



T.C.

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

İSTANBUL SANCAKTEPE ŞEHİT PROF. DR. İLHAN VARANK

EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM KLİNİĞİ

DOĞUM ŞEKLİNİN DOĞUM SONRASI CİNSEL FONKSİYONLAR, KADIN GENİTAL BENLİK İMAJI VE GENİTAL GÖRÜNÜM ALGISI ÜZERİNE ETKİLERİ

Dr. Rümeysa Elif ERDEM

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL/2024





T.C.

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

İSTANBUL SANCAKTEPE ŞEHİT PROF. DR. İLHAN VARANK

EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM KLİNİĞİ

DOĞUM ŞEKLİNİN DOĞUM SONRASI CİNSEL FONKSİYONLAR, KADIN GENİTAL BENLİK İMAJI VE GENİTAL GÖRÜNÜM ALGISI ÜZERİNE ETKİLERİ

Dr. Rümeysa Elif ERDEM

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Arzu Bilge Tekin

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL/2024

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimimi aldığım süre içerisinde her türlü bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım, deneyimleri ve bilgisiyle bana yol gösteren, klinik ve akademik alanda yetişmemde çok değerli katkıları olan klinik şefimiz Sayın Prof. Dr. Niyazi Tuğ'a,

Bilgisi ve yeteneğiyle bana örnek olan, eğitimim boyunca yanımda olan değerli hocam Doç. Dr. Arzu Bilge Tekin başta olmak üzere Sancaktepe Prof. Dr. İlhan Varank Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum bölümü uzmanlarına,

Her alanda beraber çalıştığım, birlikte çalışmaktan ve öğrenmekten keyif aldığım tüm asistan arkadaşlarıma,

Hayatımın her anında yanımda olan, desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen, varlıkları ile bana güç veren kıymetli annem Selma Tüfekci, babam M. Muharrem Tüfekci ve kardeşim Şafak Taha Tüfekci'ye,

Her zaman bana destek olan, her anımı mutlu ve güzel kılan, iyi bir insan ve iyi bir hekim olma yolunda beni cesaretlendiren sevgili eşim Ozan Erdem'e,

Neşesiyle hayatıma ve asistanlığımın meşakkatli günlerine ışık olan canım kuzenim Ezgi Özlem Gül'e,

Sonsuz saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Rümeysa Elif Erdem

İstanbul-2024

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....i
İÇİNDEKİLER ii
KISALTMALAR.....iii
TABLO LİSTESİ.....iv
GRAFİK LİSTESİ vi
ÖZET.....vii
ABSTRACT.....ix
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....1
2. GENEL BİLGİLER 3
2.1. NORMAL VAJİNAL DOĞUM……3
2.1.2. EPİZYOTOMİ……..…3
2.2. SEZARYEN İLE DOĞUM……...4
2.3. CİNSELLİK……...5
2.3.1. CİNSEL YANIT DÖNGÜSÜ……..…5
2.3.2. KADIN CİNSEL İŞLEV BOZUKLUKLARI…….6
2.3.3. CİNSEL İŞLEV BOZUKLUĞU TEDAVİSİ……..……9
2.4. DOĞUM SONRASI DÖNEMDE CİNSELLİK……..……10
2.4.1. GENEL FİZYOLOJİK DEĞİŞİKLİKLER……...11
2.4.2. MEME DOKUSU DEĞİŞİKLİKLERİ…….…12
2.4.3. VAJEN VE PERİNE BÖLGESİNDEKİ DEĞİŞİKLİKLER……12
2.4.4. BEDEN İMAJINDA GÖRÜLEN DEĞİŞİKLİKLER……...…14
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....16
3.1. KADIN CİNSEL İŞLEV ÖLÇEĞİ (FSFI)……..……17
3.2. KADIN GENİTAL BENLİK İMAJI ÖLÇEĞİ (FGSIS)……..18
4. BULGULAR.....19
5. TARTIŞMA 38
6. SONUÇ 45
7. EKLER 46
8. KAYNAKLAR……...48

KISALTMALAR

NVD : NORMAL VAJİNAL DOĞUM

CS : SEZARYEN İLE DOĞUM

FSFI : FEMALE SEXUAL FUNCTION INDEX

FGSIS : FEMALE GENITAL SELF-IMAGE SCALE

DSÖ : DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ

DSM : DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS

FDA : FOOD AND DRUG ADMINISTRATION

RCOG : ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS

ACOG : AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS

TNSA : TÜRKİYE NÜFUS VE SAĞLIK ARAŞTIRMALARI

VKİ : VÜCUT KİTLE İNDEKSİ

ICD : INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF DISEASE

TABLO LİSTESİ

Tablo 1 : Katılımcıların yaş, boy, vücut kütlesi ve Vücut Kitle İndeksi (VKİ) özellikleri……19

Tablo 2 : Katılımcıların fiziksel özellikleri, gestasyonel yaş ve doğum tartısı verilerinin doğum türüne göre dağılımı……...20

Tablo 3 : Katılımcıların FSFI ve alt etmenlerinden aldıkları puanlar…….21

Tablo 4 : Tüm katılımcıların doğum türlerine ve normal vajinal doğum yapan katılımcıların epizyotomi durumlarına göre FSFI puanları…….22

Tablo 5 : Doğum türüne ve normal vajinal doğum yapanlarda epizyotomi durumuna göre cinsel işlev bozukluğu……23

Tablo 6 : Katılımcıların fiziksel özellikleri, gestasyonel yaş ve doğum tartısı verilerinin Cinsel İşlev Bozukluğu durumlarına göre dağılımı……24

