
Ortaokul	27	96,4	1	3,6		
Lise	43	86,0	7	14,0		
Yüksekokul**	35	89,7	4	10,3		
Çalışma durumu						
Çalışan	21	87,5	3	12,5	1	X ² =0,488*** P=0,485 P>0,05
Çalışmayan	189	91,7	17	7,3		
Sosyal güvence						
Olanlar	185	91,6	17	8,4	1	X ² =0,155**** P=0,694 P>0,05
Olmayanlar	25	89,3	3	10,7		
Eşlerin yaşı						
20 yaş ve altı	2	100,0	-	-	3	X ² =2,674**** P=0,445 P>0,05
21-29 yaş	75	90,4	8	9,6		
30-40 yaş	110	90,2	12	9,8		
41 yaş üstü	23	100,0	-	-		
Eşlerin eğitim durumları						
İlkokul	97	90,7	10	9,3	3	X ² =0,829*** P=0,842 P>0,05
Ortaokul	28	90,3	3	9,7		
Lise	50	94,3	3	5,7		
Yüksekokul*	35	89,7	4	10,3		
Eşlerin çalışma durumu						
Çalışan	204	91,1	20	8,9	1	X ² =0,155**** P=0,694 P>0,05
Çalışmayan	6	100,0	-	-		

*Satır yüzdesi alınmıştır.

** Kadınlarda yüksek lisans mezunu olan 2 kişi, eşlerinde 4 kişi yüksekokul grubuna dâhil edilmiştir.

***Pearson ki-kare değeri kullanılmıştır.

****Likelihood ki-kare değeri kullanılmıştır.

Kadınların eşlerinin eğitim düzeylerine göre doğum sonrası cinsel sorun yaşama durumları incelendiğinde eşleri ilkokul mezunu olan kadınların %90,7'sinin, eşleri ortaokul mezunu olan kadınların %90,3'ünün, eşleri lise mezunu olan kadınların %94,3'ünün ve eşleri yüksekokul mezunu olan kadınların %89,7'sinin doğum sonrası cinsel sorunu olduğu belirlenmiştir. Eşlerinin eğitim düzeyleri ile kadınların doğum sonrası cinsel sorun yaşama durumları arasında yapılan istatistiksel değerlendirmede, gruplar arasındaki fark anlamsız bulunmuştur ($X^2=0,829$, $p>0,05$). Eşleri çalışan kadınların büyük bir bölümünün (%91,1), eşleri çalışmayan kadınların ise hepsinin (%100,0) doğum sonrası cinsel sorunu olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiki değerlendirmede de grupların benzer oldukları ve aralarında fark olmadığı saptanmıştır ($X^2=0,694$, $p>0,05$) (Çizelge 3.13.1).

Çizelge 3.13.2'de kadınların evlilik süresi, resmi nikahlarının bulunma durumu, algılanan gelir düzeyi, en uzun süre yaşadıkları yer ve aile tiplerine göre doğum sonrası cinsel sorun yaşama durumlarının dağılımları yer almaktadır. Evlilik süresi 1-5 yıl arasında olan kadınların %88,9'unun, 6-10 yıl arasında olanların %93,3'ünün, 11-15 yıl arasında olanların %94,7'sinin ve evlilik süresi 16 yıl ve daha uzun süre olanların tamamının (%100,0) doğum sonrası cinsel sorun yaşadıkları belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede gruplar arası fark anlamsız bulunmuştur ($X^2=0,375$, $p>0,05$). Kadınların resmi nikahı bulunma durumlarına göre doğum sonrası cinsel sorun yaşama durumları incelendiğinde, resmi nikahı olan kadınların büyük bir kısmının (%91,0) ve resmi nikahı olmayan kadınların hepsinin (%100,0) doğum sonrası cinsel sorunu olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiki değerlendirmede de grupların benzer oldukları saptanmıştır ($X^2=0,892$, $p>0,05$).

Kadınların algıladıkları gelir durumlarına göre doğum sonrası cinsel sorun yaşama durumu değerlendirildiğinde, gelir durumunu düşük olarak algılayanların %92,6'sının, orta olarak algılayanların %92,9'unun ve yüksek olarak algılayanların %78,3'ünün doğum sonrası cinsel sorun yaşadıkları belirlenmiştir. Ancak yapılan istatistiksel değerlendirmede grupların benzer özellikte olduğu bulunmuştur ($X^2=5,485$, $p>0,05$). Hem çekirdek ailede (%91,9) hem de geniş ailede yaşayan (%89,5) kadınların çok büyük bir kısmının istatistiksel olarak benzer şekilde doğum sonrası cinsel sorun yaşadığı saptanmıştır ($X^2=0,320$, $p>0,05$) (Çizelge 3.13.2).

Çizelge 3.13.2. Kadınların sosyal özellikleri ile doğum sonrası cinsel sorun yaşama durumlarının karşılaştırılması (n=230)

Sosyal özellikler	Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeğine Göre Doğum Sonrası Cinsel Sorun				df	Ki -kare/ p değeri
	Olanlar (n=210)		Olmayanlar (n=20)			
	S	% *	S	% *		
Evlilik süresi						
1-5 yıl	120	88,9	15	11,1	3	X ² =3,109** P=0,375 P>0,05
6-10 yıl	56	93,3	4	6,7		
11-15 yıl	18	94,7	1	5,3		
16yıl ve üzeri	16	100,0	-	-		
Resmi nikah						
Olan	201	91,0	20	9,0	1	X ² =0,892** P=0,345 P>0,05
Olmayan	9	100,0	-	-		
Algılanan gelir düzeyi						
Düşük	87	92,6	7	7,4	2	X ² =5,485*** P=0,064 P>0,05
Orta	105	92,9	8	7,1		
Yüksek	18	78,3	5	21,7		
Aile Tipi						
Çekirdek aile	159	91,9	14	8,1	1	X ² =0,320** P=0,572 P>0,05
Geniş aile	51	89,5	6	10,5		
En uzun süre yaşadıkları yer						
Köy	30	93,8	2	6,3	3	X ² =5,508** P=0,138 P>0,05
Kent	53	94,6	3	5,4		
Kasaba	23	100,0	-	-		
Büyük kent	104	87,4	15	12,6		

*Satır yüzdesi alınmıştır.

**Pearson ki-kare değeri kullanılmıştır.

***Likelihood ki-kare değeri kullanılmıştır.

En uzun süre yaşadıkları yer köy olan kadınların %93,8'inin, kent olanların %94,6'sının, kasaba olanların hepsinin (%100,0) ve büyük kent olanların %87,4'ünün doğum sonrası cinsel sorun yaşadıkları saptanmıştır. Yapılan istatistiksel değerlendirmede de gruplar arasında fark bulunamamıştır (X²=5,508, p>0,05) (Çizelge 3.13.2) .

3.14. Kadınların Bazı Obstetrik Özellikleri İle Doğum Sonrası Cinsel Sorun Yaşama Durumlarının Karşılaştırılması

Kadınların gebelik, canlı doğum ve yaşayan çocuk sayısı özelliklerine göre doğum sonrası cinsel sorun yaşama durumlarına ilişkin verilerin dağılımları Çizelge 3.14.1’de verilmiştir. Bir defa gebe kalan kadınların %89,1’inin, iki veya üç defa gebe kalan kadınların %91,5’inin ve dört defa veya daha fazla gebe kalan kadınların hepsinin (%100,0) doğum sonrası cinsel sorun yaşadıkları saptanmıştır. Yapılan istatistiksel değerlendirmede de grupların benzer dağılım gösterdikleri belirlenmiştir ($X^2=2,809$, $p>0,05$).

Çizelge 3.14.1. Kadınların bazı obstetrik özellikleri ile doğum sonrası cinsel sorun yaşama durumlarının karşılaştırılması (n=230)

Obstetrik özellikleri	Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeğine Göre Doğum Sonrası Cinsel Sorun				df	Ki –kare/ p değeri
	Olanlar (n=210)		Olmayanlar (n=20)			
	n	% *	n	% *		
Gebelik sayısı						
1	90	89,1	11	10,9	2	X ² =2,809** P=0,245 P>0,05
2-3	97	91,5	9	8,5		
4 ve üzeri	23	100,0	-	-		
Canlı doğum sayısı						
1	108	87,8	15	12,2	2	X ² =4,382** P=0,112 P>0,05
2-3	92	94,8	5	5,2		
4 ve üzeri	10	100,0	-	-		
Yaşayan çocuk sayısı						
1	107	87,7	15	12,3	2	X ² =4,537** P=0,103 P>0,05
2-3	93	94,9	5	5,1		
4 ve üzeri	10	100,0	-	-		

*Satır yüzdesi alınmıştır.

**Pearson ki-kare değeri kullanılmıştır.

Bu araştırmada bir defa canlı doğum yapan kadınların %87,8’inin, iki veya üç defa canlı doğum yapan kadınların %94,8’inin ve dört veya daha fazla canlı doğum yapan

kadınların hepsinin doğum sonrası cinsel sorunu olduğu bulunmuştur. Canlı doğum sayısı ile doğum sonrası cinsel sorun yaşama durumu arasında yapılan istatistiksel değerlendirmede, grupların benzer oldukları bulunmuştur ($X^2=4,382$, $p>0,05$) (Çizelge 3.14.1).

Hem bir tane (%87,7) hem de iki veya üç tane yaşayan çocuğu olan kadınların (%94,9) çok büyük bir kısmının, dört veya daha fazla yaşayan çocuğu olan kadınların hepsinin (%100,0) doğum sonrası cinsel sorunu olduğu tespit edilmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede de gruplar arasında fark bulunamamıştır ($X^2=4,537$, $p>0,05$) (Çizelge 3.14.1).

3.15. Kadınların ve Eşlerinin Sağlık Durumları ve Sürekli İlaç Kullanma Özellikleri İle Kadınların Doğum Sonrası Cinsel Sorun Yaşama Durumlarının Karşılaştırılması

Kadınların sağlık durumlarına göre doğum sonrası cinsel sorun yaşamaları incelendiğinde, sağlık sorunu olan (%95,8) ve sağlık sorunu olmayan kadınların (%90,8) büyük bir bölümünün istatistiksel olarak benzer bir şekilde doğum sonrası cinsel sorun yaşadıkları belirlenmiştir ($X^2=0,692$, $p>0,05$). Benzer şekilde sürekli ilaç kullanan (%94,4) ve kullanmayan (%91,0) kadınların da çok büyük bir bölümünün doğum sonrası cinsel sorunları olduğu bulunmuştur. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($X^2=0,243$, $p>0,05$) (Çizelge 3.15.1).

Kadınların eşlerinin sağlık durumları ve sürekli ilaç kullanma özelliklerine göre doğum sonrası cinsel sorun yaşama durumları da incelenmiştir. Eşlerin de sağlık sorunu olan (%92,3) ve olmayan (%91,2) kadınların çok büyük bir bölümünün doğum sonrası cinsel sorun yaşadığı belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede de grupların benzer özellikte olduğu saptanmıştır ($X^2=0,017$, $p>0,05$). Hem eşleri sürekli ilaç kullanan kadınların (%90,0) hem de eşleri sürekli ilaç kullanmayan kadınların (%91,3) büyük bir kısmının istatistiksel olarak benzer şekilde doğum sonrası cinsel sorun yaşadığı saptanmıştır ($X^2=0,002$, $p>0,05$) (Çizelge 3.15.1).

Çizelge 3.15.1. Kadınların ve eşlerinin sağlık durumları ve sürekli ilaç kullanma özellikleri ile kadınların doğum sonrası cinsel sorun yaşama durumlarının karşılaştırılması (n=230)

Sağlık ve sürekli ilaç kullanma özellikleri	Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeğine Göre Doğum Sonrası Cinsel Sorun				df	Ki -kare/ p değeri
	Olanlar (n=210)		Olmayanlar (n=20)			
	n	%*	n	%*		
Kadınların sağlık sorunu						
Olan	23	95,8	1	4,2	1	X ² =0,692** P=0,405 P>0,05
Olmayan	187	90,8	19	9,2		
Kadınların sürekli ilaç kullanımı						
Kullanan	17	94,4	1	5,6	1	X ² =0,243** P=0,622 P>0,05
Kullanmayan	193	91,0	19	9,0		
Eşlerin sağlık sorunu						
Olan	12	92,3	1	7,7	1	X ² =0,017** P=0,895 P>0,05
Olmayan	198	91,2	19	8,8		
Eşlerin sürekli ilaç kullanımı						
Kullanan	10	90,9	1	9,1	1	X ² =0,002** P=0,962 P>0,05
Kullanmayan	200	91,3	19	8,7		

*Satır yüzdesi alınmıştır.

**Pearson ki-kare analizi kullanılmıştır.

3.16. Kadınların Gebelik ve Doğum Eylemi Özellikleri İle Doğum Sonrası Cinsel Sorun Yaşama Durumlarının Karşılaştırılması

Çizelge 3.16.1’de kadınların en son gebeliklerini planlama, bebeklerini isteme ve doğum eylemine ilişkin bazı özelliklerine göre doğum sonrası cinsel sorun yaşama durumlarının dağılımları görülmektedir. Kadınların en son gebeliklerini planlama durumlarına göre doğum sonrası cinsel sorun yaşama durumları incelendiğinde, hem en son gebeliğini planlayan (%90,3) hem de planlamayan (%93,8) kadınların büyük bir

kısının doğum sonrası cinsel sorun yaşadıkları bulunmuştur. Yapılan istatistiksel değerlendirmede de grupların benzer oldukları saptanmıştır ($X^2=0,737$, $p>0,05$).

Bebeğini isteyen kadınların %90,2'sinin ve istemeyen kadınların %97,2'sinin doğum sonrası cinsel sorunu olduğu saptanmıştır. Kadınların bebeğini isteme özellikleri ile doğum sonrası cinsel sorun yaşamaları yönünde yapılan istatistiksel değerlendirmede, gruplar arasındaki fark anlamsız bulunmuştur ($X^2=1,883$, $p>0,05$) (Çizelge 3.16.1).

Hem normal doğum yapan (%89,1) hem de sezaryen ile doğum yapan (%93,3) kadınların büyük bir bölümünün istatistiksel olarak benzer şekilde doğum sonrası cinsel sorun yaşadığı belirlenmiştir ($X^2=1,301$, $p>0,05$). Normal doğum yapan kadınların perineal durumları ile doğum sonrası cinsel sorun yaşama durumları karşılaştırıldığında, epizyotomisi olan kadınların %92,0'nın, spontan laserasyonu olanların hepsinin (%100,0) ve perineal travması olmayan kadınların %80,0'nın doğum sonrası cinsel sorun yaşadığı belirlenmiştir. Ancak yapılan istatistiksel değerlendirmede gruplar arası farkın anlamsız olduğu bulunmuştur ($X^2=2,854$, $p>0,05$) (Çizelge 3.16.1).

Bu çalışmada görüşmelerin yapıldığı tarihte postpartum 2-3 ay arasında olan kadınların %76,2'sinin, postpartum 4-6 ay arasında olanların 88,4'ünün, postpartum 7-9 ay arasında olanların %90,1'inin ve postpartum 10-12 ay arasında olanların %97,6'sının doğum sonrası cinsel sorun yaşadığı belirlenmiştir. Doğum sonrası geçen süre ile kadınların cinsel sorun yaşama durumları arasında yapılan istatistiksel değerlendirmede, gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu bulunmuştur ($X^2=10,95$, $P=0,012$, $P<0,05$). İleri ki kare analizinde bu farkın postpartum 2-3 ay arasında olan kadınlar ile postpartum 10-12 ay arasında olan kadınlardan kaynaklandığı belirlenmiştir ($X^2=12,570$ $p=0,000$ $p<0,05$) (Çizelge 3.16.1).

Çizelge 3.16.1. Kadınların gebelik ve doğum eylemi özellikleri ile doğum sonrası cinsel sorunu yaşama durumlarının karşılaştırılması (n=230)

Özellikler	Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeğine Göre Doğum Sonrası Cinsel Sorun				df	Ki -kare/ p değeri
	Olanlar		Olmayanlar			
	n	%*	n	%*		
Gebeliği planlama durumu						
Planlı	149	90,3	16	9,7	1	X ² =0,737** P=0,391 P>0,05
Plansız	61	93,8	4	6,2		
Bebegi isteme durumu						
İsteyen	175	90,2	19	9,8	1	X ² =1,883** P=0,170 P>0,05
İstemeyen	35	97,2	1	2,8		
Doğum şekli						
Normal	98	89,1	12	10,9	1	X ² =1,301** P=0,254 P>0,05
Sezaryen	112	93,3	8	6,7		
Normal doğum yapan kadınların perineal durumu						
Epizyotomisi olan	81	92,0	7	8,0	2	X ² =2,854** P=0,240 P>0,05
Spontan laserasyonu olan	2	100,0	-	-		
Perinel travması olmayan	16	80,0	4	20,0		
Doğumdan sonra geçen süre						
2-3 ay	16	76,2	5	23,8	3	X ² =10,95* * P=0,012 P<0,05
4-6 ay	38	88,4	5	11,6		
7-9 ay	73	90,1	8	9,9		
10-12 ay	83	97,6	2	2,4		

*Satır yüzdesi alınmıştır.

**Pearson ki-kare değeri kullanılmıştır.

3.17. Kadınların Doğum Sonrası Sağlık Sorunu Yaşama Özellikleri İle Doğum Sonrası Cinsel Sorun Yaşama Durumlarının Karşılaştırılması

Çizelge 3.17.1. Kadınların doğum sonrası sağlık sorunu yaşama özellikleri ile doğum sonrası cinsel sorun yaşama durumlarının karşılaştırılması (n=230)

Doğum sonrası sağlık sorunları	Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeğine Göre Doğum Sonrası Cinsel Sorun				df	Ki -kare/ p değeri
	Olanlar*		Olmayanlar*			
	n	%	n	%		
Epizyotomi ile ilgili sorunu***						
Olan	17	85,0	3	15,0	1	X ² =0,185** P=0,667 P>0,05
Olmayan	62	88,6	8	11,4		
Sezaryen kesi yer ilgili sorunu						
Olan	26	100,0	-	-	1	X ² =2,371** P=0,124 P>0,05
Olmayan	86	91,5	8	8,5		
BDE’ne göre postpartum depresyonu						
Olan	40	95,2	2	4,8	1	X ² =1,001** P=0,317 P>0,05
Olmayan	170	90,4	18	9,6		
Herhangi bir sağlık sorunu						
Olan	44	95,7	2	4,3	1	X ² =1,369** P=0,242 P>0,05
Olmayan	166	90,2	18	9,8		

*Satır yüzdesi alınmıştır.

**Pearson ki-kare değeri kullanılmıştır.

***Laserasyon onarımı olan iki kadın epizyotomi uygulanan kadınlar grubuna dahil edilmiştir.

Çizelge 3.17.1 Kadınların doğum sonrası dönemde sağlık sorunu ve depresyon yaşama özellikleri ile cinsel sorun yaşama durumlarının karşılaştırılmasını göstermektedir. Epizyotomi iyileşmesinde sorun yaşayan (%85,0) ve yaşamayan kadınların (%88,6) büyük bir kısmının istatistiksel olarak benzer şekilde doğum sonrası cinsel sorun yaşadığı

saptanmıştır ($X^2=0,185$, $p>0,05$). Sezaryen kesi yeri iyileşmesinde sorunu olan kadınların hepsi (%100,0), sorunu olmayan kadınların %91,5'i doğum sonrası cinsel sorun yaşamaktadırlar. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, gruplar arası farkın anlamsız olduğu belirlenmiştir ($X^2=2,371$, $p>0,05$).

Bu çalışmada kadınların postpartum depresyon yaşama özelliklerine göre doğum sonrası cinsel sorun yaşama durumları incelendiğinde, hem depresyonu olan (%95,2) hem de depresyonu olmayan kadınların (%90,4) çok büyük bir kısmının doğum sonrası cinsel sorun yaşadığı tespit edilmiştir. İstatistiksel olarak grupların benzer oldukları bulunmuştur ($X^2=1,001$, $p>0,05$). Ayrıca doğum sonrası herhangi bir sağlık sorunu olan (%95,7) ve olmayan (%90,2) kadınların büyük bir bölümünün doğum sonrası cinsel sorun yaşadığı saptanmıştır. Yapılan istatistiksel değerlendirmede de grupların benzer oldukları bulunmuştur ($X^2=1,369$, $p>0,05$) (Çizelge 3.17.1).

