



T. C.

SAĞLIK BAKANLIĞI

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

ŞİŞLİ HAMİDİYE ETFAL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM KLİNİĞİ

EPİZYOTOMİ İLE NORMAL VAJİNAL DOĞUM VE SEZARYEN İLE DOĞUM SONRASI FSFI SKORUNA GÖRE SEKSÜEL FONKSİYON SONUÇLARININ RETROSPEKTİF OLARAK KARŞILAŞTIRILMASI

Dr. Süleyman Doğa AKGÖR

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

İstanbul 2023





T.C.

SAĞLIK BAKANLIĞI

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

ŞİŞLİ HAMİDİYE ETFAL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM KLİNİĞİ

EPİZYOTOMİ İLE NORMAL VAJİNAL DOĞUM VE SEZARYEN İLE DOĞUM SONRASI FSFI SKORUNA GÖRE SEKSÜEL FONKSİYON SONUÇLARININ RETROSPEKTİF OLARAK KARŞILAŞTIRILMASI

Dr. Süleyman Doğa AKGÖR

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Alev ATIŞ AYDIN

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

İstanbul 2023

TEŞEKKÜR

Yıllar boyunca her gününü özveri ve ciddiyet ile geçirdiğim uzmanlık eğitimimin ve tez sürecinin sonuna gelmiş bulunuyorum. Bu bölümü bu süre zarfında yanımda olan, hayatıma dokunan, beni teşvik eden insanlar için kullanmak istiyorum.

Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'ndeki uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve tecrübelerini esirgemeyen, öğrencisi olmaktan gurur duyacağım tez danışmanım sayın Prof. Dr. Alev ATIŞ AYDIN'a;

Asistanlık boyunca desteklerini esirgemeyen ve yol göstericilikleri ile önüme ışık tutan, teşekkür etmeyi borç bildiğim eğitim ve idari sorumlumuz sayın Doç. Dr. Orhan ŞAHİN'e,

Teşekkürlerin az kalacağı, bana verdikleri kıymetli bilgileri mesleki hayatım boyunca kullanacağımı düşündüğüm sayın Doç. Dr. Hüseyin KIYAK'a, sayın Doç. Dr. Cengiz ANDAN'a, Op. Dr. Sıdıka Sibel GÜLOVA'ya;

Yeri geldiğinde dışarıda, yeri geldiğinde hastanede bana ağabeylik yapan ve ilk jinekolojik ameliyatımı yapmamda ön ayak olan Op. Dr. Meriç KABAKÇI'ya;

Asistanlık eğitimimin ilk gününden son asistanlık günüme kadar yeni bir şey öğrenmek için yanlarına gittiğim ve beni asla kırmayıp bilgi birikimlerini benimle paylaşan kliniğimizdeki değerli uzman abi ve ablalarıma;

Gece gündüz demeden birlikte çalıştığım, çoğunlukla aile ve arkadaşlarımdan daha çok gördüğüm iş arkadaşlarım; bana tüm bildiklerini hesap yapmadan öğreten ve arkamda duran kıdemlilerime, beni asla yarı yolda bırakmayan ve dayanak olan eş kıdemlerime ve beni asla kırmayan ve nazımı çeken çalışmaktan mutluluk duyduğum tüm çömezlerime;

Tezimi yapmamda büyük emeği geçen poliklinik sekreterlerimize,

Eğitim sürecine başladığım ilk günden itibaren birlikte mesai yaptığım, kliniğimizin her bir departmanında görev alan hemşire, ebe, yardımcı personelimize;

Beni bu günlere getiren, sorgusuz sualsiz her zaman yanımda olan, haklarını asla ödeyemeyeceğim, canımdan çok sevdiğim anneme, babama, ablama ve tüm aileme;

Sonsuz teşekkürlerimi ve şükranlarımı sunarım.

Dr. Süleyman Doğa AKGÖR

İstanbul- 2023

İÇİNDEKİLER

1.GİRİŞ VE AMAÇ.....1

2.GENEL BİLGİLER.....3

2.1.Cinsellik.....3

2.2. Cinsel Yanıt Döngüsü ve Fizyolojik Yapısı.....3

2.2.1. Lineer Cinsel Yanıt Döngüleri.....3

2.2.2. Sirküler Cinsel Yanıt Döngüleri.....5

2.3. Genital Sistemin Anatomik Yapısı.....6

2.4. Sinir Yapısı.....8

2.5. Endokrinoloji.....8

2.6. Cinsel Fonksiyon Bozuklukları.....10

2.6.1.Prevelans......10

2.6.2 Cinsel Fonksiyon Bozukluğu Nedenleri.....10

2.7. Cinsel Fonksiyon Bozukluklarının Sınıflandırılması.....12

2.7.1 Kadın Cinsel İlgi/Uyarılma Bozukluğu.....15

2.7.2. Orgazm Bozuklukları.....15

2.7.3 Genito-Pelvik Ağrı/Penetrasyon Bozukluğu.....16

2.7.4 Diğer Cinsel Fonksiyon Bozuklukları- DSM-V.....17

2.7.4.1. Madde ve İlaç Kullanımına Bağlı Cinsel İşlev Bozuklukları.....17

2.7.4.2. Diğer Tanımlanmış Cinsel İşlev Bozuklukları Ve Tanımlanmamış Cinsel İşlev Bozukluğu.....18

2.7.5. Cinsel Fonksiyon Bozukluklarının B/C Kategorileri Ve Tanımlanan Alt ipleri.....18

2.7.6. Tanımlanan Alt Tipleri: Edinilen, Yaşam Boyu Belirteçleri.....19

2.8. Gebelik ve Cinsellik.....19

2.8.1. Gebelikte Cinsel İşlev Döngüsünde Meydana Gelen Değişiklikler.21

2.8.1.1. İstek Evresi.....21

2.8.1.2. Uyarılma Evresi.....21

2.8.1.3. Plato Evresi.....21

2.8.1.4. Orgazm Evresi.....21

2.8.1.5. Çözülme Fazı.....21

2.8.2 Gebelik Süresince Meydana Gelen Değişiklikler.....22

2.8.2.1. Birinci Trimester.....22

2.8.2.2 İkinci Trimester.....23

2.8.2.3 Üçüncü Trimester.....23

2.9. Postpartum Cinsellik.....24

2.9.1. Vajen Ve Perinedeki Fizyolojik Değişiklikler.....24

2.9.2. Meme Dokusundaki Fizyolojik Değişikler.....26

2.9.3.Genel Endokrinolojik Değişiklikler.....27

2.9.4. Beden Imaj Değişiklikleri.....28

2.9.5. Postpartum Psikolojik Değişiklikler.....28

2.10. Kadın Cinsel Fonksiyon Bozukluklarında Tanı.....30

2.10.1 Kadın Cinsel Fonksiyon Ölçeği (FSFI- Female Suxual Function Index).....31

3.MATERYAL VE METOD.....32

3.1.İstatistiksel Değerlendirilmesi.....33

4.BULGULAR..... 35

5.TARTIŞMA.....45

6.SONUÇ.....54

7.EKLER.....55

EK-1.....55

EK-2.....57

8. Kaynaklar.....63

SİMGELER VE KISALTMALAR

FSFI: Female sexual function index

DSM-V: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

VIP: Vazoaktif intestinal peptit

NO: Nitrik oksit

KCD: Kadın seksüel disfonksiyonu

K: Potasyum

ATP: Adenozin Trifosfat

pCO2: Parsiyel Karbondioksit Basıncı

Na: Sodyum

POP: Pelvik Organ Prolapsusu

UI: Üriner İnkontinans

TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Kadın Cinsel Fonksiyon Bozuklukları Sınıflandırılması, DSM-IV Ve DSMV Yapılan Değişiklikler

Tablo 2. DSM-V Kriterlerine Göre Kadın Cinsel Fonksiyon Bozukluklarının Sınıflaması

Tablo 3. Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi (FSFI) Soru Katsayıları ve Puanlar

Tablo 4. Grupların Demografik Özellikleri

Tablo 5. Seksüel Disfonksiyon İçin Yüksek Risk Teşkil Eden Hasta Oranı

Tablo 6. Demografik Özelliklerin Cinsel Disfonksiyon Üzerine Etkisi

Tablo 7. Diğer Demografik Özelliklerin Cinsel Disfonksiyon Üzerine Etkisi

Tablo 8. Doğum Yöntemine Göre FSFI Skorları ve Alt Gruplarının Karşılaştırılması

Tablo 9. Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi Alt Ölçeklerinin Birbiri İle İlişkisi

Tablo 10. FSFI Skoru Alt Başlıkları ve Demografik Özelliklerin Etkileri

Tablo 11. Eğitim Düzeylerinin Cinsel Fonksiyon İndeksi Alt Skorlarına Etkisi

Tablo 12. Çalışma Durumunun Cinsel Fonksiyon İndeksi Alt Skorlarına Etkisi

Tablo 13. Gelir Düzeyinin Cinsel Fonksiyon İndeksi Alt Skorlarına Etkisi

Tablo 14. Sigara İçme Durumunun Cinsel Fonksiyon İndeksi Alt Skorlarına Etkisi

Tablo 15. Alkol Kullanmanın Cinsel Fonksiyon İndeksi Alt Skorlarına Etkisi

ÖZET

Amaç: Bu çalışmanın amacı epizyotomi ile normal vajinal doğum ve sezaryen ile doğum sonrası kadın cinsel fonksiyon indeksi skoruna(FSFI) göre seksüel fonksiyon sonuçlarının farklı olup olmadığının saptanıp postpartum seksüel fonksiyonlarının değerlendirilmesi ve doğum yöntemi kararında önemini ortaya koymak ve demografik özelliklerin cinsel fonksiyon üzerindeki etkilerini incelemektir.

Materyal ve Metot: Bu çalışmada kliniğimize başvuran 89 adet epizyotomi ile normal vajinal doğum(Grup 1) veya 89 adet sezaryen ile doğum yapmış(Grup 2), 18-45 yaş arası doğumdan minimum 6 ay ve maksimum 1 yıl geçmiş olan kadınlar değerlendirilmiştir. Doğumunu hastanemizde gerçekleştiren hastalar hastane elektronik veri ortamında taranıp belirlenmiştir. Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi (FSFI) ve demografik bilgileri içeren anket formları uygulanmıştır. Daha sonra bu anket formları retrospektif olarak değerlendirilmiştir. İki grup arzu (istek), uyarılma, lubrikasyon (kayganlık) , orgazm, doyum ve ağrı olmak üzere altı 6 ayrı başlıkta değerlendirilmiş ve FSFI skorları üzerinden cinsel fonksiyonları ve demografik özelliklerin iki grup üzerindeki etkileri karşılaştırılmıştır.

Bulgular: Grup 1 ve grup 2 arasında toplam cinsel fonksiyon skorları (istek, uyarlıma, lubrikasyon, tatmin ve orgazm) karşılaştırıldığında cinsel disfonksiyon derecesi açısından istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır fakat iki grup için de hesaplanan total skorlar, postpartum cinsel disfonksiyon lehine izlenmiştir. Tüm hastalar değerlendirildiğinde eğitim durumu, çalışma durumu ve gelir düzeylerinin FSFI skorunu ve seksüel fonksiyonu etkilediği görülürken; yaş, beden kitle endeksi, evlilik süresi, gravida, parite ve çocuk sayılarının seksüel fonksiyonu ve FSFI skorunu etkilemediği bulunmuştur.

Sonuç: Doğum yöntemleri kıyaslandığında epizyotomi ile vajinal yolla doğum ve sezaryen ile doğum arasında postpartum 6. aydan 1. yıla kadar olan süreçte cinsel fonksiyon açısından fark olmadığı ancak iki doğum yönteminde cinsel

disfonksiyona neden olduğu, tüm gruba bakıldığında demografik özelliklerin(eğitim durumu, çalışma durumu, gelir düzeyi) cinsel fonksiyonu etkilediği söylenebilir.

Anahtar kelimeler: Postpartum, cinsel fonksiyon, FSFI.

ABSTRACT

Objective: Retrospective Comparison of Sexual Function Results According to Female Sexual Function Index Score After Normal Vaginal Birth with Episiotomy and After Birth with Caesarean Section

Purpose: The aim of this study is to determine sexual function according to the female sexual function index score after normal vaginal birth with episiotomy and after birth with cesarean section and to reveal its importance in the decision of birth method and to examine the effects of demographic characteristics on sexual function.

Materials and Methods: In this study, 18-45 year-old women and and a minimum of 6 months and a maximum of 1 year postpartum who applied to applied to our clinic, 89 women had a normal vaginal birth with episiotomy (Group 1) or 89 women had a cesarean section (Group 2) were evaluated. Patients who gave birth in our hospital were scanned and identified in the hospital electronic data environment. Survey forms including Female Sexual Function Index (FSFI) and demographic information were administered. These survey forms were then evaluated retrospectively. The two groups will be evaluated under six separate headings: desire, arousal, lubrication, orgasm, satisfaction and pain, and the effects of sexual functions and demographic characteristics on the two groups will be compared through FSFI scores.

Results: When the total sexual function scores (desire, arousal, lubrication, satisfaction and orgasm) were compared between group 1 and group 2, no statistically significant difference was detected in terms of the degree of sexual dysfunction, but the total scores calculated for both groups were observed in favor of postpartum sexual dysfunction. When all patients are evaluated, it is seen that education level, employment status and income levels affect the FSFI score and sexual function; It was found that age, body mass index, marriage duration, gravida, parity and number of children did not affect sexual function and FSFI score.

Conclusion: When birth methods are compared, there is no difference in terms of sexual function between episiotomy and vaginal birth and cesarean birth in the period from the 6th month to the 1st year postpartum, but both birth methods cause sexual dysfunction, when the whole group is looked at, demographic characteristics (education level, employment status, income) level) can be said to affect sexual function.

Key words: Postpartum, sexual function, FSFI.

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Cinsellik, cinsel erişkinliğe ulaşmış her bireyin hayatında oldukça etkilidir. Günümüzde, bazı dogmatik düşüncelerin giderek ortadan kalkması ile birlikte bu alandaki problemler daha çok dillendirilmeye ve önemi anlaşılmaya başlanmıştır. Cinsel yaşamın, yaşamımızı direkt etkilediği ve diğer temel ihtiyaçlardan ayrılamaz olduğu unutulmamalıdır. Toplumda her açıdan sağlıklı bireyler olması için cinselliğin mutlaka olması gerekmektedir.

Dünya Sağlık örgütü (DSÖ)'ne göre cinsellik; fiziksel, duygusal, entelektüel ve sosyal yönlerin kişiliği, iletişimi ve aşkı zenginleştirici etkilerinin bileşiminden oluşur (1). İnsan yaşamı boyunca süren cinsellik bir taraftan hem fizyolojik hem de psikolojik etkenlerden etkilenirken, cinselliği etkileyen en önemli faktör kişinin içinde bulunduğu sosyo-kültürel ortam ve kişinin içinde yaşadığı kültürün cinselliğe karşı tutumu ve yaklaşımıdır(2). Kısacası cinselliğin, psikolojik, fizyolojik, sosyal, kültürel ve aynı zamanda ekonomik, dini, tarihi, hukuki ve tarihi boyutu mevcuttur.

Cinsellik ile ilgili ilk bilimsel çalışmalar Dr. William Masters ve Virginia Johnson'ın 1957 ve 1990 boyunca yapmış olduğu çalışmalardır. Asırlar boyu üzerinde durulmak istenmeyen cinsellik bu iki doktorun çalışmaları ile önü açılmış ve diğer bilim insanları tarafından çalışılmıştır. Tıp ve bilim somut olmakla beraber; ağrı, orgazm, cinsel istek ve haz soyut kavramlar olduğu için kişiden kişiye değişmektedir ve anketler dışında somut veri elde edilemez.

Cinsellik kadınlar da arzulanabilirlik, beden imajı, çocuk doğurma yeteneğinin simgesi olsa da entellektüel ve duygusal komponentleri de içermektedir. Cinsellik durağan değildir ve farklı zaman dilimlerinde farklı kalitede yaşanmaktadır. Kadında cinselliği, menarş ile başlayıp gebeliğe ve postpartum sürece uzanan süreçler, kadında cinsel hayatın kalitesini son derece de etkilemektedir. Gebelik süresi ve post partum periyod, kadının yaşadığı endokrinolojik, psiko-sosyal ve fiziksel değişimler nedeniyle kadın cinselliğinin en durgun yaşandığı dönemlerdir (3).

Doğum sonrası dönemde cinsel hayatın başlaması, başta anne olmak üzere her iki ebeveynin psikolojik olarak hazır olmasına ve özellikle postpartum süreçteki kadının fiziksel olarak iyileşmesine bağlıdır. Kadın bir taraftan vücüdundaki fiziksel değişikliklere adaptasyon geçirirken, bir taraftan da annelik rolünün sebep olduğu performans anksitesi, uykusuzluk, stres gibi psikolojik etkenlerden etkilenmektedir. Ayrıca postpartum maternal ve fetal komplikasyonlar, kadınların cinsel yaşama başlama süresini etkilemektedir. Rathfish ve arkadaşlarının 2010 yılında yapmış olduğu bir çalışmada, perial travma ve epizyotomi ile vajinal doğum yapmış kadınlarda, cinsel arzuda azalma, orgazm yetersizliği, cinsel memnuniyetsizlik ve disparoni oranı artmış görülmüştür.

Bu çalışmaya göre post-partum dönemde cinsel istekte azalma, vajinal uyarılmada zorluk, kayganlaşmada zorluk, orgazm yaşamada güçlük, cinsel ilişki sırasında ağrı ve cinsel ilişkiden keyif almama problemlerinden minimum birinin anlamlı olarak daha sık olduğu gözlemlenmiştir (4). Barret ve ark, yapmış olduğu bir çalışmada, doğum sonrası ilk 3 ayda disparoni, vajinal kuruluk, orgazm güçlüğü, vajinal bolluk, cinsel istelsizlik, genital bölgede ağrı, postkoital kanama ve cinsel ilişki miktarında düşüş olduğu bildirilmektedir (5).

Ülkemizde post-partum cinsel ilişkinin tekrar başlama zamanı kültürel olarak altıncı hafta olarak edilmektedir ve yapılan çalışmalarda kadınların büyük bir bölümünün altıncı haftada cinsel ilişkiye girdikleri bildirilmektedir (6). 2013 yılındaki Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmasına (TNSA) göre postpartum cinsel ilişkiye başlamamış kadın oranı ilk 3 ay içerisinde %13,0 iken, 6-7. ayda bu oranın %7,0 olduğu raporlanmıştır. Barret ve ark, yaptığı çalışmada %90,0 hastanın cinsel yaşama 6 hafta sürdüğü ancak %64,0 hastanın sorun yaşadığı raporlanmıştır (5).

Hastalara bu dönemde iyi bir danışmanlık hizmeti verebilmek ancak sağlık çalışanlarının, hastaların bu dönemde yaşadığı cinsel problemler hakkında yeterli bilgiye ulaşması ile mümkündür. Bu süreçte önemli olan problemlerin saptanması ve uygun tedavi için yönlendirilmesidir. Postpartum dönemdeki cinsel hayat kalitesinin yükseltilmesiyle birlikte hastaların yaşam kalitesinin yükseliceği göz ardı edilemez bir gerçektir.

Bu çalışmada, kliniğimizde epizyotomi ile normal vajinal doğum ve sezaryen ile doğum sonrası kadın cinsel fonksiyon indeksi skoruna göre seksüel fonksiyon sonuçlarını karşılaştırmayı, doğum şeklinin postpartum cinsel fonksiyona etkisini araştırmayı ve demografik özelliklerin cinsel fonksiyona etkisini ölçmeyi amaçladık.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. Cinsellik

Cinsellik, bireyin bedenini, ruhunu ve sosyal yaşantısını kapsayan önemli bir bölümdür. Diğer canlılardan farklı olarak cinsellik sadece biyolojik bir işlev ile türün devamlılığını sağlamaktan daha fazlasıdır, aynı zamanda insanlar arasında duygusal bağlar kurma ve fiziksel ile duygusal yakınlığı belirleme konusunda da etkilidir (7). Bu durumun en bariz göstergesi gebelik ve üreme sonrası dönemde de insanların cinsel aktiflik göstermesidir. Kinsey ve ark, 1938-1952 yıllarında yaptığı, cinsellik üzerine yapılan ve cinsel davranış paternleri ile ilgili istatiki verilerin derlemesinden oluşan ilk kapsamlı araştırma, insanların cinsel davranışlarına ışık tutmuştur.

2.2. Cinsel Yanıt Döngüsü ve Fizyolojik Yapısı

2.2.1. Lineer Cinsel Yanıt Döngüleri:

1) Masters ve Johnson Cinsel Yanıt Modeli

1966 yılında, cinselliği ilk defa klinik şartlarda ele alarak, katılımcıların cinsel uyaranlara tepkilerini ölçmüş ve cinsel yanıt mekanizmalarını bilimsel yöntemlerle belgeleyerek lineer seksüel yanıt modelini bulmuştur. Ancak bu çalışma, kadın cinselliği üzerinde faydalı olsa dahi, özellikle erkek cinselliği üzerine odaklanmıştır (8).

2)Helen Kaplan Cinsel Yanıt Modeli

1983'lerde Helen Kaplan'ın oluşturduğu cinsel döngüsü, günümüzde sıkça kullanılmaktadır ve kadın cinsel yanıt sürecini beş aşamada inceler (9). Bu yanıt modelinin kısıtlılıkları istek, arzu veya cinsellikten alınan keyif gibi duygusal kazanımların yanıt değerlendirilirken göz önünde bulundurulmaması ve sadece cinsellik esnasındaki genital fizyolojik değişikliklere odaklanılmasıdır.