Tablo 7 : Katılımcıların doğum türlerine göre FSFI alt temalarından aldıkları puanlar…….25

Tablo 8 : Katılımcıların genital görünüm algısı ile ilişkili olabilecek özellikleri açısından dağılımları……...27

Tablo 9 : Katılımcıların genital görünüm algısı hakkındaki önermelere katılma durumları…….27

Tablo 10 : Katılımcıların doğum türlerine göre vajinal muayene sıklıkları…….28

Tablo 11 : Cinsel işlev bozukluğu durumlarına göre vajinal muayene sıklıkları……..28

Tablo 12 : Katılımcıların doğum türlerine göre "Doğumdan sonra vulvamda değişiklikler fark ediyorum." Önermesine katılma durumları…….29

Tablo 13 : Katılımcıların cinsel işlev bozukluğu durumlarına göre "Doğumdan sonra vulvamda değişiklikler fark ediyorum." Önermesine katılma durumları……..29

Tablo 14 : Katılımcıların doğum türlerine göre "Doğumdan sonra vajinal esneklikte bir azalma olduğunu fark ediyorum." Önermesine katılma durumları……29

Tablo 15 : Katılımcıların cinsel işlev bozukluğu durumlarına göre "Doğumdan sonra vajinal esneklikte bir azalma olduğunu fark ediyorum." Önermesine katılma durumları…….30

Tablo 16 : Katılımcıların doğum türlerine göre "Doğumdan sonra vulvamın görüntüsünden memnunum." Önermesine katılma durumları…….30
Tablo 17 : Katılımcıların cinsel işlev bozukluğu durumlarına göre "Doğumdan sonra vulvamın görüntüsünden memnunum." Önermesine katılma durumları……...31
Tablo 18 : Katılımcıların doğum türlerine göre "Doğum sonrasında cinsel organ görünümünün; günlük ve cinsel aktivite üzerindeki etkisinin önemli olduğunu düşünüyorum." Önermesine katılma durumları……..32
Tablo 19 : Katılımcıların cinsel işlev bozukluğu durumlarına göre "Doğum sonrasında cinsel organ görünümünün; günlük ve cinsel aktivite üzerindeki etkisinin önemli olduğunu düşünüyorum." Önermesine katılma durumları……..32
Tablo 20 : Katılımcıların doğum türlerine göre genital görünümle ilgili bilgi kaynakları……32
Tablo 21 : Katılımcıların cinsel işlev bozukluğu durumlarına göre genital görünümle ilgili bilgi kaynakları…….33
Tablo 22 : Katılımcıların doğum türlerine göre doğum sonrası vulva algısıyla ilgili duyguları…….33
Tablo 23 : Katılımcıların cinsel işlev bozukluğu durumlarına göre doğum sonrası vulva algısıyla ilgili duyguları…….34
Tablo 24 : Katılımcıların doğum türlerine göre beyan ettikleri semptomlar…..36
Tablo 25 : Katılımcıların cinsel işlev bozukluğu durumlarına göre beyan ettikleri semptomlar……..37

GRAFİK LİSTESİ

Grafik 1 : Katılımcıların Kadın Cinsel İşlev Ölçeği (FSFI) Puanlarının Dağılımı……..21

Grafik 2 : Katılımcıların doğum türlerine göre FGSIS puanları……25

Grafik 3 : Katılımcıların FSFI puanlarına göre FGSIS puanlarının dağılımı…26

Grafik 4 : Katılımcıların beyan ettikleri duygulara göre FGSIS puanları……...34

Grafik 5 : Katılımcıların beyan ettikleri duygulara göre FSFI puanları……..35

Grafik 6 : Katılımcıların beyan ettikleri semptomlara göre FGSIS puanları….35

Grafik 7 : Katılımcıların beyan ettikleri semptomlara göre FSFI puanları……36

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada kliniğimizde, doğum şeklinin doğum sonrası pirimipar kadınlarda cinsel fonksiyonu, genital benlik imajını ve genital görünüm algısını etkileyip etkilemediğini araştırmak hedeflenmiştir.

Gereç ve Yöntem: Sancaktepe Şehit Prof. Dr. İlhan Varank Eğitim ve Araştırma Hastanesinde; 15 Kasım 2023 ve 15 Şubat 2024 tarihleri arasında Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniğine doğum sonrası 6 ila 12. ay arasında kontrol amacıyla başvuran 140 gönüllü primipar hastaya uygulanan prospektif bir anket çalışmasıdır. Normal vajinal doğum (n=70), sezaryen ile doğum (n=70) yapan hastalara cinsel işlev bozukluğunu değerlendirme yöntemi olarak FSFI (kadın cinsel işlev ölçeği), genital benlik imajını değerlendirmek amacıyla FGSIS (kadın genital benlik imajı ölçeği) ve genital görünüm algılarını değerlendirmek amacıyla Matti Dominoni ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmadaki anketten Türkçe'ye uyarlanarak oluşturulan valide edilmemiş bir anket kullanıldı. Araştırmaya dahil edilen hastalar 18-35 yaş arası, 6 ila 12 ay önce 37. gebelik haftası ve üzerinde (term) tekil canlı ilk doğumunu yapmış olan ve daha önce bilinen akut ve kronik sistemik hastalığı olmayan hastalardan seçildi.