3.18. Kadınların Evlilik Hayatından Memnun Olmaları, İlk Cinsel İlişki Yaşları ve Aile İçi Şiddet Yaşamaları İle Doğum Sonrası Cinsel Sorun Yaşama Durumlarının Karşılaştırılması

Kadınların evlilik hayatından memnun olma, ilk cinsel ilişki yaşları ve aile içi şiddet yaşama özelliklerine göre doğum sonrası dönemde cinsel sorun yaşama durumlarının dağılımı Çizelge 3.18.1'de verilmiştir. Evlilik hayatından memnun olma durumlarına göre kadınların doğum sonrası cinsel sorun yaşama durumu incelendiğinde, evlilik hayatından memnun olan kadınların %90,9'nun, memnun olmayanların hepsinin (%100,0) doğum sonrası cinsel sorun yaşadığı belirlenmiştir. Kadınların evlilik hayatından memnuniyetleri ile doğum sonrası cinsel sorun yaşama durumları bakımından yapılan istatistiksel değerlendirmede, gruplar arasında fark tespit edilmemiştir ($X^2=1,100$, $p>0,05$).

Kadınların ilk cinsel ilişki yaşına göre doğum sonrası cinsel sorun yaşama durumları incelendiğinde, hangi yaş grubunda olursa olsun kadınların büyük bir kısmının doğum sonrası cinsel sorun yaşadığı belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede de grupların benzer oldukları bulunmuştur ($X^2=0,647$, $p>0,05$) (Çizelge 3.18.1).

Çizelge 3.18.1. Kadınların evlilik hayatından memnun olmaları, ilk cinsel ilişki yaşları ve aile içi şiddet yaşamaları ile doğum sonrası cinsel sorun yaşama durumlarının karşılaştırılması (n=230)

Özellikler	Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeğine Göre Doğum Sonrası Cinsel Sorun				df	Ki -kare/ p değeri
	Olanlar (n=210)		Olmayanlar (n=210)			
	n	% *	n	% *		
Evlilik hayatından memnun						
Olan	199	90,9	20	9,1	1	X ² =1,100** P=0,294 P>0,05
Olmayan	11	100,0	-	-		
İlk cinsel ilişki yaşı						
13-18 yaş	59	89,4	7	10,6	2	X ² =0,647** P=0,724 P>0,05
19-29 yaş	144	92,3	12	7,7		
30 yaş ve üzeri	7	87,5	1	12,5		
Fiziksel şiddet						
Yaşayan	26	96,3	1	3,7	1	X ² =0,960** P=0,327 P>0,05
Yaşamayan	184	90,6	19	9,4		
Cinsel şiddete						
Yaşayan	33	97,1	1	2,9	1	X ² =1,664** P=0,197 P>0,05
Yaşamayan	177	90,3	19	9,7		

*Satır yüzdesi alınmıştır

**Pearson ki-kare değeri kullanılmıştır.

Hem eşinden fiziksel şiddet gören (%96,3) hem de eşinden fiziksel şiddet görmeyen kadınların (%90,6) büyük bir kısmının istatistiksel olarak benzer şekilde doğum sonrası cinsel sorun yaşadıkları belirlenmiştir (X²=0,960, p>0,05). Kadınların eşlerinden cinsel şiddet görme özellikleri ile doğum sonrası cinsel sorun yaşama durumları karşılaştırılmıştır. Eşinden cinsel şiddet gören (%97,1) ve görmeyen (%90,3) kadınların doğum sonrası aynı oranlarda cinsel sorun yaşadığı belirlenmiştir. Kadınların eşinden cinsel şiddet görme durumları ile doğum sonrası cinsel sorun yaşamaları arasında yapılan istatistiksel değerlendirmede de grupların benzer özellikte oldukları saptanmıştır (X²=1,664, p>0,05) (Çizelge 3.18.1).

3.19. Kadınların Gebelik Öncesi ve Gebelikteki Cinsel Yaşamlarına İlişkin Bazı Özellikleri İle Doğum Sonrası Cinsel Sorun Yaşama Durumlarının Karşılaştırılması

Çizelge 3.19.1. Kadınların gebelik öncesi ve gebelikteki cinsel yaşamlarına ilişkin bazı özellikleri ile doğum sonrası cinsel sorun yaşama durumlarının karşılaştırılması (n=230)

Gebelik öncesi ve gebelikteki cinsel yaşama ilişkin özellikleri	Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeğine Göre Doğum Sonrası Cinsel Sorun				df	Ki -kare/ p değeri
	Olanlar (n=210)		Olmayanlar (n=20)			
	n	%*	n	%*		
Gebelik öncesi cinsel sorun						
Olan	84	95,5	4	4,5	1	X ² =3,092** P=0,079 P>0,05
Olmayan	126	88,7	16	11,3		
Danışmanlık veya tedavi						
Alan	21	87,5	3	12,5	1	X ² =4,813** P=0,028 P<0,05
Almayan	63	98,4	1	1,6		
Gebelikte cinsel sorun						
Olan	74	97,4	2	2,6	1	X ² =5,257** P=0,022 P<0,05
Olmayan	136	88,3	18	11,7		

*Satır yüzdesi alınmıştır.

**Pearson ki-kare değeri kullanılmıştır.

Gebelikten önce cinsel sorunu olan (%95,5) ve olmayan (%88,7) kadınların büyük bir bölümünün doğum sonrası istatistiksel olarak benzer şekilde cinsel sorun yaşadıkları belirlenmiştir (X²=3,092, p>0,05). Gebelikten önce yaşadıkları cinsel sorunlar için danışmanlık veya tedavi alan kadınların %87,5'inin, almayanların %98,4'ünün doğum sonrası cinsel sorun yaşadıkları belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede de gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (p=0,028, p<0,05). Bu çalışmada gebelikte cinsel sorunu olan kadınların %97,4'ünün, olmayanların %88,3'ünün doğum sonrası dönemde cinsel sorun yaşadıkları saptanmıştır. Yapılan istatistiksel değerlendirmede de bu fark anlamlı bulunmuştur (X²=5,25, p=0,022, p<0,05) (Çizelge 3.19.1)

3.20. Kadınların Doğum Sonrası Cinsel Yaşamlarıyla İlgili Bazı Özellikleri İle Cinsel Sorun Yaşama Durumlarının Karşılaştırılması

Çizelge 3.20.1’de kadınların doğum sonrası cinsel yaşamlarıyla ilgili bazı özellikleri ile doğum sonrası cinsel sorun yaşam durumlarının karşılaştırılması sunulmuştur. Doğumdan sonra 2-6 hafta arasında cinsel ilişkiye başlayan kadınların %90,1’inin, 7-11 hafta arasında başlayanların %93,0’ının, 12-21 hafta arasında başlayanların %94,4’ünün doğum sonrası cinsel sorun yaşadığı saptanmıştır. Doğum sonrası kadınların cinsel ilişkiye başlama zamanı ile cinsel sorun yaşama durumları arasında yapılan istatistiksel değerlendirmede, gruplar arasındaki fark anlamsız bulunmuştur ($X^2=0,738$, $p>0,05$).

Cinsel ilişkiye başlama zamanı ile ilgili dini veya kültürel inancı olan (%88,4) ve olmayan (%92,5) kadınların büyük bir kısmının doğum sonrası cinsel sorun yaşadıkları belirlenmiştir. Ancak gruplar arasında fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($X^2=1,043$, $p>0,05$). Doğum sonrası cinsel yaşamlarından memnun olan (%89,6) ve olmayan (%96,5) kadınların büyük bir bölümünün doğum sonrası cinsel sorun yaşadığı belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede de gruplar arasındaki fark anlamsız bulunmuştur ($X^2=2,568$, $p>0,05$). Doğum sonrası dönemde hem cinsel yaşama ilişkin korkuları olan kadınların (%91,0) hem de olmayanların (%91,8) tamamına yakınının doğum sonrası cinsel sorun yaşadığı belirlenmiştir (Çizelge 3.9.2). Yapılan istatistiksel değerlendirmede de grupların bezerlik gösterdikleri saptanmıştır ($X^2=0,036$, $p>0,05$) (Çizelge 3.20.1).

Doğumdan sonra haftada birden az cinsel ilişkiye giren kadınların %98,2’sinin, haftada bir veya iki defa cinsel ilişkiye giren kadınların %93,5’nin ve haftada üç ve daha fazla cinsel ilişkiye giren kadınların %78,8’inin doğum sonrası cinsel sorun yaşadığı saptanmıştır. Kadınların doğum sonrası cinsel ilişki sıklıkları ile doğum sonrası cinsel sorun yaşama durumları arasında yapılan istatistiksel değerlendirmede, gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($X^2=14,186$, $p<0,05$). İleri ki kare analizinde bu farkın haftada bir defa veya daha az cinsel ilişkide bulunan kadınlar ile haftada üç defa ve daha fazla cinsel ilişkide bulunan kadınlar ($X^2=10,036$, $p=0,002$, $p<0,05$) ve haftalık cinsel ilişki sayısı bir veya iki defa olan kadınlar ile haftalık cinsel ilişki sayısı üç defa veya daha fazla olan ($X^2=8,105$, $p=0,004$, $p<0,05$) kadınlar arasındaki farktan kaynaklandığı belirlenmiştir (Çizelge 3.20.1).

Çizelge 3.20.1. Kadınların doğum sonrası cinsel yaşamlarıyla ilgili bazı özellikleri ile cinsel sorun yaşama durumlarının karşılaştırılması (n=230)

Özellikler	Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeğine Göre Doğum Sonrası Cinsel Sorun				df	Ki -kare/ p değeri
	Olanlar (n=210)		Olmayanlar (n=20)			
	n	%*	n	%*		
Cinsel ilişkiye başlama zamanı						
2-6 hafta	127	90,1	14	9,9	2	X ² =0,738** P=0,691 P>0,05
7-11 hafta	66	93,0	5	7,0		
12-21 hafta	17	94,4	1	5,6		
Cinsel ilişkiye başlama ile ilgili inancı						
Olan	61	88,4	8	11,6	1	X ² =1,043** P=0,307 P>0,05
Olmayan	149	92,5	12	7,5		
Cinsel yaşantıdan memnun						
Olan	155	89,6	18	10,4	1	X ² =2,568** P=0,109 P>0,05
Olmayan	55	96,5	2	3,5		
Cinsel yaşantıdan korkma						
Korkuyor	132	91,0	13	9,0	1	X ² =0,036** P=0,850 P>0,05
Korkmuyor	78	91,8	7	8,2		
Cinsel ilişki sıklığı						
Haftada 1 den az	54	98,2	1	1,8	2	X ² =14,186** P=0,001 P<0,05
Haftada 1-2	115	93,5	8	6,5		
Haftada 3 ve daha fazla	41	78,8	11	21,2		
Gebelik öncesine göre cinsel ilişki sıklığı						
Değişiklik yok	43	91,5	4	8,5	2	X ² =2,610** P=0,271 P>0,05
Azaldı	155	92,3	13	7,7		
Arttı	12	80,0	3	20,0		
Doğum sonrası cinsel sorun						
İfade eden	181	94,8	10	5,2	1	X ² =16,98** P=0,000 P<0,05
İfade etmeyen	29	74,4	10	25,6		
İlk cinsel ilişkide ağrı						
Hissedenler	130	95,6	6	4,4	1	X ² =7,692** P=0,006 P<0,05
Hissetmeyenler	80	85,1	14	14,9		

*Satır yüzdesi alınmıştır.

**Pearson ki-kare değeri kullanılmıştır.

Doğum sonrası dönemde gebelik öncesine göre cinsel ilişki sıklığında değişiklik olmayan (%91,5) ve azalma olan (%92,3) kadınların büyük bir kısmının ve doğum sonrası cinsel ilişki sıklığında artma olan kadınların %80,0'nin doğum sonrası cinsel sorun yaşadıkları tespit edilmiştir. İstatistiksel olarak bu fark anlamsız bulunmuştur ($X^2=2,610$, $p>0,05$) (Çizelge 3.20.1).

Kadınların doğum sonrası cinsel sorunu olduğunu ifade etme durumları ile ACYÖ puanlamasına göre cinsel sorun yaşama durumları karşılaştırıldığında, doğum sonrası cinsel sorun yaşadığını ifade eden kadınların (%94,8) ifade etmeyenlere (%74,4) göre daha fazla oranda doğum sonrası cinsel sorun yaşadığı belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede de bu fark anlamlı bulunmuştur ($X^2=16,985$, $P<0,05$) (Çizelge 3.20.1).

Doğum sonrası cinsel yaşamlarına döndüklerinde ilk cinsel ilişkide ağrı hisseden kadınların %95,6'sının ve hissetmeyenlerin %85,1'inin doğum sonrası cinsel sorun yaşadığı belirlenmiştir. Kadınların doğum sonrası ilk cinsel ilişkilerinde ağrı hissetme durumları ile cinsel sorun yaşama durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($X^2=7,692$, $p<0,05$) (Çizelge 3.20.1).

3.21. Kadınların Laktasyon ve Beden İmajı Özellikleri İle Doğum Sonrası Cinsel Sorun Yaşama Durumlarının Karşılaştırılması

Kadınların laktasyon ve beden imajı özellikleri ile doğum sonrası cinsel sorun yaşama durumlarının karşılaştırılması Çizelge 3.21.1'de görülmektedir. Bu çalışmada hem emziren (%92,1) hem de emzirmeyen kadınların (%88,5) büyük bir kısmının doğum sonrası cinsel sorun yaşadığı belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede de grupların benzer oldukları saptanmıştır ($X^2=0,684$, $p>0,05$).

Kadınların doğum sonrası dönemde memelerinde oluşan değişimlerden dolayı cinsel ilişki sırasında rahatsızlık hissetme özelliklerine göre cinsel sorun yaşama durumlarına bakıldığında memelerindeki değişimlerden cinsel ilişki sırasında rahatsız olan kadınların

%87,9'nun, rahatsız olmayanların %92,9'nun doğum sonrası cinsel sorun yaşadığı görülmüştür. Yapılan istatistiksel değerlendirmede bu fark anlamsız bulunmuştur ($X^2=0,569$, $p>0,05$) (Çizelge 3.21.1).

Bu çalışmada doğum sonrası dönemde hem fiziksel görünümünden memnun olan (%89,3) hem de memnun olmayan kadınların (%93,6) büyük çoğunluğunun doğum sonrası cinsel sorun yaşadığı bulunmuştur. Yapılan istatistiksel değerlendirmede de grupların benzer oldukları saptanmıştır ($X^2=1,349$, $p>0,05$) (Çizelge 3.21.1).

Çizelge 3.21.1. Kadınların laktasyon ve beden imajı özellikleri ile doğum sonrası cinsel sorun yaşama durumlarının karşılaştırılması (n=230)

Laktasyon ve beden imajına ilişkin bazı özellikler	Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeğine Göre Doğum Sonrası Cinsel Sorun				df	Ki -kare/ p değeri
	Olanlar (n=210)		Olmayanlar (n=20)			
	n	% *	n	% *		
Emzirme durumu						
Emziren	164	92,1	14	7,9	1	X ² =0,684** P=0,408 P>0,05
Emzirmeyen	46	88,5	6	11,5		
Memelerdeki değişimlerden cinsel ilişkide rahatsız						
Olan	29	87,9	4	12,1	1	X ² =0,569** P=0,450 P>0,05
Olmayan	181	91,9	16	8,1		
Fiziksel görünümünden memnun						
Olan	108	89,3	13	10,7	1	X ² =1,349** P=0,245 P>0,05
Olmayan	102	93,6	7	6,4		

*Satır yüzdesi alınmıştır.

**Pearson ki-kare değeri kullanılmıştır.

3.22. Kadınların Menstruasyon ve Aile Planlaması Yöntemi Kullanımına İlişkin Bazı Özellikleri İle Doğum Sonrası Cinsel Sorun Yaşama Durumlarının Karşılaştırılması

Çizelge 3.22.1’de kadınların menstruasyon ve aile planlaması yöntemi kullanımına ilişkin bazı özellikleri ile doğum sonrası cinsel sorun yaşama durumlarının karşılaştırılması yer almaktadır. Kadınların doğum sonrası menstruasyon özelliklerine göre doğum sonrası cinsel sorun yaşama durumları incelendiğinde, menstruasyonu düzenli olanların %89,1’inin, düzenli olmayanların %93,8’inin ve laktasyonel amenoresi olanların %95,2’sinin doğum sonrası cinsel sorun yaşadığı belirlenmiştir. Ancak gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($X^2=1,439$, $p>0,05$). Doğum sonrası dönemde hem etkin aile planlaması yöntemi kullanan (%89,1) ve kullanmayan (93,8), hem de hiç bir yöntem kullanmayan (%95,2) kadınların büyük bir kısmının doğum sonrası cinsel sorun yaşadığı saptanmıştır. Yapılan istatistiksel değerlendirmede de bu farkın anlamsız olduğu belirlenmiştir ($X^2=1,869$, $p>0,05$).

Çizelge 3.22.1. Kadınların menstruasyon ve aile planlaması yöntemi kullanımına ilişkin bazı özellikleri ile doğum sonrası cinsel sorun yaşama durumlarının karşılaştırılması (n=230)

Özellikler	Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeğine Göre Doğum Sonrası Cinsel Sorun				df	Ki -kare/ p değeri
	Olanlar (n=210)		Olmayanlar (n=20)			
	n	% *	n	% *		
Doğum sonrası menstruasyon						
Düzenli	132	89,9	15	10,2	2	X ² =1,439** P=0,487 P>0,05
Düzensiz	26	96,3	1	3,7		
Laktasyonel amenore	52	92,9	4	7,1		
A.P. yöntemi kullanma						
Etkin yöntem kullanan	114	89,1	14	10,9	1	X ² =1,869** P=0,393 P>0,05
Etkin yöntem kullanmayan	76	93,8	5	6,2		
Hiç yöntem kullanmayan	20	95,2	1	4,8		

*Satır yüzdesi alınmıştır.

**Pearson ki-kare değeri kullanılmıştır.

3.23. Bebeklerin Doğum Zamanı, Sağlık Durumları ve Anneleriyle Aynı Odada Uyumaları İle Kadınların Doğum Sonrası Cinsel Sorun Yaşama Durumlarının Karşılaştırılması

Çizelge 3.23.1. Bebeklerin doğum zamanı, sağlık durumları ve anneleriyle aynı odada uyumaları ile kadınların doğum sonrası cinsel sorun yaşama durumlarının karşılaştırılması (n=230)

Bebeklerin özellikleri	Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeğine Göre Doğum Sonrası Cinsel Sorun				df	Ki -kare/ p değeri
	Olanlar (n=210)		Olmayanlar (n=20)			
	n	% *	n	% *		
Doğum zamanı						
Miadında (38-40 hafta)	193	91,0	19	9,0	2	X ² =2,692** P=0,260 P>0,05
Erken (37 haftadan önce)	14	100,0	-	-		
Geç (40 haftadan sonra)	3	75,0	1	25,0		
Sağlık sorunu						
Olan	8	88,9	1	11,1	1	X ² =0,069** P=0,793 P>0,05
Olmayan	202	91,4	19	8,6		
Annesi ile aynı odada						
Uyuyan	152	92,7	12	7,3	1	X ² =1,368** P=0,242 P>0,05
Uyumayan	58	87,9	8	12,1		

*Satır yüzdesi alınmıştır.

**Pearson ki-kare değeri kullanılmıştır.

Çizelge 3.23.1 bebeklerinin doğum zamanına, sağlık durumlarına ve anneleriyle aynı odada uyumalarına göre kadınların doğum sonrası cinsel sorun yaşama durumlarının dağılımını göstermektedir. Bebekleri miadında doğan kadınların %91,0'ının, erken doğanların hepsinin (100,0) ve geç doğanların %75,0'ının doğum sonrası cinsel sorun yaşadığı belirlenmiştir. Bebeklerin doğum zamanı ile kadınların doğum sonrası cinsel sorun yaşamaları yönünde yapılan istatistiksel değerlendirmede, gruplar arasındaki fark anlamsız bulunmuştur (X²=2,692, p>0,05).

Bebeklerinin sağlık durumları ile kadınların doğum sonrası cinsel sorun yaşama durumları karşılaştırıldığında, hem bebeklerinde sağlık sorunu bulunan kadınların (%88,9), hem de bulunmayanların (%92,4) büyük bir kısmının doğum sonrası dönemde cinsel sorun yaşadığı belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede de grupların benzer oldukları belirlenmiştir ($X^2=0,069$, $p>0,05$) (Çizelge 3.23.1).

Bebekleriyle aynı odada uyuyan (%92,7) ve uyumayan (%87,9) kadınların çoğu doğum sonrası cinsel sorun yaşamaktadır. Bebeklerin anneleri ile uyuma özelliklerine göre kadınların doğum sonrası cinsel sorun yaşama durumları arasında yapılan istatistiksel değerlendirmede gruplar arasındaki fark anlamsız bulunmuştur ($X^2=1,368$, $p>0,05$) (Çizelge 3.23.1).

4. TARTIŞMA

4.1. Kadınların ve Eşlerinin Tanıtıcı Özellikleri ve Bu Özelliklerine Göre Doğum Sonrası Cinsel Sorun Yaşama Durumlarının Değerlendirilmesi

Çalışmaya katılan kadınların yaş ortalamasının $27,44 \pm 5,25$, eşlerin yaş ortalamasının ise $31,91 \pm 6,29$ olduğu ve hem kadınların (%61,3) hem de eşlerinin (%53,0) yarısından fazlasının 21-29 yaş grubunda olduğu belirlenmiştir (Çizelge 3.1.1). Bu sonuçlar kadınların ve eşlerinin cinsel fonksiyonlarını olumsuz etkileyecek yaş grubunda olmadıklarını göstermektedir.