1) Arzu Evresi:

Bu aşama, kadının cinsel ilgisi çeken objeye yönelik isteklerinin olduğu ve birkaç gün sürebilen bir süreci içerir. Bu evrede, kadınlar istedikleri kişi üzerinde düşünür, fantaziler yaratır ve bu süreç sırasında cinsel anlamda uyarılabilirler.

2)Uyarılma Evresi:

Cinsel uyaranların vajinal mukozanın genişlemesiyle başladığı cinsel uyarılma sürecidir. Uyarılar, fiziksel veya zihinsel olabilir ve hayal gücü de işin içine girebilir. Bu süreçte, vajinal sıvının asiditesi azalır ve kayganlık kazanılır. Klitoral, kavernöz ve labial arterlerde kan akışının artması ve klitorisde şişme ve genişleme yaşanır.

3) Plato Evresi:

Bu evre, cinsel uyarılmanın yüksek olduğu ve cinsel gerginlik ve zevkin arttığı ve orgazma kadar sürdüğü dönemi temsil eder. 30 saniyeden 30 dakikaya kadar değişiklik gösterebilen bu süreç, kişi orgazm noktasına ulaşana kadar devam eder. Bu evrede, göğüslerin gerginleşmesi, vajinanın genişlemesi ve klitorisin ereksiyonu gibi fiziksel değişimler meydana gelir. Kan basıncı ve kalp ritminde artış meydana gelir (10).

4)Orgazm Evresi:

Bu aşama, cinsel gerginliğin yerine gevşemenin ve boşalmanın geldiği aşamadır. Kişinin en zevk aldığı noktadır. Bu aşamada vajinanın dış kısmının üçte biri ritmik 0.8 saniyelik aralıklarla kasılmalar yaşar ve rahim kasılmaları gözlenir. Bu aşama aynı zamanda kan basıncı, solunum ve kalp atış hızında artış ile işaret edilir. Anal sfinkterde istemsiz kasılabilir. Erkeklerde boşalmanın ve kadınlarda vazokonjesyon ile büyüyen vajina ve perianeal dokuların ritmik kasılmalarının olduğu evredir.

5)Gevşeme Evresi:

Orgazm sonrası ya da orgazm olmaksızın sonra, cinsel gerginlik ve fizyolojik değişiklikler hızla başlangıç seviyesine döner. Bu aşamanın süresi, cinsiyet ve cinsel uyarının devam edip etmeyeceğine ve cinsel stimülanın sürekliliğine bağlı olarak değişkenlik gösterebilir (11).

2.2.2. Sirküler Cinsel Yanıt Döngüleri

1) Basson Cinsel Modeli

2000'li yılların başında seksüel yanıtının lineer değil, birbiri içine geçmiş sirküler olaylardan meydana gelen ve 4 ana kısımdan oluştuğunu gösteren model Basson tarafından ele alınmıştır. Bu 4 ana faktör biyolojik, psikolojik, ilişkisel ve sosyo-kültürel faktörlerdir ve bunlar duygusal yakınlık, internal ve eksternal uyaranlar, cinsel arzu, fiziksel tatmini duygusal tatmin ile dinamik bir ilişki kurarak cinsel yanıtı oluşturulmasını sağlamaktadır (12). Lineer modellerden, duygusal ve fiziksel tatminden bahsederek farklılaşmıştır ve cinsel tatminin orgazm olmadan da olabilceğini ifadelemektedir.

2) Graziotti Cinsel Modeli

Yine 2000 yılında Graziotti tarafından ortaya konulan yeni modelde ise, arzu ve santral uyarı, klitoral venöz konjesyon ve vajinal lubrikasyon ile genital uyarı, orgazm, çözülme ve tatmin birbiri ile bağlantılıydı. Genital geribildirimin pozitif ve negatif olarak iki koldan ele alınmasıyla önceki seksüel modellerden ayrılmıştır. Santral uyarılmayı daha çok arttıran vazokonjesyon ve lubrikasyon pozitif geribildirime neden olurken buna karşılık ağrı ve hissizlik santral uyarılmayı azaltarak negatif geribildirim vermektedir. Erkeğe bağlı ereksiyon bozuklukları da cinsel yanıtı bu modelde değiştirmektedir (13)

2.3. Genital Sistemin Anatomik Yapısı

a. Kadın İç Genital Organları

İç genital organlar vajina, uterus, uterin tüpler ve overlerden oluşur ve cinsel anatomide vajina ve uterus özel bir rol oynar.

Uterus: Serviks, korpus ve fundus olmak üzere 3 bölümden oluşur. Korpus en distalde servikse devam ederek isthmus oluşturur. İçten dışa üç histolojik tabakadan oluşur. Bunlar endometrium, myometrium ve serozadır. Serviks ile uterus vajinaya bağlanır.

Vajina: 7-8 cm boyutunlarında uterin serviks ve vestibul arasında uzanır. Vajina epiteli çok katlı non keratinize epiteldir. Bu yapı hormana duyarlıdır ve siklik değişikliklere uğrayan bir yapıdadır. Çok sayıda damar ağı içeren ve gevşeyerek cinsel ilişkinin meydana gelmesini sağlayan yapıya müsküler tabaka denmektedir. Vajende bulunan ruga adındaki mukozal katlantılar ilişki sırasında uyarılmaya katkıda bulunurlar. Anterior vajinal duvar posterior göre daha yüksek bir uyarılma kapasitesine sahiptir. Bunun nedeni daha çok sinir lifi içermesidir. Proksimalden distale gidildikçe sinir lifi sayısı artmaktadır. Glandüler salgılar kayganlık sağlayarak seksüel uyarılmaya yardımcı olurlar.

Overler ve Fallop Tüpleri: Uterusun postero-lateralinde bulunur. Ligamentum ovari-proprium ile uterusa, infindibulopelvik ligament ile pelvis yan duvarına tutunurlar. Bu ligamentten ovaryan arter geçmektedir. Fallop tüpleri interstisyel, istmus, ampulla ve fimbria olmak üzere 4 ana kısımdan oluşur. Fimbria, parmaksı yapısı ile ovarlere temas etmektedir.

b. Kadın Dış Genital Organları

Vulva olarak bilinir:

* Labia majora ve minora
* Klitoris
* Vulvar vestibule ve vestibüler bulbus
*Eksternal üretral meatus
* Vajinal meatus

Labia majoralar anteriorda mons pubisi meydana getirir. Mons pubis yağ kaynaklı bir dokudur. Labia minoralar, labia majoralar arasında uzanan çift taraflı cilt katlantılarıdır. Klitorisin glansını kuşatırlar. Glans klitoris üzerinden geçen kısmına prepüs, altından geçen kısmına frenulum denir. Posterior furşet labia minoraların posteriorda birleşmesiyle meydana gelir. Labia minoralar, klitoris ve posterior furşet arasındaki üretra ve vajinanın açıldığı boşluğa vulvar vestibul denir. Orgazm sırasında görev alan ve üretranın her iki tarafında bulunan *skene bezleri* ve vajinal girişte bulunan ve cinsel ilişkide lubrikasyondan sorumlu *bartholin bezleri* burada yer almaktadır.

Vajinal meautusu çevreleyen yoğun damar ve sinir içeren erektil yapılar vestibuler bulbus oluşturur. Vajinanın girişinde bulunan halka şeklindeki membrana *hymen* adı verilir. Üretrada parankim hücrelerinde koit sırasında mekanoreseptörler uyarılarak serotonin salınımına sağlamaktadır ve buna bağlı olarak cinsel zevki arttırdığı ve bu nedenle cinsel bir organ olarak değerlendirildiği düşünülmektedir (14,15).

2.4. Sinir Yapısı

Vajinanın otonom kontrolü, sempatik ve parasempatik liflerden oluşan uterovajinal sinirler ile sağlanmaktadır. Bu sinirler sakral ve hipogastrik pleksustan gelmektedir. Pudental sinir ile somatik innervasyon sağlanır. T1-L3 klitorisin sempatik, S2-S3 parasempatik inervasyonunu sağlar. Dorsal ve devamındaki pudental sinir aracılığıyla klitorisin somatik inervasyonu sağlanır.

Renal pleksus ve vagustan gelen sinirler, over damarlarıyla birlikte seyreder ve over ve tuba uterinaları innerve etmektedir. Uterustan gelen sempatik ve duyusal afferent lifleri içeren superior hipogastrik pleksus, uterus innervasyonundan sorumludur.

Pelvik taban, levator ani, musculus koksigeus, üretral sfinkter, eksternal anal sfinkter, yüzeyel ve derin perine kaslarından meydana gelmektedir. Pelvik taban kasları innervasyonu, S2-S5 ten köken alan somatik efferent lifler tarafından sağlanır (16). Pelvik taban, seksüel fonksiyon ve pelvik organların tonusunda önemlidir (17).

2.5 Endokrinoloji

Cinsel fonksiyonun sağlanmasında rol oynayan en önemli santral sinir sistemi bölgesi hipotlamustur. Hipotalamus, kadın ve erkeğin seks hormonlarının kontrolünü sağlamaktadır. Limbik sistem baskılanmasındaki nörotransmiter serotonin, aktivasyonundaki ise dopamindir. Sevgi, erotik fanteziler, rüyalar gibi internal ve koku, tat, dokunma, işitme, görme gibi eksternal uyaranlarlar aracılığıyla tetiklenmektedir.

Hipotalamus paraventriküler çekirdeğinde üretilen oksitosin ve vasopressin aracılığıyla limbik sistem etkilenir. MSS' nde oluşturulan cinsel yanıt, genital organlara medyal ön beyin demeti, mezensefalon, pons, kord ve pelvik pleksusu geçerek iletilmektedir.

Pelvik gangliyon, hipogastrik sinirden sempatik ve pelvik sinirden parasempatik lifler alarak uterus, klitoris, vajina, üretra ve mesanenin innervasyonunu sağlar. Kavernozal sinir, pelvik gangliyonun en büyük dalıdır ve klitoris innervasyonu sağlar. Klitoriste cinsel stimulasyon ile sırasıyla sempatik deşarjda azalma, nöronlardan VIP salınımıyla arterioler vazodilatasyon, ve NO salınımıyla kavernöz sinüslerde relaksasyon sağlanır. Bu olay dizisi klitoral vazokonjesyonu sağlar ve bu olay orgazm sırasında devam eder.

NO, kalsitonin gen bağımlı peptit, nöropeptit Y, substans P vajinanın adrenerjik ve VIPerjik innervasyonunu etkileyerek vajinal mikrosirkülasyonu sağlar (18). Uyarı yokken sempatik aktivasyon nedeniyle vajinal mikrosirkülasyondaki prekapiller sfinkterlerde yüksek tonus mevcuttur. Aynı zamanda uyarı yokken, prekapiller sfinkterlerin içinde bulunduğu hipoksik ortamda hipoksinin artmasıyla sfinkterlerde gevşemeye neden olan pCO2, K, ATP gibi metabolitler salınır ve oksijenizasyon sağlanır. Genital uyarılanabilirlik için önemli bir gösterge olan bu değişimler yani vazomasyon bu şekilde meydana gelmektedir (19).

Cinsel uyarı gelmesiyle, daha önceden sempatik desarj altında yüksek vazomasyon ve tonus salınan NO ve VIP etkisiyle azalmaya başlar. Sempatik uyarının azalmasıyla kapiller sayısı ve giden kan miktarı artmaya başlar. Kapiller dolaşımın en yüksek seviyeye gelmesi, labia minus, klitoris ve vajinada tamamen vazokonjesyon sağlar ve kadında seksüel isteği giderek arttırır.

Vazokonjesyonun artmasıyla damarlardaki hidrostatik basınç giderek artar ve interstisyel aralığa sıvı geçişi meydana gelir. Epitel hücreleri arasından geçen bu transudanın vajinayı sarmasına vajinal lubrikasyon denir. Lubrikasyon sıvısındaki düşük K ve yüksek Na iyonu ozmotik basıncı arttırarak geçen sıvı miktarını ve lubrikasyonun uyarıyla beraber artmasını sağlar (20).

Artan adrenalin, vasopressin, prolaktin ve oksitonin seviyeleri orgazm esnasında kan akımı, kalp hızı ve solunum sayısının artmasına neden olur. 60 dakika kadar yüksek kalabilen prolaktin özellikle orgazm sırasında artar.

2.6. Cinsel Fonksiyon Bozuklukları

2.6.1. Prevelans

Cinsellik, kadının yaşamını ve hem fiziksel hem de psikolojik sağlık durumu üzerinde etkili endokrinolojik, nörolojik ve vasküler sistemlerle ilişkili komplike bir yapıdır. Kadın cinsel disfonksiyonu (KCD), insanları en çok mutsuz eden ve yaşam kalitesini azaltan sorunların başında gelmektedir. Cinsel sağlığın kesintiye uğraması bir taraftan fiziksel sağlıkta bozulmaya neden olurken bir taraftan da eşler arasındaki ailesel ve sosyal sağlığın bozulmasıyla sonuçlanmaktadır (21).

KCD, normal cinsel yanıtın bir veya aynı anda birden fazla aşamasının bozulması (istekte azalma, uyarılmada azalma, lubrikasyon problemi, orgazm zorluğu) sonrasında oluşabilir (22,23). Bu cinsel fonksiyon bozuklukları yaygın olarak toplumlarda görülmektedir. ABD'de ve Avrupa'da erkeklerde ve kadınlarda sırasıyla %15–30 ve %34–40 olarak raporlanmıştır (24). ABD'de 31581 kadın ile yapılan bir çalışmada kadınlarda %38,7 oranında hipoaktif cinsel arzu bozukluğu ve %44'ünde cinsel disfonksiyon görülmüştür (25).

Türkiye' de Öksüz ve Malhan'ın çalışmasında ise KCD prevelansı 48,3 izlenmiştir. Bu disfonksiyonlardan %35.9 uyarılma bozukluğu, %45'inin doyumsuzluk, %40.9'unun ıslanma problemleri, %42.9'unun ağrı bozuklukluğu, %42.7'sinin orgazm bozukluğu olarak raporlanmıştır (26). Ege'nin yaptığı bir diğer çalışma KCD prevelansını 188 kadında incelemiş ve %45,6 olarak bulmuştur (27). KCD, çok boyutlu bir hastalık olmakla beraber içinde yaşanılan kültür, bölge, etnik köken, dine göre prevelansı farklılaşmaktadır. Sağlık hizmetinin zayıf olduğu veya tabuların mevcut olduğu toplumlarda KCD prevelansının yükseldiğinin altı çizilmiştir (28).

2.6.2. Cinsel Fonksiyon Bozukluğu Nedenleri

a) Vaskülojenik Nedenler:

Pelvik bölgedeki hipoperfüzyon meydana gelmesi durumunda, vajina ve klitoris müsküler tabakasında lubrikasyon azlığı meydana gelmektedir ve bu durum

cinsel istekte azalmaya ve disparoniye neden olabilir. Pudental arter yatağında ateroskleroza bağlı kan akımı azalırsa klitoral ve vajinal vasküler yetmezlik sendromu meydana gelebilmektedir (29).

İlerleyen yaş ve buna bağlı menapoz ile östrojen miktarının azalması, sigara kullanımı; diyabet, hipertansiyon, kronik arter hastalıkları olması veya kronik perineal basınca, travmaya veya geçirilmiş pelvik ameliyata bağlı vasküler travma olması durumlarında KCD görülmesi mümkündür (30).

b) Jinekolojik Nedenler

Pelvik tabanı oluşturan kaslar arasından özellikle levator ani, bulbokavernöz, iskiokavernozus cinsel ilişkide önemli rol oynar. Orgazm ve koitus sırasında motor yanıta cevap veren levator anii kası 3 parçadan oluşur. Bunlar pubokoksigeus, puborektalis ve iliokoksigeustur. Özellikle aşk kası olarak bilinen pubokoksigeus kası seksüel fonksiyonda önemli bir yere sahiptir. Pelvis tabanını pubisten koksikse uzanarak sarar ve pelvik tabanın desteğidir (31).

UI ve POP' nun cinsel disfonksiyon risk faktörü olduğu bilinen bir gerçektir. Hem psikolojik hem fiziksel açıdan cinsel fonksiyon kaybına neden olur. UI'a yaklaşık %50 ve POP'na yaklaşık %60 oranında cinsel disfonksiyon eşlik etmektedir. (32,33). Pelvik kaslarda tonus kaybı ve perineal hasar kadında orgazm ve uyarılma kaybına ve idrar kaçırma neden olmaktadır(34).

c) Endokrinolojik Nedenler

Biyolojik faktörler arasında en önemlisi endokrin nedenlerdir. Labial yapıların, vajina, serviks ve klitorisin fonksiyon ve gelişiminden sorumlu primer hormonlar östrojen, progestin ve androjen hormonlarıdır. Menapozda ve emzirme periyodunda meydana gelen vajinal kuruluğun başlıca sebebi östrojen eksikliğidir. (35). Cinsellikten uzaklaşma, isteksizlik, vajinal atrofiye bağlık disparoni kliniğiyle karşımıza çıkar(36). Testosteronun azalmasının, cinsel istek üzerinde olumsuz etkisi olduğu tespit edilmiştir.

d) Psikolojik Nedenler

Kadında emosyonel bağlanmayı, romantizmi, seksüel zevk almayı ve erotizmi hissetmesini sağlayan tüm faktörler cinselliği tetikler. Erkeklerden farklı olarak kadınlarda cinsel haz genital değil; yakınlık, ilişkiden alınan romantizm ve tatmin gibi genital olmayan hazlara bağlıdır ve cinselliğin amacı duygusal yakınlık kurmaktır(37). Beden imajında bozulma, seksin tabulaştırıldığı toplumda yetişmiş olmak, partneri tarafından beğenilmeme duygusu, istismar veya taciz öyküsü, partneri ile ilişkide sorunlar olması vb. cinsel uyarılmayı inhibe edebilir (38,39).

e) İlaç Kullanımı ile İlgili Nedenler

Uyuşturucu kullanımı, düzenli alkol kullanımı, birçok psikiyatik ilaç cinsel yanıtı bozarak cinsel disfonksiyona neden olmaktadır (40). Psikotropikler, narkotikler, hormonal ilaçlar kemoterapi, anti-allerjikler, antihipertansifler, antikonvülzan ve antideprasifler, sedatifler, hormonal ilaçlar cinsel disfonksiyona neden olabilir (41, 42).

f) Diğer Faktörler

Cinsellik, fiziksel ve psikolojik çok sayıda faktörden etkilenmektedir. İlerleyen yaş, sistemik hastalıklar, ürojinekolojik girişimler, gebelik, doğum ve emzirme, infertilite, cinsel tabular ve sosyokültürel nedenler cinsel hayat kalitesinde düşmeye neden olmaktadır (31).

2.7 Cinsel Fonksiyon Bozukluklarının Sınıflandırılması

Kadın cinsel fonksiyon bozuklukları sınıflandırılırken Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından yayınlanan DSM-V kriterleri kulanılmaktadır. Cinsel disfonksiyon üç başlığa ayrılmıştır. Her başlığın kategorisi ve alt tipleri tanımlanmıştır. Disfonksiyonların B ve C kategorileri ve tanımlanan subtipleri benzerliklerinden ötürü son bölümde verilmiştir (43).

DSM-IV kriterlerinde bazı değişiklikler yapılmıştır. Kadın cinsel istek bozukluğu ile kadın cinsel uyarılma bozukluğu tanıları birleştirilerek ve "kadın cinsel ilgi/uyarılma bozukluğu" halinde tek bir kategori içinde tanımlanmıştır. Tanı kriterlerinin büyük bir kısmı güncellenmiştir.

Aynı zamanda, daha önceden iki başlık olan disparoni ve vajinismus ise genital pelvik ağrı/penetrasyon bozukluğu olarak değiştirilmiştir. Ayrıca DSM-V'de semptomlara süre, sıklık ve şiddet gibi ölçütler de eklenerek nesnellik kazandırılmıştır.