Bulgular: Sezaryen doğum yapan grubun FSFI puanlarının, normal vajinal doğum yapan grubun FSFI puanlarından yüksek olduğu ve bu yüksekliğin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (*p:0.001*). Sadece normal vajinal doğum yapan grup içerisinde epizyotomi açılan (n:63, %90) ve epizyotomi açılmayan (n:7, %10) gruplar FSFI skorları açısından karşılaştırıldığında ise gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (*p:0.143*). FSFI alt temalarına bakıldığında cinsel istek/cinsel uyarılma/lubrikasyon açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmazken; orgazm/memnuniyet ve ağrı-rahatsızlık alt temalarının ortalama puanları sezaryen ile doğum yapan grupta daha yüksek bulunmuştur ve iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. Normal vajinal doğum yapan katılımcıların ortalama FGSIS puanları 19,4±3,0, iken sezaryen doğum yapan katılımcıların ortalama puanları 20,3±2,2 olarak bulunmuştur (*p:0.041*). Genital algı anketine göre çalışmamızın sonuçlarına bakıldığında; doğum sonrası vulvada değişiklikler fark etme durumu, vajinal esneklikte azalma fark etme durumu, doğum sonrası vulva görünümünden memnun olma durumu, doğum sonrası semptomlar

(disparoni) açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttur. Vajinal muayene sıklığı da cinsel fonksiyonları etkileyen faktörler arasında olduğu bulunmuştur *(p:0,025).* FSFI puanına göre cinsel işlev bozukluğu varlığını etkileyen faktörlere çok değişkenli analizde bakıldığında; FGSIS skorları ve doğum sonrası ağrılı cinsel ilişki varlığı olduğu saptanmıştır *(sırasıyla p:0.001 , p:0.015)*.

Sonuç: Sezaryen olan grubun doğum sonrası cinsel fonksiyonlarının ve kadın genital benlik imajının normal doğum yapan gruba göre daha iyi olduğu bulunmuştur. Cinsel fonksiyon alt etmenlerinden olan orgazm, memnuniyet, ağrı/rahatsızlık etmenleri açısından da CS olan grubun puanlarının daha yüksek olduğu gösterilmiştir. Buna rağmen mevcut literatüre ve çalışmamızın sonuçlarına bakıldığında cinsel fonksiyonlar açısından sezaryen koruyucudur diyemeyiz. Çalışmamızda her iki grubun da postpartum dönemde cinsel disfonksiyona sahip olduğu gösterilmiştir.

Anahtar kelimeler: FSFI, FGSIS, postpartum, cinsel fonksiyonlar, kadın genital benlik imajı, genital görünüm algısı

ABSTRACT

Objective: This study aims to investigate whether the mode of delivery affects sexual function, genital self-image, and genital appearance perception in postpartum primiparous women in our clinic.

Materials and Methods: A prospective survey was conducted on 140 voluntary primiparous patients who visited the Obstetrics and Gynecology outpatient clinic of Sancaktepe Şehit Prof. Dr. İlhan Varank Training and Research Hospital for postpartum control between 6 and 12 months after delivery, from November 15, 2023, to February 15, 2024. Patients were divided into two groups: those who had a normal vaginal delivery (n=70) and those who had a cesarean delivery (n=70). The FSFI (Female Sexual Function Index) was used to assess sexual dysfunction, the FGSIS (Female Genital Self-Image Scale) was used to evaluate genital self-image, and a non-validated Turkish-adapted questionnaire based on a study by Matti Dominoni and colleagues was used to assess genital appearance perception. Participants included in the study were between 18-35 years old, had their first live singleton term birth (≥37 weeks gestation) between 6 and 12 months prior, and had no known acute or chronic systemic diseases.

Results: It was found that the FSFI scores of the cesarean delivery group were significantly higher than those of the normal vaginal delivery group *(p=0.001).* When comparing FSFI scores within the normal vaginal delivery group, no significant difference was found between those with (n=63, 90%) and without episiotomy (n=7, 10%) *(p=0.143).* Among the FSFI subdomains, no significant difference was observed between the two groups in terms of sexual desire/arousal/lubrication, while the average scores for orgasm/satisfaction and pain/discomfort subdomains were higher in the cesarean delivery group, showing a significant difference. The average FGSIS scores were 19.4±3.0 for normal vaginal delivery participants and 20.3±2.2 for cesarean delivery participants *(p=0.041).* According to the genital perception questionnaire, significant differences were found between the two groups in terms of noticing changes in the vulva after birth, perceiving a decrease in vaginal elasticity, satisfaction with the vulva appearance postpartum, and postpartum symptoms (dyspareunia). The frequency of vaginal examinations was also found to be a factor affecting sexual

functions *(p=0.025).* Multivariate analysis of factors affecting the presence of sexual dysfunction, according to FSFI scores, indicated that FGSIS scores and the presence of painful sexual intercourse postpartum were significant *(p=0.001 and p=0.015, respectively).*

Conclusion: The group that underwent cesarean section (CS) was found to have better postpartum sexual function and female genital self-image compared to the group that had a vaginal delivery. The CS group also scored higher in orgasm, satisfaction, and pain/discomfort, which are subdomains of sexual function. However, based on existing literature and the results of our study, we cannot conclude that cesarean section is protective of sexual function. Our study demonstrated that both groups experienced sexual dysfunction during the postpartum period.