Cinsel fonksiyonun yaş ile azaldığı ve bu azalmanın 30'lu yaşlarda başladığı bildirilmektedir (Karaçam 2008b). Literatüre paralel olarak bu araştırma kapsamına alınan kadınların yaşları yükseldikçe cinsel sorun yaşama oranlarında artış olduğu gözlenmektedir ($p < 0,05$) (Çizelge 3.13.1). Bu araştırma sonuçları ile benzer olarak Odar ve arkadaşları (2003), kadınların doğum sonrası cinsel sorun yaşamasında yaşın etkili olduğunu bildirmişlerdir. Yine Demir ve arkadaşları (2007) da benzer şekilde cinsel işlev bozukluğu olan kadınların olmayanlara oranla daha yaşlı olduğunu belirtmişlerdir. Diğer yandan Trutnovsky ve arkadaşları (2006) kadınların gebelikte ve doğum sonrası dönemde cinsellik algılarıyla ilgili yaptıkları çalışmada, yaşın kadınların yaşadıkları cinsel sorunlar üzerinde etkisinin olmadığını bildirmişlerdir.

Bireylerin eğitim düzeylerinin yüksek olması, onların sosyal ve ekonomik açıdan güçlü olmalarını sağlayabilir (Taşkın 2005). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003

(TNSA-2003) sonuçlarına göre halen üreme çağındaki kadınların yarısından fazlası (%53,7) ve erkeklerin %77,0'ı ilkokul eğitimine sahiptir. Ülkemizin batısında halen üreme çağındaki kadınların %56,0'ı ilkokul mezunu iken bu oran doğuda %33,9'a düşmektedir. Bu çalışmada kadınlar (%49,1) ve eşlerinin (%49,5) yaklaşık yarısına yakının ilkokul mezunu olduğu görülmüştür (Çizelge 3.1.1). Çalışma sonuçlarına göre kadınların öğrenim düzeyi TNSA-2003 verileri ile benzerlik gösterirken, eşlerin eğitim düzeyi daha düşük belirlenmiştir. Eşlerin eğitim düzeyinin daha düşük olması, çalışmanın yapıldığı bölgenin yoğun göç almasından kaynaklanabilir.

Düşük eğitim düzeyi cinsel sorunların ortaya çıkmasına neden olabilmektedir (İncesu 2004). Ayaz (2007)'ın yaptığı çalışmada da öğrenim düzeyi yüksek olan bireylerin daha az cinsel sorun yaşadıkları bildirilmiştir. Ancak bu çalışmada ilkokul (%92,9) ve yüksekokul (%89,7) mezunu olan kadınların büyük bir bölümünün doğum sonrası cinsel sorunu olduğu gözlenmiştir ($p>0,05$) (Çizelge 3.13.1). Bu çalışmanın sonuçlarına benzer olarak Truntnovsyk ve arkadaşları (2006) eğitim seviyesinin doğum sonrası cinsel yaşamı etkilemediği bildirilmiştir. Yine Öksüz ve Malhan (2006)'ın ülkemizde yaptığı bir çalışmada; öğrenim durumu ile cinsel disfonksiyon arasında ilişki olmadığı belirlenmiştir. Bu durum örnekleme alınan kadınların farklılıklarından kaynaklanabilir.

Çalışmada kadınların sadece %10,4'ünün ve eşlerinin tamamına yakınının (%97,4) gelir getiren bir işte çalıştığı saptanmıştır (Çizelge 3.1.1). Bu çalışmanın bulguları ile benzerlik gösteren Orta Anadolu bölgesinden yapılan bir çalışmada, kadınların %13,7'sinin gelir getiren bir işte çalıştığı bildirilmiştir (Özdemir 2007). TNSA-2003 verilerine göre üreme çağındaki kadınların yaklaşık 1/3'ünün (%21,5) gelir getiren bir işte çalıştığı rapor edilmiştir. Bu çalışmada kadınların çalışma oranı TNSA-2003 verilerine göre daha düşük bulunmuştur.

Bu araştırmada hem çalışan (%87,5) hem de çalışmayan (%91,7) kadınların doğum sonrası dönemde benzer oranda cinsel sorun yaşadıkları belirlenmiştir ($p>0,05$) (Çizelge 3.13.1). Bu çalışmanın sonuçlarına benzer şekilde Tekin (1995), kadınların cinsel sorun ifade etme durumları ile çalışma özellikleri arasında bir ilişki olmadığını bildirmiştir. Diğer yandan Tashbulatova (2007)'nın çalışmasında bu araştırma bulgularından farklı

olarak çalışan kadınların cinsel açıdan daha istekli oldukları ve çalışmayan kadınlara göre daha az cinsel sorun yaşadıkları rapor edilmiştir.

Sosyal güvence bireylerin sağlık harcamalarını karşılayarak sağlıklarını olumlu yönde etkileyebilmektedir. Bu çalışmada kadınların %87,8'inin sosyal güvencesi olduğu saptanmıştır ($p>0,05$) (Çizelge 3.1.1). Ülkemizde yapılan diğer çalışmalarda ise kadınların daha az oranda (%66,7-78,7) sosyal güvencesinin olduğu bildirilmektedir (Özdemir 2007, Ayaz 2007). Bu araştırmada sosyal güvencesi olan (%91,6) ve olmayan (%89,3) kadınların büyük bir kısmının doğum sonrası cinsel sorunu olduğu görülmüştür (Çizelge 3.13.1). Bu sonuç araştırma kapsamına alınan kadınların çoğunun sağlık güvencesinin bulunmasıyla ilgili olabilir.

İleri yaş, düşük eğitim düzeyi ve işsizlik hem erkekte hem de kadında cinsel sorun gelişimini etkileyen önemli risk faktörleridir (Kadri ve ark 2002). Bu çalışmada literatürden farklı olarak kadınların eşlerinin yaşları, eğitim düzeyleri ve çalışma durumlarına göre doğum sonrası cinsel sorun yaşama özelliklerinin benzerlik gösterdiği belirlenmiştir ($p>0,05$) (Çizelge 3.13.1).

Evlilik süresinin uzun olması eşlerin birbirlerine olan cinsel çekiciliklerinin azalmasına neden olabilmektedir (Demir ve ark 2007). Bu çalışmaya katılan kadınların yarısından fazlasının (%58,7) evlilik sürelerinin 1-5 yıl arasında olduğu bulunmuştur ($p>0,05$) (Çizelge 3.1.2). Bu sonuç kadınların çoğunun evlilik sürelerinin cinsel yaşamlarını etkilemeyecek sürede olduğunu göstermektedir.

Evlilik süresinin uzamasıyla cinsel sorun yaşama riskinin arttığı bilinmektedir. Eşlerin birbirlerine olan cinsel çekiciliklerinin azalması bu süreçte etkili olabilmektedir (Demir ve ark 2007). Çalışmada literatürden farklı olarak evlilik süresinin kadınların doğum sonrası cinsel sorun yaşama oranlarını etkilemediği görülmüştür (Çizelge 3.13.2). Bu konuda yapılan bir çalışmada da benzer sonuçlar bildirilmiştir (Tashbulatova 2007).

Ayrıca bu araştırmanın örneklemini oluşturan kadınların az bir kısmının (%3,9) resmi nikâhının bulunmadığı belirlenmiştir (Çizelge 3.1.2). TNSA-2003 verilerinde

kadınların %5,8'nin resmi nikahı olmadığı (imam nikahı olduğu) bildirilmiştir. Bu sonuçlar ülkemizdeki kadınların halen küçük bir kısmının resmi nikâhı bulunmadığını göstermektedir. Resmi nikahı olan (%91,0) ve olmayan (%100,0) kadınların çok büyük bölümünün doğum sonrası dönemde cinsel sorunu yaşadıkları saptanmıştır ($p>0,05$) (Çizelge 3.13.2). Bu durum resmi nikaha sahip olmanın kadınların cinsel yaşamları üzerinde etkisi olmadığını göstermektedir.

Kadınların gelir düzeylerinin iyi olması sağlık hizmetlerinden yararlanmalarını kolaylaştırarak cinsel sağlıklarını korumalarına katkıda bulunabilir. Bu çalışmaya katılan kadınların yaklaşık yarısının (%49,1) gelir düzeyini orta olarak algıladıkları saptanmıştır (Çizelge 3.1.2). Ülkemizde yapılan diğer çalışmalarda bu çalışmanın sonuçlarına benzer olarak, kadınların %41,6-42,1'inin gelir düzeylerini orta olarak algıladıkları bildirilmiştir (Özdemir 2007, Ayaz 2007, Tashbulatova 2007). Bu durumun kadınların çalışma oranlarının düşük olması ve eşlerin düşük gelirli işlerde çalışması ile ilgili olabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada kadınların gelir durumunun doğum sonrası cinsel sorun yaşama durumunu etkilemediği belirlenmiştir ($p>0,05$) (Çizelge 3.13.2). Bu çalışmanın sonuçlarından farklı olarak Tashbulatova (2007), infertil kadınların cinsel fonksiyonlarına etki eden faktörlere ilişkin yaptığı çalışmada, kadınların gelir düzeyi arttıkça cinsel fonksiyonlarında bir düzelme olduğu bildirilmiştir.

Bu araştırmaya katılan kadınların yaklaşık yarısından fazlasının (51,7) en uzun süre büyük kentte, küçük bir kısmının (%13,9) köyde yaşadıkları ve %75,2'sinin çekirdek aile yaşantısı sürdürdüğü gözlenmiştir (Çizelge 3.1.2). Özdemir (2007)'de bu çalışmanın bulgularıyla benzer olarak kadınların %70,0'ının çekirdek ailede yaşadığını belirlemiştir. Ayrıca bu araştırmada doğum sonrası cinsel sorunu olan ve olmayan kadınların aile tipi ve en uzun süre yaşadıkları yer özelliklerinin benzer olduğu belirlenmiştir ($p>0,05$) (Çizelge 3.13.2).

4.2. Kadınların Obstetrik Özellikleri ve Bu Özelliklerine Göre Doğum Sonrası Cinsel Sorun Yaşama Durumlarının Değerlendirilmesi

Aşırı doğurganlık ve sık doğumlar kadınlarda gebelik, doğum ve lohusalık dönemlerinde mortalite ve morbiditenin artmasına neden olmaktadır (Taşkın 2005). TNSA 2003 verilerine göre doğurganlık hızı kırsal bölgelerde yaşayan kadınlarda 2,06 iken kentsel yerleşim yerlerinde 2,65 dir. Yine Doğu'da 3,65 olan bu hız Batı'da 1,88'e düşmektedir. Ayrıca yaşayan çocuk sayısı 1,69 olarak bildirilmiştir. Bu çalışmaya katılan kadınların ortalama gebelik ($1,96 \pm 1,16$) ve yaşayan çocuk sayısı ($1,65 \pm 0,88$) TNSA-2003 verileri ile benzerlik göstermektedir (Çizelge 3.2.1).

Kadının doğurganlığı ile cinselliği arasındaki ilişkiyi dengede tutması sağlıklı cinsel yaşamın temel öğelerindendir. Doğum sayısı genç yaştaki kadınlarda cinsel işlev bozukluklarına neden olabilmektedir (Tekin 1995, Berman ve ark 2003, Taşkın 2005). Literatür bilgisinden farklı olarak bu çalışmada gebelik sayısı, canlı doğum sayısı ve yaşayan çocuk sayısı bir ve üç arasında olan kadınların çok büyük bir kısmının, gebelik sayısı, canlı doğum sayısı ve yaşayan çocuk sayısı dört ve fazla olan kadınların da tamamının doğum sonrası cinsel sorun yaşadığı belirlenmiştir ($p > 0,05$) (Çizelge 3.14.1). Bu durum kadınların doğum ve yaşayan çocuk sayılarının doğum sonrası cinsel sorun yaşama durumlarını etkilemediğini göstermektedir. Bu çalışma ile sonuçları benzerlik gösteren bir çalışmada da kadınların çocuk sayısının doğum sonrası cinsel yaşamalarını etkilemediği bildirilmiştir (Truntnovsyk ve ark 2006). Çalışmamızın sonuçları Truntnovsyk ve arkadaşlarının bulgularıyla benzerlik gösterirken, literatür bilgisi ile farklılık göstermektedir.

4.3. Kadınların ve Eşlerinin Sağlık Durumları ve Bu Özelliklerine Göre Doğum Sonrası Cinsel Sorun Yaşama Durumlarının Değerlendirilmesi

Cinsel sağlık, bireylerin yaşadıkları sağlık sorunlarından ve sürekli ilaç kullanımından etkilenebilmektedir. Bazı kardiovasküler, endokronolojik, ürogenital sistem, sinir sistemi hastalıkları ve bazı antidepresanlar, beta-blokerler, kortikosteroidler ve

barbitüratların hem kadınların hem de erkeklerin cinsel fonksiyonlarını olumsuz yönde etkilediği ve cinsel sorunlara neden olduğu bilinmektedir (İncesu 2004, Bayrak 2006). Bu çalışmada kadınların %10,4'ünün ve eşlerinin %5,7'sinin sağlık sorunu olduğu, kadınların (%7,8) ve eşlerinin (%4,8) küçük bir bölümünün sürekli kullanması gereken ilaçlarının olduğu görülmektedir (Çizelge 3.3.1). Yine bu araştırmada hem kadınların hem de eşlerinin sağlık sorunu yaşamaları ve sürekli ilaç kullanmalarının kadınların doğum sonrası cinsel sorun yaşama durumlarını etkilemediği gözlenmiştir ($p>0,05$) (Çizelge 3.15.1). Tekin (1995) evli kadınların cinsel yaşamlarıyla ilgili çalışmasında, kadınların ve eşlerinin mevcut sağlık sorunları ve cinsel sorun yaşamaları arasında anlamlı bir ilişki bulamamıştır. Çalışma bulguları Tekin (1995)'in bulgularıyla benzerlik gösterirken, literatür bilgisinden farklılık göstermektedir.

4.4. Kadınların Gebelik ve Doğum Eylemi Özellikleri ve Bu Özelliklerine Göre Doğum Sonrası Cinsel Sorun Yaşama Durumlarının Değerlendirilmesi

Bu araştırmada Özdemir (2007)'in çalışma sonuçlarına benzer olarak, kadınların %71,7'sinin en son gebeliklerini planladığı ve %84,3'ünün bebeklerini istediği belirlenmiştir (Çizelge 3.4.1). Diğer yandan bu çalışmaya katılan kadınların TNSA-2003 verilerine göre daha fazla oranda gebeliklerini planladıkları belirlenmiştir. Bu sonuç çalışmanın Türkiye'nin Batı bölgesinde yapılmış olmasından kaynaklanabilir. Yine bu çalışmanın örneklemini oluşturan kadınların en son gebeliklerini planlama ve bebeklerini isteme özelliklerinin doğum sonrası cinsel sorun yaşama durumlarını etkilemediği gözlenmiştir ($p>0,05$) (Çizelge 3.16.1).

Bu çalışmaya katılan kadınların %47,8'inin vajinal ve %52,2'sinin sezaryen ile doğum yaptığı belirlenmiştir (Çizelge 3.4.1). TNSA 2003 verilerine göre, doğumların %21,4'ünün ve Sağlık Bakanlığı verilerine %42,5'inin sezaryenle gerçekleştirildiği rapor edilmiştir (Sucu 2008). Özdemir (2007)'in Konya ilinde yaptığı çalışmada kadınların %76,4'ünün vajinal ve %23,6'sının sezaryenle doğum yaptığı bildirilmiştir. Bu çalışmanın sonuçları Sağlık Bakanlığının verileriyle bezerlik gösterirken, Özdemir'in bulgularından

farklılık göstermektedir. Bu farklılık çalışmanın İzmir ilinde (Batı) yapılması ve Türkiye'nin batısında sezaryenle doğum oranlarının yüksek olması ile ilişkili olabilir.

Sezaryenle doğumda perineal travma gerçekleşmediği için, kadınların doğum sonrası cinsel sağlıklarının korunduğuna inanılmaktadır (Barett ve ark 1999, Wang ve ark 2003). Literatürden farklı olarak bu çalışmada hem vajinal (%89,1) hem de sezaryen ile doğum yapan (%93,3) kadınların doğum sonrası cinsel sorun yaşama durumlarının benzer olduğu bulunmuştur ($p>0,05$) (Çizelge 3.16.1). Diğer çalışmalarda ise sezaryen ve normal doğum yapan kadınlar arasında doğum sonrası cinsel sorun yaşama, cinsel isteklilik, cinsel rol, perineal kasların kuvveti ve disparanoya açısından anlamlı bir ilişki rapor edilmemiştir (Wang ve ark 2003, Barrett ve ark 2005, Baytur ve ark 2005). Bu sonuçlar doğum sonrası cinsel sorunların sadece perineal travmalar nedeniyle değil birçok sosyal ve fiziksel faktöre bağlı olarak ortaya çıkabileceğini düşündürmektedir.

Doğum sonrası dönemde normal doğum yapan kadınların perineal bölgelerinde epizyotomi ya da laserasyon onarım alanları bulunabilir (Karaçam, 2008b). Bu çalışmada, epizyotomi uygulanma oranının Karaçam ve Eroğlu (2003)'nın çalışma sonuçlarından daha fazla (%80,0) olduğu belirlenmiştir (Çizelge 3.4.1). Yurt dışında yapılan bir çalışmada ise vajinal doğum yapan kadınların %39,0'ının epizyotomisinin olduğu rapor edilmiştir (Enyindah ve ark 2007). Bu sonuçlar ülkemizde epizyotominin rutin bir uygulama olarak kullanılmasından kaynaklanabilir.

Bu çalışmada epizyotomisi ve spontan laserasyon onarımı olan ve olmayan kadınların benzer şekilde çok yüksek oranda doğum sonrası cinsel sorun yaşadığı belirlenmiştir ($p>0,05$) (Çizelge 3.16.1). Bu konuda yapılan diğer çalışmalarda da, epizyotomisi olan ve olmayan kadınların benzer şekilde cinsel fonksiyon bozukluğu yaşadığı bildirilmiştir (Karaçam 2008b, Signorello ve ark 2001). Diğer yandan yapılan bazı çalışmalarda ise, epizyotominin cinsel fonksiyonları olumsuz yönde etkilediği rapor edilmiştir (Thompson ve ark 2002, Sydow 1998). Bu farklılığın kadınlara uygulanan epizyotominin ve spontan laserasyonların derecesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmanın örneklemini oluşturan kadınların ortalama postpartum $8,09 \pm 2,90$ ayda olduğu bulunmuştur. Bu çalışma da kadınların postpartum dönemde olma süreleri arttıkça cinsel sorun yaşama oranlarının da arttığı gözlenmiştir ($p < 0,05$) (Çizelge 3.16.1). Bu konuyla ilgili yapılan çalışmalarda da kadınların yaşadıkları cinsel sorunların doğumdan sonra geçen sürelere göre değişiklik gösterdiği bildirilmektedir (Barrett ve ark 2000, Signorello ve ark 2001, Thompson ve ark 2002, Connolly ve ark 2005). Sonuçlar, doğum sonrası dönemdeki cinsel sorunların uzun süre devam edebileceğini ve zamana göre farklılık gösterebileceğini göstermektedir.

4.5. Kadınların Doğum Sonrası Dönemde Sağlık Sorunu Yaşama Özellikleri ve Bu Özelliklerine Göre Cinsel Sorun Yaşama Durumlarının Değerlendirilmesi

Doğum sonrası dönemde kadınların sıklıkla, epizyotomi bölgesinde/perinede ağrı, sezaryen kesi yerinde ağrı, vajinal enfeksiyon, üriner enfeksiyon, bağırsak problemleri, sırt ağrısı, mastit, cinsel problemler ve postpartum depresyon gibi sağlık sorunları yaşadıkları ve bu sorunların erken postpartum dönemde başlayıp 24. haftaya kadar devam edebileceği bildirilmektedir (Glanzer ve ark 1995, Brown ve Lumley 1998, Leah 2000, Balkaya 2002, Thompson ve ark 2002, Wong ve Perry 2006). Glanzer ve arkadaşları (1995) ve Brown ve Lumley (1998) çalışmalarında, bu araştırma sonuçlarına göre (Çizelge 3.5.1) daha az oranda (%8,0-17,0) kadınların perineal rahatsızlıklar ve sezaryen kesi yeri sorunları (%3,0-15,0) yaşadıklarını bildirmişlerdir. Bu farklılığın, ülkemizde hastanelerde gerektiği kadar hijyene önem verilmemesi sonucunda insizyon bölgesinde enfeksiyon gelişme olasılığının daha fazla olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Yine bu çalışmada, kadınların doğum sonrası depresyon yaşama oranlarının (%18,3) (Çizelge 3.5.1) ülkemizde ve yurt dışında yapılan diğer çalışma sonuçlarıyla benzer olduğu görülmüştür (Glanzer 1995, Brown ve ark 1998, Nur ve ark 2004, Özdemir 2007, Dönmez 2007).