Tablo 1. Kadın Cinsel Fonksiyon Bozuklukları Sınıflandırılması, DSM-IV ve DSM-V Yapılan Değişiklikler

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

Tablo 2. DSM-V Kriterlerine Göre Kadın Cinsel Fonksiyon Bozukluklarının Sınıflaması

Kadın cinsel işlev bozukluğu türleri	**DSM-5 kriterleri**
Kadın cinsel ilgi/uyarılma bozukluğu	**A.** Aşağıdaki belirtilerden en az üçünün olması: 1. Cinsel aktiviteye olan ilginin azlığı/yokluğu 2. Cinsel ya da erotik düşünce ve fantazilerin azlığı/yokluğu 3. Cinsel aktivitenin başlatılmasında isteksizlik/istememe ve partnerin başlatma girişimlerine karşılık vermeme 4. Hemen hemen bütün cinsel aktivite süresince heyecan ve zevkin azlığı ya da yokluğu (%75-%100). 5. Herhangi bir iç veya dış, cinsel veya erotik eylem karşısında (örneğin yazılı, sözlü, görsel) cinsel ilgi/uyarılmanın olmaması. 6. Hemen hemen bütün cinsel birliktelik boyunca, cinsel aktivite sırasında genital veya genital olmayan duygulanımların azlığı/yokluğu
Kadın orgazm bozukluğu	**A.** Cinsel aktivite sırasında aşağıdaki semptomlardan birinin ya da hemen hemen hepsinin (yaklaşık %75-%100) varlığı 1. Orgazm yokluğu, belirgin azlığı ya da gecikmesi 2. Orgazmik duygu yoğunluğunun belirgin şekilde azalması
Genito-pelvik ağrı/penetrasyon bozukluğu	**A.** Aşağıdaki sıkıntılardan bir ya da birkaçının tekrarlaması veya kalıcı olması 1. Cinsel ilişki esnasında vajinal penetrasyon sırasında belirgin zorluk 2. Vajinal ilişki veya penetrasyon sırasında belirgin vulvovajinal veya pelvik ağrı 3. Vajinal penetrasyon sonucunda ya da esnasında, vagovaginal veya pelvik ağrı ile ilgili korku veya endişe yaşanması 4. Vajinal penetrasyon sırasında pelvik taban kaslarının gerilmesi veya sıkışması
3 ana grup içinde	**B.** A kriterindeki semptomların yaklaşık minimum 6 ay devam etmesi. **C.** A kriterindeki semptomların, klinik olarak bireyde önemli sıkıntılara sebep olması **D.** Cinsel işlev bozukluğu, cinsel kaynaklı olmayan ruhsal bir bozukluk, ciddi ilişki sıkıntısı (örneğin eş şiddeti gibi), bir madde, ilaç ya da tıbbi durum gibi önemli stresörlerin bir sonucu olan ve etkilerinden kaynaklanmayan durumlar **Ayrıntıların değerlendirilmesi** **Yaşam boyu:** Bireyin, cinsel olarak aktif olduğundan beri rahatsızlığın mevcut olması **Kazanılan:** Rahatsızlığın normal cinsel işlevden bir süre sonra başlaması **Genelleştirilmiş:** Uyarılma, partnerler ve bazı durumlarla sınırlı olmaması **Durumsal:** Sadece bazı durum, uyarılma ve partnerler de meydana gelmesi **Mevcut önem derecesi** **Hafif:** Kriter A'daki semptomlar ile ilgili hafif şikâyetlerin olması **Orta:** Kriter A'daki semptomlar ile ilgili orta yoğunlukta şikâyetlerin olması **Şiddetli:** Kriter A'daki belirtiler ile ilgili şiddetli veya aşırı sıkıntı olduğunu gösteren kanıtlar.

2.7.1 Kadın Cinsel İlgi/Uyarılma Bozukluğu

Kadın cinsel ilgi/uyarılma bozukluğu ilginin ve uyarılmanın az olması, hiç olmaması ya da yeteri kadar uyarının sürdürülememesidir. Cinsel fantezilerin ve düşüncelerin olmaması, cinselliğe karşı ilgisizlik, ve cinsel ilişki sırasında hoşnutsuzluk olmasıdır. Cinsel lubrikasyon, genital kabarma gibi somatik yanıt kaybı veya azalması mevcuttur (38). İlgi ve uyarılma birbiri ile çok yakın ilişkide olduğundan dolayı tanı ve tedavileri genellikle örtüşmektedir.

Prevelans tam olarak bilinmemekle birlikte, yapılan bir takım çalışmalarda %12-17 oranında izlenmektedir (44,45). Hayatının bir döneminde cinsel ilgi azalması yaşayan kadın oranı yaklaşık %33 olarak görülmüştür (46). Yaşlı kadınlarda genç kadınlara göre çok daha sık izlenmektedir. Daha uzun süredir ilişkide olan kadınların, daha kısa süredir ilişkide olan kadınlara göre daha az cinsel istek hissettiği bildirilmiştir (43).

Genelde orgazm problemleri, koitus sırasında görülen ağrı, partner uyumsuzlukları ve seyrek cinsel aktivite ile ilişkilendirilmektedir. İkili ilişkilerde zorluklar ve duygudurum bozukluklarıda genellikle bu bozuklukla ilişkilendirilmiştir. Cinsel ilgi ve uyarılma hakkında gerçekçi olmayan beklentiler, yetersiz cinsel teknik, cinselik hakkında yetersiz bilgi sahibi olma da genellikle kadın cinsel ilgi/uyarılma bozukluğu tanısı konmuş kadınlarda bulunmaktadır.

Partner faktörü, ilişki faktörü, kişideki beden algı bozukluğu, istismar öyküsü, anksiyete gibi psikolojik durumlar, dini inanışları ve kültürü ve medikal faktörler de bu disfonksiyon üstünde etkilidir. Her ne kadar psikolojik bir durum gibi görünse de, diyabetes mellitus, hipotiroidi gibi sistemik hastalıklar da kadın cinsel ilgi/uyarılma bozukluğunda risk faktörü olabilir.

2.7.2. Orgazm Bozuklukları

Yeterli uyarı olmasına rağmen orgazma ulaşmada güçlük yaşanması veya hiç olmaması durumudur. Asla orgazm olunmamasına anorgazmi de denir (46, 47).

Anorgazmi prevelansı tüm toplumlarda %5-10 gösterilmiştir. Orgazm bozukluğu, en sık görülen ikinci KCD' dur ve prevelansı %20'dir. Ülkemizde orgazm bozuklukları cinsel mitler, yanlış cinsel uygulama ve tekniğin olması ve yetersiz cinsel tecrübe ve eğitim eksikliğinin olması nedeniyle sık görülür. Orgazm klitoral ve vajinal olarak iki farklı şekilde meydana gelmektedir. Vajinal yolla orgazm olunmadığı halde klitoral orgazm olunabilir (48). Bir çalışmada sadece % 18.4 kadının cinsel ilişki sırasında orgazma ulaşabildiği, %36' sının orgazma ulaşmak için ise klitoral uyarılma gerektiği gösterilmiştir (49).

2.7.3 Genito-Pelvik Ağrı/Penetrasyon Bozukluğu

Genito-pelvik ağrı/penetrasyon bozukluğu, cinsel birliktelik sırasında ağrı nedeniyle veya ağrı yaşama korkusu nedeniyle pelvik taban kaslarının istemsiz olarak kasılmasıyla zorluk yaşama veya hiç cinsellik yaşayamama durumudur. DSM-V kriterlerinin hepsini aynı anda bulundurmasada, sadece 1 kriteri karşılaması tanı konulması için yetmektedir ancak tüm kriterler tanı konulduktan sonra araştırılmalıdır. Daha önceden "vajinaya tamamen giriş veya vajinaya girmeye teşebbüs ve/veya penil vajinal cinsel ilişki ile sabit veya tekrarlayan ağrı'' olarak tanımlanan disparoni ve aralıklı veya sürekli olarak, vajinal kasın distal 1/3'ünün, vajinal penetrasyona izin vermeyecek şekilde istemsiz olarak kasılması olarak tanımlanan vajinismus DSMV'te birleştirilerek genito-pelvik ağrı/penetrasyon bozukluğu ismini almıştır (43,50).

Penetrasyon zorluğu koitus, tampon koyma, jinekolojik muayene olamama şeklinde olabilmektedir. Ağrının yoğunluğu ve lokalizasyonu önem taşımaktadır. Ağrı vulvovajinal ya da superfisiyal olabileceği gibi ancak derin penetrasyon ile ortaya çıkan pelvik ağrı özelliğinde de olabilmektedir. Ağrı eğer organik nedenlerden kaynaklanıyorsa daha çok derin pelvik ağrı şeklinde bulgu verir (50). Genitopelvik ağrı genel olara yanma, kesilme, zonklama olarak tariflenir ve penetrasyon sonrası dönemde de devam edebilir. Ağrının sebebi cinsel mitler, korkular, psikolojik hastalıklar, dini inanışlar, çocukluk travmaları olabileceği gibi hymen anomalileri, geçirilmiş vajinal cerrahi, vajinal atrofi, enfeksiyonlar, endometriozis, menapoza bağlı vajinal atrofi gibi organik sebeplerde olabilir.

Pelvik taban kaslarının kasılması, vajinal penetrasyona karşı spazm benzeri refleksif olabileceği gibi, ağrı veya ağrı korkusuna bağlı istemli gönüllü kasılmalar şeklinde de olabilir. Orgazmdan farklı olarak pelvik tabandaki kasılmalar ritmik değil spastik özelliktedir.

Genito-pelvik ağrı/penetrasyon bozukluğu genellikle ilgi/uyarılma bozukluğuyla birlikte seyreder ancak arzu ve uyarılmanın korunduğu yine de ağrı korkusu nedeniyle cinsel birliktelikten kaçınıldığı durumlar bildirilmiştir.

Hastaların tanısı hastalar jinekolojik muayeneden uzak durduğu için geç konulmakta ve en sık hasta ve eşi gebelik planladığı zaman tespit edilebilmektedir.

Genito-pelvik ağrı/penetrasyon prevelansı bilinmemektedir. Kuzey Amerika'daki kadınlarda %15 oranında cinsel ilişki sırasında ağrı bildirilmiştir. Türkiye'de yapılan bir çalışmada hayatlarında bir defalık birleşme sorunu deneyimleyen kadın oranı %17, bir dönem süren birleşme problem deneyimleyen kadın oranı ise %9.2 gösterilmiştir (51). Yapılan başka bir araştırmada Konya'da toplumda %15.3 vajinismus bildirmiştir (52). Kadın hastaların bir psikiyatri merkezinde değerlendirildiği bir çalışmada vajinismus % 73 oranında izlenmiştir (53).

2.7.4 Diğer Cinsel Fonksiyon Bozuklukları- DSM-V

DSM-V' te diğer cinsel fonksiyon bozuklukları kadın ve erkek için ortak ele alınmış ve kadın için ayrı bir başlık olarak incelenmemiştir. DSM-IV'te ki 4 alt başlık DSM-V ile 2 alt başlığa indirilmiştir.

2.7.4.1. Madde ve İlaç Kullanımına Bağlı Cinsel İşlev Bozuklukları

A. Klinik olarak cinsel fonksiyonda anlamlı rahatsızlık olması:

1. Madde/ilaca başlandıktan ya da kesildikten sonra, doz aşımından sonra cinsel fonksiyonlarda rahatsızlık olduğuna dair kanıtlar olmalı

2. Cinsel işlev bozukluğuna made/ilaç kullanımı dışında neden olabilecek başka durumlar olmamalı

B. Sorun klinik olarak belirgin sıkıntı veya bozulmaya neden olur.

Alt tipleri:

1. Madde/ilaç kullanmaya başlandığında ya da doz aşımında

2. Çekilme sırasında (54)

2.7.4.2 Diğer Tanımlanmış Cinsel İşlev Bozuklukları Ve Tanımlanmamış Cinsel İşlev Bozukluğu

Bu kategoride cinsel işlev bozukluğu tanısı konmuş fakat hiçbir cinsel işlev bozukluğunun kriterlerine uymamaktadır

1. Belirtiler karışık, tipik değil,
2. Primer nedenin genel bir tıbbi durum ya da madde kullanımı mı olduğunu belirleyememiştir.

2.7.5 Cinsel Fonksiyon Bozukluklarının B/C Kategorileri Ve Tanımlanan Alt Tipleri

B. Problem klinik olarak belirgin bir soruna ya da bozulmaya neden olur.

C. Bu bozukluk, cinsel olmayan psiyatrik hastalıklarla ilişkilendirilemez. Medikasyon, diğer medikal durumlar, ciddi stres (örn. eş tarafından uygulanan şiddet gibi) ya da önemli stresörlerle ilgilendirilebilir.

2.7.6 Tanımlanan Alt Tipleri: Edinilen, Yaşam Boyu Belirteçleri

• Durumsal vs. genelleştirilmiş
• Eş faktörleri (örn. Eşin cinsel sorunları, sağlık durumu)

2.8. Gebelik ve Cinsellik

Cinsellik, dini, ahlaki, sosyokültürel etkenlerden etkilenen ve bireyin yaşamını sürdürebilmesi için elzem olmayan ancak türün devamlılığının sağlanması amacıyla son derece gerekli olan bir eylemdir. Antenatal ve postpartum dönemde yaşanan psikolojik ve fizyolojik değişimler ebeveynler arasındaki seksüel yaşamda olumsuz etkilere neden olabilmektedir (55). Gebelik süresince meydana gelen değişiklikler hayat tarzında ve hormonal farklılıklara neden olarak cinsel isteği azaltabilir (2, 56). Gebelik her ne kadar cinsel birlikteliğin bir sonucu olarak ortaya çıksa da gebelik döneminde cinsellik unutulmaktadır. Gebeliğin çiftler tarafında daha alışılamamış olması ve yeni karşılasılan fiziksel sorunlar nedeniyle ilk trimesterde cinsel yaşam etkilenir.

İlk trimesterde ortaya çıkan değişikliklerin azalması ve çiftlerin gebeliğe daha alışması sayesinde ikinci trimester da cinsel yaşam normale dönmeye başlar. Gebeliğin giderek ilerlemesiyle son dönemde cinsel yaşam giderek geriler. Kadının gebelikte cinsel yaşam hakkında bilgiye sahip olmaması, kültürel inanışlar, ekonomik etkenler, ebeveyn olma düşüncesine alışılmamış olunması, bebeğe cinsel birleşme ile zarar verme inanışı gibi nedenler gebelik döneminde seksüel anlamda olumsuz etki yapmaktadır (3, 57). Erkeklerin de benzer olarak eşine ve bebeğe zarar verme ihtimali korkusu sebebiyle cinsellikten uzak durduğu bildirilmektedir (58).

Toplumdan topluma değişkenlik gösterebilen bir kavram olan gebelikte cinsellik algısının toplumsal hafızadan etkilendiği açıktır. Gebelik sırasındaki cinsel birlikteliğin vajinal kanalı uyaracağına ve vajinal normal doğumu sağlayacağına Afrika'daki bazı toplumlarda inanılmaktadır. (59,60). Türkiye'deki bir çalışmada kadınların %74'ünün gebe iken cinsel birleşmenin doğal karşılandığımı düşündükleri gösterilmiştir (61).

Gebe bir kadında hamileliğin en başından beri giderek artan östrojen, progesteron ve beta hCG, gebelikte izlenen birçok fizyolojik ve psikolojik değişimden sorumludur ve gebenin vücut sıvısında %60-80 oranında artmaktadır.

Solunum sayısında ve kardiyak outputda artış, kilo alımı, anemi, bulantı kusma vb. değişikliklere neden olmaktadır. Bu değişimlere ek olarak ortaya çıkan halsizlik, yorgunluk, ağrı, uyku eksikliği ve meme hassasiyeti cinsel istek ve uyarılmada negatif etkilidir (62). Relaksin hormonu da son trimester da artar ve cinsel hissiyatın azalmasına neden olur. Hamilelikte bu hormonların artması sonucunda genital bölgede renk değişimleri görünebilir. Artan kardiyak output nedeniyle vücut sekresyonlarında ve cinsel istek ve uyarılma da artış olur ancak bu artış gebeliğin sadece erken döneminde görülür ve kısa süreli olmaktadır. Gebelik dönemde TSH yükseliği gebelik depresyonu ile güçlü ilişkide gösterilmiştir (63).

Erken dönemde memelerde hormon ve damarlanmanın etkisiyle büyüme ve sensitivite artışı meydana gelir (64). İlerleyen dönemde orgazm ile memelerden süt gelmesi izlenmesi mümkündür ve bu durum cinselliği negatif etkileyebilir. Normalde kadınlarda cinsel uyarılma sonucunda meme başında sertleşme ve pigment artışı izlenirken bu durum gebelerde meydana gelmemektedir.

Poliüri, bel ağrısı, fetus motilitesi, mide de yanma ve ekşime nedeniyle cinsel ilişkide verimde azalma olmaktadır. Gebeliğe bağlı artan angorjman cinsel uyarılmayla daha artar ve postkoital kanamalar bu nedenle gebelikte daha sık meydana gelmektedir. Cinsel uyarının olmasıyla hamilelikte artan vajinal sekresyonlar belirginleşmektedir ve bu durum rahatsız edici olabilmektedir (64, 65). Özellikle gebelikte artan kilo kadınlarda mutsuzluğa neden olur (66). Östrojen ve progesterone yumuşak ten ve parlak saçlara gibi olumlu değişikliklere neden olabilir.

Cinsel ilişkinin enfeksiyon, erken membran rüptürü, erken doğuma neden olabileceği düşünülse de normal bir hamilelikte cinsel ilişkide kısıtlamaya gerek yoktur (55).

2.8.1 Gebelikte Cinsel İşlev Döngüsünde Meydana Gelen Değişiklikler

2.8.1.1 İstek Evresi

Libido yani cinsel istek seviyesi hamilelik boyunca farklıdır. 2. trimesterda libido artma eğilimdeyken 1. ve 3. trimester da cinsel istek azalmaktadır (58,67).

2.8.1.2 Uyarılma Evresi

Gebelikte artmış kan akımı ve vazokonjesyonun nedeniyle kadın genitallerinde artmış yanıt mevcuttur. Labio majoralar nulliparlarda gebelik öncesi ile aynı boyuttayken multiparlarda daha ödemli ve iri olabilirler (67). Minoralar ise iki grupta da büyüyebilmektedir. Artan kan akımı, vazokonjesyon ve vazomasyon nedeniyle vajinal mukoid sıvıda da artma izlenir ve hamilelik boyunca sürer. Çoğu zaman gebelikte seksüel stimulasyon ile vajina lubrikasyonu artmıştır (68).

2.8.1.3 Plato Evresi

Nulliparlarda ve multiparlarda vazokonjesyon sebebiyle orgazmik platformda artma izlenir. Bunun nedeni artmış vazokonjesyondur. Platformdaki artış hamilelik boyunca ilerler (63,67,69).

2.8.1.4 Orgazm Evresi

Değişken bir fazdır. Hamilelik boyunca uterusta ve vajen distal 1/3 kısmında kasılmalar meydana gelir ve özellikle son 4 haftasında tonikspazmlar izlenebilir. Orgazm yaşamasa bile uterus kasılması hissettiğini belirten hasta sayısı Goodlin'in yaptığı bir araştırmada %16 olarak gösterilmiştir (70). Artmış vazokonjesyon nedeniyle bazı kadınlarda ilk orgazm gebelik döneminde meydana gelmiştir (71).

2.8.1.5 Çözülme Fazı

Kan akımının artması sebebiyle görülen şişlik, dışarıdan stimulasyon olmasa da uyarı hissetmesine neden olmaktadır. Uyarılma sonucunda orgazma ulaştıldığı

ancak stimulasyonun devam etmesi sebebiyle bazen doyumsuzluk hissine kapınıldığı bazı gebe kadınlar tarafından bildirilmiştir (72).

2.8.2 Gebelik Süresince Meydana Gelen Değişiklikler

2.8.2.1 Birinci Trimester

İlk trimesterda cinselliğin bireyden bireye farklılık gösterdiği bildirilmektedir. Genelde cinsel ilişkide azalma olmasına rağmen gebeliğin farkına geç varılması sebebiyle kimi zaman cinsel yaşam etkilenmemektedir. Gebeliğe bağlı fiziksel problemler ve çiftin bu durumla yeni karşılaşması sebebiyle cinsellik genellikle negatif etkilenmektedir.

Bazı gebeler de aşırı bulantı ve kusma ve koku hassasiyeti ortaya çıkmakta ve gebeler partnerlerinin nefesi dahil tüm kokulara dayanamamaktadır. Bütün bu sebeplerden ötürü, cinsel ilişkide sıkıntıların doğmaması imkansızdır (17, 18, 73). Cinsel isteğin ilk üç aylık dönemde azalmasına neden olan majör etkenler bulantı-kusma, yorgunluk, uykusuzluk, meme ve genital hassasiyet, bozulan beden algısıdır. Artan sekresyonlar cinsel imkanları ve isteği azaltabilir.

Cinsel istek bazı gebelerde bebeğe zarar verme ya da düşük olasılığı korkusu nedeniyle azalmaktaktadır. Daha önceden spontan abort hikayesi olan kadınlara ilk trimesterda cinsel ilişkiden uzak durulması önerilir (74). Buna rağmen cinselliğin en rahat deneyimlendiği trimesterin ilk trimester olduğu bazı çalışmalarda gösterilmştir. Bazı çalışmalarda minimum cinsel ilişkide bozulmanın olduğu trimesterin ilk trimester olduğu, ilerleyen gebelik haftasıyla birlikte orgazm ile sonuçlanan seksüel birlikteliğin giderek azaldığı ve cinsel istek ve zevkin ilk üç ay boyunca gebe olmadığı dönem ile benzer olduğu saptanmıştır (75, 76).

2.8.2.2 İkinci Trimester

Gebenin fiziksel değişikliklere uyum sağlaması sayesinde bu dönem cinsellik için en elverişli dönem olarak ifade edilir. Yorgunluğa alışan gebenin bulantı-kusma şikayetleri geriler. Gebe, gebeliğin kendinde ve hayatındaki getireceği farklılıklara psikolojik olarak kabullenmiştir. İlk trimesterdaki semptomların gerilemesiyle cinsel ilişkinin arttığı gözlenmektedir. Bazı baba adaylarının bu dönemde fetal hareketleri, 'bebeğin onları hissettiği' gibi düşünebilmektedir. Gebelik ve çocuk sahibi olma olgusu kabullenilmektedir. Gebelikte en yüksek memnuniyetin bu trimester da yaşandığı bildirilmiştir. Kadınlar hamileliklerine ve anneliğe odaklanmıştır (77, 78).

2.8.2.3. Üçüncü Trimester

Daha önceki aylarda giderek azalan şikayetlerin bir kere daha belirginleştiği izlenmektedir. Gastrointestinal problemler, nefes nefese kalma, pelvik ligament ağrıları, sık sık idrara çıkma, memeden süt gelmesi gibi bulgular ve cinsel ilişki sırasında yaşanan uterin kramplar cinsel isteğin azalmasına ve cinselliğin ikinci plana atılmasına neden olmaktadır.