Key words: FSFI, FGSIS, postpartum, sexual functions, female genital self-image, genital appearence perception

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre cinsellik; fiziksel, duygusal, zihinsel ve sosyal boyutlara sahip bütüncül bir kavramdır. DSÖ cinselliği sadece üremeyle değil; aynı zamanda kişinin yaşam kalitesi, duygu ve düşünceleri, sosyal ilişkileri ve genel sağlığı üzerinde de etkili olan çok yönlü bir konsept olarak tanımlar (1). Kişilerin cinsel davranışlarını etkileyen en önemli faktörlerden biri içinde bulundukları toplum ve kültürel yapı olmasının yanı sıra; cinsel davranışlar yaş, beden kitle indeksi, doğum sayısı, psikososyal durum, ırk, sosyoekonomik durum gibi pek çok faktörden etkilenmektedir (2, 3).

Kişinin kendi bedeniyle mutlu olması, hem fiziksel hem de ruhsal açıdan kendini iyi hissetmesi için son derece önemlidir. Bedensel ve ruhsal mutluluk birbirinden ayrılamaz bir bütündür. Ayrıca, sağlıklı bir cinsel yaşamdan zevk almak, bunu rahatlıkla, güvenle ve sağlıklı bir şekilde yaşamak da hayat kalitesini önemli ölçüde etkileyen faktörlerdir. Eğer bu unsurlardan herhangi birinde bir problem yaşanırsa, bütünlük bozulabilir ve yaşam kalitesi olumsuz yönde etkilenebilir (4).

Cinsel fonksiyon bozukluğu; cinsel istek, uyarılma, orgazm gibi seksüel fonksiyonlarla ilgili bozuklukları içerir. Cinsel fonksiyon bozukluklarını araştıran çalışmaların sayısı son dönemde artmış olsa da hala yeterince fazla değildir. Bu durumun birkaç nedeni vardır. Öncelikle, hastalar bu konuda şikayetlerini dile getirmekte çekingen davranabilirler. Ayrıca, araştırmaların kısmen subjektif olması ve bazı insanların çalışmalara katılmak konusunda isteksiz olmaları da sınırlayıcı faktörlerdir. Bununla birlikte, toplumlar arası cinsel fonksiyon bozukluklarının sıklığı kültürel farklılıklar nedeniyle değişiklik gösterebilir (5).

Gebelik ve doğum, kadınlar için fiziksel, psikolojik ve duygusal açıdan büyük değişimlerin yaşandığı bir dönemdir (6). Gebelik sürecinde, bir kadının vücudu fetüsün gelişimini desteklemek ve doğum için hazırlanmak amacıyla birtakım değişikliklere uğrar. Ayrıca vulvar ve vajinal yapılar, gebelik sırasında ve doğum sonrasında fizyolojik bir etki olarak doku karakteristiklerinde değişikliklere uğrar (7). Gebelik ve vajinal doğumun pelvik taban yapısı üzerindeki etkileri, vajinal introitusun gerilmesi ile karakterize edilir. Bu da vajinal gevşemeye, cinsel ilişki duyusu ve tatminin azalmasına, vücut imajının değişmesine ve cinsel ilişkide zorluklara yol açar

(8). Pelvik taban kaslarının ve yapılarının anatomik ve fonksiyonel değişiklikleri, cinsel işlev bozukluğuna yol açabilir ve bu durumun görülme oranı %30-50'ye kadar olabilir (7). Ayrıca; doğum sırasında meydana gelen perine travması, epizyotomi yapılıp yapılmadığına, yırtık olup olmadığına ve onarım için kullanılan yöntemlere bakılmaksızın perineal ağrıya neden olur (9). Gebelik ve doğum, kadınlar için derin fiziksel ve psikolojik geçiş dönemleridir ve postpartum dönemde kadınların cinsel arzularında farklılık oluşturabilir. Doğum şekli, meydana gelen komplikasyonlar, pelvik taban kaslarında oluşan değişiklikler gibi faktörler kadınların cinsellik hakkındaki yaklaşımlarını etkilemektedir (10). Geniş bir literatür, gebeliğin kadınların cinsel sağlığı üzerindeki etkilerini belgelemiştir (11).

Doğumdan sonra kadınlarda genital algı ve görünümün etkisi konusundaki ilgi ise artmaktadır. Ayrıca günümüzde genital görünüme artan bu ilgi, standart bir vulva tasviri yaratmaktadır, bu da doğum sonrası vücut imajını yeniden oluşturmayı amaçlayan cerrahi ve estetik prosedürlerin artmasına yol açmaktadır. Mevcut literatür, doğum (sezaryen veya vajinal) ile, genital görünüm algısı ve cinsellik arasındaki ilişkiyi yeterince incelememiştir (12).

Bu çalışmanın amacı; kliniğimizde, doğum şeklinin doğum sonrası pirimipar kadınlarda cinsel fonksiyonu, genital benlik imajını ve genital görünüm algısını etkileyip etkilemediğini araştırmaktır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. NORMAL VAJİNAL DOĞUM

Normal vajinal doğum gebelik yaşı 37 ile 42. hafta arasında olduğunda hem fetus hem anne için en güvenilir seçenektir (13). Dünya Sağlık Örgütü, spontan verteks doğumun tanımını 1997'de 'kendiliğinden başlayan, doğum eyleminin başlangıcında düşük riskli olan, doğum ve doğum boyunca düşük riskli devam eden, 37 ile 42. haftalar arasındaki fetüsün verteks pozisyonda kendiliğinden doğması, doğumdan sonra anne ve bebeğin iyi olması' olarak yapmıştır (14).