Doğum sonrası yaşanan sağlık sorunları ve depresyon doğum sonu dönemde kadının cinselliğini etkileyen faktörlerdendir (De Judicibus ve McCabe 2002, Brown ve Lumley 1998). Bu çalışmada literatürden farklı olarak hem doğum sonrası herhangi bir sağlık sorunu ve depresyonu olan hem de olmayan kadınların benzer şekilde cinsel sorunlar

yaşadığı belirlenmiştir ($p>0,05$) (Çizelge 3.17.1). Bu çalışma bulgularıyla benzer bir çalışmada, doğum sonrası depresyonu olan ve olmayan kadınların benzer oranda doğum sonrası cinsel sorunları olduğu bildirilmiştir (Brown ve Lumley 1998). Ancak yapılan diğer çalışmalarda bu araştırmanın sonuçlarından farklı olarak doğum sonrası dönemde depresyon ve cinsel sorunlar arasında anlamlı bir ilişki bulunmuş, depresyonun cinsel fonksiyonları (cinsel isteklilik, cinsel doyum, cinsel yaşam kalitesi ve cinsel ilişki sıklığı) olumsuz etkilediği bildirilmiştir (Robson ve Brant 1981, Bogren 1991, Morof ve ark 2003). Bu durum örneklem kapsamına alınan kadınların çok büyük bir bölümünün cinsel sorun yaşaması ile ilişkili olabilir.

4.6. Kadınların Evlilik Hayatından Memnun Olma, İlk Cinsel İlişki Yaşı ve Aile İçi Şiddet Yaşama Özellikleri ve Bu Özelliklerine Göre Doğum Sonrası Cinsel Sorun Yaşama Durumlarının Değerlendirilmesi

Devlet İstatistik Enstitüsü 2004 (DİE-2004) verilerine göre bu çalışmada daha fazla oranda kadınların (%95,2) evlilik hayatlarından memnun olduğu belirlenmiştir (Çizelge 3.6.1). Kadınların evlilik hayatından memnuniyetleri doğum sonrası cinsel yaşamlarını olumlu yönde etkileyebilir. Aksakal (1991) çalışmasında evlilikte yaşanan problemlerin cinselliği etkilediğini ve bu oranın %88,1 olduğunu bildirmiştir. Donely (1993)'in cinsellik ve evlilik memnuniyetini incelediği çalışmada evlilik memnuniyetinin %74,9 oranında cinselliği etkilediği rapor edilmiştir. Doğum sonrası dönemdeki evlilik memnuniyeti ile cinsel isteklilik, cinsel davranışlar ve cinsel memnuniyetteki değişimler arasındaki ilişkiyi açıklayan herhangi bir çalışma yoktur (De Judicibus ve McCabe 2002). Bu çalışmada doğum sonrası dönemde evlilik hayatından memnun olma ile cinsel sorun yaşama arasındaki ilişki incelenmiş olup, evlilik hayatından memnun olan ve olmayan kadınların doğum sonrası benzer şekilde cinsel sorun yaşadıkları belirlenmiştir ($p>0,05$) (Çizelge 3.18.1).

Cinsel yaşama başlama yaşı, cinsellik ve üreme sağlığını etkileyen önemli etmenlerden biridir (Giray ve Kılıç 2004). Cinsel Eğitim, Tedavi ve Araştırma Derneğinin (CETAD) araştırma sonuçlarına göre, sosyal yapı açısından farklılık göstermekle birlikte

ilk cinsel ilişki yaşının Türkiye’de kadınlarda 19,5 olduğu rapor edilmiştir. Bu çalışmada kadınların ilk cinsel ilişki yaşı ($20,95 \pm 4,05$) CETAD’ın bulguları ile benzerlik göstermektedir. Çalışmada ilk cinsel ilişki deneyimleri hangi yaş grubunda olursa olsun kadınların büyük bir kısmının doğum sonrası benzer şekilde cinsel sorun yaşadığı belirlenmiştir ($p > 0,05$) (Çizelge 3.18.1). Bu sonuç ilk cinsel ilişki yaşının doğum sonrası cinsel sorun yaşamada etkili olmadığını göstermektedir.

Şiddet, bireyi fiziksel, duygusal ve sosyal yönden ciddi şekilde etkilemektedir. DSÖ’nün 2002 yılı raporlarında 48 ülkede yapılan toplum araştırmasında kadınların %10-69’unun eşleri veya birlikte olduğu kişiler tarafından hayatları boyunca en az bir kez fiziksel şiddete maruz kaldıkları bildirilmektedir. Dünya genelinde fiziksel şiddetten sonra ikinci sıklıkta cinsel şiddet görülmektedir (Krug ve ark 2002). Karaçam ve arkadaşlarının (2006) yaptıkları çalışma sonuçlarına benzer olarak bu çalışmada kadınların %11,7’si fiziksel şiddete ve %14,8’i cinsel şiddete maruz kaldıkları belirlenmiştir (Çizelge 3.6.1). Ancak Yanikkerem (2002) aile içi şiddet ile ilgili çalışmasında kadınların %35,0’inin eşleri tarafından fiziksel şiddete ve %40,58’inin cinsel şiddete maruz kaldıklarını belirlemiştir. Bu çalışmada kadınların fiziksel ve cinsel şiddet görme oranları Yanikkerem’in çalışmasından daha düşük bulunmuştur. Kadınların cinsel ve fiziksel şiddet görme oranlarının düşük olması cinsel yaşamlarını olumlu yönde etkileyebilir.

Fiziksel ve cinsel şiddet cinsellikten kaçınma, iğrenme ve cinsel isteğin ve ilginin azalması gibi sorunlara neden olabilmektedir (Yanikkerem 2002, www.cetad.org.tr/doc/bilgilendirme_dosyasi_5.pdf). Bu çalışmada fiziksel veya cinsel şiddete maruz kalan ve kalmayan kadınların doğum sonrası cinsel sorun yaşama durumlarının benzer olduğu bulunmuştur ($p > 0,05$) (Çizelge 3.18.1). Araştırma bulguları literatür bilgisinden farklılık göstermektedir.

4.7. Kadınların Gebelik Öncesi ve Gebelikteki Cinsel Yaşamlarına İlişkin Özellikleri ve Bu Özelliklerine Göre Doğum Sonrası Cinsel Sorun Yaşama Durumlarının Değerlendirilmesi

Bu çalışmaya katılan kadınların %38,3'ü gebelikten önce, %33,0'ı gebelikte ve %83,0'ı doğum sonrası dönemde cinsel sorun yaşadıklarını ifade etmişlerdir (Çizelge 3.7.1, Çizelge 3.7.2). Bu sonuçlar doğum sonrası cinsel sorunların gebelik ve öncesine göre daha fazla olduğunu göstermesi açısından önemlidir. Ayrıca bu çalışmada gebelikten önce cinsel sorunu olduğunu ifade eden kadınların sadece küçük bir bölümünün (%27,3) bu sorunları nedeniyle danışmanlık veya tedavi aldığı belirlenmiştir (Çizelge 3.7.1). Bu sonuç kadınların cinsel sorunları için yardım alma durumlarının çok az olduğunu göstermesi açısından önemlidir.

Doğum yapan kadınların cinsel fonksiyonlarının doğum yapmadan önceki döneme göre daha kötü olduğu bilinmektedir (Karaçam 2008b). Bu çalışmada literatürden farklı olarak gebelikten önce cinsel sorunu olan (%95,5) ve olmayan (%88,7) kadınların doğum sonrası benzer şekilde cinsel sorun yaşadıkları belirlenmiştir ($p>0,05$) (Çizelge 3.19.1). Gebelikten önce yaşadıkları cinsel sorunlar için danışmanlık veya tedavi alan kadınların, almayanlara göre doğum sonrası dönemde daha az cinsel sorun yaşadıkları saptanmıştır ($p<0,05$) (Çizelge 3.19.1). Bu sonuçlar kadınların doğum öncesi dönemde de ciddi cinsel sorun yaşadıklarını ve danışmanlık veya tedavi alarak doğum sonrası yaşayabilecekleri cinsel sorunları azaltabileceklerini göstermektedir.

Çalışmalarda kadınların gebelikte yaşadıkları cinsel sorunların doğum sonrası cinsel sorun yaşama durumlarını etkilediği bildirilmektedir (Barrett ve ark 2000, Brummen ve ark 2006, Trutnovsky ve ark 2006). Bu çalışmada da diğer çalışmaların sonuçlarına benzer olarak gebelikte cinsel sorunu olan kadınların, olmayanlara göre doğum sonrası dönemde daha fazla oranda cinsel sorun yaşadıkları bulunmuştur ($p<0,05$) (Çizelge 3.19.1). Bu sonuçlar gebelikte cinsel sorunu olan kadınların, sorunlarının doğum sonrası dönemde de devam ettiğini göstermektedir.

4.8. Kadınların Doğum Sonrası Dönemdeki Cinsel Yaşamlarına İlişkin Bazı Özellikleri ve Bu Özelliklerine Göre Cinsel Sorun Yaşama Durumlarının Değerlendirilmesi

Doğum sonrası dönemde cinsel ilişkiye başlama zamanı kadının fiziksel olarak iyileşmesine ve her iki eşin psikolojik olarak hazır olmasına bağlıdır (Blackburn 2003). Bu araştırmada Türkiye’de yapılan diğer çalışmalara benzer olarak kadınların çoğunun postpartum $7,06 \pm 2,68$ haftada cinsel ilişkiye başladıkları belirlenmiştir (Erbil 2005, Eryılmaz ve ark 2005, Karaçam 2008b). Fakat bu benzerliğin, doğum sonrası sağlık profesyonelleri tarafından kadınlara cinsel ilişkiye başlama zamanına ilişkin verilen bilgilerden kaynaklandığı düşünülmektedir. Başka ülkelerde yapılan çalışmalarda ise kadınların doğum sonrası 3,2 hafta ile 16,5 hafta arasında cinsel ilişkiye başladıkları bildirilmiştir (Adinma 1996, Signorello ve ark 2001, Wang ve ark 2003, Odar ve ark 2005, Truntnovsky ve ark 2006, Buhling ve ark 2006). Bu çalışmada kadınların cinsel ilişkiye başlama zamanlarının doğum sonrası cinsel sorun yaşama durumlarını etkilemediği belirlenmiştir. ($p > 0,05$) (Çizelge 3.20.1). Ayrıca çalışmada kadınların %30,0’unun doğum sonrası dönemde cinsel ilişkiye başlama zamanı ile ilgili “bebeğin 40’ı çıkmadan cinsel ilişkiye girmek günahdır” veya “bebeğin 40’ı çıkmadan cinsel ilişkiye girilirse kesinlikle gebe kalınır” gibi kültürel veya dini inanışlarının olduğu gözlenmiştir (Çizelge 3.8.1). Doğum sonrası dönemde cinsel ilişkiye başlama zamanı ile ilgili kültürel veya dini inanışı olan ve olmayan kadınların benzer şekilde cinsel sorun yaşadıkları gözlenmiştir ($p > 0,05$) (Çizelge 3.20.1).

Doğum sonrası dönemde cinsel yaşamdan memnuniyet azalabilmektedir (Avery ve ark 2000). Bu çalışmada, De Judicibus ve Mc Cabe (2002)’nin çalışmalarına benzer olarak, kadınların küçük bir bölümü (%24,8) cinsel yaşamlarından memnun olmadıklarını bildirmişlerdir (Çizelge 3.8.1). Yine benzer bir çalışmada, kadınların %22’sinin doğum sonrası cinsel yaşamlarından memnun olmadıkları saptanmıştır (Barrett ve ark 1999). Ayrıca araştırmaya katılan kadınların %37,0’ı tekrar gebe kalabileceklerini, dikişlerinin açılabilceğini, cinsel ilişkide ağrı yaşayabileceklerini, cinsel ilişkiden sonra kanamalarının olabileceğini ve cinsel ilişki esnasında enfeksiyon gelişebileceğini düşündükleri için doğum sonrası cinsel yaşama ilişkin korkularının olduğunu ifade etmişlerdir (Çizelge

3.8.1). Bu sonuç doğum sonrası cinsellikle ilgili kadınların kaygılarını azaltıcı girişimlerin planlanmasında yol gösterici olması açısından önemlidir.

Cinsel yaşamdan memnuniyet ile cinsel sorunlar arasında doğru orantılı bir ilişki olduğu bilinmektedir (Ahlborg ve ark 2005). Bu çalışmada literatürden farklı olarak doğum sonrası cinsel yaşamlarından memnun olduğunu ifade eden (%89,6) ve etmeyen (%96,5) kadınların çoğunun doğum sonrası cinsel sorun yaşadığı saptanmıştır ($p>0,05$) (Çizelge 3.20.1). Bu sonuç kadınların doğum sonrası cinsel sorun yaşamalarının cinsel yaşamlarından memnuniyetlerinin göstergesi olmadığını düşündürmektedir. Ayrıca bu çalışmada doğum sonrası dönemde cinsel yaşama ilişkin korkuları olan (%91,0) ve olamayan (%91,8) kadınların büyük bir kısmının doğum sonrası cinsel sorunları olduğu bulunmuştur ($p>0,05$) (Çizelge 3.20.1).

Doğum sonrası dönemde yorgunluk, uykusuzluk, bebek bakımının çok zaman alması, stres ve cinsel yaşama duyulan ilginin azalması nedeniyle cinsel ilişki sıklığında azalma olmaktadır (Olsson ve ark 2005, Truntnovsky ve ark 2006). Bu çalışmada doğum sonrası dönemde kadınların yarısından fazlasının (%53,5) haftada bir veya iki defa cinsel ilişkide bulundukları (Çizelge 3.8.1), cinsel ilişki sıklığı azaldıkça cinsel sorun yaşama oranlarının arttığı gözlenmiştir ($p<0,05$) (Çizelge 3.20.1).

Kadınların çoğu doğum sonrası 6-8 hafta içinde cinsel yaşama başlasa bile, birçok kadının gebelik öncesi cinsel ilişki düzeyine ulaşabilmesi bir yıl kadar uzun bir süre almaktadır (Dilbaz ve Milne 2005, Olsson ve ark 2005). Bu çalışmada doğum sonrası dönemde kadınların çoğunluğunun (%73,0) gebelik öncesine göre cinsel ilişki sıklıklarının azaldığı (Çizelge 3.8.1), ancak bu durumun cinsel sorun yaşamalarını etkilemediği belirlenmiştir ($p>0,05$) (Çizelge 3.20.1). Bu konuda yapılan diğer araştırmalarda da benzer sonuçlar (%58,0-60,0) bildirilmiştir (Barret ve ark 1999, Truntnovsky ve ark 2006). Bu sonuçlardan farklı olarak, Adinma (1996) Nijeryalı kadınların çoğunluğunun doğum sonrası haftalık cinsel ilişki sayısının gebelik öncesine göre daha fazla olduğunu bildirmiştir. Bu sonuçlar kültürel özelliklerin cinsel yaşam üzerinde etkili olabileceğini göstermektedir.

Araştırma kapsamına alınan kadınların %83,0'ı doğum sonrası cinsel sorun yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Araştırmada Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği puanlamasına göre ise kadınların % 91,3'ünün doğum sonrası cinsel sorunlarının olduğu bulunmuştur (Çizelge 3.12.1). Bu durum kadınların yaşadıkları cinsel sorunların farkında olduklarını göstermektedir. Bu çalışmanın sonuçlarına benzer olarak Barrett ve arkadaşları (2000)'nin çalışmasında kadınların %83,6'sının ve Wang ve arkadaşları (2003) çalışmasında kadınların %70,5'inin doğum sonrası cinsel sorunlarının olduğu bildirilmektedir. Yine Karaçam (2008b)'in çalışmasında da doğum sonrası dönemde kadınların büyük bir bölümünün cinsel sorununun olduğu rapor edilmiştir. Bu sonuçlar kadınların önemli bir bölümünün doğum sonrası dönemde cinsel sorun yaşadığını göstermesi bakımından önemlidir. Diğer yandan Brown ve arkadaşları (1998)'nin Avusturyalı kadınlar ile yaptıkları çalışmada kadınların %26,3'ünün doğum sonrası cinsel sorun yaşadıkları saptanmıştır. Odar ve arkadaşları (2005)'nin Ugandalı kadınlarla yaptıkları çalışmada ise, kadınların %22,2'sinin doğum sonrası cinsel sorun yaşadığı bildirilmiştir. Bu sonuç, doğum sonrası kadınların cinsel sorun yaşama durumlarının kültürler arasında farklılık gösterebileceğini düşündürmektedir.

Araştırmada kadınların gebelik öncesi, gebelikte ve doğum sonrasında yaşadıkları cinsel sorunların çeşitlerinin benzerlik gösterdiği bulunmuştur (Çizelge 3.7.1, Çizelge 3.7.2 ve Çizelge 3.8.1). Bu çalışmanın bulgularına benzer olarak Barrett ve arkadaşları (2000) da kadınların doğumdan sonraki ilk 3 ayda yaşadığı problemlerin disparanoya, vajinal kayganlıkta azalma, orgazm olmada güçlük, vajinal gevşeklik, cinsel istekte azalma, perineal ağrı, cinsel birleşmeden sonra kanama, irritasyon ve cinsel ilişki sıklığında azalma olduğunu rapor etmişlerdir. Bu araştırmada kadınların gebelik öncesi ve gebelik dönemine göre doğum sonrası dönemde daha fazla oranda vajinal kayganlıkta azalma (%23,1) ve ilk cinsel ilişki esnasında ağrı (%16,0) yaşadıkları belirlenmiştir. Diğer yandan kadınların postpartum dönemde gebelik ve gebelik öncesi döneme göre daha az orgazm olmada güçlük yaşadıkları belirlenmiştir.

Birçok kadın doğum sonrası dönemde östrojen düzeyinin düşmesinden dolayı vajinal kayganlıkta azalma ve cinsel ilişki esnasında ağrı yaşamaktadır (Blackburn 2003, Baram 2004). Çalışmada kadınların doğum sonrası dönemde cinsel yaşamlarına geri döndüklerinde ilk cinsel ilişkilerinde ağrı hissetme durumları incelenmiştir. Kadınların

yarısından fazlası (%59,1) ağrı hissettiklerini bildirmiştir (Çizelge 3.8.1). Buhling ve arkadaşları (2006), primipar kadınlarda doğum sonrası yaşanan disparanoyanın oranını belirlemek için yaptıkları çalışmada, kadınların %69,0'ının doğum sonrası ilk cinsel ilişkide ağrı hissettiklerini bildirmişlerdir. Çalışma sonuçları Buhling'in bulgularıyla benzerlik göstermektedir. Ayrıca doğum sonrası ilk cinsel ilişkide ağrı hisseden kadınların hissetmeyenlere göre daha fazla doğum sonrası cinsel sorun yaşadıkları belirlenmiştir ($p<0,05$) (Çizelge 3.20.1).

4.9. Kadınların Doğum Sonrası Dönemdeki Laktasyon ve Beden İmajı Özellikleri ve Bu Özelliklerine Göre Doğum Sonrası Cinsel Sorun Yaşama Durumlarının Değerlendirilmesi

Doğum sonrası dönemde kadınların bebeklerini emzirmeleri, anne-bebek iletişiminin sağlanması ve bebeklerin gelişimi için çok önemlidir. Bu araştırma bulguları TNSA-2003 sonuçları (%96,0) ile karşılaştırıldığında kadınların daha az oranda bebeklerini (%77,4) emzirdiği gözlenmiştir. (Çizelge 3.9.1). Yurt dışında yapılan diğer çalışmalarda da kadınların bebeklerini emzirme oranları %24-70 olarak bildirilmektedir (Barrett ve ark 2000, Barrett ve ark 2005, Alhborg ve ark 2005, Trutnovsky ve ark 20006). Emzirme oranının diğer çalışmalara göre daha fazla olmasının nedeni ülkemizde kadınların geleneksel olarak emzirmeye karşı olumlu tutumlarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Emziren ve emzirmeyen kadınların doğum sonrası cinsel yaşamlarında farklılıklar olmaktadır. Bu farklılık emziren annelerde süt yapımını sağlamak için prolaktin ve oksitosin salınımlarının emzirmeyen annelere göre fazla olmasından kaynaklanmaktadır (Small 1994, Visness ve Kennedy 1997, Taşkın 2005, Wong ve Perry 2006). Bazı çalışmalarda emzirmenin, kadınların kendilerini daha seksi hissetmelerini sağlayarak, cinsel isteklerini arttırarak ve orgazm olmalarını kolaylaştırarak doğum sonrası dönemde cinsel yaşam üzerinde olumlu etki yarattığı bulunmuştur (Sayın 1994, Avery ve ark 2000). Fakat bazı çalışmalarda ise emzirmenin, cinsel isteği, cinsel ilgiyi, disparanoya oluşumunu etkileyerek ve cinsel yaşamdan memnuniyeti azaltarak doğum sonrası cinsel yaşamı olumsuz yönde etkilediği belirtilmektedir (Alder ve ark 1986, Hyde ve ark 1996, Barrett ve

ark 2000, Alhborg ve ark 2005). Bu çalışmada literatürden farklı olarak hem emziren hem de emzirmeyen kadınların doğum sonrası dönemde cinsel sorun yaşama durumlarının benzer olduğu bulunmuştur ($p>0,05$) (Çizelge 3.21.1). Bu çalışmanın sonuçlarıyla benzerlik gösteren bir çalışmada ise emzirmenin annenin cinselliği üzerinde önemli bir etkisinin olmadığı bildirilmiştir (LaMarre ve ark 2003).