Doğum sırasında yaşanacak ağrı, erken doğum zamanı, plasenta previa gibi sebeplerden kanama olacağı korkusu gibi etkenler eklenmektedir. Çoğu erkek bu dönemdeki cinsel birlikteliği bebeğe zarar vereceğini ve erken doğuma sebebiyet vereceğini düşünmektedir. Gebe bir kadında giderek artan partnerinin ilgisini çekememe ve çekici bulunmama endişesi son üç ayda en yüksek seviyeye ulaşmaktadır.

Literatürde belirtildiği üzere sperm içindeki prostaglandin E' nin sağlıklı ve term gebelerde doğum eylemini başlatmada yararlı olabileceği ve doğum indüksiyonuna olan ihtiyacı düşürebileceği gösterilmiştir. Koitustan alınan zevk açıkça düşmektedir. Koitusun spontan normal vajinal doğum üzerindeki etkisinin bilinmesi için daha fazla sayıda randomize çalışmaya ihtiyaç vardır (79, 80, 81). Genellikle orgazm konusundaki araştırmalar üçüncü trimesterda azaldığını gösterse de çalışmalar farklı sonuçlar bildirmektedir (82).

Gebelik döneminde cinsel birliktelik hususunda farklı hekim önerileri mevcuttur. Masters ve Johnson bir kısmı üçüncü trimester, bir kısmı ise son 4 hafta da olmak üzere 111 gebe içinde 77 tanesine doktorların cinsel ilişkiyi yasakladığını bir araştırmasında göstermiştir (83). Doğuma 2-8 hafta kala doktorlar tarafından koitusdan kaçınma önerilen hasta oranı Solberg'in çalışmasında % 29 bulunmuştur. Sadece % 10 gebe, cinsel birliktelik için uygun bulunan pozisyonları uygularken arka arkaya ve yan yana giriş pozisyonları doktorların %5'i tarafından önerilmiştir (84).

2.9. Postpartum Cinsellik

Postpartum dönem fizyolojik, yapısal ve hormonal değişikliklerin yaşandığı bir dönemdir. Doğumdan sonra kadınlar yeni aile düzenine, ebeveynlik görevlerine ve vücutlarındaki değişimlere alışmakta güçlük çekmektedirler (85).

Kanama ve enfeksiyon olasılığının azaldığı ikinci haftadan sonra cinselliğe tekrar başlanabilsede cinsel birlikteliğin zamanını belirleyen annenin doğum sonraki iyileşme süreci ve eşlerin mental olarak hazır olmasıdır (86). Postpartum 6. hafta Türkiye'de genel olarak ilk koitus zamanıdır (87).

Doğum sonrası cinsellik ile ilişkili rahatsız edici bulgular ortalama 3 ay (1-11 ay) sürebilir. 2002 yılında Thompson ve arkadaşları 1193 kadın üzerine bir çalışma yapmış ve %20' sinde cinsel anlamda sorun bulunduğunu göstermiştir (88).

2.9.1 Vajen Ve Perinedeki Fizyolojik Değişiklikler

Vajinal yolla normal doğuran bir kadında vajen dokusunda tonus kaybı, gevşeme, ödemlenme, östrojen eksikliğine bağlı vajinal mukozada zayıflama, ve rugalarda azalma meydana gelir ve bu değişiklikler doğum sonrası 6-8. haftada doğum öncesi boyutlarına geri ulaşır. En geç 4. Haftaya kadar rugalar yeniden şekillenir ancak asla doğurmamış bir kadınınki gibi olamaz, genellikle yassılaşmış izlenir (89).

Laktasyon nedeniyle vajen mukozası menstürel döngü yeniden başlayana kadar atrofik izlenmektedir. Vajen mukoza kalınlığının ve vajen ph değerinin azalması ve bunlara bağlı olarak lubrikasyonun azalması disparoniye neden olmaktadır. Cinsel bozukluğun başka bir sebebi de postpartum östrojen seviyesinin düşük düzeyde olması (50 pg/ml) ve parasempatik ve sempatik sinir sensitivitesinin azalmış olmasıdır (88, 89).

Doğum sırasında epizyotomi işlemi yapılması veya bebeğin vajen mukozasında meydana getirdiği travmalar sonucunda laserasyonlar olması vajinal yolla doğum eyleminde sıklıkla karşılaşılan olaylardır. Özellikle nulliparlar olmak üzere epizyotomi ülkemizde sıkça uygulanmaktadır. Vajinal yolla doğum yapan kadınların %64'üne (birinci doğumların %95,0'ına, ikinci doğumların %48'ine ve üç üzeri doğumların %12,0'sine) epizyotomi uygulaması yapıldığını bildirmişlerdir (85).

Epizyotomi uygulamasının yapıldığı Amerika'daki vajinal doğum yapan kadınların oranının %13,2 olduğu bildirilirken bunların %19,2'sinin ilk, %8,7' sinin ise iki ve üzeri doğumu olan kadınların olduğu gösterilmiştir (89, 90, 91). 2-3 hafta içinde başlayan yara iyileşmesinin tamamen kapanması 4-6 hafta arasında zaman alabilmektedir (88, 90).

Doğum esnasında meydana gelen epizyotomi ya da perineal laserasyonun kadınlarda kısa ve uzun dönem morbitidite ile ilişkisi mevcuttur ve bunlar sürekli veya cinsel ilişki ile ağrıya veya kadınlarda idrar kaçırmaya neden olabilmektedir. Lydon-Rochelle ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada bu bulguların sezaryen olan veya epizyotomi açılmayan kadınlarda, epizyotomi açılan kadınlara göre daha az olduğu bulunmuştur (92, 93).

Signorello ve arkadaşlarının yapmış olduğu ve farklı derece perineal cerrahi işlem yapılan ve laserasyonu olan nullipar kadınların incelendiği çalışmada, ağrılı cinsel ilişki görülme sıklığının yapılan cerrahi müdahale ve laserasyon derecesiyle arttığı bildirilmiştir(94). Goetsch ise postpartum disparoni oranını normal vajinal doğum yapanlarda %42, sezaryen ile doğuranlarda %29 bulmuştur (95). Sezaryen ile doğumda pelvik taban kasları zorlanmadığı için, doğum sonrası cinsel disfonksiyonu

önleyebileceği düşünülmekte, bazı kadın doğum uzmanlarının sezaryeni önermelerinin nedenlerinden olabilmektedir.

Özellikle normal vajinal doğum sonrasında pelvik taban kaslarında doğuma bağlı gerilme ve basınç artışına bağlı deformasyonlar ve kas güçsüzlükleri görülebilir. Bu durum cinselliğe negatif etkilidir. Kegel egzersizleri doğum sonrası kadınlarda pelvik taban kaslarını güçlendirmek ve postpartum cinsel hayata olumlu açıdan katkıda bulunmak için kullanılabilir. Pelvik kaslarının normale dönmesi neredeyse 6 ay sürmektedir (88, 89, 96). Vajinal doğumun, sezaryen ile doğuma kıyasla pelvik taban kaslarında anlamlı derecede zayıflama meydana getirdiği ve buna bağlı cinsel fonksiyon skorlarında anlamlı düşüş olduğu Baytur ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmada bildirilmiştir (97).

2.9.2 Meme Dokusundaki Fizyolojik Değişikler

Emzirme ile ilgili hormonal ve nörolojik mekanızmaların bi arada çalıştığı düşünülmektedir. Postpartum progesteron, östrojen, plasental laktojen, prolaktin, kortizol, insulin gibi hormonlar birlikte meme dokusu gelişiminde ve süt salınımında rol oynar. Doğumlar birlikte östrojen ve progesteronun aniden düşüşü ile prolaktinin süt üretimini teşvik edici etkisi baskınlaşır ve süt üretimi başlar. İlk önce geçici süt yani kolostrum salgılanır. Kolostrum amino asit, mineraller ve immünolojik açıdan olgun süte göre daha zengindir ve 2 hafta devam eder, 4-6 hafta arasında yerini olgunlaşmış süte bırakır. Daha sonraki dönemde ise süt sentezini kontrol edecek olan meme boşalması ve emzirmedir.

Meme ile cinselliğin arasındaki ilişkinin her ne kadar toplumda güçlü olduğu görülse de aynı ilişki emzirme ve cinsellik arasında bulunmamaktadır. Bazı erkeklerin eşleri emzirirken cinsel anlamda uyarılabilmektedir. Bununla birlikte bazı kadınların da emzirmeyle cinsel zevk aldıkları bilinmektedir (98, 99). Doğum sonrası kadının kilo olması, memelerin yapısının bozulması nedeniyle cinsel isteğe neden olan meme görüntüsü doğum sonrasında değişmektedir (99). Hames'in lohusa kadınların eşleri üzerine yaptığı çalışmada, erkeklerin %19'u eşlerindeki meme büyümesinin cinsel

istekleri üstünde olumlu etkisi olduğunu, %59 ise bu durumun bir etkisinin olmadığını bildirmiştir (100).

Frazier ve arkadaşlarının çalışmasında, erkeklerin büyük bir kısmının eşleri emzirdiği için cinsel çekimin yerini annelik hissiyatının aldığını söyledikleri bildirilmiştir (101). Barbara ve arkadaşları, yapmış olduğu bir başka çalışmada kadınlardaki emzirme süresi uzadıkça, vajinal lubrikasyonun azaldığını ve disparoninin arttığını ve bu nedenle cinsel birlikteliğe başlama süresinin geciktiğini bildirmişlerdir. Malley ve arkadaşları, emzirmenin postpartum 6 ay sonra cinsel istek kaybı üzerine doğrudan ilişkili olduğunu saptamıştır (103). Kısacası emzirme ve cinsellik hakkında bir genelleme yapılması mümkün değildir.

2.9.3 Genel Endokrinolojik Değişiklikler

Gebelik boyunca plasentadan salgılan östrojen ve progesteronun, doğumun gerçekleşmesiyle serumdaki seviyesinde düzeyinde azalma meydana gelir.(104). Bebeğin düzenli emzirilmesi, ovulasyonun başlama süresini uzatabilmektedir. Genellikle postpartum 6. Haftadan sonra başlayan ovulasyon emzirme nedeniyle baskılanabilir. FSH salınımı bir ay içinde normale dönse de LH'un baskılanması folliküllerin gelişememesine ve ovulasyon sürecinin durmasına neden olur (104, 105).

Vajinal mukozanın yenilenmesinde ve klitorisin ve vajinanın kan akımının kontolünde östrojen ve progesteron hormonları görev aldığından dolayı bu hormonların yokluğunda ağrılı cinsel ilişki, orgazm eksikliği, cinsel ilgide düşüş meydana gelir (106). Emzirmeyle uyarılan prolaktin de kadınlarda cinsel istekte azalmaya neden olarak cinsel disfonksiyon ile sonuçlanmaktadır (106). Fuentealba Torres ve arkadaşları yaptığı araştırmada kadınlardaki lubrikasyonun azaldığını ve meydana gelen atrofinin de eklenmesiyle ağrılı cinsel ilişkiye neden olabilceğini bildirmiştir (107).

Kadınlarda cinsel arzu üzerinde pozitif etkisi bulunan oksitosin hem kadın hem erkeklerde ebeveynlik davranışlarını belirler (108). Wen ve arkadaşları, emzirme ve buna bağlı sentezlenen oksitosinin, perineal ağrı üzerindeki etkilerini araştırmıştır. Kadınların

emzirme sırasında ve emzirmeden 5'er dakika önce ve sonra perineal ağrı puanları hesaplanmış ve emzirmenin ağrı gelişiminde etkili olduğu bulunmuştur (109).

2.9.4 Beden Imaj Değişiklikleri

Doğum sonrası periyotta cinsel ilgi, haz, uyarılma ve orgazm konusunda soruna sebebiyet veren etkenler bu dönemdeki psikolojik, ve fiziksel değişimler ve emzirmedir. Cinsel ilişkiyi asıl belirleyen kadının kendini güzel, sevilir, albenili ve özgüvenli hissetmesidir ve cinselliği kadının kendinin belirlemesi gerekmektedir (110).

Kişinin kendi resminin kendi zihninde resimlenmesi ve kişinin bedeninin farkındalığına beden imajı denir (110). 2005 yılında Olsson ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada postpartum süreçte yaşanılan değişiklikerle kadınların mücadele etmekte zorluk çektiği gösterilmiştir (3). Cinselliğin beden imajı değişikliklerinden etkilenebildiği unutulmamalıdır. Beden imajını kötü bulan kadınların kendilerini daha az çekici hissetmesi ve cinsel ilişkiden kaçması mümkündür (111,112). Bunun sebebi memelerdeki büyüklük, vajinal gevşeklik gibi postpartum beden hakkındaki negatif düşünceler olabilmektedir.

2.9.5 Postpartum Psikolojik Değişiklikler

Postpartum dönemde kadınların bir çoğu meydana gelen psikolojik ve fiziksel değişikliklere adaptasyona uğrarken bazı kadınlar uyum sağlamakta güçlük çekebilmektedir. Bu nedenle fiziksel olduğu kadar psikolojik sorunlara yakalanma olasılığının en yüksek evrelerden biri de postpartum dönemdir (113). Bu dönemdeki psikolojik problemler çiftlerin cinsel hayatlarını olumsuz etkilemektedir (114, 115).

Postpartum hüzün, yeni doğum yapmış kadınlarda ağlama atakları, duygu durumu değişkenlikleri, sinirlilik, anksiyete, telaşlılık ve odaklanma güçlüğü ile karakterize, doğum sonrası 3 gün içinde belirti veren ve medikasyon olmaksızın 7-10 gün içinde kendiliğinden gerileyen bir durumdur (116). Bu sorunlarla başa çıkılmaması, postpartum depresyon (PPD) ile sonuçlanabilir (117). Postpartum depresyon, postpartum hüzün yaşayan lohusaların yaklaşık ¼' ünde gelişmektedir (118).

Postpartum psikoz, manik ataklar ile seyreden, hastada halüsinasyon, ajitasyon, öfori, çok şiddetli duygudurum değişiklikleri, uykusuzluk, bebek ile ilgili obsesyon ile seyreden bir durumdur ve postpartum kadınlarda %0.1-0.2 oranında izlenmektedir (119). Tekrarlama riski yüksektir ve doğum sonrası psikolojik hastalıklar arasında en ağır seyredenidir (118).

PPD, yaygın olarak seyreden ve cinsel disfonksiyona sebebiyet veren bir psikiyatrik bozukluk durumdur. Kadınların doğum sonrasında %8-20' sini etkilemektedir. PPD tanımı yaklaşık olarak postpartum dönemde görünür hale gelen major depresyon atağıdır. Akut psikotik ataklarla seyretmemesi ile postpartum psikozdan; hafif bir ruh hali kötüleşmesi olmaması ile postpartum hüzünden ayrılabilir. En riskli dönem, postpartum ilk altı aydır. Bu durum yeni annede yeti kaybına neden olabilen bir bozukluktur (120). Değersizlik hissi, anksiyete nöbetleri, bebekle ilgili obsesif endişeler, yavaş hareket ve konuşma, ajite ruh hali, aşırı veya hiç yemek yeme, uykusuzluk, unutkanlık, aşırı öfke, duygudurmunda ani değişimler, intihara meyil, odaklanma güçlüğü ve azalmış cinsellik PPD' nun en sık görülen semptomlarıdır (121, 122).

Doğum sonrasında aniden azalan östrojen ve progesteronun, hızla doğum öncesi miktarına yükselmesi depresyon nedeni olarak düşünülmektedir (123). Prolaktin miktari ise özellikle emzirmeyle beraber yükselmektedir. Emzirmeyen ya da bebeği ölü doğan kadınlarda prolaktin düşüklüğü nedeniyle postpartum depresyon arasında doğrudan ilişki saptanmıştır (124).

PPD risk faktörlerini bulma amacıyla çok sayıda araştırma yapılmıştır ve bunların içinde en kapsamlısı Beck "in yaptığı meta-analiz çalışmasıdır (125). Bu çalışmada, prenatal depresyon ve anksiyetenin varlığı, geçirilmiş depresyon varlığı, çocuk bakımı stresi, psiko-sosyal destek yokluğu, postpartum hüzün, evlilik problemleri, kötü beden imajı, bebeğin huysuzluğu ve kötü sosyoekonomik durum PPD risk faktörleri olarak belirlenmiştir (121, 122).

Cinsel ilişkiye tekrar başlama oranının postpartum depresyon ile azaldığı görülmüştür. Postpartum ilk 6 ayda başlıca cinsel ilişkiye girmeme sebebi olarak cinsel istek azalması, halsizlik, fiziksel sorunlar ve kendini beğenmeme en sık belirtilen sebepler olmuştur. Cinsel arzuda ve cinsel ilişki sıklığında azalma doğum sonrası depresyon arasında ilişki olduğu bulunmuştur (126, 127). Jhonnes ve arkadaşları 2009 yılında yaptığı çalışmada ilk 6 ay içinde partneriyle yeniden cinsellik yaşayan kadın oranın azaldığını ve %40'ında orgazm, uyarılma ve istek bozukluğu varlığını saptanmıştır (128). Cinsel istek ve koitus oranını PPD varlığında azaldığı ve cinsel disfonksiyon-PPD ilişkisi Faisal-Cury ve arkadaşları tarafında ortaya konulmuştur (129).

2.10. Kadın Cinsel Fonksiyon Bozukluklarında Tanı

Kadın cinsel disfonksiyonu değerlendirilirken hastadan alınan anamnez çok önemlidir. Risk etkenleri saptanmalı, fonksiyon bozukluğuna sebep olabilecek bütün etkenler iyi değerlendirilmelidir. Kadın cinsel fonksiyonu değerlendirilirken sorgulama formları kullanılmaktadır. Ancak bu testlerin ilgili konuya spesifik geliştirilmeleri, geçerlilik-güvenilirliklerinin yapılmış olması şarttır (130).

Cinsel fonksiyonu değerlendiren ölçekler şunlardır:

a. Golombok-Rust Inventory of Sexual Satisfaction

b. Psychosocial Adjustment to Illness Scale (PAIS)

c. Brief Index of Sexual Functioning for Women (BISF-W)

d. Female Sexual Function Index (FSFI)

e. Derogatis Interview for Sexual Functioning (DISF/DISF-SR)

f. Simple Sexual Function Questionnaire

2.10.1 Kadın Cinsel Fonksiyon Ölçeği (FSFI- Female Sexual Function Index)

Kadın Cinsel İşlev Ölçeği, kadın seksüel fonksiyonlarını ölçmede kullanılan; istek, uyarılma, kayganlaşma, orgazm, doyum ve ağrı olmak üzere cinsel fonksiyonu 6 alt başlık altında inceleyen 19 soruluk bir ankettir (131). FSFI' ın 2000 yılında Rosen ve ark. tarafından geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış cronbach alfa katsayısı 0.82, test retest güvenilirliği 0.79-0.86 bulunmuştur (9).

Aygin ve arkadaşları tarafından ölçeğin ülkemizde yapılan geçerlilik ve güvenirlik çalışmasında ise; iç tutarlılık katsayısının 0.70-0.90, Cronbach Alfa değerinin 0.98 ve bir ay arayla gerçekleştirilen test-tekrar test güvenirlik katsayısının 0.75 olduğu belirtilmiştir. Kadın Cinsel İşlev İndeksinin Türk kadınlarının cinsel işlev ölçümünde geçerli ve güvenilir bir araç olduğu bildirilmiştir (7).

Her bir madde sıfırdan 0-5 arasında puanlanmaktadır. Cinsel istek veya ilgi seviyesi 1. ve 2. sorularda (puan aralığı, 1-5); uyarılma seviyesi, emin olma durumu ve doyumu 3-6. sorularda (puan aralığı, 0-5); lubrikasyon(kayganlaşma)sıklığı, zorluğu, cinsel ilişkide koruyabilme sıklığı ve zorluğu 7-10. sorularda (puan aralığı, 0-5); orgazm sıklığı, zorluğu ve doyumu 11-13. sorularda (puan aralığı, 0-5); doyum eşiyle yakınlık oranı, cinsel ilişkide ve tüm cinsel yaşamında doyum seviyesi 14-16. sorularda (puan aralığı, 0-5); ağrı veya rahatsızlık vajinaya giriş sırasında ağrı varlığı, vajinaya girişi takiben, girişte ve takiben ağrı seviyesi 17-19. sorularda (puan aralığı, 0-5) ele alınıp değerlendirilmektedir. Buna göre ölçekten alınabilecek en yüksek ham puan 95,0 en düşük ham puan ise 4,0' tür.

Basit matematiksel algoritm hesaplaması alt boyutların ve bileşik tüm ölçeğin puanlamasını belirlemek için düzenlenmiş ve faktör yükleri; istek için 0,6; uyarılma ve kayganlaşma için 0,3; orgazm, doyum ve ağrı için 0,4 olarak belirlenmiştir. Alt boyut ortalamaları faktör yükleriyle çarpıldıktan sonra ölçekten alınacabilecek en yüksek puan 36,0 en düşük puan ise 2,0 olarak hesaplanmıştır (132).

Pek çok çalışmada FSFI skorunun 26,55' in altında olmasının seksüel disfonksiyon için yüksek risk teşkil ettiği rapor edilmiştir (133).

Tablo 3. Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi (FSFI) Soru Katsayıları ve Puanlar

Soru Tipi	Sıra No	Minimum-Maksimum Puan	Katsayı
İstek ile ilişkili	1,2	1-5	0.6
Uyarılma ile ilişkili	3,4,5,6	0-5	0.3
Lubrikasyon ile ilişkili	7,8,9,10	0-5	0.3
Orgazm ile ilişkili	11,12,13	0-5	0.4
Doyum ile ilişkili	14,15,16	0/1-5	0.4
Ağrı ile ilişkili	17,18,19	0-5	0.4

3. MATERYAL VE METOD

Çalışmanın amacı doğum şeklinin postpartum kadın cinsel fonksiyonu üzerine olan etkisini değerlendirmektir. Kadın cinsel işlev ölçeği(EK-2) kullanırak epizyotomi ile vajinal doğum yapan kadınlar ve sezaryen ile doğum yapan kadınların cinsel fonksiyonları ve demografik verileri karşılaştırılmıştır.