Normal doğum sırasında düzenli ve ağrılı uterin kontraksiyonlar serviksin genişlemesine ve efasmanına neden olur. Bunu fetüsün pelviste angajmanı ve sonuç olarak doğumu takip eder. Doğum, ilerleyici servikal silinme (efasman) ve dilatasyon ile ilişkili, sıklığı ve yoğunluğu artan, düzenli ağrılı uterin kontraksiyonlar ile karakterize klinik bir tanıdır. Başarılı bir doğum; maternal efor ve uterus kasılmaları, fetal özellikler ve pelvik anatomi olmak üzere üç faktörü içerir (15).

2.1.2. Epizyotomi

Pudentanın insizyonu ve aslında ikinci derece bir deşüri olan epizyotomi; doğum eyleminin ikinci evresine yardımcı olmak amacıyla yapılan bir kesidir. Doğumun ikinci evresini ve fetüsün vajinadan çıkışını kolaylaştırmak için yapılır (16, 17). Yapılan çok merkezli araştırmalara dayanarak, yalnızca gereken durumlarda epizyotomi açılmasının, rutin epizyotomi uygulanmasıyla karşılaştırıldığında daha olumlu maternal sonuçlara sahip olduğu ve bu durumun yenidoğan için herhangi bir olumsuz etkisi olmadığı gösterilmiştir (18, 19). Doğumda, rutinde yapılan epizyotominin vajinal laserasyon derecesini, ağrıyı ve pelvik organ prolapsusunu arttırdığına dair kanıt yoktur (19).

En çok kullanılan epizyotomi tipleri median (orta hat) ve mediolateral epizyotomilerdir. Median epizyotomi; posterior forşetten rektuma doğru yapılan vertikal orta hat kesisidir. Mediolateral epizyotomi, hymenal halkanın altından en az 60 derecelik bir açı oluşturularak laterale doğru (iskial tüberositasa doğru) yapılan kesidir (20).

Median ve mediolateral epizyotomiler karşılaştırıldığında; çoğunlukla mediolateral epizyotomi tercih edilir. Median epizyotomide anal sfinkter hasarı riski artarken, mediolateral epizyotomi bu riski artırmaz. (21, 22, 23). RCOG; anal sfinkter hasarı riskini sınırlandırmak için mediolateral insizyon yapılmasını önerir (24). ACOG; median epizyotomi yerine mediolateral epizyotominin tercih edilebileceğini ifade eder (25).

Doğumda epizyotomi uygulanan kadınlarda sistosel, rektosel, uterin prolapsus gibi pelvik organ prolapsusu ve stres inkontinans sayısında azalma olduğu ifade edilse de, bu uygulamanın perine bölgesinde doku hasarına neden olduğu açıktır (26). Türkiye'de hala yaygın bir obstetrik müdahale olmasına rağmen, dünya genelinde son 20 yılda epizyotomi kullanımında belirgin bir azalma gözlenmiş ve artık sadece uygun endikasyonlar için uygulanan bir prosedür haline gelmiştir (27).

Ağır perineal laserasyonların neden olduğu fekal ve üriner inkontinans, kalıcı perineal ağrılar, disparoni ve rektovajinal fistüller, kadının genel sağlığını olumsuz etkilemekle kalmaz; aynı zamanda yaşam kalitesini düşürür, özsaygısını zedeler ve kadın ile bebeği ve eşi arasındaki bağları koparabilir (28). Kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğuna neden olabilen epizyotomi, bu yönüyle tüm dünyada hukuki süreçlerin de konusu olmuş durumdadır (29, 30).

2.2. SEZARYEN İLE DOĞUM (C/S)

Sezaryen ile doğum; fetüsün, plasenta ve eklerinin cerrahi bir prosedürle batına ve ardından uterusa girilerek doğurtulmasıdır. Batına girilmesine laparotomi, uterusun insizyonuna histerotomi denir (31). Sezaryen ameliyatı günümüzde en sık uygulanan operasyonlardan biridir. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları (TNSA) verilerine göre; 1998 yılında ülkemizde gerçekleşen doğumların %14'ü sezaryen ile gerçekleşirken, 2018'de bu oran tüm doğumların %52'sine çıkmıştır (32, 33). Normal vajinal doğuma kıyasla sezaryen ile doğumda görülen maternal morbidite ve mortalite oranı daha fazladır (34). Bunun en sık sebepleri kanama, enfeksiyon ve tromboembolidir (35, 36). Üriner inkontinans ve pelvik organ prolapsusu açısından bakıldığında ise sezaryen ile doğum daha avantajlıdır (37, 38, 39).

2.3. CİNSELLİK

Cinsellik; bireyin bedensel, zihinsel ve sosyal yaşamının bir unsuru olarak ortaya çıkar. Biyolojik bir faaliyet olmanın ötesinde, türün devamını sağlama amacının yanı sıra; kişiler arasında duygusal iletişimi destekleyen temel bir işlevdir. Fiziksel ve duygusal yakınlaşmanın önemli bir aracıdır (40). Cinsiyeti, cinsel yönelimi, erotizmi, zevki, yakınlığı ve üremeyi içeren genel bir tanımdır (41).

2.3.1. Cinsel Yanıt Döngüsü

Helen Kaplan tarafından 1970'li yıllarda oluşturulan cinsel yanıt döngüsü günümüzde de kullanılmaktadır. Kadın seksüel yanıt döngüsünde 5 evre vardır: İstek evresi, uyarılma evresi, plato fazı, orgazm fazı ve gevşeme fazı (42). Çoğu kadının cinsel ilişkilerinde, bazı aşamalar değişebilir, birbiriyle örtüşebilir veya bazen tamamen ortaya çıkmayabilir (43).