Çalışmanın örneklemini oluşturan kadınların %14,3'ünün cinsel ilişki esnasında memelerinden süt gelmesi ve eşleri dokunduğunda ağrı hissettikleri için rahatsız oldukları belirlenmiştir (Çizelge 3.9.1). Benzer bir çalışmada La Marre ve arkadaşları (2003) kadınların memelerinden süt gelmesinin cinselliklerini olumsuz etkilediğini rapor etmişlerdir. Bu çalışmadan farklı olarak Avery ve arkadaşları (2000) kadınların doğum sonrasında memelerindeki hassasiyet ve ağrı hissinden dolayı cinsel ilişkiden daha fazla haz duyduklarını bildirmişlerdir. Bu araştırmada doğum sonrası dönemde memelerindeki değişimlerden rahatsız olan (%87,9) ve olmayan (%92,9) kadınların doğum sonrası benzer şekilde cinsel sorun yaşadığı belirlenmiştir ($p>0,05$) (Çizelge 3.21.1). Benzer bir çalışmada ise kadınların memelerindeki değişimlerin doğum sonrası cinsel yaşamları üzerinde olumsuz etkilerinin olduğu bildirilmiştir (Olsson ve ark 2005).

Bu çalışmada kadınların yarısından fazlasının (%52,6) doğum sonrası beden imajlarından memnun oldukları ve fiziksel görünümünden memnun olma durumlarının doğum sonrası cinsel sorun yaşamalarını etkilemediği belirlenmiştir ($p>0,05$) (Çizelge 3.19.1, Çizelge 3.21.1). Bu çalışma bulgularından farklı olarak Olsson ve arkadaşlarının (2005) yaptığı odak grup çalışmasında, bazı kadınların doğum sonrası beden imajlarındakini değişikliklerin cinsel yaşamlarını olumsuz etkilediği bildirilirken bazılarının ise olumlu yönde etkilediği bildirilmiştir. Diğer bir çalışmada da olumsuz beden imajı algısının doğum sonrası cinsel fonksiyonları kötüleştirdiği rapor edilmiştir (Pauls ve ark 2008).

4.10. Kadınların Doğum Sonrası Dönemde Menstruasyon ve Aile planlaması Yöntemi Kullanma Özellikleri ve Bu Özelliklerine Göre Doğum Sonrası Cinsel Sorun Yaşama Durumlarının Değerlendirilmesi

Menstruasyonun düzenli olması cinsel fonksiyonlar üzerine olumlu etkiye bulunmaktadır. Bu çalışmada kadınların %63,9'unun doğumdan sonra düzenli menstruasyon oldukları ve menstrual özelliklerine göre kadınların doğum sonrası cinsel sorun yaşama durumlarının benzer olduğu belirlenmiştir ($p>0,05$) (Çizelge 3.10.1 Çizelge 3.22.1). Benzer bir çalışmada da düzenli menstruasyon özelliklerinin kadınların cinsel fonksiyon skorlarını etkilemediği bildirilmiştir (Güvel ve ark 2003).

Doğum sonrası dönemde kadınların aile planlaması yöntemi kullanmaları cinsel ilişkiye başlama zamanlarını ve cinsel yaşamlarının kalitesini etkileyebilmektedir. Kadınların kullandıkları aile planlaması yöntemine güvenmeleri cinsel ilişkiden memnuniyetlerini arttırmaktadır (Sydow 1998, Barrett ve ark 2000). Araştırma kapsamına alınan kadınlar TNSA-2003 verilerine göre daha fazla oranda herhangi bir aile planlaması yöntemi (%55,7) kullanmaktadır (Çizelge 3.10.1). Bu konuda yapılan benzer bir çalışmada doğum sonrası cinsel yaşamına geri dönen kadınların %82,0'ının aile planlaması yöntemi kullandığı bildirilmektedir (Barrett ve ark 2000). Çalışmada literatürden farklı olarak doğum sonrası dönemde hem etkin aile planlaması yöntemi kullanan (%89,1) ve kullanmayan (93,8) hem de hiç bir yöntem kullanmayan (%95,2) kadınların büyük bir kısmının doğum sonrası cinsel sorun yaşadığı saptanmıştır ($p>0,05$) (Çizelge 3.22.1). Bu sonuç kadınların aile planlaması yöntemi kullanmalarının doğum sonrası cinsel sorun yaşama durumlarını etkilemediğini göstermektedir.

4.11. Bebeklerin Doğum Zamanı, Sağlık Durumları ve Anneleriyle Aynı Odada Uyumalarına İlişkin Özellikleri ve Bu Özelliklerine Göre Doğum Sonrası Cinsel Sorun Yaşama Durumlarının Değerlendirilmesi

Çalışmada bebeklerin %6,1'inin erken (37 haftadan önce) doğduğu ve %3,9'unun sağlık sorununun olduğu belirlenmiştir (Çizelge 3.11.1). Çalışır ve arkadaşları (2007)'nin

yaptıkları çalışmada da bebeklerin %7,0'ının prematüre olduğu bildirilmiştir. Bu çalışmada bebeklerin erken doğmasının ve sağlık sorunu bulunmasının kadınların doğum sonrası dönemde cinsel sorun yaşama durumlarını etkilemediği görülmüştür ($p>0,05$) (Çizelge 3.23.1).

Bebeklerin çıkardıkları sesler ve bebeğin varlığı kadını ve eşini rahatsız ederek cinsel ilişkiyi kesintiye uğratabilir (Karaçam 2008a). Bu nedenle kadınların bebekleriyle aynı odada uyumaları cinsel yaşamlarını olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Bu çalışmada Koturoğlu ve arkadaşlarının (2004) çalışmalarına göre bebeklerin daha azının (%71,3) anneleri ile aynı odada uyudukları belirlenmiştir (Çizelge 3.11.1). Bu sonuca göre kadınların büyük bir bölümünün bebekleriyle aynı odada uyumaları cinsel yaşamları açısından olumsuz bir durumdur. Yine bu araştırmada bebekleriyle aynı odada uyuyan (%92,7) ve uyumayan (%87,9) kadınların doğum sonrası cinsel sorun yaşama durumlarında farklılık olmadığı gözlenmiştir ($p>0,05$) (Çizelge 3.23.1). Bütün bu sonuçlar, bebeklerin doğum zamanın, sağlık durumlarının ve anneleriyle aynı odada uyumalarının kadınların doğum sonrası cinsel sorun yaşama durumlarını etkilemediğini göstermesi açısından önemlidir.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

5.1. Sonuçlar

Doğum sonrası dönemde kadınların yaşadıkları cinsel sorunları ve etkileyen etmenleri incelemek amacıyla postpartm 2-12 aylık dönemde olan 230 kadın ile yapılan bu araştırmadan elde edilen sonuçlar şunlardır:

Çalışmaya katılan kadınların yaş ortalamasının $27,44 \pm 5,25$ olduğu, % 61,3'ünün 21-29 yaş grubunda ve %49,1'inin ilkokul mezunu olduğu, sadece %10,4'ünün gelir getiren bir işte çalıştığı, %87,8'nin sosyal güvencesinin bulunduğu (Çizelge 3.1.1), evlilik sürelerinin $6,26 \pm 4,99$ yıl olduğu, %96,1'inin resmi nikahının bulunduğu, %75,2'sinin çekirdek ailede yaşadığı, %49,1'inin orta gelire sahip olduğu ve %51,7'sinin en uzun süre büyük kentte yaşadığı (Çizelge 3.1.2) bulunmuştur.

Kadınların yaş özellikleri ile doğum sonrası cinsel sorun yaşama durumları arasında yapılan istatistiksel değerlendirmede, gruplar arasındaki fark anlamlı ($p < 0,05$) bulunurken (Çizelge 3.13.1), eğitim, çalışma, sosyal güvenceye sahip olma, evlilik, aile tipi ve en uzun süre yaşadıkları yer bakımından grupların benzer olduğu bulunmuştur ($p > 0,05$) (Çizelge 3.13.2).

Kadınların eşlerinin yaş ortalamasının $31,91 \pm 6,29$ olduğu, %53,0'ının 30-40 yaş grubunda ve %46,5'inin ilkokul mezunu olduğu ve %97,4'ünün gelir getiren bir işte çalıştığı saptanmıştır (Çizelge 3.1.1). Doğum sonrası cinsel sorun yaşayan ve yaşamayan

kadınların eşlerinin yaş, eğitim ve çalışma durumu özelliklerinin benzer olduğu bulunmuştur ($p>0,05$) (Çizelge 3.13.1).

Bu araştırmaya katılan kadınların gebelik sayısı ortalaması $1,96\pm1,16$, canlı doğum sayısı ortalaması $1,66\pm0,90$, yaşayan çocuk sayısı ortalaması $1,65\pm0,88$, düşük sayısı ortalaması $0,19\pm0,54$ ve kürtaj sayısı ortalaması $0,10\pm0,33$ olarak saptanmıştır (Çizelge 3.2.1). Kadınların obstetrik özellikleri ile doğum sonrası cinsel sorun yaşamaları arasında yapılan istatistiksel değerlendirmede gruplar arasındaki fark benzer bulunmuştur ($p>0,05$) (Çizelge 3.14.1).

Kadınların (%10,4) ve eşlerinin (%5,7) küçük bir bölümünün halen devam eden sağlık sorunlarının olduğu kadınların %7,8'inin, eşlerinin %4,8'inin sürekli kullanması gereken ilaçları olduğu saptanmıştır (Çizelge 3.4.1). Sağlık sorunu yaşama ve sürekli ilaç kullanma durumlarının kadınların doğum sonrası cinsel sorun yaşamalarını etkilemediği belirlenmiştir (Çizelge 3.4.2).

Kadınların çoğunun (%71,7) en son gebeliklerini planladığı ve bebeğini istediği (%84,3), gebeliklerin planlı olma ve bebeğin istenme durumlarının kadınların doğum sonrası cinsel sorun yaşamalarını etkilemediği bulunmuştur ($p>0,05$) (Çizelge 3.4.1, Çizelge 3.16.1).

Bu araştırmanın görüşmelerinin yapıldığı tarihte kadınların ortalama postpartum $8,09\pm2,90$ ayda oldukları, doğum sonrası ay arttıkça, cinsel sorun yaşama oranının da arttığı gözlenmiştir ($P<0,05$) (Çizelge 3.16.1).

Bu çalışmaya katılan kadınların hepsinin doğumlarının hastanede gerçekleştiği, %47,8'inin vajinal ve %52,2'sinin sezaryenle doğum yaptığı, vajinal doğumların %80,0'ında epizyotomi ve %1,8'inde spontan laserasyon bulunduğu saptanmıştır (Çizelge 3.4.1). Doğum şekli ve perineal onarımın kadınların cinsel sorun yaşamalarını etkilemediği görülmüştür ($p>0,05$) (Çizelge 3.16.1). Epizyotomili doğum yapan kadınların %22,2'sinin epizyotomi iyileşmesinde ve sezaryenle doğum yapan kadınların ise %21,7'sinin sezaryen kesi yeri iyileşmesinde sorun yaşadığı belirlenmiştir (Çizelge 3.5.1). Hem epizyotomi ve

sezaryen kesi yeri iyileşmesinde sorun yaşayan hem de yaşamayan kadınların istatistiksel olarak benzer şekilde büyük bir kısmının doğum sonrası cinsel sorun yaşadığı bulunmuştur ($p>0,05$) (Çizelge 3.17.1).

Kadınların %18,3'ünün BDE puanın 17 ve üzerinde olduğu ve tedavi gerektirecek düzeyde postpartum depresyon yaşadığı, depresyonu olan (%95,2) ve depresyonu olmayan kadınların (%90,4) istatistiksel olarak benzer şekilde doğum sonrası cinsel sorun yaşadığı saptanmıştır ($p>0,05$) (Çizelge 3.5.1, Çizelge 3.17.1).

Kadınların %20,0'ının herhangi bir sağlık sorunu yaşadığı, yapılan istatistiksel değerlendirmede doğum sonrası herhangi bir sağlık sorunu olan (%95,7) ve olmayan (%90,2) kadınların büyük bir bölümünün, benzer oranda doğum sonrası cinsel sorun yaşadığı saptanmıştır ($p>0,05$) (Çizelge 3.5.1, Çizelge 3.17.1).

Kadınların %95,2'sinin evlilik hayatlarından memnun olduğu, evlilik hayatından memnuniyet ile doğum sonrası cinsel sorun yaşama durumları bakımından yapılan istatistiksel değerlendirmede, gruplar arasında fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$) (Çizelge 3.6.1, Çizelge 3.18.1).

Kadınların ilk cinsel ilişki yaş ortalamasının $20,95\pm4,05$ olduğu ve kadınların yarısından fazlasının (%67,8) 19-29 yaş grubunda ilk kez cinsel ilişkide bulundukları saptanmıştır (Çizelge 3.6.1). Kadınların ilk cinsel ilişkiyi deneyimledikleri yaşın doğum sonrası cinsel sorun yaşamalarını etkilemediği belirlenmiştir ($p>0,05$) (Çizelge 3.18.1).

Kadınların %11,7'sinin fiziksel şiddete ve %14,8'inin cinsel şiddete maruz kaldığı, hem eşinden fiziksel veya cinsel şiddet gören hem de görmeyen kadınların büyük bir kısmının benzer şekilde doğum sonrası cinsel sorun yaşadıkları belirlenmiştir ($p>0,05$) (Çizelge 3.6.1, Çizelge 3.18.1).

Araştırmada kadınların %38,3'ünün gebelikten önce cinsel sorunu olduğu ve cinsel sorunu olan kadınların %27,3'ünün tedavi veya danışmanlık aldıkları saptanmıştır (Çizelge 3.7.1). Gebelikten önce cinsel sorunu olan (%95,5) ve olmayan (%88,7) kadınların doğum

sonrası dönemde benzer şekilde cinsel sorun yaşadıkları bulunurken ($p>0,05$) gebelikten önce yaşadıkları cinsel sorunlar için danışmanlık veya tedavi alan kadınların (%87,5) almayanlara (%98,4) göre daha az cinsel sorun yaşadıkları belirlenmiştir ($p<0,05$), (Çizelge 3.19.1).

Kadınların %33,0'nın gebelikte cinsel sorun yaşadığı, gebelikte cinsel sorunu olan kadınların (%97,4) olmayanlara (%88,3) göre doğum sonrası dönemde daha fazla oranda cinsel sorun yaşadıkları ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p>0,05$) (Çizelge 3.7.2, Çizelge 3.19.1).

Bu araştırmada kadınların doğum sonrası ortalama cinsel ilişkiye başlama zamanı $7,06\pm 2,68$ haftadır ve %61,3'ünün doğum sonrası 2-6 hafta arasında cinsel ilişkiye başladıkları bulunmuştur (Çizelge 3.8.1). Yapılan istatistiksel değerlendirmede doğum sonrası cinsel ilişkiye başlama zamanı ve cinsel sorun açısından gruplar arasında fark bulunamamıştır ($p>0,05$) (Çizelge 3.20.1).

Çalışmada kadınların %30,0'nın doğum sonrası dönemde cinsel ilişkiye başlama zamanı ile ilgili kültürel veya dini inanışlarının olduğu, cinsel ilişkiye başlama zamanı ile ilgili dini veya kültürel inanışı olanların (%88,4) ve olmayanların (%92,5), büyük bir kısmının, benzer şekilde doğum sonrası cinsel sorun yaşadığı belirlenmiştir ($p>0,05$) (Çizelge 3.8.1, Çizelge 3.20.1).

Kadınların %24,8'inin doğum sonrası cinsel yaşamlarından memnun olmadığı ve %63,0'nın doğum sonrası cinsel yaşama ilişkin korkularının bulunduğu belirlenmiştir (Çizelge 3.8.1). Kadınların doğum sonrası cinsel yaşamlarından memnun olma ve cinsel yaşama ilişkin korku duyma durumları ile cinsel sorun yaşamaları arasında fark olmadığı görülmüştür ($p>0,05$) (Çizelge 3.8.1, Çizelge 3.20.1).

Doğum sonrası dönemde kadınların yarısından fazlasının (%53,5) haftada bir veya iki defa cinsel ilişkide bulundukları, cinsel ilişki sıklığı azaldıkça kadınların doğum sonrası cinsel sorun yaşama oranlarının arttığı bulunmuştur ($p<0,05$), (Çizelge 3.8.1, Çizelge 3.20.1).

Kadınların %73,0'ının doğum sonrası dönemde gebelikten öncesine göre cinsel ilişki sıklıklarında azalma olduğu belirlenmiştir (Çizelge 3.8.1). Doğum sonrası dönemde gebelik öncesine göre cinsel ilişki sıklığındaki değişikliklerin, kadınların doğum sonrası cinsel sorun yaşama durumlarında istatistiksel olarak fark oluşturmadığı saptanmıştır (Çizelge 3.20.1).

Kadınların %83,0'ının doğumdan sonra cinsel sorun yaşadıklarını ifade ettikleri fakat Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği kullanılarak değerlendirildiğinde, %91,3'ünün 11 ve üstü puanı olup doğum sonrası cinsel sorun yaşadıkları saptanmıştır (Çizelge 3.8.1). Doğum sonrası cinsel sorunu olduğunu ifade eden kadınların (%94,8) ve etmeyenlere (%74,4) oranla ACYÖ puanlamasına göre daha fazla oranda cinsel sorun yaşadığı ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0,05$) (Çizelge 3.20.1).

Doğum sonrası dönemde cinsel yaşamalarına geri döndüklerinde kadınların yarısından fazlasının (%59,1) ağrı hissettikleri saptanmıştır (Çizelge 3.8.1). Doğum sonrası cinsel yaşamlarına geri döndüklerinde ilk cinsel ilişkide ağrı hisseden (%95,6) kadınların hissetmeyenlere (%85,1) göre daha fazla oranda doğum sonrası cinsel sorun yaşadıkları ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Çizelge 3.20.1).

Çalışmada kadınların %77,4'ünün bebeklerini emzirdiği, emziren (%92,1) ve emzirmeyen kadınların (%88,5) büyük bir kısmının, istatistiksel olarak benzer şekilde doğum sonrası cinsel sorun yaşadığı belirlenmiştir ($p>0,05$) (Çizelge 3.9.1, Çizelge 3.21.1).

Kadınların %14,3'ünün doğum sonrası dönemde memelerinde oluşan değişikliklerden dolayı cinsel ilişki esnasında rahatsızlık hissettikleri, rahatsızlığı olan (%87,9) ve olmayan (%92,9) kadınların doğum sonrası benzer şekilde cinsel sorun yaşadığı belirlenmiştir ($p>0,05$) (Çizelge 3.19.1, Çizelge 3.21.1).

Bu çalışmaya katılan kadınların %47,4'ünün doğum sonrası dönemde fiziksel görünümünden memnun olmadıkları, fiziksel görünümünden memnun olma ile doğum

sonrası dönemde cinsel sorun yaşama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$) (Çizelge 3.19.1, Çizelge 3.21.1).

Bu araştırmada kadınların %63,9'unun doğumdan sonra düzenli menstruasyon oldukları ve %55,7'sinin etkin aile planlaması yöntemi kullandıkları, düzenli menstruasyon olma ve aile planlaması yöntemi kullanma özellikleri ile cinsel sorun yaşama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$) (Çizelge 3.10.1, Çizelge 3.22.1).

Bu çalışmanın örneklemini oluşturan kadınların bebeklerinin küçük bir kısmının (%6,1) erken doğduğu ve %3,9'unun sağlık sorunu olduğu saptanmıştır (Çizelge 3.11.1). Bebeklerin doğum zamanının ve sağlık sorunlarının kadınların doğum sonrası cinsel sorun yaşamalarını etkilemediği belirlenmiştir ($p>0,05$) (Çizelge 3.23.1).

Bebeklerin %71,3'ünün anneleri ile aynı odada uyuduğu, bebeklerin anneleri ile uyuma özelliklerine göre kadınların doğum sonrası cinsel sorun yaşama durumları arasında yapılan istatistiksel değerlendirmede gruplar arasındaki farkın anlamsız olduğu görülmüştür ($p>0,05$) (Çizelge 3.12.1, Çizelge 3.12.2).