Araştırmamızda, 1 Ağustos 2022 ve 1 Şubat 2023 tarihleri arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğine başvuran 89 epizyotomi ile normal vajinal doğum yapmış olan(Grup 1) veya 89 sezaryen ile doğum yapmış olan(Grup 2), 18-45 yaş arası doğum sonrası minimum 6 ay ve maksimum 1 yıl geçmiş olan kadınlar değerlendirilmiştir. Doğumunu hastanemizde gerçekleştiren hastalar hastane elektronik veri ortamında taranıp belirlenmiştir. FSFI (EK-2) ve demografik bilgileri içeren anket formları (EK-1) uygulanmıştır. Daha sonra bu anket formları retrospektif olarak değerlendirilmiştir.

İki grup arzu (istek), uyarılma, lubrikasyon (kayganlık) , orgazm, doyum ve ağrı olmak üzere altı 6 ayrı başlıktan değerlendirilmiş ve FSFI skorları üzerinden cinsel fonksiyonları ve demografik özelliklerin iki grup üzerindeki etkileri karşılaştırılmıştır.

Çalışmamıza dahil edilme kriterleri; hastanemizde kadın doğum kliniğinde epizyotomi ile veya sezaryen ile doğum yapmış olmak, 18-45 yaş arasında olmak, postpartum minimum 6 ay - maksimum 1 yıl süre geçmiş olması ve hastanemiz elektronik sisteminde bilgilerine ulaşılabilmiş olmasıdır. Daha öncede vajinismus gibi daha önceden bilinen cinsel disfonksiyonu olanlar, koca veya ailesel problemleri olanlar, adölesan doğum yapmış kadınlar, erken doğum yapanlar, serklaj uygulaması yapılan hastalar, plasenta previa benzeri riskli gebelik öyküsü olanlar, tüp bebek tedavisi alanlar, çoğul gebelik öyküsü olanlar, psikiyatrik hastalığı olanlar, anomalili çocuk sahibi olanlar, cinsel disfonksiyona neden olabilecek sistemik hastalığı olanlar veya neden olabilecek ilaç kullananlar çalışmanın dışlama kriterlerini oluşturmaktadır.

Araştırma için gerekli verileri toplama amacı ile iki form kullanılmıştır. Birinci form çalışmaya alınan kadınların sosyo-demografik özelliklerini belirlemek için hazırlanan demografik bilgi formu (Ek 1), ikinci form kadınların cinsel işlevlerini sorgulamak amacıyla kullanılan Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi (Female Sexual Function Index- FSFI) (Ek 2) dir. Hastalara yeterli bilgi verildikten sonra kadın hemşireler eşliğinde formlar doldurtulmuştur. Sorular hakkında bilgi isteyenler, yönlendirme yapılmadan bilgilendirilmiştir. Anketler hastaların isimleri belli olmayacak ve paylaşılmayacak şekilde kaydedilmiştir. Bu araştırma Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Hastanesi etik kurulundan 29/08/23 tarihli 4076 sayılı *onay alınarak yapılmış bir* çalışmadır.

3.1 İstatistiksel Değerlendirilmesi

İstatistiksel analiz için SPSS 15.0 for Windows programı kullanıldı. Tanımlayıcı istatistikler; kategorik değişkenler için sayı ve yüzde, sayısal değişkenler için ortalama, standart sapma, minumum, maksimum, median olarak verildi. Bağımsız gruplarda oranlar Ki Kare Testi ile karşılaştırıldı. Sayısal değişkenlerin bağımsız iki grup karşılaştırmaları normal dağılım koşulu sağlanmadığından Mann Whitney U testi ile yapıldı. Sayısal değişkenler arası ilişkiler parametrik test koşulu sağlanmadığından Spearman Korelasyon Analizi ile incelendi. Belirleyici faktörler Lineer Regresyon Analizi ile incelendi. Alfa anlamlılık seviyesi $p<0,05$ olarak kabul edildi.

Örneklem büyüklüğü G*Power Version 3.1.6 programı ile hesaplanmıştır. Grup 1 ve grup 2 arasında FSFI düzeylerinde orta etki büyüklüğünün (effect size=0,5) fark kabul edilmesi öngörülerek %95 Power, alfa anlamlılık seviyesi 0,05 için örneklem büyüklüğü toplam 176 kişi olarak hesaplanmıştır. İki grup da 89 adet hastadan oluşmaktadır.

4.BULGULAR

Araştırmaya katılan olguların sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bulgular Tablo 4' de gösterilmişir.

Tablo 4. Grupların Demografik Özellikleri

		NSD+Epizyotomi(n=89) Ort.±SD Min-Maks (Median)	Sezeryan(n=89) Ort.±SD Min-Maks (Median)	p
Yaş		29,6±5,0 15-46 (30)	32,3±5,7 20-48 (32)	0,645
Boy (cm)		162,7±6,2 150-175 (163)	163,3±6,8 130-180 (164)	0,669
Kilo (kg)		67,7±13,4 44-105 (66)	69,8±13,8 42-110 (68)	0,287
VKI		25,6±5,0 17,2-39 (24,7)	26,2±5,1 17,3-39,6 (25,2)	0,380
Eğitim Durumu	İlkokul	12 (13,5)	3 (3,4)	0,321
	Ortaokul	13 (14,6)	11 (12,4)	
	Lise	23 (25,8)	32 (36,0)	
	Üniversite	40 (44,9)	38 (42,7)	
	Yüksek Lisans	1 (1,1)	5 (5,6)	
Çalışma Durumu	Evet	27 (30,3)	27 (30,3)	1,000
	Hayır	62 (69,7)	62 (69,7)	
Gelir Düzeyi	Düşük	11 (12,4)	5 (5,6)	0,055
	Orta	77 (86,5)	78 (87,6)	
	Yüksek	1 (1,1)	6 (6,7)	
Sigara Kullanımı	Evet	17 (19,1)	27 (30,3)	0,082
	Hayır	72 (80,9)	62 (69,7)	
Alkol Kullanımı	Evet	10 (11,2)	10 (11,2)	1,000
	Hayır	79 (88,8)	79 (88,8)	
Kronik Hastalık	Var	13 (14,6)	13 (14,6)	1,000
	Yok	76 (85,4)	76 (85,4)	
Psikolojik Hastalık	Var	2 (2,2)	1 (1,1)	1,000
	Yok	87 (97,8)	88 (98,9)	
Evlilik Süresi (yıl)		5,0±3,9 1-19 (4)	6,7±4,9 1-24 ()5	0,447
Gravidite		1,6±1,0 1-5 (1)	1,9±1,2 1-7 (2)	0,328
Parite		1,5±0,8 1-5 (1)	1,6±0,8 1-4 (1)	0,181
Çocuk Sayısı		1,5±0,8 1-5 (1)	1,7±0,8 1-4 (1)	0,130
Çocuklar Dışında Evde Bakmakla Yükümlü Olunan Kişi Varlığı	Var	4 (4,5)	7 (7,9)	0,350
	Yok	85 (95,5)	82 (92,1)	

Araştırmada toplamda 89 adet epizyotomi ile normal doğum yapan ve 89 adet sezaryen ile doğum yapan hasta değerlendirilmiştir. Tablo 4' de bu iki gruba ait demografik bilgiler gösterilmiştir. Grup 1 ve grup 2 arasında yaş, evlilik süresi,

gravidite ortalaması açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (p=0,645 p=0,447 p=0,328). Ortalama yaş, grup 1'de 29,6±5,0 ve grup 2'de 32,3±5,7 olarak bulunmuş ve anlamlı fark saptanmamıştır. Ortalama evlilik süresi, grup 1'de 5,0±3,9, grup 2'de ise 6,7±4,9 bulunmuştur ve anlamlı fark saptanmamıştır. Ortalama gravidite, grup 1'de 1,6±1,0, grup 2'de 1,9±1,2 saptanmıştır ve anlamlı fark bulunmamıştır.

Ortalama kilo, grup 1 ve grup 2'de sırasıyla 67,7±13,4kg ve 69,8±13,8kg bulunmuş ve anlamlı fark saptanmamıştır. Ortalama VKI, grup 1 ve grup 2'de sırasıyla 25,6±5,0 ve 26,2±5,1 bulunmuş ve istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Ortalama parite, grup 1 ve grup 2'de sırasıyla 1,5±0,8 ve 1,6±0,8 bulunurken istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

Doğum yöntemi ile gelir düzeyi, çalışma durumu ve eğitim düzeyleri arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Grup 1'de ilkokul mezunu oranı %13,5, ortaokul mezunu oranı %14,6, lise mezunu oranı %25,8 , üniversite mezunu oranı %44,9 ve yüksek lisans mezunu oranı %1,1 saptanmıştır. Grup 2'de ise ilkokul mezunu oranı %3,4, ortaokul mezunu oranı %12,4, lise mezunu oranı %36,0, üniversite mezunu oranı %42,7 ve yüksek lisans mezunu oranı %5,6 saptanmıştır. İlkokul mezunu oranı grup 1'de yüksek görülmüştür.

Tüm gruptaki seksüel disfonksiyon oranları aşağıdaki tabloda gösterilmiştir.

Tablo 5. Seksüel Disfonksiyon İçin Yüksek Risk Teşkil Eden Hasta Oranı

		Total		**NSD+ Epizyotomi(n=89)**		**Sezaryen(n=89)**		
		n	%	n	%	n	%	p
Seksuel disfonksiyon	Yok	69	38,8	33	37,1	36	40,4	0,644
	Var	109	61,2	56	62,9	53	59,6	

Tüm çalışma grubunda FSFI skorunun 26,55' in altında olan ve seksüel disfonksiyon için yüksek risk teşkil eden hasta oranı %61,2 olarak saptandı. Cinsel disfonksiyon olan hasta oranı grup 1'de %62,9 ve grup 2' de %59,6 saptandı. İki grup arasında anlamlı fark saptanmadı(p=0,644).

Tablo 6. Demografik Özelliklerin Cinsel Disfonksiyon Üzerine Etkisi

		Seksuel Disfonksiyon				
		Yok(n=69)		Var(n=109)		
		n	%	n	%	p
Eğitim Durumu	İlkokul	2	13,3	13	86,7	0,005
	Ortaokul	7	29,2	17	70,8	
	Lise	16	29,1	39	70,9	
	Üniversite	40	51,3	38	48,7	
	Yüksek Lisans	4	66,7	2	33,3	
Çalışma Durumu	Evet	27	50,0	27	50,0	0,042
	Hayır	42	33,9	82	66,1	
Gelir Düzeyi	Düşük	4	25,0	12	75,0	0,021
	Orta	59	38,1	96	61,9	
	Yüksek	6	85,7	1	14,3	
Sigara Kullanımı	Evet	18	40,9	26	59,1	0,736
	Hayır	51	38,1	83	61,9	
Alkol Kullanımı	Evet	10	50,0	10	50,0	0,274
	Hayır	59	37,3	99	62,7	
Kronik Hastalık	Evet	10	38,5	16	61,5	0,973
	Hayır	59	38,8	93	61,2	
Psikolojik Hastalık	Evet	2	66,7	1	33,3	0,561
	Hayır	67	38,3	108	61,7	
Çocuklar Dışında Evde Bakmakla Yükümlü Olunan Kişi Varlığı	Evet	4	36,4	7	63,6	1,000
	Hayır	65	38,9	102	61,1	

Demografik özelliklerin cinsel disfonksiyon üzerine etkisi Tablo 6' dadır. Çalışma grubunun özelliklerinden eğitim durumu, çalışma durumu ve gelir düzeylerinde FSFI skoru 26,55' in altında ve seksüel disfonksiyon olan olguların oranlarında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı (p=0,005 p=0,042 p=0,021). Eğitim durumu üniversite ve yüksek lisans mezunu olanların FSFI skoru ilkokul, ortaokul, lise mezunlarına göre yüksek izlendi. Çalışanların çalışmayanlara göre ve gelir düzeyi yüksek olanların düşük orta olanlara göre FSFI skoru istatistiksel anlamlı olarak yüksek saptandı (Tablo 6).

Tablo 7. Diğer Demografik Özelliklerin Cinsel Disfonksiyon Üzerine Etkisi

	Seksuel Disfonksiyon		
	Yok(n=69)	**Var(n=109)**	
	Ort.±SD Min-Maks (Median)	Ort.±SD Min-Maks (Median)	p
Yaş	31,1±5,4 15-48 (31)	30,9±5,6 19-46 (30)	0,563
VKI	25,9±4,8 17,9-36 (25,7)	25,9±5,2 17,2-39,6 (24,7)	0,619
Evlilik süresi(yıl)	5,67±4,20 1-18 (4)	6,01±4,72 1-24 (5)	0,817
Gravidite	1,68±0,98 1-5 (1)	1,82±1,13 1-7 (1)	0,458
Parite	1,51±0,76 1-4 (1)	1,62±0,83 1-5 (1)	0,323
Çocuk sayısı	1,52±0,76 1-4 (1)	1,63±0,84 1-5 (1)	0,384

Yaş, VKI, evlilik süresi, gravide, parite ve çocuk sayısının FSFI skorunu istatistiksel olarak anlamlı etkilemediği görülmektedir(Tablo 7).

FSFI skorunun alt başlıkları Tablo 8'de tek tek irdelenmiştir.

Tablo 8. Doğum Yöntemine Göre FSFI Skorları ve Alt Gruplarının Karşılaştırılması

	NSD+Epizyotomi(n=89) Ort.±SD Min-Maks (Median)	**Sezaryen(n=89)** Ort.±SD Min-Maks (Median)	p
Cinsel İstek	3,49±0,97 1,2-5,4 (3,6)	3,47±1,15 1,2-6 (3,6)	0,975
Cinsel Uyarılma	3,42±1,73 0-6 (3,9)	3,78±1,45 0-6 (3,9)	0,240
Lubrikasyon	3,75±1,83 0-6 (4,2)	3,97±1,49 0-6 (4,5)	0,601
Orgazm	3,54±1,82 0-6 (4)	3,95±1,65 0-6 (4,4)	0,131

Memnuniyet	4,14±1,97 0-6 (4,8)	4,36±1,76 0-6 (4,8)	0,574
Ağrı/Rahatsızlık	3,78±1,93 0-6 (4)	3,85±1,74 0-6 (4)	0,869
Toplam Skor	22,1±9,2 1,2-35,1 (25,2)	23,4±8,2 1,2-35,1 (25,8)	0,481

Çalışmada incelenen 178 kadına ait FSFI skorları tek tek Tablo 8'de incelenmiştir. Epizyotomi ile doğum yapan ve sezaryen ile doğum yapan kadınların hem toplam FSFI skorları hem de alt gruplarının skorları incelenmiştir. Toplam FSFI skoru grup 1'de 22,1±9,2 ve grup 2'de 23,4±8,2 olarak izlenmektedir. İki grup için hesaplanan total skorlar, postpartum cinsel disfonksiyon lehine izlenmiştir. İki grup için toplam cinsel fonksiyon skorları karşılaştırıldığında ise istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır(p=0,481).

Alt gruplar açısından Tablo 8'e bakıldığında iki grup açısından anlamlı fark saptanmamıştır.

FSFI skoru alt ölçeklerinin birbirleri ile olan ilişkileri Tablo 9'da incelenmiştir.

Tablo 9. Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi Alt Ölçeklerinin Birbiri İle İlişkisi

		Cinsel İstek	Cinsel Uyarılma	Lubrikasyon	Orgazm	Memnuniyet
Cinsel Uyarılma	r	0,585				
	p	<0,001				
Lubrikasyon	r	0,429	0,709			
	p	<0,001	<0,001			
Orgazm	r	0,508	0,750	0,660		
	p	<0,001	<0,001	<0,001		
Memnuniyet	r	0,474	0,642	0,633	0,637	
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	
Ağrı/Rahatsızlık	r	0,368	0,565	0,593	0,590	0,537
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

Alt ölçek skorları değerlendirildiğinde, Tablo 9' da gösterildiği gibi bütün alt ölçeklerin birbiri ile pozitif yönde anlamlı istatistiksel ilişkisi olduğu saptanmıştır (p<0,001). En güçlü ilişki cinsel uyarılma ve orgazm arasında bulunmuştur(r=0,750). En zayıf ilişki ise ağrı skoru ve cinsel istek skoru arasında bulunmuştur(r=0,368).

Demografik özellikler ve cinsel fonksiyon skorlarının (FSFI) alt başlıkları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi Tablo 10'da gösterilmiştir.

Tablo 10. FSFI Skoru Alt Başlıkları ve Demografik Özelliklerin Etkileri

		Cinsel İstek	Cinsel Uyarılma	Lubrikasyon	Orgazm	Memnuniyet	Ağrı/ Rahatsızlık	Toplam Skor
Yaş	r	-0,101	-0,027	-0,033	0,064	-0,062	-0,003	0,003
	p	**0,180**	**0,716**	**0,658**	**0,398**	**0,413**	**0,965**	**0,972**
VKI	r	0,236	-0,016	-0,055	-0,011	0,093	-0,041	0,017
	p	**0,002**	**0,834**	**0,469**	**0,884**	**0,217**	**0,585**	**0,824**
Eğitim Durumu	r	-0,012	0,128	0,150	0,170	0,076	0,153	0,207
	p	**0,878**	**0,088**	**0,046**	**0,023**	**0,310**	**0,041**	**0,006**
Gelir Düzeyi	r	0,113	0,152	0,079	0,103	0,076	0,053	0,133
	p	**0,135**	**0,043**	**0,293**	**0,170**	**0,314**	**0,482**	**0,076**
Evlilik Süresi(Yıl)	r	0,028	-0,001	0,024	0,086	0,045	0,011	0,013
	p	**0,711**	**0,986**	**0,751**	**0,253**	**0,549**	**0,886**	**0,864**
Gravidite	r	-0,034	-0,092	-0,062	0,008	0,012	-0,055	-0,060
	p	**0,652**	**0,221**	**0,409**	**0,914**	**0,874**	**0,466**	**0,425**
Parite	r	0,016	-0,122	-0,092	-0,005	0,035	-0,063	-0,063
	p	**0,834**	**0,104**	**0,222**	**0,948**	**0,644**	**0,405**	**0,404**
Çocuk Sayısı	r	0,022	-0,114	-0,090	0,007	0,042	-0,057	-0,053
	p	**0,772**	**0,131**	**0,231**	**0,929**	**0,574**	**0,446**	**0,481**

Tablo 10' da her iki olgu grubunun popülasyonu değerlendirildiğinde, FSFI skoru alt başlıkları ile yaş, evlilik süresi, gravidite, parite ve mevcut çocuk sayısı arasında anlamlı istatistiksel ilişki bulunamamıştır. Cinsel istek puanı ve VKI arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı zayıf istatistiksel ilişki bulunmuştur(p=0,002 r=0,236). Cinsel uyarılma puanı ile gelir düzeyi arasında pozitif yönde zayıf istatistiksel ilişki bulunmuştur (p=0,043 r=0,152). Lubrikasyon, Orgazm, Ağrı/Rahatsızlık ve Toplam Skor eğitim düzeyi ile zayıf düzeyde istatistiksel olarak

anlamlı ilişkili saptanmıştır(p=0,046 r=0,150 p=0,023 r=0,170 p=0,041 r=0,153 p=0,006 r=0,207).

Tablo 11. Eğitim Düzeylerinin Cinsel Fonksiyon İndeksi Alt Skorlarına Etkisi

	Eğitim Durumu	Ort.	SD	Min	Maks	Median	p
Cinsel İstek	**İlkokul**	3,64	0,70	2,4	4,8	3,6	0,652
	Ortaokul	3,60	0,87	1,2	5,4	3,6	
	Lise	3,28	1,11	1,2	6	3,6	
	Üniversite	3,53	1,12	1,2	5,4	3,6	
	Yüksek Lisans	3,60	1,52	1,2	5,4	3,6	
Cinsel Uyarılma	**İlkokul**	3,64	0,86	2,1	5,1	3,6	0,327
	Ortaokul	3,71	1,22	0,6	5,4	3,75	
	Lise	3,29	1,66	0	5,7	3,9	
	Üniversite	3,77	1,78	0	6	4,2	
	Yüksek Lisans	3,65	1,44	1,2	5,4	3,9	
Lubrikasyon	**İlkokul**	4,02	0,88	2,7	6	3,9	0,336
	Ortaokul	3,83	1,23	0	5,7	3,75	
	Lise	3,67	1,79	0	6	4,2	
	Üniversite	3,92	1,82	0	6	4,5	
	Yüksek Lisans	4,65	1,45	2,1	6	4,8	
Orgazm	**İlkokul**	3,63	1,22	0,8	5,2	4	0,127
	Ortaokul	3,88	1,46	0	5,6	4	
	Lise	3,43	1,79	0	6	4	
	Üniversite	3,88	1,89	0	6	4,4	
	Yüksek Lisans	4,67	1,18	2,4	5,6	5,2	
Memnuniyet	**İlkokul**	4,48	1,15	1,6	6	4,8	0,347
	Ortaokul	4,58	1,61	0	6	4,8	
	Lise	3,86	2,00	0	6	4,8	
	Üniversite	4,35	1,95	0	6	4,8	
	Yüksek Lisans	4,67	1,71	1,2	5,6	5,2	
Ağrı/Rahatsızlık	**İlkokul**	3,55	1,19	2	6	3,6	0,315
	Ortaokul	3,83	1,47	0	6	4,2	
	Lise	3,64	1,92	0	6	3,6	
	Üniversite	3,96	1,99	0	6	4,4	
	Yüksek Lisans	4,20	1,82	1,2	6	5	
Toplam Skor	**İlkokul**	22,95	4,06	13,6	27,3	23,8	0,051
	Ortaokul	23,44	6,55	1,8	30,4	25,05	
	Lise	21,16	9,09	1,2	33	24,3	
	Üniversite	23,41	9,67	1,2	35,1	26,9	
	Yüksek Lisans	25,43	8,18	9,3	32,4	27,85	

Tablo 10’ da görüldüğü üzere eğitim düzeyi ve lubrikasyon, orgazm, ağrı ve rahatsızlık arasında anlamlı zayıf ilişki gösterilmiş olsa da eğitim düzeyleri tek tek karşılaştırıldığında ortalamayı değiştirmemiş ve lubrikasyon, orgazm, ağrı ve toplam skor dahil tüm cinsel fonksiyon indeksi alt grup skorları açısından eğitim düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p=0,336 p=0,127 p=0,315 p=0,051)(Tablo 11).