- **İSTEK EVRESİ:** Kadının cinsel arzularının yoğunlaştığı bir evredir ve bu evre günler sürebilir. Bu istek fazında, kadın arzuladığı kişiye odaklanır, onunla ilgili hayaller kurar ve bu süre zarfında cinsel uyarılabilirlik artabilir.

- **UYARILMA EVRESİ (HEYECANLANMA):** Cinsel uyarıya (stimulation) maruz kalındığında ortaya çıkan evre, cinsel uyarılma (arousal) aşamasıdır. Bu uyarılma, sadece fiziksel uyarıdan değil; aynı zamanda hayaller, fanteziler ve zihinsel uyarılmalardan da kaynaklanabilir. Kadınlarda heyecanlanma evresi, vajinal mukozanın dilatasyonu ile başlar. Cinsel uyarımın ardından, lubrikasyon ve vazokonjesyonun ortaya çıkmasıyla birlikte klitoral, kavernozal ve labial arterlerde kan akımında artış görülür. Bu durum intrakavernöz basınçta bir artışa neden olur; glans klitoriste tümesans ve labia minörde genişleme ile eversiyon meydana gelir (44, 45, 46). Bu evrede; kadında nabız ve solunum sayısı artar, meme uçları sertleşir ve dikleşir, cilt kızarması gibi değişiklikler görülür.

- **PLATO FAZI:** Etkili cinsel uyaranın yoğunlaşması ve sürmesiyle oluşan uyarılma evresinin devamı niteliğinde olan ve orgazma kadar devam eden fazdır.

Vazokonjesyonun en yüksek noktaya kadar ulaşmasıyla karakterizedir ve 30 saniye ile 30 dakika arasında sürer. Memeler iyice gerilir, dikleşir ve boyutları artar, vajina iyice uzar. Klitoral ereksiyon belirgin hale gelir. Bu evrenin sonlarına doğru uterin kasılmalar başlar; nabız, solunum sayısı ve kan basıncında artışlar olur(45).

- **ORGAZM FAZI:** Fizyolojik ve psikolojik zevkin doruk noktasına ulaştığı; perine ve vajina etrafındaki kasların, vazokonjesyon ile büyüyen dokuların ritmik kasılmaları ile karakterize olan evredir. Vajinanın dış üçte birlik kısmının kasılması en önemli değişikliktir. Fundustan başlayarak servikse doğru uterin kasılmalar da yaşanır. Bu evre ile birlikte istemsiz kas kontraksiyonlarının, nabız ve solunum sayısının en yüksek noktaya ulaşmasıyla vazokonjesyonun sonlanması, seksüel gerilimin ani ve güçlü bir şekilde serbest kalması gerçekleşir (42).

- **GEVŞEME FAZI (ÇÖZÜLME):** Orgazmın yaşandığı veya yaşanmadığı durumlarda, ilk iki evreden sonra gerçekleşen cinsel gerilimin ve meydana gelen fiziksel değişimlerin uyarılma öncesi haline döndüğü evredir. Son evre olup süresi orgazm olup olmamaya, orgazmın yoğunluğuna, seksüel uyarının sürüp sürmemesine bağlı olarak değişir (47). Cinsel uyarının sürdürülmesiyle bazen orgazm fazına dönüş gerçekleşerek çoklu orgazm durumu yaşanabilir.

2.3.2. Kadın Cinsel İşlev Bozuklukları

Kadınların cinsel fonksiyonları, genel sağlığın ayrılmaz bir bileşenidir. Bir bireyin sağlığını etkileyen herhangi bir durum, cinsel sağlığı da etkileyebilir ve cinsel fonksiyon bozukluklarına yol açabilir. Cinsel yanıt döngüsü evrelerinden herhangi birinde veya birkaçında ortaya çıkan sorunlar, kadın cinsel fonksiyon bozukluklarını tetikleyebilir, bu da bireyin yaşam kalitesini azaltan çeşitli sorunlara neden olabilir (48). Amerikalı kadınlarının yaklaşık %43'ü cinsel sorunlar yaşadığını belirtirken, %12'si bu sorunun kişisel olarak rahatsız edici olduğunu düşünmektedir. Kadınlarda cinsel sorunların yaygınlığı, orta yaşlara doğru artar. 18-44 yaş aralığındaki kadınlarda yaklaşık %10 iken, 45-64 yaş aralığındaki kadınlarda %15'e yükselir ve daha sonra yaşlılık döneminde %9'a düşer (49). Kadınların 1/3'ünde cinsel istek azlığı, 1/4'ünde

orgazm olamama, 1/5'inde lubrikasyonda yetersizlik, 1/5'inde zevk alamama bildirilmiştir. Literatürdeki diğer çalışmalara bakıldığında; cinsel istek bozukluğu %16 ila 48 ve disparoni %7 ila 68 arasında değişkenlik gösterir (50, 51).

Ülkemizde yapılan bir araştırmada kadınlarda cinsel işlev bozukluğu prevalansının %48,3 olduğu gösterilmiştir. Cinsel fonksiyon bozukluklarının %45'inin tatmin, %42,9'unun ağrı bozuklukları, %42,7'si orgazm, %40,9'u lubrikasyon ve %35,9'unun uyarılma sorunu olduğu saptanmıştır (52).