5.2. Öneriler

Postpartum 2-12 aylık dönemdeki 230 kadın ile doğum sonrası cinsel sorunlar ve etkileyen etmenlerin incelendiği çalışmada, Arizona Cinsel Yaşantılar ölçeği puanlamasına göre kadınların %91,3'ünün doğum sonrası cinsel sorun yaşadığı belirlenmiştir. Bu veriler doğrultusunda şu önerilerde bulunulabilir;

- Cinsel sağlığın korunması ve geliştirilmesi için ebe ve hemşirelerin gebelik öncesi, gebelikte ve doğum sonrası dönemde tüm kadınlara yönelik eğitim materyalleri oluşturmaları ve eğitim yapmaları,
- Ebe ve hemşirelerin kadınların cinsel yaşamlarıyla ilgili kaygılarını paylaşmaları, cinsel sorunlarını ayırt edilebilmeleri ve sorunları olduğunda ne yapmaları gerektiği ile ilgili eğitim ve danışmanlık vermeleri,
- Doğum sonrası rutin izlemlerde ebe ve hemşirelerin kadınların cinsel sorunlarını belirleyici tarama ölçeklerinden yararlanmaları, cinsel sorunu olduğunu düşündükleri kadınları erken tanı ve tedavi için sevk etmeleri, tedavi alan kadınların tedavilerini sürdürmelerini sağlamaları,
- Kadınların doğum sonrası yaşadıkları cinsel sorunlar ve etkileyen etmenlere yönelik daha fazla bilgi edinebilmek için kalitatif araştırmaların yapılması,
- Doğum sonrası cinsel sorunların bir yıldan daha fazla sürede de görülebileceğinden, araştırmanın doğum sonrası bir yıldan daha fazla süre geçen kadınlarla, daha büyük örneklem grupları ile tekrarlanması.

ÖZET

Araştırma doğum sonrası cinsel sorunlar ve etkileyen etmenlerin incelenmesi amacı ile kesitsel tanımlayıcı planda yapılmıştır. Araştırmaya postpartum 2-12 aylık dönemde olan 230 kadın alınmıştır. Araştırma 07.9.2007–12.12.2008 tarihlerinde İzmir ili Narlıdere Toplum Sağlığı Merkezine bağlı bölgelerde yapılmıştır.

Araştırma verileri, kadınların tanıtıcı özelliklerinin ve araştırmanın bağımsız değişkenlerinin sorgulandığı soru formu, görsel ağrı skalası, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği ve Beck Depresyon Envanteri ile toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler ve ki-kare testi kullanılmıştır.

Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği puanına göre kadınların %91,3'ünün doğum sonrası cinsel sorun yaşadıkları saptanmıştır. Araştırmada, yaşı 30-40 arasında olan kadınların (%97,3), postpartum 10–12. ayda olanların (%97,6), gebelikten önceki dönemde cinsel sorunları nedeni ile danışmanlık veya tedavi almayanların (%98,4), gebelikte cinsel sorunu olanların (%97,4), cinsel ilişki sıklığı haftada bir veya daha az olanların (%98,2), doğum sonrası ilk cinsel ilişkide ağrı hissedenlerin (%95,6) istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha fazla oranda doğum sonrası cinsel sorun yaşadıkları belirlenmiştir ($p<0,05$).

Bu sonuçlar doğrultusunda, ebe ve hemşirelerin doğum sonrası cinsel sağlığın korunması ve geliştirilmesi için eğitim yapmaları, rutin izlemlerde tarama ölçekleri ile kadınların cinsel sorunlarını belirlemeleri, erken tanı ve tedavi için sevk etmeleri ile kadınların cinsel yaşamlarına olumlu katkı oluşturulabilir.

Anahtar kelimeler: Doğum sonrası dönem, cinsel sorunlar, ebelik ve hemşirelik yaklaşımları.



SUMMARY

The researching was performed in the cross-sectional descriptive plan for the purpose of investigation of the postpartum sexual problems and their affecting factors. The 230 females at their 2nd to 12th postpartum months were included in the researching. The researching was performed in the regions under the responsibility of the Public Health Center of Narlidere in Izmir province between the dates of 07.9.2007 and 12.12.2008.

The researching data was acquired through the questionnaire, in which the identifier characteristics of the females and the independent variables of the researching were asked, Visual Ache Scale, Arizona Sexual Experiences Scale and Beck Depression Inventory. In the evaluation of the data, the identifier statistics and chi-square test were used.

In this study, it was determined that 91.3% of the females experienced postpartum sexual problems according to their Arizona Sexual Experiences Scale points. The 83.0% of the females have expressed that they experienced postpartum sexual problems such as the decrease in their prurience (26.0%), the decrease in their vaginal lubrication (23.1%), the pain during their first sexual intercourse (16.0%), the difficulty in their having orgasm (15.1%), the pain throughout their sexual intercourse (12.7%), their feeling of vaginal tightness (3.4%), their painful orgasms (0.6%), their feeling of ache in their vagina during their sexual intercourse (0.6%), their failing orgasms (0.3%) and the premature ejaculation of their spouses (0.1%). In the researching, it was determined that the females experienced postpartum the sexual problems in a statistically significant higher ratio ($p<0,05$) at the below percentages; the females aged between 30 and 40 (97.3%), females at their 10th to

12th postpartum months (97.6%), the females who did not have treatments and consultancy for their sexual problems during the period prior to their pregnancies (98.4%), the females who had sexual problems during their pregnancy periods (97.4%), the females who had their sexual intercourse frequencies once or less per week (98.2%), the females who had pain during their first sexual intercourse after the birth (95.6%).

In accordance to those results, the constructive contributions may be ensured through the trainings provided by the obstetrician and nurses on the preserving and enhancing the health in the postpartum period, through their identifying the sexual problems of the females with the screening scales in the routine monitoring, through their referring the patients for early detection and treatment.

Key words: the postpartum period, sexual problems, the approaches of the midwifery and nurses.

KAYNAKLAR

Adinma JI (1996) *Sexual activity during and after pregnancy*, Adv Contracept, 12 (1): 53-61.

Adnan Menderes Üniversitesi (2008) *İstatistik Paket Programı*, Aydın

Aksakal A (1991) *Kadın cinselliği ve cinsel sorunları*, İstanbul Üniversitesi Bilim Uzmanlığı Tezi, İstanbul.

Aksoy UM (2006) *Obsesif kompulsif bozukluk ve panik bozukluğu hastalarındaki cinsel işlev bozukluklarının karşılaştırılması*, Uzmanlık Tezi, Bakırköy Ord. Prof.Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.

Alder E, Cook A, Davidson D, West C, Bancroft J (1986) *Hormones, mood and sexuality in lactating women*, British Journal of Psychiatry, 148: 74–79.

Alhborg T, Dahlöf LG, Halberg LR (2005) *Quality of intimate and sexual relationship in first-time parents six months after delivery*, The Journal of Sex Research, 42 (2): 167-174.

Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) (2000) *Tanı Ölçütleri, Başvuru El Kitabı, 2. Baskı (DSM IV)*, Köroğlu E (Çeviri), Hekimler Yayın Birliği, Ankara.

Arsan H, Potur DC, Bilgin ÇN (2004) *Postpartum disparoni gelişimini etkileyen faktörler ve koruyucu önlemler*, Androloji Bülteni, 18: 266-268.

Aslan E (2008) *Kadın orgazm fizyolojisi*, Androloji Bülteni, 33: 177-180.

Avery DM, Duckett L, Frantzich CR (2000) *The experience of sexuality during breastfeeding*, Journal of Midwifery & Women's Health, 45 (3): 227-237.

Ayaz S (2007) *Stomalı bireylerin cinsel sorunlarının çözümünde PLISSIT modelinin etkinliğinin değerlendirilmesi*, Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Ayvaz S, Hocaoglu Ç, Tiryaki A, Ak İ (2006) *Trabzon il merkezinde doğum sonrası depresyon sıklığı ve gebelikteki ilişkili demografik risk etmenleri*, Türk Psikiyatri Dergisi 17 (4): 243-51.

Bahar A, Savaş H, Yıldızgördü E, Barhoğlu H (2007) *Hemodiyaliz hastalarında anksiyete, depresyon ve cinsel yaşam*, Psikiyatri Dergisi, 8:2 87-292.

Balkaya Akdolun N (2002) *Popstpartum dönemde annelerin bakım gereksinimleri ve ebe-hemşirenin rolü*, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 6 (2): 42-49.

Bancroft J (2005) *The endocrinology of sexual arousal*, Journal of Endocrinology, 186: 411- 427.

Baral I, Kayır A (1997) *Bir tedavi yaklaşımı vajinismus nedenleri ve grup terapisi*, Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi, 11 (3): 168-171.

Baram AD (2004) *Seksualite ve seks fonksiyonu ve seksüel saldırı*, Berek SJ, Novak Jinekoloji, Baram B (Çeviri), 13. Baskı, Nobel Tıp Kitabevleri, s: 295-321, İstanbul.

Barrett G, Pendry E, Peacock J, Victor C, Thakar R, Manyonda I (1999) *Women's sexuality after childbirth: a pilot study*, Archives of Sexual Behavior, 28 (2): 179-191.

Barett G, Pendry E, Peacock J, Victor C, Thankor R, Manyoda I (2000) *Sexuel health after childbirth*, Biritish Journal of Obstetrics and Gynaecology, 107 (2): 186-195.

Barrett G, Peacock J, Victor C, Mayonda I (2005) *Cesarean section and postnatal sexual health*, Birth, 32 (4): 306-311.

Basson R (2001) *Female sexual response: the role of drugs in the management of sexual dysfunction*, Obstet Gynecol, 98 (2): 350-353.

Basson R, Berman J, Buenett A, Derogatis L, Ferguson D, Fourcroy J, Goldstein I, Graziottin A, Heiman J, Laan E, Leiblum S, Nathan P, Rosen R, Segraves K, Segraves T, Shabsigh R, Sipski M, Wanger G, Whipple B (2000) *Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction:definitions and classifications*, The Journal Of Urology, 163: 888-893.

Basson R, Brotto LA, Laon E, Redmond G, Ution WH (2005) *Assessment and management of women's sexual dysfunctions problematic desire and arousal*, J Sex Med, 2: 291- 300.

Basson R, Leiblum S, Brotto L, Derogatis L, Fourcroy J, Meyer Fugl K, Graziottin A, Heiman JR, Laon E, Meston C, Schover L, Lonkveld J, Schultz WW (2003) *Definations of women's sexual dysfunction reconsidered: advocating expension and revision*, J Psychosom Obstet Gynecol, 24: 221-229.

Bayrak M (2006) *Vajinusmus oluşumunda etyolojik faktörler*, Uzmanlık Tezi, Bakırköy Ord.Prof.Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.

Baytur YB, Deveci A, Uyar Y, Özçakır HT, Kızılkaya S, Çağlar H (2005) *Mode of delivery and pelvic floor muscle strength and sexual function after child birth*, International Journal of Gynecology and Obstetrics, 8: 276-280.

Beck AT (1961) *An inventory for measuring depression*, Arch Gen Psychiatry, 4: 561-71.

Beck CT (1996) *A meta-analysis of predictors of postpartum depression*, Nurs Res. 45: 297-303.

Beck CT, Gamble RK (2001) *Further validation of the postpartum depression screening scale*, Nurs Res, 50: 155-164.

Berman JR, Bassuk J (2002) *Physiology and pathophysiology of female sexual function and dysfunction*, World Journal of Urology, 20 (2):111-118.

Berman JR, Berman LA, Kanaly KA (2003) *Female sexual dysfunction perceptsives on anatomy, physiology, evaluation and treatment*, EAU Update series, 1: 166-177.

Blackburn ST (2003) *Maternal, Fetal & Neonatal Physiology :A Clinical Perspective*, 2nd Ed., Saunders, pp: 158-179, New York.

Bobak IM, Jensen MD (1993) *Maternity and Gynecologi*, 5nd Ed., The Mosby Year Book, pp: 672-767, St. Lous.

Bogren, LY (1991) *Changes in sexuality in women and men during pregnancy*. Archives of Sexual Behavior, 20 (1): 35-45.

Boyacıoğlu GS (1999) *Kadın cinsel işlev bozuklukları*, Psikiyatri Dünyası, 2: 54-59.

Brown S, Lumley J (1998) *Maternal health after childbirth: results of on Australian population based survey*, Birth Journal of Obstetric and Gynaecology, 105: 156-161.

Brown S, Lumley B (2000) *Physical health problems after childbirth and maternal depression at six to seven months postpartum*, British Journal of Obstetrics and Gynaecology, 107: 1194-1201.

Brummen HJ, Bruinse HW, Pol G, Vaart CH (2006) *Which factor determine the sexual function 1 year after childbirth?*, BJOG, 113: 914-918.

Buhling KJ, Schmidt S, Robinson J, Klapp C, Siebert G, Dudenhausen J (2006) *Rate of dyspareunia after delivery in primiparae according to mode of delivery*, Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol., 124: 42-46.

Connolly AM, Tharp J, Pahel L (2005) *Effects of pregnancy and childbirth on postpartum sexual function: a longitudinal prospective study*, International Urogynecology Journal, April: 1-9.

Çalışır H, Özurmaz S, Tuğrul E (2007) Aydın il merkezindeki 0-11 aylık bebeklerde ani bebek ölümü sendromu (ABÖS) ile ilgili risk faktörlerinin incelenmesi, C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 11 (2): 7-17.

Çavdar İ (2006) *Meme kanserli hastalarda cinsel sorunlar*, Meme Sağlığı Dergisi, 2 (2): 64-66.

Çayan S, Akbay E, Bozlu M (2004) *The prevalence of female sexual dysfunction and potential risk factors that may impair sexual function in Turkish women*, Urol Int. 72: 52-57.

Çiftçi A *Narlidere Toplum Sağlığı Merkezi Başkanı, Özel Görüşme, Görüşme Tarihi: 04.12.2008, İzmir.*

Danacı AE, Dinç G, Deveci A, Şen FS, İçelli İ (2000) *Manisa il merkezinde doğum sonrası depresyon yaygınlığı ve etkileyen etmenler*, Türk Psikiyatri Dergisi, 11: 204-211.

Di Saia PJ (1994) *Kadın Jenital Yollarının Klinik Anatomisi*, Donforth Obstetrik ve Jinekoloji, Erez R (Çeviri), 7. Baskı, Yüce dağıtım A.Ş., s: 1-9, İstanbul.

De Judicibus AM, McCabe MP (2002) *Psychological factors and the sexuality of pregnant and postpartum*, Journal of Sex Research, 39 (2).

Demir Ö, Parlakay N, Gök G, Esen AA (2007) *Hastane çalışanı bayanlarda cinsel işlev bozukluğu*, Türk Üroloji Dergisi, 33 (2): 156-160.

Devlet İstatistik Enstitüsü (2004) *Bireysel mutluluk ve memnuniyet*, [http:// www.die.gov.tr/uyma/uyma 2004_bölüm2pdf], Erişim Tarihi: 03.06.2008.

Dilbaz B, Milne L (2005) *Güvenli Annelik Katılımcı Kitabı*, T.C. Sağlık Bakanlığı Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, s: 95-101, Ankara.

Donelly Denise A (1993) *Sexuality inactive marriages.*, J Sex Res., 30 (2): 171-179.

Dönmez HB (2007) *Postpartum depresyonun annelerin bebeklerini emzirmelerine ve bebek büyümesi üzerine olan etkisi*, Yüksek Lisans Tezi, Afyonkarahisar Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afyonkarahisar.

Enyindah CE, Fiebai PO, Anya SE, Okpani AOV(2007) *Episiotomy and perineal trauma prevalence and obstetric risk factor in Port Harcourt*, Nigeria, Nigeria Journal of Medicine, 16 (3): 242-245.

Erbil N (2005) *Gebelik ve loğusalıkta cinsellik: bilgi, tutum ve davranışlar*, 4. Uluslararası Üreme Sağlığı Kongresi Kitabı, 20-23 Nisan 2005, s: 214, Bilkent Otel ve Konferans Merkezi, Ankara.

Eren İT (2007) *Postpartum depresyon prevalansı ve sosyodemografik risk faktörleri*, Uzmanlık Tezi, Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği, İstanbul.

Ergöçmen BA, Eryurt MA (2004) *Doğurganlığı belirleyen diğer ara değişkenler*, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları Merkezi, s:198, Ankara.

Eryılmaz HY, Abalı S, Döndar Ç, Kurnaz E (2005) *Doğum sonrası dönemde kadınların cinsel fonksiyonları ve etkileyen faktörler*, 4. Uluslararası Üreme Sağlığı Kongresi Kitabı, 20-23 Nisan 2005, s: 198, Bilkent Otel ve Konferans Merkezi, Ankara.

Eşel E (2006) *İnsan cinselliğinin biyolojik ve evrimsel temelleri*, Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, 16: 274-288.

.....*Female sexual response*, [<http://www.arhp.org/files/FSR>], Erişim Tarihi: 15.04.2007

Frazier L, Rodriguez Garcia R (1995) *Cultural paradoxes relating to sexuality and breastfeeding*, J Hum Lactation, 11: 111-115.

Giray H, Kılıç B (2004) *Bekar kadınlar ve üreme sağlığı*, Sted, 13 (8):286-289.

Giuliano F, Rampin O, Allard J (2002) *Neurophysiology and pharmacology of female genital sexual response*, J Sex Marital Ther., 28 (1):101-121.

Glanezer C, Abdallah M, Strod P (1995) *Postnatal maternal morbidity: extent, causes, prevestion and treartment*, Br J Obstet Gynaecol, 102: 282-287.

Goetsch MF (2000) Postpartum dyspareunia: an explored problem.; J Reprod Med., 45 (11): 963-968.

Gökmen FG (2003) *Sistematik Anatomi*, Güven Kitabevi, s: 565-596, İzmir.

Gökıldız U (2002) *Cinsel sağlığın geliştirilmesinde hemşirenin etkinliği nasıl sağlanır?*, Florance Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 12 (49): 91-98.

Gülseren L (1999) *Doğum sonrası depresyon: bir gözden geçirme*, Türk Psikiyatri Dergisi, 10: 58-67.

Güvel S, Yaycıoğlu Ö, Bağış T, Savaşan N, Bulgan E, Özkardeş H (2003) *Evli kadınlarda cinsel fonksiyonları etkileyen faktörler*, Türk Üroloji Dergisi, 29 (1): 43-48.

Hannah P, Adams D, Lee A (1992) *Links between early postpartum mood and postnatal depression*, Br. J. Jomal Psychiatry, 160: 777-780.

Hames CT (1980) *Sexual needs and interests of postpartum couples*, JOGNN, 9: 313-315.

Hatzimouratidis K, Hatzichristou D (2007) *Sexual dysfunctions: classifications and definitions*, J Sex Med, 4: 241-250.

Hisli N (1989) *Beck depresyon envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliliği, güvenilirliği*, Psikoloji Dergisi, 7: 3-13.

Hyde JS, DeLamater JD, Plant EA, Byrd JM (1996). *Sexuality during pregnancy and the year postpartum*. The Journal of Sex Research, 33: 143-151.

İncesu C (1999) *Kadınlarda azalmış (hipoaktif) cinsel işlev ve cinsel tiksinti bozuklukları*, Cinsel İşlev Bozuklukları Monografi Serisi, 3: 14-18.

İncesu C (2004) *Cinsel işlev ve cinsel işlev bozuklukları*, Klinik Psikiyatri, 3: 3-13.

.....*Kadın cinselliği*, [http:// www.cetad.org.tr/doc/ bilgilendirme dosyasi_5.pdf], Erişim Tarihi:02.08.2008.

.....*Kadın genital anatomisi*, [http://www.androloji.org.tr/images/file/ Kadın %20gen%20anot], Erişim Tarihi:18/09/2007.

Kadri N, McHichi Alami KH, Tahiri Mchakra S (2002) *Sexual dysfunction in women: population based epidemiological study*, Archives Women Mental Health, 5: 59-63.

Kara B, Çakmaklı P, Nacak E, Türeci F (2001) *Doğum sonrası depresyon*, Sted, 10: 333.

Karamustafahoğlu N, Tomruk N (2000) *Postpartum hüüün ve depresyonlar*, Duygudurum Dizisi, 2: 64-70.

Karaçam Z (2003) *Kadınlarda üriner inkontinans: üriner inkontinans gelişimini önlemede ve davranışsal tedavi yöntemlerinin kullanımında ebe ve hemşirenin rolü*. Sendrom, 15 (3): 112-117.

Karaçam Z (2008a) *Normal postpartum dönem fizyolojisi ve bakımı*, Kadın Sağlığı, Editör Şirin A, Kavlak O, Bedray Basım Yayıncılık LTDŞTİ, s: 708-756, İstanbul.