Tablo 12. Çalışma Durumunun Cinsel Fonksiyon İndeksi Alt Skorlarına Etkisi

	Çalışma Durumu	Ort.	SD	Min	Maks	Median	
Cinsel İstek	**Evet**	3,53	1,08	1,2	5,4	3	0,958
	Hayır	3,45	1,06	1,2	6	3,6	
Cinsel Uyarılma	**Evet**	3,77	1,63	0	6	4,2	0,271
	Hayır	3,53	1,59	0	6	3,9	
Lubrikasyon	**Evet**	4,11	1,67	0	6	4,5	0,100
	Hayır	3,75	1,66	0	6	4,2	
Orgazm	**Evet**	4,01	1,80	0	6	4,4	0,061
	Hayır	3,63	1,71	0	6	4	
Memnuniyet	**Evet**	4,57	1,76	0	6	4,8	0,059
	Hayır	4,12	1,90	0	6	4,8	
Ağrı/Rahatsızlık	**Evet**	4,19	1,84	0	6	4,8	0,028
	Hayır	3,66	1,82	0	6	3,6	
Toplam Skor	**Evet**	24,17	8,79	1,2	35,1	26,55	0,063
	Hayır	22,13	8,64	1,2	33,2	25,2	

Tablo 12’de görüldüğü üzere çalışanların ağrı/rahatsızlık puanı çalışmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksekti (p=0,028). Çalışan ve çalışmayan kadınların diğer cinsel fonksiyon indeksi alt başlık skorlarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı.

Tablo 13. Gelir Düzeyinin Cinsel Fonksiyon İndeksi Alt Skorlarına Etkisi

	Gelir Düzeyi	Ort.	SD	Min	Maks	Median	p
Cinsel İstek	**Düşük**	3,15	0,92	1,2	4,8	3	0,324
	Orta	3,49	1,08	1,2	6	3,6	
	Yüksek	3,86	0,97	3	5,4	3,6	
Cinsel Uyarılma	**Düşük**	3,34	1,23	0,6	5,4	3,3	0,121
	Orta	3,59	1,65	0	6	3,9	
	Yüksek	4,46	0,84	3	5,4	4,5	
Lubrikasyon	**Düşük**	3,90	1,40	0	5,7	4,05	0,332
	Orta	3,81	1,71	0	6	4,2	
	Yüksek	4,76	1,17	2,7	6	4,5	
Orgazm	**Düşük**	3,68	1,52	0	5,6	4	0,200
	Orta	3,70	1,79	0	6	4	
	Yüksek	4,80	0,69	3,6	5,6	5,2	
Memnuniyet	**Düşük**	4,15	1,73	0	6	4,8	0,391
	Orta	4,22	1,91	0	6	4,8	
	Yüksek	5,20	0,52	4,4	6	5,2	
Ağrı/Rahatsızlık	**Düşük**	4,05	1,53	0	6	4	0,185
	Orta	3,74	1,88	0	6	4	
	Yüksek	4,97	1,17	2,8	6	5,2	
Toplam Skor	**Düşük**	22,26	6,97	1,8	28,1	24,7	0,098
	Orta	22,56	9,00	1,2	35,1	25,2	
	Yüksek	28,04	2,10	26,2	32,4	27,2	

Gelir düzeyi gruplarında cinsel fonksiyon indeksi alt grup skorlarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (Tablo 13).

Tablo 14. Sigara İçme Durumunun Cinsel Fonksiyon İndeksi Alt Skorlarına Etkisi

	Sigara İçme	Ort.	SD	Min	Maks	Median	p
Cinsel İstek	**Evet**	3,40	1,15	1,2	5,4	3,6	0,602
	Hayır	3,50	1,04	1,2	6	3,6	
Cinsel Uyarılma	**Evet**	3,70	1,65	0	5,7	4,05	0,528
	Hayır	3,57	1,59	0	6	3,9	
Lubrikasyon	**Evet**	3,70	1,60	0	6	4,05	0,212
	Hayır	3,91	1,69	0	6	4,5	
Orgazm	**Evet**	3,85	1,78	0	6	4,2	0,619
	Hayır	3,71	1,74	0	6	4	
Memnuniyet	**Evet**	4,25	1,89	0	6	4,8	0,917
	Hayır	4,26	1,86	0	6	4,8	
Ağrı/Rahatsızlık	**Evet**	3,79	1,76	0	6	3,6	0,664
	Hayır	3,83	1,87	0	6	4,2	
Toplam Skor	**Evet**	22,68	8,67	1,2	35,1	25,25	0,781
	Hayır	22,77	8,76	1,2	35,1	25,4	

Sigara içen ve içmeyenlerde arasında alt gruplar karşılaştırıldığında cinsel fonksiyon indeksi skorlarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (Tablo 14).

Tablo 15. Alkol Kullanmanın Cinsel Fonksiyon İndeksi Alt Skorlarına Etkisi

	Alkol Kullanma	Ort.	SD	Min	Maks	Median	p
Cinsel İstek	**Evet**	3,51	1,20	1,2	5,4	3,6	0,912
	Hayır	3,47	1,05	1,2	6	3,6	
Cinsel Uyarılma	**Evet**	3,95	1,39	0,9	5,7	4,2	0,311
	Hayır	3,56	1,62	0	6	3,9	
Lubrikasyon	**Evet**	4,23	1,46	0	6	4,5	0,284
	Hayır	3,81	1,69	0	6	4,2	
Orgazm	**Evet**	4,20	1,67	0	6	4,8	0,135
	Hayır	3,69	1,75	0	6	4	
Memnuniyet	**Evet**	4,42	1,63	0	6	4,8	0,806
	Hayır	4,23	1,90	0	6	4,8	
Ağrı/Rahatsızlık	**Evet**	4,50	1,68	0	6	4,8	0,042
	Hayır	3,73	1,84	0	6	4	
Toplam Skor	**Evet**	24,81	8,25	2,7	35,1	26,45	0,199
	Hayır	22,49	8,76	1,2	35,1	25,15	

Alkol kullananların ağrı/rahatsızlık puanı kullanmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksekti (p=0,042). Alkol kullanım durumlarında diğer cinsel fonksiyon indeksi skorlarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (Tablo 15).

5.TARTIŞMA

Cinselliğin, özellikle kadın için; endokrinolojik, nöronal, müsküler, sosyokültürel, ekonomik birçok komponentten oluşan bir süreç olduğu aşikardır. Kadın cinsel fonksiyonu bununla beraber genetik, biyolojik ve çevresel faktörlerden de etkilenmektedir.

Doğum bir kadın için, tüm bedeninin ve psikolojisinin değiştiği bir dönüm noktasıdır. Bu değişimle beraber aile düzeni ve davranışları da beraberinde değişmektedir. Emzirme süreci, doğum sonrası depresyon, pelvik taban hasarları ve

epizyotomi ve laserasyonlar, doğum yöntemi başlıca kadın seksüel fonksiyonunu negatif yönde etkileyebilecek durumlardır.

Araştırmamızda epizyotomi ile normal vajinal yol ve sezaryen ile doğum sonrasında postpartum cinsel fonksiyonların karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Bu çalışmada epizyotomi ile normal vajinal doğum yapanlar ve sezaryen ile doğum yapanlar arasında yaş, kilo, VKİ, parite, evlilik süresi, gravidite, parite, eğitim durumu, gelir düzeyi ortalaması açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. Bu özelliklerin arasında fark olmaması gruplarımızın homojen olduğunu göstermektedir. İki hasta grubununda cinsel algı açısından bize benzer olduğu fikrini vermektedir. Gruplarımız bu nedenle cinsel fonksiyon açısından karşılaştırılmaya uygundur.

Kadın Cinsel İşlev Ölçeği (FSFI), kadın seksüel fonksiyonlarını ölçmede kullanılan; istek, uyarılma, kayganlaşma, orgazm, doyum ve ağrı olmak üzere cinsel fonksiyonu 6 alt başlık altında inceleyen 19 soruluk bir ankettir (131). Her bir madde sıfırdan 0-5 arasında puanlanmaktadır. Cinsel istek veya ilgi seviyesi 1. ve 2. sorularda (puan aralığı, 1-5); uyarılma seviyesi, emin olma durumu ve doyumu 3-6. sorularda (puan aralığı, 0-5); lubrikasyon(kayganlaşma)sıklığı, zorluğu, cinsel ilişkide koruyabilme sıklığı ve zorluğu 7-10. sorularda (puan aralığı, 0-5); orgazm sıklığı, zorluğu ve doyumu 11-13. sorularda (puan aralığı, 0-5); doyum eşiyle yakınlık oranı, cinsel ilişkide ve tüm cinsel yaşamında doyum seviyesi 14-16. sorularda (puan aralığı, 0-5); ağrı veya rahatsızlık vajinaya giriş sırasında ağrı varlığı, vajinaya girişi takiben, girişte ve takiben ağrı seviyesi 17-19. sorularda (puan aralığı, 0-5) ele alınıp değerlendirilmektedir. Buna göre ölçekten alınabilecek en yüksek ham puan 95,0 en düşük ham puan ise 4,0’ tür.

Çalışmamızda tüm doğum yapan hastalarda FSFI skorunun 26,55’ in altında olan seksüel disfonksiyon için yüksek risk teşkil eden hasta oranı %61,2 olarak

saptandı. Bazı yurtdışı çalışmalarda doğum sonrası cinsel disfonksiyon oranının %40.9-%58.3 arasında olduğu bulunmuştur (138, 139). Bu sonucumuz literatür ile uyumlu bulunmuştur. NSD ve sezaryen ile doğum yapan hastalar arasında FSFI skorunun 26,55' in altında olan seksüel disfonksiyon için yüksek risk teşkil eden hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p=0,644). Toplam FSFI skoru epizyotomi ile vajinal doğum yapan grupta 22,1±9,2 ve sezaryen ile doğum yapan grupta 23,4±8,2 olarak bulunmuştur (p=0,481) ancak arada istatistiksel anlamlı fark olmamasına rağmen total skorlar postpartum cinsel disfonksiyon lehine izlenmiştir. Bu durumun bizim toplumumuzun özelliğini yansıttığını düşündürmüştür.

Serati ve arkadaşlarının çalışmasında bizim çalışmamızda bulunanın aksine epizyotomi ile vajinal doğumun cinsel disfonksiyona yol açtığını bulması nedeniyle elektif sezaryen eğiliminin arttığını bildirmiştir (140).

Baytur ve arkadaşlarının ve yaptığı bir çalışmada da çalışmamıza benzer şekilde doğum yönteminin cinsel fonksiyon üzerine etkisinin olmadığı gösterilmiştir (97). Literatürde birçok çalışma epizyotomi ile cinsel disfonksiyon arasında anlamlı bir ilişki saptamamıştır (141,142). Aksine Barret ve arkadaşlarının FSFI skoru üzerinden sezaryen ve epizyotomi ile vajinal doğum yapmış hastaları karşılaştırdığı bir çalışmada, toplam cinsel fonksiyon skorunun sezaryende daha yüksek çıktığı sonucuna varılmıştır (143). Wang ve arkadaşları da cinsel sorun, istek ve pelvik taban disfonksiyonu açısından yaptığı çalışmada iki grup arasında anlamlı fark saptamıştır (145). Aynı değerlendirme ölçekleri, benzer özelliklerde ve sayılarda hasta popülasyonları kullanılmasına rağmen çalışma sonunda farklı sonuçlar çıkmasının nedeninin cinsel disfonksiyonun fizyolojik, psiklolojik, hormonal, sosyolojik birçok komponentten oluşan bir bozukluk olması olduğu düşünülmektedir.

Klein ve arkadaşları 999 normal vajinal doğum ve sezaryen ile doğum yapan hastada yaptığı çalışmada, normal doğum grubunu multipar, nullipar olarak iki gruba ayırmıştır. Primiparlarda doğum sonrası dönemde cinsel fonksiyon değerlerini iki

doğum yöntemi arasında aynı bulmuşlardır. Epizyotomisiz vajinal doğum yapan hem multiparlar hem de nulliparların sezaryen ile doğum yapanlardan daha iyi cinsel fonksiyona sahip olduğu gösterilmiştir ancak bizim çalışmamızda epizyotomisiz vajinal doğum yapan hastalar çalışmaya dahil edilmemiştir(144).

Ancak literatürde çalışmamızın aksine sezaryen ve normal vajinal doğum kıyaslandığında epizyotomi ile normal vajinal doğum sonrası üriner inkontinans, pelvik taban kaslarında zayıflık, perineal hasar gibi etkenlerle oluşan bozuklukluklar nedeniyle cinsel hayatın daha negatif etkilendiği gösterilmiştir(144).

Bu çalışmada, tüm grubun demografik özelliklerinden eğitim durumu, çalışma durumu ve gelir düzeyleri, FSFI skoru 26,55' in altında olan seksüel disfonksiyon açısından riskli hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p=0,005 p=0,042 p=0,021). Eğitim durumu üniversite ve yüksek lisans mezunu olanların seksüel disfonksiyon için yüksek risk teşkil eden hasta oranları ilkokul, ortaokul, lise mezunlarına göre düşük izlendi. Eğitim durumunun cinselliği etkilediği düşünülmektedir. Literatürde bizim çalışmamızla benzer sonuç saptanan çalışmalar mevcuttur. 2004 yılında İncesu'nun yaptığı bir çalışma eğitim düzeyi düştükçe cinsel seksüel problemlerin ortaya çıktığını göstermiştir (146). Singh ve ark. 2009 yılında, Chedraui ve ark. 2012 yılında ve Llaneza ve ark. 2011 yılında yaptığı çalışmalarla eğitim düzeyi düşük olan kadınlarda postpartum cinsel disfonksiyon prevelansının, eğitim seviyesi yüksek olan gruba göre daha yüksek olduğunu göstermiştir (147,148,149).

Bizim çalışmamızla benzer şekilde Ayaz'ın yaptığı çalışmada da eğitim düzeyi yüksek kadınların daha az cinsel problemle karşılaştıklarını göstermiştir (111). Buna karşın Türk ve Erkaya, eğitim seviyesini cinsellik üzerine etkisiz olduğunu saptamıştır (150). 2018 yılında Banaei ve arkadaşları eğitim seviyesi yükseldikçe seksüel problemlerin meydana geldiğini gösteren bir çalışma yapmıştır (151). Dünyada ve özellikle de ülkemizde tabu olan cinsellik hakkında artan eğitim seviyesi ile birlikte, bilgiye ulaşma imkanlarının artması, problemin çözümüne yönelik eşler arası iletişim becerilerinin iyileşmesi sayesinde cinsel problemlerin daha kolay çözülebilmesi ile ilgili olduğu düşünülmektedir. Diğer çalışmalarla bulguların farklı olması kişi ve

sosyo-kültürel özelliklerin farklılığına ve ölçme araçlarındaki farklara bağlı olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda seksüel disfonksiyon için yüksek risk teşkil eden hasta oranları çalışan kadınların çalışmayan kadınlara ve gelir düzeyi yüksek olanların düşük - orta olanlara göre düşük saptandı. Çalışmamızı destekler şekilde Tashbulatova'nın 2007 de yapmış olduğu çalışmada, çalışan kadınların gelir düzeyinin artmasıyla cinsel fonksiyonlarının da pozitif yönde etkilendiği göstermiştir (152). Aksi olarak Türk ve Erkaya'nın ve Akyüz'ün çalışmalarında gelir durumunun ve çalışma durumunun postpartum cinsellik üzerine etkisi olmadığını ortaya koymuştur (150,153). Kadınların ekonomik özgürlüğünü sağlamasıyla ve aile gelirine katkıda bulunmasının ifade özgürlüğüne izin vererek cinsel fonksiyonları üzerinde olumlu etkisi olduğu düşünülmektedir.

FSFI skoru 26,55' in altında olan seksüel disfonksiyon için yüksek risk teşkil eden olguların yaş, VKI, evlilik süresi, gravide, parite ve çocuk sayılarında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu.

Çalışmamızda evlilik süresi ile cinsel disfonksiyon arasında bir ilişki bulunamamıştır. Tashbulatova'nın çalışmasında da evlilik süresi ve cinsel fonksiyon arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır ve çalışmamızı destekler niteliktedir; ancak literatüre bakıldığında ise genellikle çalışmalarda evlilik süresi uzadıkça cinsel fonksiyonun azaldığı görülmüştür (154). Demir ve arkadaşları hastane çalışanı kadınlarda yaptığı çalışmada evlilik süresinin arttıkça daha çok cinsel sorun yaşandığını göstermiştir (155). Güvel ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada da evlilik süresinin cinsellik üzerinde olumsuz etkileri olduğunu bildirmiştir (156). Yapılan başka bir çalışma ise 10 yıldan uzun süredir evli ve multipar kadınlarda, cinsel disfonksiyon prevelansının daha yüksek olduğunu göstermiştir (157).

Çalışmamızda yaş ile cinsel disfonksiyon arasında bir ilişki bulunamamıştır. Bazı çalışmalar yaşlanmanın cinsel fonksiyon üzerinde etkisiz olduğunu göstermesine rağmen literatürdeki bazı çalışmalar özellikle yaşlanmayla birlite 30'lu yaşlardan sonra yaş artışı ile cinsel disfonksiyon görüldüğünü göstermiştir (156, 158, 159). Bununla birlikte literatürdeki bazı çalışmalarda da yaşla beraber cinsel doyumun

artığını gösteren çalışmalarda mevcuttur (160, 161). Çalışmaların farklı sonuçlanmasının sebebinin farklı kişilik özellikleri ve diğer değişkenler olduğu düşünülmüştür. Yaş artışıyla çiftler arasındaki iletişim ve duygusallığın azalmasıyla ve hormonların azalmasıyla cinsel sorunların ortaya çıkabilceği düşünülmüştür.

Çalışmamızda VKI ile cinsel disfonksiyon arasında bir ilişki bulunamamıştır. Ancak literatürde VKI ile olumsuz yönde ilişkinin olduğunu ispatlamış çalışmalar mevcuttur. Güç ve Mutlu'nun 2020 yılında yaptığı çalışmada obezitenin cinsel yaşam üzerindeki etkisi araştırılmış ve obez olmayanlarla kıyaslandığında obezlerde daha çok cinsel disfonksiyon olduğu gösterilmiştir (162). Başka bir çalışmada da obezlerde daha çok cinsel fonksiyonda bozulma olduğu ve cinsel ilgi ile ters orantılı olduğu kanıtlanmıştır (163).

Çalışmamızda gravidite, parite ve çocuk sayısı ile cinsel disfonksiyon arasında bir ilişki bulunamamıştır. Kadınlar için cinsellik ve doğurganlık arasındaki denge çok önemlidir. Kadın cinsel fonksiyonunun her ne kadar literatürde bazı çalışmalarda etkilendiği görülse de bu konuda henüz bir fikir birliliği sağlanamamıştır. Şahbaz ve Selimoğlu tarafından 2020 yılında yapılan bir çalışmada, gebelik sayısı ile cinsel disfonksiyon arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (164). Truntnovsky ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışma da bizim çalışmamızın sonucunu destekler niteliktedir (165). Ancak literatürde bazı çalışmalarda cinselliği olumsuz yönde etkilediği ve cinsel hayat kalitesini azalttığı gösterilmiştir (166). Gebelik sayısı izole bir faktör olarak değerlendirmek güçtür. Evde yenidoğan bir bebeğin ve başka ilgilenilecek çocukların olması postpartum kadının cinselliğini ikinci plana atmasına neden olabilceği düşünülmektedir.

Cinsel fonksiyon ölçeğinin alt grupları incelendiğinde, epizyotomi ile vajinal doğum yapan grupta cinsel istek skoru 3,49±0,97, cinsel uyarılma skoru 3,42±1,73, lubrikasyon skoru 3,75±1,83, orgazm skoru 3,54±1,82, memnuniyet skoru 4,14± 1,97 ve ağrı skoru 3,78±1,93 hesaplanmıştır. Sezaryen ile doğum yapan grupta cinsel istek skoru 3,47±1,15, cinsel uyarılma skoru 3,78±1,45, lubrikasyon skoru 3,97±1,49, orgazm skoru 3,95±1,65, memnuniyet skoru 4,36±1,76 ve ağrı skoru 3,85±1,74 hesaplanmıştır. Alt gruplar açısından da iki grup açısından anlamlı fark saptanmamıştır($p>0.05$).