1994 yılında yayınlanan DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fourth Edition) cinsel fonksiyon bozukluklarının tanı kategorilerini Masters ve Johnson tarafından tanımlanan ve daha sonra Kaplan tarafından geliştirilen cinsel yanıt döngüsü modeline göre yapmıştır (53, 54). DSM-IV'e göre kategoriler; hipoaktif cinsel istek bozukluğu, cinsel uyarılma bozukluğu, orgazm bozukluğu, cinsel ağrı bozuklukları (disparoni ve vajinismus), cinsel tiksinti bozukluğu, genel bir tıbbi duruma bağlı cinsel işlev bozukluğu, madde veya ilaç kullanımının yol açtığı cinsel işlev bozukluğu, başka türlü adlandırılamayan cinsel işlev bozuklukları şeklindedir.

2013 yılında yayınlanan DSM-V; kadın cinsel işlev bozukluklarını 3 ana tanı kategorisi altında tanımlandırıp daha basitleştirmiştir. Ayrıca DSM-V'te semptomlara süre, sıklık ve şiddet gibi ölçütler de eklenmiştir (55). Tanı konulabilmesi için semptomların minimum 6 aylık bir süreçte ve %75 ila %100 sıklığında gerçekleşmesi gerekmektedir (56). DSM-V'e göre kadın cinsel disfonksiyonu tanı kategorileri: Kadın cinsel ilgi/uyarılma bozukluğu, orgazm bozukluğu, genitopelvik ağrı/penetrasyon bozukluğu şeklindedir.

Cinsel işlev bozukluklarının temelinde bir dizi sistemik hastalık altta yatan neden olabilir. Örneğin idrar kaçırma ile seyreden üriner sistem hastalıkları, pelvik organ prolapsusu gibi hastalıklar veya multiple skleroz, parkinson gibi sistemik nörolojik hastalıklar, hareket kısıtlamasına sebep olan eklemleri etkileyen romatolojik hastalıklar, anksiyete, depresyon, şizofreni gibi psikiyatrik hastalıklar cinsel fonksiyon bozukluğu oluşmasına zemin hazırlayabilir. Hastaların hayat kalitesini büyük ölçüde etkileyen kanserler, özellikle genital bölge kanserleri de cinsel işlevleri negatif yönde etkileyebilir (57).

Bunların yanı sıra; çok sayıda çocuk sahibi olmak ve vajinal doğum yapmak, doğum travmaları, laktasyon döneminde olmak, kadın pelvik organ enfeksiyonları, genital bölge travmaları, sigara/alkol kullanımı, obezite gibi faktörler de kadınların cinsel yaşamını doğrudan etkilemektedir (57).

❖ Kadın Cinsel İlgi/ Uyarılma Bozukluğu:

DSM-IV'te ayrı ayrı tanımlanan hipoaktif cinsel istek bozukluğu ile cinsel uyarılma bozukluğu kategorilerinin birleştirilmesiyle oluşturulmuştur. Semptomların en az 3 tanesinin bulunması ve minimum 6 aydır devam etmesi, altta yatan organik bir sebep bulunmamasıyla tanı konur (55). Semptomlar; cinsel aktiviteye ilginin olmaması/azalması, erotik düşüncelerin olmaması/azalması, cinsel aktiviteye başlarken veya cinsel aktivite sırasında sorun olması, dış cinsel uyarana karşı heyecan ve zevkin olmaması, cinsel uyarılara yanıtın yetersiz olması, cinsel aktivite sırasında genital veya genital olmayan duyumların olmaması/azalması.

❖ Kadın Orgazm Bozukluğu:

Orgazmda belirgin gecikme veya orgazm olmama ve orgazm hissinin yoğunluğunda belirgin azalma olarak tanımlanır. Bu semptomlardan birinin varlığı ve cinsel ilişkinin tamamında veya tamamına yakınında semptomların yaşanması (%75 ila %100) ile tanı konur (55). Kadın orgazm bozukluğu; kadınlarda orgazm sürecinde yaşanan birçok fizyolojik, psikolojik veya psikofizyolojik durumlardan herhangi birinin bozulmasını içerebilir (58).

❖ Genitopelvik Ağrı/Penetrasyon Bozukluğu:

DSM-IV'te iki ayrı kategori olan disparoni ve vajinismusun birleştirilmesiyle DSM-V'te tanımlanmıştır. Cinsel ilişki sırasında veya başlangıcında penetrasyonla ilgili yaşanan zorluklar, ağrı ve bu ağrının neden olduğu endişelerden dolayı pelvik taban kaslarının ilişkiye giriş sırasında aşırı sıkı olması nedeniyle meydana gelebilir (55). Semptomlardan en az birisinin olmasıyla tanı konur. Semptomlar; cinsel ilişki sırasında vajinal penetrasyon zorluğu, belirgin vulvovajinal veya pelvik ağrı, vajinal penetrasyon endişesi, pelvik taban kaslarında belirgin gerginlik olması.

Yüzeyel (penetrasyon esnasında oluşan vulvovajinal ağrı) ve derin (pelvik) ağrı şeklinde ağrının yerine ve şiddetine göre sınıflandırılabilir (59). Coitus sırasında yaşanan ağrı çok faktörlü, multisistemik ve karmaşık olarak değerlendirilebilir. Etyolojisi ise tüm ağrı sendromlarında olduğu gibi karışık ve birden fazla biyolojik ve hormonal faktöre bağlıdır (58, 60).

Çok faktörlü koital ağrıda biyolojik, psikososyal veya ilişki kaynaklı faktörler bir arada bulunabilir. Zaman içerisinde bu farklı faktörler cinsel ağrı bozukluğunun temeli olabilir, bu süreci hızlandırabilir veya kalıcı hale getirebilir (61, 62).