Karaçam Z (2008b) *Epizyotominin doğum sonrası dönemde cinsel fonksiyona etkisi*, Hemşirelik Araştırma Geliştirme Dergisi, 1: 38-46.

Karaçam Z, Çalışır H, Dünder E, Altuntaş F, Avcı CH (2006) *Evli kadınların aile içi şiddet görmelerini etkileyen faktörler ve kadınların şiddete ilişkin bazı özellikleri*, E.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 22: (2).

Karaçam Z, Eroğlu K (2003) *Effects of episiotomy on bonding and mother's healh*. Journal of Advanced Nursing, 43 (4): 384-394.

Kaplan HS (1979) *Disordes of Sexual Desire and Other New Concepts and Techniques in Sex Therapy*, Hazel Puplications, New York.

Katharyn A, Mahlmeister LR (1990) *Comprehensive Maternity Nursing: Nursing Process and the Childbearing Family*, Lippincott Company, Phiadelphia.

Khawaja MY (2005) *Sexual dysfunction in male patients taking antipsyhotics*, J Ayub Med Coll Abbottabad, 17 (3).

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

Koturoğlu G, Akşit S, Kurugöl Z (2004) *Ege üniversitesi tıp fakültesi çocuk polikliniğinde izlenen bebeklerin yatış pozisyonunun değerlendirilmesi*, Türk Pediatri Arşivi, 39: 78-82.

Kömürcü N (1992) *Ebe ve hemşirelerin cinselliğe ve bu konudaki danışmanlık rollerine ilişkin görüşleri*, III.Ulusal Hemşirelik Kongresi, 24-26 Haziran 1992 Sivas, Bildiriler, s: 267-272.

Krug EG, Dahlberg LL, Mcec AJ, Zwi AB, Lozano R (2002) *World report on violence and health*, WHO, Universal Copyright, Switzerland.

Küçük L, Buzlu S (2006) *Vajinismusun psikososyal yönü*, Androloji Bülteni, 24: 79-81.

La Marre AK, Peterson LQ, Gorzalka BB (2003) *Breastfeeding and postpartum maternal sexual functioning: a review*, The Canadian Journal of Human Sexuality, 12 (3-4): 151-165.

Lamp JK, Alteneader RR, Lee C (2000) *Nurses' knowledge, attitudes and skills related to sexuality*, Journal of Nursing Scholarship, 32 (4): 391.

Landy S, Montgomery J, Walsh S (1989) *Postpartum depression: a clinical view*, Matern Child Nurse Journal, 18: 1-29.

Leah LA (2000) *Health problems after childbirth*, Journal of Midwifery & Women's Health, 45 (1): 55-57.

Lowdermilk DL, Perry SE, Bobak IM (2000) *Maternity Women's Health Care*. 7nd Ed., Mosby Inc. Pp: 581-670. St. Louis.

Lydon-Rochelle MT, Holt VL, Martin DP (2001) *Delivery method and self-reported postpartum general health status among primiparous women*, Paediatr Perinat Epidemiol, 15: 232-40.

Mathias C, Cardeal Mendes M, Ponde' de Sena E, Dias de Moraes E, Bastos C (2006) *An open-label, fixed-dose study of bupropion effect on sexual function scores in women treated for breast cancer*, European Society for Medical Oncology, September 15: 1-5.

McGahuey AC, Gelenberg AJ, Laukes CA, Moreno FA, Delgado PL (2000) *The Arizona sexual experience scale (ASEX): reliability and validity*, Journal of Sex & Marital Therapy, 26: 25-40.

Morof D, Barret G, Peacock J, Victor RC, Manyonda I (2003) *Postnatal depression and sexual health after childbirth*, The American College of Obstetricians and Gynecologists, 102 (6): 1318-1325.

Novak CS, Broom BL (1999) *Maternal and Child Health Nursing*, Mosby Inc, pp: 55-65, Missouri.

Nur N, Çetinkaya S, Bakır DA, Demirel Y (2004) *Sivas il merkezindeki kadınlarda postnatal depresyon prevalansı ve risk faktörleri*, C.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi, 26: 55-59.

Odor E, Wandabwa J, Kiando P (2003) *Sexual piractise of women within six months of childbirth in Mugola hospital, Uganda*, African Health Science, 3 (3): 117-123.

Oksay YÜ (2005) *Kadınlarda orgazmin kültürel ve psikososyal boyutu*, Androloji Bülteni, 22: 261-263.

Olds SB, London ML, Ladewing PA, Davidson MR (2004) *Maternal-Newborn Nursing and Women's Health Care*, 7nd Ed., Pearson Education Inc., New Jersey.

Olsson A, Lundqvist M, Faxelid E, Nissen E (2005) *Women's thoughts about sexual life after childbirth: focus group discussions with women after childbirth*, Scand Journal Caring Sciences, 19: 381-387.

Öksüz E, Malhan S (2006) *Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction in Turkish women*, J Urol, 175: 654-658.

Önem K, Kadioğlu A (2005) *Erkek ve kadında cinsel siklus döngüsü*, Androloji Bülteni, 22: 188-191.

Öz F (2004) *Sağlık Alanında Temel Kavramlar*, İmaj İç ve Dış ticaret AŞ, s: 83-111, Ankara.

Özdemir S (2007) *Konya ilinde postpartum depresyon sıklığı ve ilişkili sosyodemografik etmenler*, Uzmanlık Tezi, Meram Tıp Fakültesi, Konya.

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

Özmen D, Çetinkaya A, Kuş K, Yılmaz M, Hügül Y (2006) *Manisa ilköğretim okullarında görev yapan öğretmenlerin cinsel eğitim ile ilgili tutumları*, Sağlık ve Toplum, 2: 81-89.

Öztürk O (2002) *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*, 9. Baskı, Feryal Matbaası, Ankara.

Pauls NR, Occhino JA, Dryfhout VL (2008) *Effects of pregnancy on female sexual function and body image: a prospective study*, The Journal of Sexual Medicine, 5 (8): 1915-1922.

Pillitteri A (1992) *Maternal and Child Health Nursing*, Lippincott Company, Philadelphia.

Potter PA, Perry AG (2001) *Fundamentals of Nursing*, 5nd Ed., Mosby Inc., St.Loise.

Robson KM, Brant HA (1981) *Maternal sexuality during first pregnancy and after childbirth*, British Journal of Obstet Gynecol, 88: 882–889.

Romeoville MZ, Benicia WV (2000) *Postpartum body image and weight loss*, New Beginning, 17 (6): 156- 59.

Rosenbawn TY *Body image and sexuality in the postpartum period*, [http://www.physioforwomen.com/Postpartum_sexuality.pdf], Erişim Tarihi: 18.03.2008.

Sadock BJ, Sadock AU (2005) *Klinik Psikiyatri*, Aydın H (Çeviri), Güneş Kitabevi, s: 275-290, Ankara.

Sayın Ü (1994) *Master ve Johnson İnsanda Cinsel Davranış (1966)*, Bilimsel ve Teknik Yayınları Çeviri Vakfı, İstanbul.

.....*Sexual anatomy and physiology*, [http://www.engenderhealth.org/ res/ oncl/ sexuality/anatomy/index.html], Erişim Tarihi: 24.03.2007.

Signorello LB, Harlow BL, Chekos AK, Repke JT (2001) *Postpartum sexual functioning and its relationship to perineal trauma: a retrospective cohort study of primiparous women*, Am J Obstet Gynecol, 184 (5): 881-890.

Simpson KR, Creehan PA (2001) *Perinatal Nursing*. 2nd Ed., Lippincott, pp: 123–124, Philadelphia.

Small EC (1994) *Psychosocial-sexual issue*, Obstet Gynecol Clin North Am, 21: 773-780.

Snell RS (1998) *Tıp Fakóltesi Öğrencileri İçin Klinik Anatomi*, Yıldırım M (Çeviri), Nobel Tıp Kitabevleri, s: 275-377, İstanbul.

Solomon EP (2003) *İnsan Anatomisi ve Fizyolojiye Giriş*, Süzen LB (Çeviri), Birol Basım Yayın Dağıtım ve Ticaret, 4. Basım, s: 247-260, İstanbul.

Soykan A (2004) *The reliability and validity of Arizona sexual experiences scale in Turkish ESRD patients undergoing hemodialysis*, Int J Impot Res, 16: 531-534.

Spector I, Carey M (1990) *Incidence and prevalence of the sexual dysfunctions: a critical review of the empirical literature*, Arch Sex Behaviour, 19: 389–408.

Stuart Scott MD, Couser Greg BA, Schilder Kelly BA, O'Hara Michael W, Gorman D (1998) *Postpartum Anxiety and Depression: Onset and Comorbidity in a Community Sample*, Articles Journal of Nervous & Mental Disease, 186 (7): 20-424.

Sucu T (2008) *Sezaryenle doğumda patlama*, [http://www.ailehekimleri.net/index.php], Erişim Tarihi: 10.11.2008.

Sydow K (1998) *Sexuality during pregnancy and after childbirth: a metacontent analysis of 59 studies*, Journal of Psychosomatic Research, 47 (1): 27-49.

Tashbulatova D (2007) *İnfertil kadınlarda cinsel fonksiyonlara etki eden faktörler*, Uzmanlık Tezi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı, Adana.

Taşdemir S, Kaplan S, Bahar A (2006) *Doğum sonrası depresyonu etkileyen faktörlerin belirlenmesi*, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 1 (2): 106-116.

Taşkın L, (2005) *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*, 7. Baskı, Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara.

Tekin N (1995) *İstanbul ilinde ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezlerine başvuran evli kadınların cinsel sorunları ve sağlık ekibi üyelerinin konuya yaklaşımı*, Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Tezel A (2006) *Postpartum depresyonun değerlendirilmesinde hemşirenin/ebenin sorumlulukları*, New/Yeni Symposium Journal, 44 (1): 49-52.

Tezel A, Gözüml S (2005) *Postpartum dönemde kadınlarda görülebilen depresif belirtiler ve hemşirelik bakımı*, Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 62-68.

Thompson JF, Roberts LC, Currie M, Ellwood DA (2002) *Prevalence and persistence of health problems after childbirth associations with parity and method of birth*, Birth, 29 (2): 83-94.

Trutnovsky G, Haas H, Long U, Petru E (2006) *Women's perception of sexuality during pregnancy and after birth*, Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology, 46: 282-287.

Tuğrul B, Artan İ (2001) *Çocukların cinsel eğitimi ile ilgili anne görüşlerinin incelenmesi*, Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 20:141-149.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (2003) Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara.

Ventegodt S, Clausen B, Merrick J (2006) *Clinical holistic medicine: pilot study on the effect of vaginal acupuncture (Hippocratic pelvis massage)*, The Scientific World Journal, 6: 2100-2116.

Visness MC, Kennedy K (1997) *The frequency of coitus during breastfeeding*, Birth, 24 (4): 253-257.

Yanikkerem E (2002) *15-49 yaş evli kadınların aile içi şiddete ilişkin görüşlerinin ve şiddete maruz kalma durumlarının incelenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

Yavad J, Gennarelli LA, Ratakonda U (2001) *Female sexuality and common sexual dysfunctions: evaluation and management in a primary care setting*, Obstetric and Gynecology, 8 (1): 5-11.

Yeni E (2005) *Kadında orgazmik fonksiyon ve bozuklukları*, Androloji Bülteni, 21: 165-167.

Yetkin N (1999) *Vajinismus*, Cinsel İşlev Bozuklukları Monograf Serisi, 3: 26-29.

Yetkin N, İncesu C (1999) *Kadınlarda uyarılma ve orgazm bozuklukları*, Cinsel İşlev Bozuklukları Monograf Serisi, 3: 19-25.

Yıldırım M (1997) *Temel Anatomi*, Nobel Tıp Kitabevleri, Nobel Matbaacılık, s:293-345, İstanbul.

Yıldırım SG, Kısa C, Aydemir Ç (2004) *Postpartum depresyon*, Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi, 12 (Ek 4).

Wakley G (2005) *Sexual dysfunction*, Current Obstetrics and Gynaecology, 15: 38-45.

Wang H, Xu X, Yao Z, Zhou Q (2003) *Impact of delivery types on women's sexual health*, Reproduction & Contraception, 14 (4): 237-242.

Whipple B (2002) *Women's sexual pleasure and satisfaction. A new view of female sexual function*, The Female Patient, 27: 39-44.

Wong DL, Perry SE (2006) *Maternal Child Nursing Care*, 3rd Ed., Mosby Inc., Amerika.

Ziyalar A (2000) *Cinsel Davranış Bozuklukları*, Sökmen Matbaası, İstanbul.

ÖZGEÇMİŞ

Araştırmacı 1981 yılında İzmir’de doğmuştur. İlk, orta ve lise eğitimini İzmir’de tamamladıktan sonra, 2000 yılında Akdeniz Üniversitesi Antalya Sağlık Yüksekokulu Ebelik Bölümü’ne girmiş ve 2005 yılında mezun olmuştur. 2006 yılında Andan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü’nün açmış olduğu Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı’nın Yüksek lisans eğitimine başlamıştır. Araştırmacı 15.06.2005 tarihinden itibaren Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde çalışmaktadır.

TEŞEKKÜR

Tezimin planlanması ve gerçekleştirilmesi sırasında, sabrını ve sevgisini hiç esirgemedi, teşvik edici ve tezime yol gösterici çok değerli katkılarından dolayı saygıdeğer hocam Sayın Doç.Dr. Zekiye KARAÇAM'a,

Yüksek lisans eğitimim boyunca bilgi ve deneyimleri ile desteklerini her zaman yanımda hissettiğim tüm bölüm hocalarıma,

Araştırmaya katılmayı kabul eden değerli hanımlara,

Tezimin veri toplama aşamasında yardım ve desteklerini esirgemeyen saygıdeğer meslektaşlarım Elçin DURMUŞ'a, Özlem TURNA'ya, İlknur KILIÇ'a, Seda SARAÇ'a, kardeşim Gözde AKYÜZ'e ve eniştem Tahsin ERDEM'e,

Ayrıca tüm hayatım boyunca, destek, sevgi ve emeklerini benden esirgemeyen ve hiçbir fedakârlıktan kaçınmayan çok sevdiğim annem Sevim AKYÜZ'e, babam Abbas AKYÜZ'e ve sabrından dolayı nişanım Murat ACELE'ye sonsuz teşekkür ederim.

EKLER

EK 1. Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine ve Araştırmanın Bağımsız Verilerine İlişkin Soru Formu

1. Kaç yaşındasınız?.....
2. Eşiniz kaç yaşında?.....
3. Kaç yıldır evlisiniz
4. Eğitim durumunuz nedir? ☐ İlkokul ☐ Ortaokul ☐ Lise
☐ Yüksekokul ☐ Lisansüstü
5. Eşinizin eğitim durumu nedir? ☐ İlkokul ☐ Ortaokul ☐ Lise
☐ Yüksekokul ☐ Lisansüstü
6. Evlilik durumunuz: ☐ Evli, resmi nikâhı var ☐ Evli, imam nikâhı var
7. Gelir getiren bir işte çalışıyor musunuz?
☐ Evet ☐ Hayır Cevabınız evet ise; yaptığınız iş nedir?.....
8. Eşinizin işi nedir?.....
9. Herhangi bir sağlık güvenceniz var mı? ☐ Evet ☐ Hayır
10. Gelir düzeyinizi gideriniz ile karşılaştırdığınızda nasıl değerlendiriyorsunuz?
☐ Düşük (Gelir giderden düşük)
☐ Orta (Gelir gidere denk)
☐ Yüksek (Gelir giderden yüksek)
11. Yaşamınızın uzun bir bölümü nerede geçti?
☐ Köy ☐ Kent ☐ Kasaba ☐ Büyük kent
12. Birlikte yaşadığınız eşiniz, çocuklarınız ve sizden başka bireyler var mı?
☐ Evet ☐ Hayır

13. Yatak odanızda yatan çocuğunuz/çocuklarınız var mı?
() Evet () Hayır Cevabınız evet ise; açıklayınız.....
14. Obstetrik Öykü: Gebelik sayısı..... Kendiliğinden düşük sayısı.....
Canlı doğum sayısı..... Küretaj sayısı.....
Yaşayan çocuk sayısı..... Ölü doğum sayısı.....
15. Herhangi bir sağlık sorununuz var mı?
() Evet () Hayır Cevabınız evet ise; açıklayınız.....
16. Sürekli kullandığınız bir ilaç var mı?
() Evet () Hayır Cevabınız evet ise; açıklayınız.....
17. Eşinizin herhangi bir rahatsızlığı var mı?
() Evet () Hayır Cevabınız evet ise; açıklayınız.....
18. Eşinizin sürekli olarak kullandığı bir ilaç var mı?
() Evet () Hayır Cevabınız evet ise; açıklayınız.....
19. En son gebeliğinizi, gebe kalmadan önce planlamış mıydınız? () Evet () Hayır
20. En son bebeğinizi istemiş miydiniz? () Evet () Hayır
21. En son doğumunuzu hangi tarihte gerçekleştirdiniz?.....
22. En son bebeğiniz kaç haftalık / aylık doğdu?.....
23. En son bebeğinizin herhangi bir sağlık sorunu var mı?
() Evet () Hayır Cevabınız evet ise; açıklayınız.....
24. En son doğumunuzu nerede yaptınız? () Hastanede () Evde
25. En son bebeğinizin doğum şekli nedir?
() Normal () Müdahaleli () Sezaryen
26. Bebeğinizi emziriyor musunuz? () Evet () Hayır

Bebeğinizin doğum şekli sezaryen ise 29. soruya geçiniz.

27. Doğumunuzda alt bölgenizde dikişleriniz var mıydı?/ Doğunuz dikişlimi oldu?
() Evet () Hayır Cevabınız evet ise; açıklayınız.....
28. En son doğumunuzdan sonraki dönemde alt bölgenizdeki dikişlerinizin iyileşmesi ile ilgili bir sorun yaşadınız mı?
() Evet () Hayır Cevabınız evet ise; açıklayınız.....
29. Sezaryenden sonraki dönemde karın bölgenizdeki dikişlerinizin iyileşmesi ile ilgili bir sorun yaşadınız mı?
() Evet () Hayır Cevabınız evet ise; açıklayınız.....

30. Doğum sonrası dönemde başka herhangi bir sağlık sorunu yaşadınız mı?
() Evet () Hayır Cevabınız evet ise; açıklayınız.....

31. Genel olarak evlilik hayatınızdan memnun musunuz? () Evet () Hayır

32. Cinsel yaşamınız kaç yaşınızda iken başladı?.....

33. En son gebeliğinizden önce genel olarak haftada kaç kez cinsel ilişkide bulunurdunuz?

34. En son gebeliğinizden önce eşinizin ve sizin cinsel yaşamınızla ilgili herhangi bir sorunuz var mıydı?

- | | |
|--------------------------------|-----------------------------------|
| () Sorun yok. | () Vajinal darlık |
| () Vajinal kayganlıkta azalma | () Vajinal gevşeklik |
| () İlk cinsel birleşimde ağrı | () Cinsel ilişkiden sonra kanama |
| () Cinsel ilişki boyunca ağrı | () Cinsel istekte azalma |
| () Ağrılı orgazm | () Diğer |
| () Orgazm olmada güçlük | |

Soruya cevabınız evet ise, 35. soruya geçiniz.

35. Bu sorunuz nedeniyle herhangi bir danışmanlık veya tedavi aldınız mı?
() Evet () Hayır Cevabınız evet ise; açıklayınız.....

36. En son gebeliğiniz boyunca eşinizin ve sizin cinsel yaşamınızla ilgili herhangi bir sorunuz var mıydı?

- | | |
|--------------------------------|-----------------------------------|
| () Sorun yok. | () Vajinal darlık |
| () Vajinal kayganlıkta azalma | () Vajinal gevşeklik |
| () İlk cinsel birleşimde ağrı | () Cinsel ilişkiden sonra kanama |
| () Cinsel ilişki boyunca ağrı | () Cinsel istekte azalma |
| () Ağrılı orgazm | () Diğer |
| () Orgazm olmada güçlük | |

37. Doğum sonrası dönemde düzenli olarak adet/menstrasyon gördünüz mü?

() Evet () Hayır Cevabınız hayır ise açıklayınız.....

38. Doğum sonrası dönemde bebeğiniz kaç günlük/haftalık/aylık olduğunda cinsel ilişkiye başladınız?.....

39. Doğum sonrası dönemde cinsel ilişkiye başlama zamanı ile ilgili dini ya da kültürel bir görüşünüz var mı?

() Evet () Hayır Cevabınız evet ise; açıklayınız.....