Literatürde çalışmamızı destekleyecek şekilde iki doğum yöntemi arasında FSFI skoru alt başlıkları incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı farklar bulunmayan çalışmalar bulunmaktadır. Geraldine Barret ve arkadaşları da bizim çalışmamızla aynı FSFI skorunu kullanarak sezaryen ve normal vajinal doğum yapmış 484 kadını incelediği çalışmada cinsel istek, uyarılma, orgazm, vajinal lubrikasyon ve memnuniyet açısından istatistiksel anlamlı fark bulmamıştır (143). Güngör ve arkadaşları primipar kadınları epizyotomi ile vajinal doğum ve sezaryen ile doğum olmak üzere iki gruba ayırmıştır. İki grup memnuniyet ve orgazm açısından karşılaştırılmış ve istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır. Cinsel doyumsuzluk prevelansı sezaryen grubunda %4,4 ve vajinal doğum grubunda %14,4 bulunmuştur (6).

Başka bir çalışmada, primipar kadınlarda orgazm bozukluğu ve epizyotomi kullanımının ilişkisiz olduğu Connolly ve arkadaşları tarafından bulunmuştur (94). Sezaryenin daha komplike bir ameliyat olması ve eski fonksiyonlarına dönme süresinin epizyotomi ile vajinal doğuma kıyasla daha uzun olmasına karşın; epizyotomi dikişlerinin kopması korkusu ve perineal anatominin normal doğumda daha çok etkilenmesi nedeniyle iki grubunda farklı şekillerde seksüel fonksiyonu ve diğer alt ölçek skorlarını etkilediği düşünülmektedir.

Alt ölçek skorları değerlendirildiğinde, bütün alt ölçeklerin birbiri ile pozitif yönde anlamlı istatistiksel ilişkisi olduğu saptanmıştır($p<0,001$). En güçlü anlamlı ilişki cinsel uyarılma ve orgazm arasında bulunurken($r=0,750$), en zayıf anlamlı ilişki ise ağrı skoru ve cinsel istek skoru arasında bulunmuştur($r=0,368$). Bunun nedeninin cinsel yanıtın lineer değil birbiri içine geçmiş döngüsel bir yapısının olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Gruszecki ve arkadaşları bizim verilerimize ters olarak disparoni ile orgazm arasında anlamlı ilişki olmadığını belirtmiştir (167).

Skor indeksinin alt başlıklarından biri olan cinsel istek puanı ve VKI arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı zayıf bir istatistiksel ilişki ($p=0,002$ $r=0,236$), cinsel uyarılma puanı ile gelir düzeyi arasında pozitif yönde zayıf bir istatistiksel ilişki ($p=0,043$ $r=0,152$) ve lubrikasyon, orgazm, ağrı/rahatsızlık ve toplam skor ile eğitim düzeyi arasında pozitif yönde zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişkili saptanmıştır ($p=0,046$ $r=0,150$ $p=0,023$ $r=0,170$ $p=0,041$ $r=0,153$ $p=0,006$ $r=0,207$)

ancak alt gruplar tek tek karşılaştırıldığında ortalamayı değiştirmemiş ve lubrikasyon, orgazm, ağrı ve toplam skor dahil tüm cinsel fonksiyon indeksi alt grup skorları açısından eğitim düzeyi grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p=0,336 p=0,127 p=0,315 p=0,051).

Çalışmamızda bulunanın aksine literatürde doğum sayısının FSFI skoru alt ölçekleri ile ilişkisi hususunda değişik görüşler vardır. Nullipar kadınların multiparlara göre daha zor orgazm oldukları ve disparoni prevelansının daha yüksek olduğu Witting ve arkadaşlarının 2081 kadın üzerinde yapmış olduğu çalışmada gösterilmiştir (119). Buna karşın 4 ve üzeri doğum yapmış kadınlar ile daha az olanların karşılaştırıldığı 491 kadın üzerinde yapılan başka bir çalışmada arzu düzeyinin çocuk sayısıyla azaldığı bulunmuştur. Lagaert ve arkadaşlarının prospektif bir kohort çalışmasında multiparların primaparlara göre cinsel birliktelik sırasında daha az ağrı deneyimlediği gösterilmiştir (168).

Yaşın FSFI skoru alt ölçekleri ile ilişkisi bazı çalışmalarda farklılık göstermektedir. Çalışmamızda her ne kadar anlamlı istatiksel ilişki saptanmasa da Kaplan ve Zeyneloğulu'nun çalışmasında yaşın artmasıyla kadının cinsel birliktelikten memnuniyetinin arttığı ortaya konulmuştur (169). Özdemir ve arkadaşları Türkiye'nin batısındaki evli kadınları inceleyen bir çalışma yapmış ve yaş arttıkça cinsel ilişki sırasında yaşanan ağrının azaldığını göstermiştir (170). Gerda ve arkadaşlarının sonuçları ise bizim çalışmamızı destekler niteliktedir (171).

Karaçam ve Çalışır'ın 2012'de yaptığı çalışmada nulliparlarda postpartum disparoni düzeyi ile eğitim düzeyinin ilişkisi araştırılmış ve anlamlı ilişki olmadığı belirtilmiştir(85). Bizim çalışmamızda da ağrı/rahatsızlık dahil olmak üzere hiçbir alt başlık eğitim düzeyi ile ilişkili bulunmamıştır. Lubrikasyon, orgazm, ağrı/rahatsızlık ve toplam skor ile eğitim düzeyi arasındaki ilişki çok zayıf olduğundan ötürü anlamlı istatistiksel fark yaratmamıştır.

Çalışmamızda cinsel istek puanı ve VKI arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı zayıf istatistiksel ilişki (p=0,002 r=0,236) saptanmıştır. Bizim verilerimizin aksine Wingfield ve arkadaşları kadında cinsel istek ile VKI'nin ters orantılı olduğunu bildirmişlerdir (163) .

Çalışanların sadece ağrı/rahatsızlık puanı çalışmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksekti (p=0,028). Çalışan ve çalışmayan kadınların diğer cinsel fonksiyon indeksi alt başlık skorlarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. Tashbulatova'nın çalışmasında kadınların gelir düzeyinin artmasının ve çalışmasının cinsel fonksiyonları olumlu etkilediği bildirilmiştir (152). Gelir düzeyi ile pozitif yönde zayıf istatistiksel ilişki mevcutken çalışan kadınlarda çalışmayanlara göre ağrı puanının yüksekliği kadınların yaptıkları işlerin farklı olmasından, kültürel ve inanışsal farklılıklardan olabilceği düşünülmektedir.

Sigara içen ve içmeyenler arasında alt gruplar karşılaştırıldığında cinsel fonksiyon indeksi skorlarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

Alkol kullananların ağrı/rahatsızlık puanı kullanmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek izlenmiş (p=0,042) olup alkol kullanım durumuna göre diğer cinselfonksiyon indeksi skorlarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

Çalışma için belirlenen tarih aralığının kısa olması ve çalışmaya dahil edilen olgu sayısının literatürde ki benzer çalışmalara göre düşük sayıda olması, hastaların önceki FSFI skorlarının bilinmemesi çalışmanın bir eksikliği olarak değerlendirilebilir.

6.SONUÇ

Doğum yönteminin doğum sonrası cinsel fonksiyonlar üzerine etkisini değerlendirdiğimiz çalışmamızda; epizyotomi ile normal vajinal doğum ve sezaryenle doğum yapanlar arasında toplam cinsel fonksiyon skorları (istek, uyarlıma, lubrikasyon, tatmin ve orgazm) karşılaştırıldığında cinsel disfonksiyon derecesi açısından istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır fakat iki grup için de hesaplanan total skorlar, postpartum cinsel disfonksiyon lehine izlenmiştir. Tüm hastalara

baktığımızda cinsel disfonksiyon %62.9 bulunmuş olup toplumuzun özelliğini yansıtmaktadır. Cinsel disfonksiyon açısından bir doğum yöntemin diğerine üstünlüğü bulunmamaktadır ve doğum yöntemi kararında etkili olamayacağı düşünülmektedir. Tüm kadınlara bakıldığında demografik özelliklerin ise seksüel fonksiyonu etkileyebileceği bulunmuştur. Eğitim durumu, çalışma durumu ve gelir düzeylerinde FSFI skoru 26,55' in altında ve seksüel disfonksiyon olan olguların oranlarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Eğitim düzeyi ve gelir düzeyi azaldıkça ve çalışmama durumuyla cinsel disfonksiyon riski artmaktadır. Ölçeğin alt başlıklarına bakıldığında cinsel uyarılma puanı ile gelir düzeyi ve lubrikasyon, orgazm, ağrı/rahatsızlık ve toplam skor ile eğitim düzeyi arasında çok zayıf anlamlı istatistiksel ilişki bulunmuş ama bu ilişki gelir düzeyleri ve eğitim düzeyleri kendi arasında karşılaştırıldığında anlamlı istatistiksel fark ile yaratmaya yetmemiştir. Cinsel istek puanı ve VKI arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı zayıf istatistiksel ilişki bulunmuştur.

7.EKLER

EK-1

Demografik Bilgi Formu

DEMOGRAFİK BİLGİLER

Yaş :

Boy :

Kilo :

Kaç yıldır evlisiniz :

Eğitim durumu: İlkokul Ortaokul Lise Üniversite

Yüksek lisans/Doktora

Çalışıyor musunuz ?:

Evet Hayır Meslek:

Gelir Düzeyi: Düşük Orta Yüksek

Medeni durum: Evli Bekar Boşanmış Dul

Çocuğunuz var mı? Evet Hayır Evet ise kaç tane?

Sigara kullanıyor musunuz?
Evet Hayır

Alkol kullanıyor musunuz?
Evet Hayır

Çocuklarınız dışında evde
bakmakla yükümlü
olduğunuz başka biri var
mı? Evet Hayır

İLETİŞİMBİLGİLERİ

Adres :

Telefon:

GENELBİLGİLER

Herhangi kronik bir rahatsızlığınız var mı? Evet (Belirtiniz:…..…….)
Hayır
Herhangi bir psikolojik rahatsızlığınız var mı? Evet (Belirtiniz: …..
…….) Hayır

EK-2

KADIN CİNSEL İŞLEV ÖLÇEĞİ- FSFI

Sayın katılımcı; son dört haftada süregelen cinsel işlevlerinizi belirlemeye yönelik olarak hazırlanan bu ölçekte 19 madde bulunmaktadır. Sizden istenen her bir maddede size uyan tek bir seçeneği işaretlemenizdir. Lütfen tüm sorulara cevap veriniz.

Cinsel aktivite : Cinsel birleşme, sevişme ve kendini tatmin dahil olmak üzere tüm cinsel faaliyetler.

Cinsel ilişki: Kadın ile erkeğin cinsel birleşmesi (sertleşmiş kamışın/erkeklik organının kadının haznesine girmesi)

Cinsel uyarılma: Sevişme, şehvet duygu ve düşüncelerin belirmesi ile vajinanın ıslanması ve benzeri durumlar

Orgazm : Bızır,hazne, rahim, makat ve alt karın ve tüm vücudu saran kuvvetli ritmik kasılmalar olması.

Teşekkür ederiz.

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

   Hemen hemen her zaman

   Çoğu zaman (15 günden fazla)

   Bazen (15 günde)

   Birkaç kez (15 günden az)

   Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

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

   Çok yüksek

   Yüksek

   Orta

   Düşük

   Çok düşük veya hiç

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

   Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.

   Hemen hemen her zaman

   Çoğu zaman (15 günden fazla)

   Bazen (15 günde)

   Birkaç kez (15 günden az)

   Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

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

   Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.

   Çok yüksek

   Yüksek

   Orta

   Düşük

   Çok düşük veya hiç

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

   Hiç cinsel aktivitede bulunmadım

   Çok emindim

   Emindim

   Oldukça emindim

   Az emindim

   Çok az / hiç emin değildim

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

   Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.

   Hemen hemen her zaman

Çoğu zaman (15 günden fazla)

Bazen (15 günde)

Birkaç kez (15 günden az)

Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

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

   Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.

   Hemen hemen her zaman

   Çoğu zaman (15 günden fazla)

   Bazen (15 günde)

   Birkaç kez (15 günden az)

   Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

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

   Hiç cinsel aktivitede bulunmadım

   Çok çok zor veya imkansızdı

   Çok zordu

   Zordu

   Biraz zordu

   Hiç zorluk çekmedim

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

   Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.

   Hemen hemen her zaman

   Çoğu zaman (15 günden fazla)

   Bazen (15 günde)

   Birkaç kez (15 günden az)

Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

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

Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.

Hemen hemen her zaman

Çoğu zaman (15 günden fazla)

Bazen (15 günde)

Birkaç kez (15 günden az)

Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

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

Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.

Hemen hemen her zamanÇ

Çoğu zaman (15 günden fazla)

Bazen (15 günde)

Birkaç kez (15 günden az)

Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

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

Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.

Çok çok zordu / imkansızdı

Çok zordu

Zordu

Biraz zordu

Hiç zorluk çekmedim

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

Hiç cinsel aktivitede bulunmadım

Çok tatminkardı

Genellikle tatminkardı

Yarısında tatminkardı, yarısında tatminkar değildi

Genellikle tatminkar değildi

Hiç tatminkar değildi

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

Hiç cinsel aktivitede bulunmadım

Çok tatminkardı

Genellikle tatminkardı

Yarısında tatminkardı,yarısında tatminkar değildi

Genellikle tatminkar değildi

Hiç tatminkar değildi

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

Hiç cinsel aktivitede bulunmadım

Çok tatminkardı

Genellikle tatminkardı

Yarısında tatminkardı, yarısında tatminkar değildi

Genellikle tatminkar değildi

Hiç tatminkar değildi

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

Hiç cinsel aktivitede bulunmadım

Çok tatminkardı

Genellikle tatminkardı

Yarısında tatminkardı, yarısında tatminkar değildi

Genellikle tatminkar değildi

Hiç tatminkar değildi

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

Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.

Hemen hemen her zaman

Çoğu zaman (15 günden fazla)

Bazen (15 günde)

Birkaç kez (15 günden az)

Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

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

Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.

Hemen hemen her zaman

Çoğu zaman (15 günden fazla)

Bazen (15 günde)

Birkaç kez (15 günden az)

Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

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

Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.

Çok yüksek

Yüksek

Orta

Düşük

Çok düşük veya hiç

8.KAYNAKLAR

1.World Health Organisation (2015). Defining Sexual Health. http//www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/

2. Bancroft J. (2009). Models of Human Sexuality: The Role of Theory. Human Sexuality and Its Problems. (pp. 5-19). London: Elsevier Health Sciences.

3.Olsson A, Lundqvist M, Faxelid E, Nissen E. Woman's thoughts about sexual life after childbirth: focus group discussions with women after childbirth. Scand J Caring Sci. 2005;19:381-7.

4. Beşen, M. A., & Rathfısch, G. (2019). Doğumda perineal travma ve onarımı: Kanıt temelli yaklaşımlar. Gazi Sağlık Bilimleri Dergisi, 4(3), 1-11.

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

6.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,

7.Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, Ferguson D, D'agostino R. The female sexual function ındex (FSFI): A multidimensional selfreport instrument for the assessment of female sexual function. Journal of Sex & Marital Therapy, 2000, 26: 191-208.

8.Masters W.H., Johnson V.E. Human sexual response. Boston: Little, Brown & Co., 1966.

9. Kaplan HS. The anatomy and physiology of the sexual response. In: Kaplan H.S. editor. The New Sex Therapy. New York: Brunner/Mazel 1974; 27-56.

10. 13. Basson R, Berman J, Burnett A Derogatis L, Ferguson D, Fourcroy J et al. Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications. J Urol 2000;163:888- 893

11.Blackburn ST (2003) Maternal, Fetal & Neonatal Physiology :A Clinical Perspective, 2 Ed., Saunders, pp: 213-215, New York. Nd

12.Basson R (2000). The female sexual response: a different model. J Sex Marital Ther 26: 51-65.

13. 20. Graziottin A (2000). Libido: the biologic scenario. Maturitas 34 (suppl 1): S9-S16.

14. Levin RJ. The mechanisms of human female sexual arousal. Annu Rev Sex Res 1992;3:1-48.

15. Riley A, Lees W, Riley E. An ultrasound study of human coitus. In: Bezemer W, Cohen-Kettenis P, Slobn K, van Son-Schoones, eds. Sex matters. Amsterdam: Excerpta Medica; 1992:29-32.

16. Barber MD, Bremer RE, 1toe KB, Dolber PC. Ku-cH T], Coates KWE litervation of the female levator ani muscles. American journal of obstetrics and gynecology: 2002,187(1):64-71

17. Tunuguntla HS, Gousse AE. Female sexual dysfunction following vaginal surgery: myth or reality? Curr Urol Rep. 2004 Oct;5(5):403-11.

18. 11. Pauls R, Mutema G, Segal J, Silva WA, Kleeman S, Dryfhout Ma V, Karram M. A prospective study examining the anatomic distribution of nerve density in the human vagina.] Sex Med 2006;3:979-87.

19. 12. Levin RJ, Wylie K. Vaginal vasomotion -Its ap-pearance, measurement, and usefulness in assessing the mechanisms of vasodilatation. J Sex Med 2008;5:377-86.

20. 13. Physiology of women's sexual function: Basic knowledge and new findings Salonia A., Giraldi A., Chivers M.L., Georgiadis J.R., Levin R., Maravilla K.R., McCarthy M.M. (2010) Journal of Sexual Medicine, 7 (8), pp. 2637-2660.

21. Bozdemir N, Özcan S. Cinselliğe ve cinsel sağlığa genel bakış. Turkısh Journal Of Famıly Medıcıne And Prımary Care 2011; 5(4): 37–46.

22.Berman, J. Etiology and management of female sexual dysfunction. Urology Times Trade & Industry 2004; 3.

23. Cem İncesu. ED: Nesrin Yetkin, Cem İncesu. Cinsel işlev Bozuklukları. İstanbul, Roche müstahzarları sanayi a.s. yayını, 2001;16

24. . Moreira ED, Glasser DB, Nicolosi A, Duarte FG, Gingell C; GSSAB Investigators' Group. Sexual problems and help-seeking behaviour in adults in the United Kingdom and continental Europe. BJU Int 2008;101:1005–11.

25. Shifren JL, Monz BU, Russo PA, Segreti A, Johannes CB. Sexual problems and distress in United States women: prevalence and correlates. Obstet Gynecol 2008;112:970–8.

26. Öksüz E, Malhan S. Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction in Turkish women. J Urol 2006;175:654–8.

27. Ege E, Akın B, Yaralı Arslan S, Bilgili N. Sağlıklı kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu ve risk faktörleri. TUBAV Bilim Dergisi 2010;3:137–44.

28. Akbulut MF, Üçpınar MB, Gürbüz ZG. Kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluklarının sınıflaması ve tedavisi. Türkiye Klinikleri J Urology - Special Topics 2015;8:10–5

29. Frank JE, Mistretta P, Will J. Diagnosis and treatment of female sexual dysfunction. American Family Physician, 2008; 77(5):635-642

30. Goldstein I, Giraldi A, Kadıoğlu A, Lusen HWV, Marson L, Nappi R. Kadın Cinsel Fonksiyon Fizyolojisi ve Kadın Cinsel Disfonksiyonunun Fizyopatolojisi (Çulha M, Eryılmaz HY, Önem K, Çev.). İçinde Kadıoğlu A, Usta MF, Semerci B, Aşçı R, Yaman Ö, Orhan İ. (Eds), Seksüel Tıp. İstanbul: İstanbul: Medikal Yayıncılık, 2006:685-747.

31. Lowenstein L, Gruenwald I, Gartman I. Vardi Y. Can stronger pelvic muscle floor improve sexual function? The International Urogynecology Journal, 2010; 21(5):553-556.

32. Salonia A, Zanni G, Nappi RE, Briganti A, Deho F, Fabbri E, et al. Sexual dysfunction is common in women with lower urinary tract symptoms and urinary incontinence: results of a cross-sectional study. European urology. 2004;45(5):642-8; discussion 8.

33. Ozel B, White T, Urwitz-Lane R, Minaglia S. The impact of pelvic organ prolapse on sexual function in women with urinary incontinence. International urogynecology journal and pelvic floor dys-function. 2006;17(1):14-7.

34. DeUgarte CM, Berman L, Berman J. Female sexual dysfunction- from diagnosis to treatment. Sexuality, Reproduction and Menapouse, 2004; 2(3):139-145.

35.Schmidt P], Rubinow DR. Sex hormones and mood in the perimenopause. Annals of the New York Academy of Sciences. 2009;1179:70-85.

36. Simon JA, Nappi RE, Kingsberg SA, Maamari R,Brown V. Clarifying Vaginal Atrophy's Impact on Sex and Relationships (CLOSER) survey: emo-tional and physical impact of vaginal discomfort on North American postmenopausal women and their partners. Menopause (New York, NY). 2014;21(2):137-42.

37. Leiblum SR, Wiegel M. Psychotherapeutic interventions for treating female sexual dysfunction. World journal of urology. 2002;20(2):127-36.

38. Basson R, Brotto I.A, Laan E, Redmond G, Utian WH. Assessment and management of women' sexual dysfunctions: problematic desire and arou sal. The journal of sexual medicine. 20052(3)291.

39. Lutfey KE, Link CL, Litman HI, Rosen RC, Mc-Kinlay IB. An examination of the association of abuse (physical, sexual, or emotional) and female sexual dysfunction: results from the Boston Area Community Health Survey. Fertility and sterility. 2008;90(4):957-64.

40. Philips NA. Female sexual dysfunction: evaluation and treatment. American Family Physician, 2000; 62(1):127-136.

41. Yadav J, Gennarelli L, Ratakonda U. Female Sexuality and Common Sexual Dysfunctions: Evaluation and Management in A Primary Care Setting. Primary Care Update Ob/Gyns, 2001; 8(1):511

42. Graziottin A, Dennerstein L, Alexander JL, Giraldi A, Whipple B. Classification, Etiology, and Key Issues in Female Sexual Disorders. Ġ.inde Porst, H. Ve Buvat, J. (Eds.), Standard Practice in Sexual Medicine. USA: Blackwell Publishing; 2006; 305-314.55

43. American Psychiatric Association: DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders. 5th edition. American Psychiatric Press, USA, 2013;

44. Bancroft J, Loftus J, Long S, Distress about sex: a national survey of women in heterosexual relationships. Arch Sex Behav 2003; 32: 193-208

45. Dunn K, Croft P, Hackett G. Sexual problems: a study of the prevalence and need for health care in the general population. Fam Pract 1998; 15: 519-24

46. Wahlin-Jacobsen S, Kristensen E, Pedersen AT, ark. Androjenler ve cinsel islev bozukluklari ile iliskili psikososyal faktörler; premenopozal kadinlarda (*): (*) 2016 ISSM kadin cinsel disfonksiyon ödülü. J Sex Med 2017; 14: 366-37.

47. Shifren JL, Monz BU, Russo PA, ark. Kadinlarda Cinsel sorunlar ve sıkıntı: yayginlk ve korelasyon. Obstet Gynecol 2008; 112: 970-978.

48. Pfaus)G, Quintana GR, Mac Cionnaith C, et ark. Bütün bazi parçalarin toplamina karşı vajinal orgazmlara karşı klitoral orgazmın görünür tartışması. Socioaffect Neurosci Psychol 2016; 6: 32578.

49. Meston CM, Hull E, Levin RJ, ark. Kadin Orgazm bozuklukları J Sex Med 2004; 1: 66-68.

50.American Psychiatric Association Diagnostic and statistical manual of mental disorders 4th (DSM IV) Ed.Washington, DC 1994.

51. CETAD (Cinsel Eðitim Tedavi ve Araþtýrma Derneði. Cinsel Saðlýk ve Üreme Saðlýðý) Araþtýrmasý, 2006. Ýstanbul. http://www.cetad.org.tr/CetadData/Book/10/2692011154421Arastirma_sonuclari_Dosyasi_1.pdf

52.Yilmaz E, Zeytinci IE, Sari S, Karababa IF, Çilli A. S, Kucur R. Investigation of sexual problems in married people living in the center of Konya. Turk Psikiyatri Dergisi 2010; 21;2, 1.

53. Tuğrul C, Kabakci E. Vaginismus and its correlates. Sex Marital Ther 1997; 12:1, 23-34.

54. Sungur MZ, Gündüz A. Critiques and Challenges to Old and Recently Proposed American Psychiatric Association's Website DSM 5 Diagnostic Criteria for Sexual Dysfunctions. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2013; 23(1): 113–28.

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

58. Johannes B, Judith A. Sexuality during pregnancy and the postpartum period. Journal of Sex Education & Theraphy 2000;25(1):49-59.

59. Adinma JI. (1995). Sexuality in Nigerian pregnant women: perceptions and practice. Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynecology, 35, 290- 293.

60. Bello FA, Olayemi O, Aimakhu CO, Adekunle AO. (2011). Effect of pregnancy and childbirth on sexuality of women in Ibadan, Nigeria. ISRN Obstetrics and Gynecology.
DOI:10.5402/2011/856586,1-6.

61. Acar Z. (2008). Doğum Sonrası Dönemdeki Kadınların Cinsel İşlevleri ve Etkileyen Faktörler. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara. Doğum Sonrası Dönemdeki Kadınların Cinsel İşlevleri ve Etkileyen Faktörler. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara

62. Gokyildiz S, Beji NK. The effects of pregnancy on sexual life. Journal of Sex & Marital Therapy 2005;31 (3):201-15.

63. Çalık K.Y. & Aktaş, S. (2011). "Gebelikte Depresyon: Sıklık, Risk Faktörleri ve Tedavisi" Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 3 (142-162): 142-62.

64. Burri A, Graziottin A. Cross-cultural differences in women's sexuality and their perception and impact of premature ejaculation. Urology 2015;85:118-24.

65. Oruç S, Esen A, Laçin S, et al. Sexual behavior during pregnancy. Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology 1999;39:48-50.

66. Senkumwong N, Chaovisitsaree S, Rugpao S, et al. The changes of sexuality in Thai women during pregnancy. J Med Assoc Thai 2006;89(4): 124-129.

67. Fok WY, Chan LY, Yuen PM.(2005). Sexual behavior and activity in Chinese pregnant women. Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica, 84: 934-8. 66 57

68. Sydow KV. Sexuality during pregnancy and after childbrith: a metacontent analysis of 59 studies. Journal Psychosomatic Research 1999;47(1):27-49-58

69. Johnson, Sexual health during pregnancy and the postpartum, 2011: 1267-84.

70. Rados et al. Sexuality during pregnancy: what is important for sexual satisfaction in expectant fathers? 2015: 282-93.

71. WHO, Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care: A guide for essential practice 2015; H1-H4

72. Dickason EJ, Schult MO, Silverman BL. Maternal- Infant Nursing Care. The C.V. Mosby Company, St. Louis, 1990; 100:152-153.

74. Mahmoud A, Al Bustan, H.S.D., N.F. El Tomi, Faiwalla MF, Manav V. Maternal sexuality during pregnancy and after childbirth in Muslim Kuwaiti Women. Arch Sex Behav, 1995;24:207-215.

75. Tan, P. C., Yow, C. M., Omar, S. Z. "Coitus and orgasm at term: effect on spontaneous labour and pregnancy outcome". Singapore medical journal 2009;50(11): 1062.

76. 20. Sydow KV. "Sexuality During Pregnancy and After Childbrith: A Metacontent Analysis of 59 Studies". Journal Psychosomatic Research 1999; 47 (1): 27-49.

77. Southard NZ, Keller J. The importance of assessing sexuality: A patient perspective. Clin J Oncol Nurs 2009;13(2):213-217.

78. 22. Corbacioglu EA, Akça A, Akbayir O, et al. Female sexual function and associated factors during pregnancy. J Obstet

79. Johannes B, Judith A. Sexuality during pregnancy and the postpartum period.; Journal of Sex Education & Theraphy 2000;25(1):49-59.

80. Aslan G, Aslan D, Kizilyar A, et al. A prospective analysis of sexual functions during pregnancy. International Journal of Impotance Research 2005;17:154-157

81. Krebs LU. Sexual assessment: research and clinical. Nurs Clin North Am 2007; 42:515-529.

82. Kozhimannil, K. B, Johnson, P. J. Attanasio, L. B. Gjerdingen, D. K. McGovern, P. M. (2013). "Use of nonmedical methods of labor induction and pain management among US women". Birth, 40(4): 227-236.

83. Güle. C, Köroğlu E. Psikiyatri Temel Kitabı, Ankara-1998, baskı 2.Cilt- 2, Sayfa:605-610.

84. Solberg DA. Butler J. Nathaniel N. Sexual Behavıor in Pregnancy. New England Journal of Med. 1973; 288: 1098-1103.59

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

86. Baram AD (2014) Seksualite ve seks fonksiyonu ve seksüel saldırı, Berek SJ, Novak Jinekoloji, Baram B (Çeviri), 14. Baskı, Nobel Tıp Kitabevleri, s: 280-317, İstanbul.

87. Ergöçmen BA, Eryurt MA (2004) Doğurganlığı belirleyen diğer ara değişkenler, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları Merkezi, s:198, Ankara 88. 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

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

90.Blackburn ST (2012) Maternal, Fetal & Neonatal Physiology :A Clinical Perspective, 4 th Ed., Saunders, pp: 145-167

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

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

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

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

95. Goetsch MF (2000) Postpartum dyspareunia: an explored problem.; J Reprod Med., 45 (11): 963968.

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

97. 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.

98. Aston G. (2005). Sexuality During and After Pregnancy. G. Andrews (Ed.). Women's Sexual Health (Third Edition). (p. 169-198). London: Elsevier.

99. Avery M., Duckett, L., & Frantzich, C. (2000). The experience of sexuality during breastfeeding among primiparous women. Journal Of Midwifery & Women's Health, 45(3), 227-201.

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

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

102. Barbara G, Pifarotti P, Facchin F, Cortinovis I, Dridi D, Ronchetti C, ve ark. (2016). Impact of mode of delivery on female postpartum sexual functioning: spontaneous

103. Malley DO, Higgins A, Begley C, Daly D, Smith V. (2018). Prevalence of and risk factors associated with sexual health issues in primiparous women at 6 and 12 months postpartum; a longitudinal prospective cohort study (the MAMMI study) . Pregnancy and Childbirth, 18 (1), 196.

104. Cunningham F. G., Leveno, K.J., Bloom, S.L., Hauth J.C., Rouse, D.J., Spong,C.Y. (2010). Williams Obstetrik (Twenty-Third Edition). USA: McGraw-Hill

105. Boardman A. (2001). The Puerperium. F. W. Ling & P. Duff (Eds.) Pocket Guide for Obstetrics & Gynecology (p. 411-433). USA: McGraw-Hill.

106. McBride HL, Kwee JL. (2017). Sez after baby: Women's sexual function in the postpartum period. Current Sexual Health Report, 9 (3), 142-149.

107. Fuentealba-Torres M, Cartagena-Ramos D, Fronteira I, Lara LA, Arroyo LH, Arcoverde MA, ve ark. (2019). What are the prevalence and factors associated with sexual dysfunction in breastfeeding women? A Brazilian cross-sectional analytical study. BMJ Open, 9 (4), e025833.

108. Yörük F.(2013). Doğum Sonrası Dönemdeki Kadınların Cinsel Problemlerinin Çözümünde Plıssıt Modelin Etkinliği. Yüksek Lisans Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi, Aydın.

109. Wen L, Hilton G, Carvalho B. (2015). The impacto of breastfeeding on postpartum pain after vaginal and cesarean delivery. Journal of Clinical Anesthesia, 27 (1), 33–38.

110. Yüksel Ş,Cindoğlu D. Kadın Cinselliği. Cinsel Eğitim ve Araştırma Derneği;Değerlendirme Formu-5. www.cetad.org.tr 2010.

111. Ayaz S. Stomalı bireylerin cinsel sorunlarının çözümünde PLISSIT modelinin değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Ankara, 2007 (Tez Danışmanı: Prof. Dr. Gülümser Kubilay)

112.Öztürk O. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Feryal Matbası, 2002, Cilt 9, Ankara. Pınar G, Doğan N. Annelerin Postpartum Konforunu Etkileyen Faktörler. Dicle Tıp Dergisi. 2009; 36(3): 184-190.

113. Zeren F, Özerdoğan N. (2018). Postpartum dönemde cinselliği etkileyen faktörler. Turkiye Klinikleri Journal of Nursing Science, 10 (4), 354-62.

114. McBride HL, Kwee JL. (2017). Sez after baby: Women's sexual function in the postpartum period. Current Sexual Health Report, 9 (3), 142-149.

115. Başkaya Y, Karakoç H, Özerdoğan N. (2018). Postpartum dönemde yaşanan cinsel sağlık sorunları, ebe ve hemşirenin rolü. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 15 (4), 269-274.

116. İncesu, C. (2004). Cinsel işlevler ve cinsel işlev bozuklukları. Klinik Psikiyatri Dergisi, 7(Suppl 3), 3-13

117. Koç E, Oskay Ü. (2015). Postpartum dönemde cinsellik ve danışmanlık. Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi, 2 (1), 15-26.

118. Bobo WV, Yawn BP. Concise Review for Physician and other clinicians: Postpartum depression. In mayo clinic proceeding. Elsevier. 2014; 89 (6): 835-44.

119. Witting K, Santtilo P, Alanko K, Harloor N, Jern P, Johansson A et al. Female sexual function and its associations with number of children pregnancy and relationship statisfaction, J Sex Morital Ther. 2008; 34(2): 89-106.

120. O'Hara MW, McCabe JE. Postpartum depression: Current status and future directions. Annual review of clinical psychology. 2013; 9(1): 379-407.

121. Karamustafalıoğlu N, Tomruk N (2000) Postpartum hüzün ve depresyonlar, Duygudurum Dizisi, 2: 64-70.

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

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

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

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

126. Atıcı M, Gözüm S. Postpartum erken taburculukta lohusalara verilen sağlık eğitiminin postpartum problemler ve anksiyete üzerine etkisi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2001; (2): 77-91.

127. Kermit E, Kantz MD; Litt D. Anatomy of the female reproductive system. California: Current Obstetric & Gynecologic Diagnosis & Treatment. 2002; 9.

128. Johnson J. Anne yeni doğan hemşireliği açıklığa kavuşturulmuş kendi kendine öğrenim rehberi. Çeviri: Taşkın L. Palme Yayıncılık. 2012; Ankara

129. Faisal-Cury A, Huang H, Chan YF, Menezes PR. (2013). The relationship between depressive/anxiety symptoms during pregnancy/postpartum and sexual life decline after delivery. The Journal of Sexual Medicine, 10 (5), 1343-1349.

130. Crisp CC, Fellner AN, Pauls RN.Validation of the female sexual function index (FSFI) for webbased administration- Int Urogynecol J. 2015 Feb;26(2):219-22.

131. Shindel AW, Goldstein I. Sexual function and dysfunction in the female. In: Campbell-Walsh Urology. 11th ed. Elsevier; 2016:749-764.

132. Aygin D, Eti Aslan F. Kadın cinsel işlev ölçeğinin Türk.e'ye uyarlanması. Türkiye Klinikleri J Med Sci 2005; 25:393-399.

133. Lemack GE, Zimmern PE. Sexual function after vaginal surgery for stress incontinence: results of a mailed questionnaire. Urology 2000;56:223-7.

134. Tatar M, Günalp S, Somunoğlu S, Demiral A. Women's perceptions of caesarean section: reflections from a Turkish teaching hospital. Social Science and Medicine 2000;50(9): 1227-33.

135. Qublan H, Alghoweri A, Al-Taani M, et al. Ceserean section rate: the effect of age and parity. Journal Obstetrics and Gnecology 2002;28(1): 22-25.

136. Tang S, Li X, Wu Z. Rising cesarean delivery rate in primiparous women in urban China: evidence from three nationwide household health surveys. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 2006:1-6.

137. Chong ESY, Mongelli M. Attitutes of Singapure women toward ceserean and vaginal deliveris. International Journal of Gynecology and Obstetrics 2003;80:189-94.

138. Çivili D. Kadınların doğum şekli tercihleri ve etkileyen fakt.rlerin incelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Yayınlanmamış Yükseklisans Tezi, İzmir, 2005.

139. Holanda JBL, Abuchaim ESV, Coca KP, Abrao ACFV. (2014). Sexual dysfunction and associated factors reported in the postpartum period. Acta Paulista de Enfermagem, 27 (6), 573-578.

140.Serati M, Salvatore S, Siesto G, Cattoni E, Zanirato M, Khullar V et al. (2010). Female sexual function during pregnancy and after childbirth. J Sex Med, 7: 2782- 2790.

141. Botros SM, Abramow Y, Miller JJR, Sand PK, Gandhi S, Nickolow A, Goldberg RP.Effect of parity on sexual function: An identical twin study. Obstetrics & Gynecology. 2006; 107(4): 765-770.

142. Buhling KJ, Scmidt S, Robinson JN, Klapp C, Siebert G, Dudenhouseen JW. Doğum şekline göre primiparlarda doğum sonrası yaşanan disparoni oranı. Eueopean Journal of Obstetrics. 2005.

143. Barrett G, Peacock J, Victor C, Mayonda I (2006) Cesarean section and postnatal sexual health, Birth, 32 (4): 251-253

144. Klein MC, Kaczorowski J, Firoz T, Hubinette M, Jorgensen S, Gauthier R. A comparison of urinary and sexual outcome in women experiencing vaginal and cesarean births. J Obstet Gynaecol Can 2005;27:332-339

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

146. İncesu, C. (2004). Cinsel işlevler ve cinsel işlev bozuklukları. Klinik Psikiyatri Dergisi, 7(Suppl 3), 3-13.

147. Singh JC, Tharyan P, Kekre NS, Singh G, Gopalakrishnan G. Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction in women attending a medical clinic in South India. J Postgrad Med. 2009; 55: 113-20.

148. Chedraui P, Pérez-López FR, Sánchez H, Aguirre W, Martínez N, Miranda O, Plaza MS, Schwager G, Narváez J, Quintero JC, Zambrano B. Assessment of sexual function of mid-aged Ecuadorian women with the 6-item Female Sexual Function Index. Maturitas 2012; 71(4): 407-12.

149. Llaneza P, Fernández-Iñarrea JM, Arnott B, García-Portilla MP, Chedraui P, Pérez-López F. R. Sexual function assessment in postmenopausal women with the item changes in sexual functioning questionnaire. The Journal of Sexual Medicine, 2011; 8(8): 2144-2151.

150. Türk R, Erkaya R. (2019). An evaluatıon of the postpartum sexual lives of primiparous women. International Refereed Journal of Nursing Researches 15, 144-168.

151. Banaei M, Moridi A, Dashti S. (2018). Sexual dysfunction and its associated factors after delivery: longitudinal study in ıranian women. Mater Sociomed, 30 (3), 198-203.

152.Tashbulatova D. İnfertil Kadınlarda Cinsel Fonksiyonlara Etki Eden Faktörler. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Adana, 2007 (Tez Danışmanı: Doç.Dr. Atilla Arıdoğan).

153. Akyüz EO. Doğum sonrası cinsel sorunlar ve etkileyen etmenlerin incelenmesi.Adnan Menderes Üniversitesi, Doğum ve Kadın Hastalıkları Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Aydın, 2009 (Tez Danışmanı: Doç. Dr. Zekiye KARAÇAM).

154. Tashbulatova D. İnfertil Kadınlarda Cinsel Fonksiyonlara Etki Eden Faktörler. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Adana, 2007 (Tez Danışmanı: Doç.Dr. Atilla Arıdoğan).

155.Demir Ö, Parlakay N, Gök G, Esen AA. Hastane çalışanı bayanlarda cinsel işlev bozukluğu. Türk Üroloji Dergisi. 2007; 33: 156-60.

156.Güvel S, Yaycıoğlu Ö, Bağış T, Savaş N, Bulgan E, Özkardeş H. Evli kadınlardacinsel fonksiyonlara etkin faktörler. Türk Üroloji Dergisi. 2003; 29: 43-8.

157. Gölbaşı Z, Tuğut N, Erensel AŞ, Eroğlu K. Jinekoloji polikliniğine başvuran evlikadınlarda cinsel işlev bozukluğu yaygınlığı ve ilişkili bazı faktörler. Cumhuriyet Medical Journal. 2014; 36(1):1-10.

158. Botros SM, Abramow Y, Miller JJR, Sand PK, Gandhi S, Nickolow A, Goldberg RP.Effect of parity on sexual function: An identical twin study. Obstetrics & Gynecology. 2006; 107(4): 765-770

159. Hayes R, Dennerstein L. The impact of aging on sexual function and sexual function and sexual dysfunction in women: A review of population-based studies. J Sex Med.2005; 2; 317-330.

160. Fataneh G, Marjan MH, Nasrin R, Taraneh T. (2013). Sexual function in Iranian women using different methods. Journal of Clinical Nursing, 22 (21-22), 3016--3023.

161. Heiman RJ, Long Sİ, Smith SN, Fisher WA, San, MS, Rosen RC. (2011). Sexual satisfaction and relationship happiness in midlifeand older couples in five countries. Archives of Sexual Behavior, 40, 741–753

162. Hülya, G., Mutlu, H. H. Obez Ve Obez Olmayan Kadinlarda Cinsel İşlev Bozukluğu Sikliğinin Karşilaştirilmasi. Zeynep Kamil Tıp Bülteni. 2020; 51(4), 186-191.

163. Wingfield, L. R., Kulendran, M., Laws, G., Chahal, H., Scholtz, S., & Purkayastha, S. Change in sexual dysfunction following bariatric surgery. Obesity surgery. 2016;26(2), 387-394.

164. Şahbaz-Selimoğlu E, Beydağ KD. (2020). Doğum sonu dönemde emziren kadınların cinsel yaşam kalitesi. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 11(1), 174-180. Şahin E. Erenel AŞ. (2019). A study examining women's sexual function in twelve months postpartum. Medicine Science, 8 (1), 1-6.

165. 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 Gynaegology, 46: 282-287.

166.Yaralı S, Hacıalioğlu N. Evli kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu ve cinsel yaşam kalitesinin incelenmesi. Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi.2016; Sayı:6.

167. Gruszecki L, Forchuk C, Fisher WA. (2005). Factors associated with common sexual concern in women: new findings from the Canadian contraception study. The Canadian Journal of Human Sexuality, 14 (1), 1-13.

168. Lagaert L, Weyers S, Van Kerrebroeck H, Elaut E. (2017). Postpartum dyspareunia and sexual functioning: A prospective cohort study. European Journal of Contraception Reproductive Health Care, 22 (3), 200-206.

169. Kaplan E, Zeyneloğlu S. (2018). The effects of women's sexual satısfıctıon on theır marıtal accordance, whose spouses ımplementıng "coıtus ınterruptus" as the famıly plannıng method. Necmettin Erbakan University Faculty of Health Sciences Journal, 1 (1), 10-17.

170. Özdemir, K., Özerdoğan, N.,Ünsal, A. Türkiye'nin Batı Bölgesindeki Evli Kadınlar Arasında Disparoni ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Journal of Clinical Obstetrics & Gynecology. 2013; 23(1), 27-35.

171. Gerda, T., Josef, H., Uwe, L., Edgar, P. Women's perception of sexuality during pregnancy and after birth. Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology. 2006;46(4), 282-287.