40. Son zamanlarda genel olarak haftada kaç kez cinsel ilişkide bulunuyorsunuz?.....

41. Son zamanlarda en son gebeliğinizden önceki döneme göre cinsel ilişki sıklığınızda herhangi bir değişiklik oldu mu? () Hayır () Evet azaldı () Evet arttı
42. Doğum yaptığınız dönemden beri siz ve eşiniz cinsel yaşamınızdan memnun musunuz?
() Evet () Hayır Cevabınız hayır ise; açıklayınız.....
43. En son doğumunuzdan sonra cinsel ilişkiye başladığınızda herhangi bir sorun yaşadınız mı?
() Sorun yok.
() Vajinal kayganlıkta azalma () Vajinal darlık
() İlk cinsel birleşimde ağrı () Vajinal gevşeklik
() Cinsel ilişki boyunca ağrı () Cinsel ilişkiden sonra kanama
() Ağrılı orgazm () Cinsel istekte azalma
() Orgazm olmada güçlük () Diğer
44. En son bebeğinizin doğumundan sonra, cinsel yaşamınıza tekrar döndüğünüzde cinsel ilişki esnasında ağrı yaşadınız mı?
() Evet () Hayır
45. En son bebeğinizin doğumdan sonra cinsel ilişki sırasında ağrı hissetme, dikişlerinizin açılacağı korkusu mikrop kapacağını düşünme, gebe kalma gibi korkularınız oldu mu?
() Evet () Hayır Cevabınız evet ise; açıklayınız.....
46. Şu anda herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanıyor musunuz?
() Evet () Hayır Cevabınız evet ise; açıklayınız.....
47. Emzirmeye bağlı olarak memelerinizde oluşan dolgunluk cinsel ilişki esnasında sizi rahatsız ediyor mu?
() Evet () Hayır Cevabınız evet ise; açıklayınız.....
- 48 Eşiniz size fiziksel olarak şiddet (dövme, vurma, itme) uygular mı? () Evet () Hayır
49. Eşiniz sizi, siz istemediğiniz zaman, cinsel ilişkiye zorlar mı? () Evet () Hayır

EK 2. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (Arizona Sexual Experiences Scale)

ARIZONA CİNSEL YAŞANTILAR ÖLÇEĞİ (KADIN FORMU)

Lütfen her maddede, bugün de dahil, geçen haftaki durumunuzu işaretleyin.

1. Cinsel açıdan ne derece isteklisiniz?					
1_	2_	3_	4_	5_	6_
Oldukça istekli	Çok istekli	Biraz istekli	Biraz isteksiz	Çok isteksiz	Tamamen isteksiz
2. Cinsel açıdan ne kadar kolay uyarılırsınız (tahrik olursunuz)?					
1_	2_	3_	4_	5_	6_
Oldukça kolay	Çok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	Çok zor	Oldukça zor
3. Vajinanız/ cinsel organınız ilişki sırasında ne kadar kolay ıslanır?					
1_	2_	3_	4_	5_	6_
Oldukça kolay	Çok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	Çok zor	Asla olmaz
4. Ne kadar kolay orgazm olursunuz?					
1_	2_	3_	4_	5_	6_
Oldukça kolay	Çok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	Çok zor	Asla boşalmam
5. Orgazmınız tatmin edici midir?					
1_	2_	3_	4_	5_	6_
Oldukça tatmin edici	Çok tatmin edici	Biraz tatmin edici	Pek tatmin etmiyor	Çok tatmin etmiyor	Asla ulaşamam

EK 3. Beck Depresyon Envanteri (Beck Depression Enventory)

BECK DEPRESYON ENVANTERİ

Aşağıda, kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Her madde bir çeşit ruh durumunu anlatmaktadır. Her maddede o ruh durumunun derecesini belirten 4 seçenek vardır. Lütfen bu seçenekleri dikkatle okuyunuz. Son bir hafta içindeki (şu an dahil) kendi ruh durumunuzu göz önünde bulundurarak, size en uygun olan ifadeyi bulunuz. Daha sonra, o maddenin yanındaki harfin üzerine (x) işareti koyunuz.

1. (a) Kendimi üzgün hissetmiyorum.
(b) Kendimi üzgün hissediyorum.
(c) Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum.
(d) Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum.
2. (a) Gelecekte umutsuz değilim.
(b) Geleceğe biraz umutsuz bakıyorum.
(c) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
(d) Benim için bir gelecek yok ve bu durum düzelmeyecek.
3. (a) Kendimi başarısız görmüyorum.
(b) Çevremdeki bir çok kişiden daha fazla başarısızlıklarım oldu sayılır.
(c) Geriye dönüp baktığımda, çok fazla başarısızlığım olduğunu görüyorum.
(d) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.
4. (a) Her şeyden eskisi kadar zevk alabiliyorum.
(b) Her şeyden eskisi kadar zevk alamıyorum.
(c) Artık hiçbir şeyden gerçek bir zevk alamıyorum.
(d) Bana zevk veren hiçbir şey yok. Her şey çok sıkıcı.
5. (a) Kendimi suçlu hissetmiyorum.
(b) Arada bir kendimi suçlu hissettiğim oluyor.
(c) Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum.
(d) Kendimi her an için suçlu hissediyorum.
6. (a) Cezalandırıldığımı düşünmüyorum.
(b) Bazı şeyler için cezalandırılabilceğimi hissediyorum.
(c) Cezalandırılmayı bekliyorum.
(d) Cezalandırıldığımı hissediyorum.
7. (a) Kendimden hoşnudum.
(b) Kendimden pek hoşnut değilim.
(c) Kendimden hiç hoşlanmıyorum.
(d) Kendimden nefret ediyorum.
8. (a) Kendimi diğer insanlardan daha kötü görmüyorum.
(b) Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum.
(c) Kendimi hatalarım için çoğu zaman suçluyorum.
(d) Her kötü olayda kendimi suçluyorum.

9. (a) Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
(b) Bazen kendimi öldürmeyi düşünüyorum, fakat bunu yapmam.
(c) Kendimi öldürmeyi isterdim.
(d) Bir fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.
10. (a) Her zamankinden daha fazla ağladığımı sanmıyorum.
(b) Eskisine göre şu sıralarda daha fazla ağlıyorum.
(c) Şu sıralarda her an ağlıyorum.
(d) Eskiden ağlayabilirdim, ama şu sıralarda istesem de ağlayamıyorum.
11. (a) Her zamankinden daha sinirli değilim.
(b) Her zamankinden daha kolay sinirleniyor ve kızıyorum.
(c) Çoğu zaman sinirliyim.
(d) Eskiden sinirlendiğim şeylere bile artık sinirlenemiyorum.
12. (a) Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim.
(b) Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim.
(c) Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim.
(d) Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı.
13. (a) Kararlarımı eskisi kadar rahat ve kolay verebiliyorum.
(b) Şu sıralarda kararlarımı vermeyi erteliyorum.
(c) Kararlarımı vermekte oldukça güçlük çekiyorum.
(d) Artık hiç karar veremiyorum.
14. (a) Dış görünüşümün eskisinden daha kötü olduğunu sanmıyorum.
(b) Yaşlandığımı ve çekiciliğimi kaybettiğimi düşünüyorum ve üzülüyorum.
(c) Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan olumsuz değişiklikler olduğunu hissediyorum.
(d) Çok çirkin olduğumu düşünüyorum.
15. (a) Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
(b) Bir işe başlayabilmek için, eskisine göre kendimi daha fazla zorlamam gerekiyor.
(c) Hangi iş olursa olsun, yapabilmek için kendimi çok zorluyorum.
(d) Hiçbir işi yapamıyorum.
16. (a) Eskisi kadar rahat uyuyabiliyorum.
(b) Şu sıralarda eskisi kadar rahat uyuyamıyorum.
(c) Eskisine göre 1 veya 2 saat daha erken uyanıyor ve tekrar uyumakta zorluk çekiyorum.
(d) Eskisine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.
17. (a) Eskisine kıyasla daha çabuk yorulduğumu sanmıyorum.
(b) Eskisinden daha çabuk yoruluyorum.
(c) Şu sıralarda nerede ise her şey beni yoruyor.
(d) Öyle yorgunum ki hiç bir şey yapamıyorum.
18. (a) İştahım eskisinden pek farklı değil.
(b) İştahım eskisi kadar iyi değil.
(c) Şu sıralarda iştahım pek kötü.
(d) Artık hiç iştahım yok.

19. (a) Son zamanlarda pek fazla kilo kaybettiğimi sanmıyorum.
(b) Son zamanlarda istemediğim halde üç kilodan fazla kaybettim.
(c) Son zamanlarda istemediğim halde beş kilodan fazla kaybettim.
(d) Son zamanlarda istemediğim halde yedi kilodan fazla kaybettim.
Daha az yemeye çalışarak kilo kaybetmeye çalışıyorum. Evet () Hayır ()
20. (a) Sağlığım beni pek endişelendirmiyor.
(b) Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sorunlarım var.
(c) Ağrı, sızı gibi bu sıkıntıları beni epey endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zor geliyor.
(d) Bu tür sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki, artık başka hiçbir şey düşünemiyorum.
21. (a) Son zamanlarda cinsel yaşantımda dikkatimi çeken bir şey yok.
(b) Eskisine oranla cinsel konularla daha az ilgileniyorum.
(c) Şu sıralarda cinsellikle pek ilgili değilim.
(d) Artık, cinsellikle hiçbir ilgim kalmadı.

**EK 4. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel
Müdürlüğü İzin Yazısı**

T.C.
İZMİR VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

SAYI: Eğt.Şb.B.104.İSM.4350009 / 1707
KONU: Elif Özge AKYÜZ'ün
Araştırması.

18 Haziran 2007 / 46229

NARLIDERE TOPLUM SAĞLIĞI MERKEZİ

İZMİR

İLGİ: 18.05.2007 tarih ve 1222 sayılı yazınız.

İlgi sayılı yazınızda belirtilen araştırmanın yapılması Bakanlığımızca uygun görülmüş olup, ilgili yazı ekte sunulmuştur.

Ancak 04.06.2007 tarih ve 40504 sayılı yazımıza istinaden bundan sonraki araştırma izinleri kurumunuz tarafından değerlendirilecektir.

Bilgilerinizi ve ilgililere duyurulması hususunda gereğini rica ederim.

Şenol SARIACI
Müdür a.
Sağlık Müdür Yardımcısı

EKİ: 1 adet yazı

19.6.2007
1345
19.06.2007

19.6.2007

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sayı : B100TSH0130004-
Konu : Araştırmalar.

011840 01.06.07

İZMİR VALİLİĞİNE
(İl Sağlık Müdürlüğü)

- İlg: a) 25/05/2007 tarih ve 1473 sayılı yazınız.
b) 25/05/2007 tarih ve 1476 sayılı yazınız.
c) 25/05/2007 tarih ve 1477 sayılı yazınız.
d) 22/05/2007 tarih ve 1062 sayılı yazınız.

İlg yazılarınız ekinde gönderilen; Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü ve Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Müdürlüğü tarafından yapılması planlanan araştırma anketleri incelenmiş olup Genel Müdürlüğümüzce uygun bulunmuştur. Bundan sonra yapılacak araştırmaların 24/05/2007 tarih ve 11082 sayılı yazınız dikkate alınarak söz konusu taleplerin iliniz tarafından değerlendirilmesi hususunda;

Bilginizi ve gereğini rica ederim.

Uzm. Dr. Bekir KEŞKİNKILIÇ
Bakan a.
Genel Müdür Yardımcısı

Sağlık Bakanlığı'na

Vali a.

...../...../2007

20.
15.06.2007
Sağ. Bakanlığı'na

14 Haz 2007

71166

E 37

EK 5. Adnan Menderes Üniversitesi Etik Kurul Başkanlığı Ön Onayı



T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Etik Kurulu Başkanlığı



Sayı : B.30.2.ADÜ.0.01.00/ 010-230
Konu :

7.../7.../2007

Sayın, Yrd.Doç.Dr. Zekiye KARAÇAM
ASYO Ebelik Bölümü- Ebelik AD-AYDIN

Fakültemiz Etik Kurulu'nun 06.09.2007 tarihinde yapılan olağan toplantısında çalışmanızla ilgili alınan III nolu karar ilişikte sunulmuştur.
Bilgilerinize sunarım.


Prof.Dr. Mustafa BİRİNCİOĞLU
Etik Kurul Başkanı

KARAR III

Protokol No : 2007/00190

Sorumlu Yürütücü: Yrd.Doç.Dr. Zekiye KARAÇAM- ASYO Ebelik Bölümü- Ebelik AD-AYDIN

Aydın Sağlık Yüksekokulu –Ebelik Bölümü- Ebelik Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Yrd.Doç.Dr. Zekiye KARAÇAM'ın “Doğum sonrası cinsel sorunlar ve etkileyen etmenlerin incelenmesi” isimli araştırması görüşüldü.

Sonuçta, çalışmanın protokolü, gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemler ile gönüllü bilgilendirme formu ve ekli bulunan diğer belgeler dikkate alınarak incelenmiş ve adı geçen araştırmaya başlanmasında Yerel Etik Kurulunca sakınca bulunmadığına oy birliği ile karar verilmiştir.

Ayrıca çalışmadaki gönüllülere sunulan bilgilendirilmiş olur formu ile bilgilendirilmiş olur metni formlarının gönüllüler tarafından bizzat kendilerinin kendi adı-soyadını yazması ve imzalamasının sağlanması ile adreslerinin eksiksiz olarak formlara yazılmasına dikkat edilmelidir.

Kurulumuzca bu çalışmada olduğu gibi **Ön onay verilen** çalışmaların sorumlu yürütücülerinin bu hususa özen göstermesinin gerekliliğin bir kez daha vurgulanmasına oy birliğiyle karar verilmiştir.

EK 6. Adnan Menderes Üniversitesi Etik Kurul Başkanlığı Onayı



T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Etik Kurulu Başkanlığı



Sayı : B.30.2.ADÜ.0.20.05.00/010-390
Konu :

26.12.2008

Sayın, Yrd.Doç.Dr. Zekiye KARAÇAM
ASYO Ebelik Anabilim Dalı

Fakültemiz Etik Kurulu'nun 23.12.2008 tarihinde yapılan olağan toplantısında
çalışmanızla ilgili alınan 19 nolu karar ilişikte sunulmuştur.

Bilgilerinize sunarım.

Prof.Dr. Mustafa BİRİNCİOĞLU
Etik Kurul Başkanı

KARAR 19

Protokol No : 2007/00190
Sorumlu Yürütücü : Yrd.Doç.Dr. Zekiye KARAÇAM- ASYO

Etik Kurul'un 06.09.2007 tarih, 10 sayılı ve III nolu kararıyla ön onay verilen; Aydın Sağlık Yüksekokulu –Ebelik Bölümü- Ebelik Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Yrd.Doç.Dr. Zekiye KARAÇAM'ın “Doğum sonrası cinsel sorunlar ve etkileyen etmenlerin incelenmesi” araştırmasının sonuç raporu görüşüldü.

Dilekçesinde çalışmanın tamamlandığı ve sonuç raporunun ekli olduğu görülmüştür.

Sonuçta çalışmanın etik kurallar içinde yürütüldüğü ve tamamlandığı, istenen belgelerin tam olduğu anlaşıldı.

Çalışmanın Etik Kurul Uygunluk Onayını almasına oy birliği ile karar verilmiştir.

EK 7. Bilgilendirilmiş Olur Metni

Sayın Hanımefendi,

Doğum sonrası dönemde kadınların yaşadıkları cinsel sorunlar ve etkileyen etmenler ile ilgili bir çalışma yapmaktayız. Araştırmamıza İzmir İli Narlıdere, ilçesinde ikamet eden doğum sonrası 2–12 aylık dönemde olan kadınları almaktayız. Sizi de bu bölgede yaşadığınız ve doğum sonu 2–12 aylık dönemde olduğunuz için araştırmamıza katılmaya davet ediyoruz. Araştırma için Sağlık Bakanlığı İzmir İl Sağlık Müdürlüğünden gerekli izinler alınmıştır.

Bu araştırmada, kadınların doğumdan sonraki dönemde cinsel ilişkiye başlama sürelerini, bu süreçte yaşadıkları sorunları ve sorunlara neden olan etmenleri belirlemeyi hedeflemekteyiz. Bu amaçla hazırlanan veri toplama formlarında, sizleri tanıtıcı bilgiler ve doğum sonrası cinsel yaşantılarınızla ilgili bilgiler sorgulanmaktadır. Ayrıca cinsel yaşantınızın ve ruhsal durumunuzun değerlendirilmesi amacıyla Cinsel Yaşantılar Ölçeği ve Beck Depresyon Envanterinden de yararlanılacaktır.

Veri toplama formunda belirtilen durumların sizde olup olmaması araştırmaya katılmanıza engel değildir. Formları doldurmanız araştırmanın gerçekleştirilmesi için yeterli ve önemlidir. Elde ettiğimiz bu bilgiler kimlik belirtilmeden bilimsel yayınlarda kullanılacaktır. Bilgiler bu amacın dışında kullanılmayacaktır ve başkasına verilmeyecektir.

Araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Araştırmaya katılmak tamamen gönüllülük ilkesine dayanmaktadır. Formların doldurulması yaklaşık 30 dakikanızı alacaktır. Araştırmaya katılmakla harcadığınız zaman ve emek için size herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Ancak araştırma için bir arada bulunduğumuz sürede, biz araştırmacılar sizlere bebeğiniz ve kendi bakımınız ile ilgili danışmanlık yapabiliriz. Daha sonrada size verdiğimiz telefon numaralarından bize ulaşabilir ve danışmanlık alabilirsiniz.

Araştırma sırasında sizi ve diğer gönüllüleri ilgilendirebilecek bir bilgi söz konusu olduğunda, bu bilgi size ve diğer gönüllülere derhal bildirilecektir.

Katkılarınızdan dolayı teşekkür eder size ve bebeğinize sağlıklı bir yaşam dileriz.

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu klinik Araştırmaya kendi rızamla, hiç bir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı, İmzası, Tarih, Adresi (telefon no, varsa *faks* no.)

Velayet veya vesayet altında bulunanlar için veli veya vasinin Adı, İmzası, Tarih, Adresi (telefon no varsa faks no)

Açıklamalar yapan araştırmacının Adı, İmzası, Tarih

Rıza alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin Adı, İmzası,

EK 8. Bilgilendirilmiş Olur Formu

1. Aşağıda imzası olan ben “Doğum Sonrası Cinsel Sorunlar Ve Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi” başlıklı çalışmaya katılmayı kabul ediyorum.
2. Bu çalışmayı yürüten Yrd. Doç. Dr. Zekiye KARAÇAM ve Elif Özge AKYÜZ çalışmanın yapısı, amacı ve muhtemel süresi, ne yapmam istendiği ve yan etkilerle karşılaşsam ne yapmam gerektiği hakkında ayrıntılı sözlü ve yazılı bilgi verdi.
3. Elif Özge AKYÜZ’ e çalışmasıyla ilgili her soruyu sorma fırsatını buldum. Cevapları ve bana verilen bilgiyi anladım.
4. Elif Özge AKYÜZ’ e hastalığımızın geçmişini ve kullandığım ilaçları anlattım ve onu bu bilgilerin ayrıntılarını açıklamaya, hasta ve araştırmacı arasındaki sırları koruması şartıyla yetkili kılıyorum.
5. Çalışma boyunca tüm kurallara uyacağıma, Elif Özge AYÜZ ile tam bir uyum içinde çalışacağıma ve sağlığımla ilgili herhangi bir sorun çıktığında hemen onu arayacağımı kabul ediyorum.
6. Bu çalışmanın sonuçlarının kullanılmasını kısıtlamayacağımı ve özellikle dünya çapında tıp yetkililerine verebileceğini kabul ediyorum.
7. Bu çalışmadan istediğim zaman çıkabileceğimi anladım.

OKUDUM VE ONAYLADIM.

Hastanın adı, soyadı, adresi.

İmza, tarih :

Araştırmacının adı, soyadı, adresi :

İmza, tarih :

Tanığın adı, soyadı, adresi :

İmza, tarih :

EK 9. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeğini Türkçeye Uyarlayan Prof.Dr. Atilla Soykan'ın Onayı

From: Atilla Soykan (iasoykan@yahoo.com)
To: elif özge akyüz
Date: Friday, November 28, 2008 9:45:29 AM
Subject: Re: Merhaba Sayın Soykan

Uygundur Elif Hanım. Çalışmanızda başarılar. Atilla Soykan

From: elif özge akyüz <elif_akyuz@yahoo.com>
To: atilla soykan <iasoykan@yahoo.com>
Sent: Thursday, November 27, 2008 7:11:37 PM
Subject: Merhaba Sayın Soykan

Merhaba Sayın Soykan,

Ben Aydın Sağlık Yüksekokulu Kadın Sağlığı ve Hastalıkları ABD. yüksek lisans öğrencilerinden Hemşire Elif Özge Akyüz. Yüksek lisans tezim için "Doğum Sonrası Cinsel Sorunlar ve Ekileyen Etmenlerin İncelenmesi" isimli çalışmayı yapmayı planlıyorum. Eğer sizde uygun görürseniz bu çalışmada sizin türkçeye uyarladığınız Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Kadın Formunu kullanmak istiyorum. İyi çalışmalar.