Multisistemik; cinsel işlevlerin bütünü nörolojik, endokrinolojik, vasküler, psikojenik, immünolojik, kas iskelet sistemi gibi pek çok sistemin bir arada çalışmasıyla gerçekleşir. Dolayısıyla koital ağrının oluşmasında bu sistemlerde gerçekleşen bozukluklar etkili olabilir (63, 64)

Karmaşık; cinsellik deneyimi, yalnızca fiziksel veya duygusal faktörlerin toplamından ibaret değildir. Benzer şekilde, koital ağrı deneyimi de koital ağrının basit periferik doku hasarından daha fazlasını içerir. Genital-pelvik ağrı ve penetrasyon bozukluğu kronikleştikçe, ağrının patofizyolojisi, başlangıçta basit doku hasarını tetikleyen nosiseptif duyudan, merkezi sinir sisteminin giderek daha fazla etkilendiği bir nöropatik kronik ağrı sendromuna dönüşebilir. Bu durumda koital ağrı; kendini koruma ve savunmayı sağlayan bir uyarı sinyalinden, kronik ağrı sendromu olan nöropatik ağrıya dönüşebilir (65).

2.3.3. Cinsel İşlev Bozukluğu Tedavisi

Kadınların sosyal ve günlük hayatlarını, kişisel ilişkilerini etkileyen cinsel işlev bozuklukları tek bir faktöre bağlı olmayıp multifaktöriyel olarak ortaya çıkmaktadır. Dolayısıyla tedavi de altta yatan neden/nedenlere göre seçilmelidir.

Cinsel ilgi/uyarılma bozukluğunda; farkındalığı arttıran psikoterapiler uygulanır. Psikolojik tedaviden fayda göremeyen hastalarda; östrojen ve testosteron gibi farmakolojik tedavi seçeneklerinden yararlanılabilir. Farmakolojik tedavi

ajanlarından FDA tarafından onaylı flibanserin, premenapozal dönemde cinsel ilgi/uyarılma bozukluğu tedavisinde kullanılabilmektedir (66).

Genitopelvik ağrı/penetrasyon bozukluğunda tedavi multidisiplinerdir ve altta yatan nedene yönelik olmalıdır. Disparoninin en sık üç nedeni; genitoüriner sendrom, pelvik tabanın hipertonik olması ve vulvodinidir. Tedavide amaç; seksüel ilişki sırasında meydana gelen ağrı, endişe ve kas gerginliği dışında kadınların cinsel açıdan memnuniyetini de iyileştirmek olmalıdır. Disparonide altta bulunan sebep hipoöstrojen kaynaklı vajinal atrofi ise vajinal östrojen takviyesi, vajinal lubrikantlar, nemlendiriciler tedavide fayda sağlayabilir (67). Yine bu hasta grubunda da cinsel terapi, bilişsel-davranışçı terapi, biofeedback uygulamaları gibi tedavi yöntemleri kullanılabilir (68).

Orgazm bozuklukları genellikle diğer cinsel fonksiyon bozuklukları ile birlikte meydana gelir. Tedavide amaç; uyarıyı arttırmak, inhibisyonu azaltmaktır (69). Psikolojik tedavide bilişsel davranışçı terapi, kişinin cinsel ilişkiye dair fikirlerinde farklılık yaratmayı, anksiyeteyi azaltmayı ve orgazm olma yeteneğini artırmayı hedefler. Tedavi sürecinde hasta ve partner eğitimi, psikososyal destek ve vibratörlerin kullanımı gibi yöntemler de önemli bir rol oynar (70). Farmakolojik tedavi ajanları da bilişsel terapiden fayda göremeyen hastalarda kullanılır. Bubropion ajanı kullanan hastaların plaseboya göre artmış cinsel istek, uyarılma ve orgazm oranlarına sahip olduğu yapılan Cochrane derlemesinde gösterilmiştir (71).

2.4. DOĞUM SONRASI DÖNEMDE CİNSELLİK

Postpartum dönemde anne; gebelik ve doğum sürecinin bitmesi ve sonrasında laktasyonun da başlamasıyla önemli anatomik, fizyolojik, endokrinolojik değişikliklere uğrar. Psikolojik olarak da aileye yeni bir üyenin gelmesi ile ailede yeni bir düzen oluşmuştur ve anne bu yeni düzene, anneliğe ve beden imajındaki değişikliklere adapte olmakta zorluk yaşayabilir (72). Doğumdan sonra cinsel ilişkinin başlama zamanı kültürel ögelere, kadının fiziksel anlamda iyileşmesine, eşlerin psikolojik olarak hazır olmasına bağlı olarak değişir. Postpartum ikinci haftadan sonra kanama ve enfeksiyon riskinin azalmasıyla cinsel aktiviteye başlanabilir (73).

Türkiye'de cinsel ilişkiye başlama zamanı geleneksel olarak lohusa dönemi sonrası yani altıncı haftadan sonradır (74).

Doğumdan sonra kadınların yaşadığı anatomik, fizyolojik ve endokrinolojik değişiklikler seksüel hayatlarını da etkilemektedir. Genital bölgedeki travma, vajinal kanama, epizyotomi/deşüri olması, bedensel yorgunluk hali, laktasyondan dolayı memelerde oluşan değişimler, libido azalması/kaybı, genel vücut görüntüsünde ve beden algısında değişiklikler olması gibi nedenler cinsel yaşam üzerinde etki yapar. Bu dönemde cinsel ilişki ile ilgili sorunlar ortalama 3 ay (1 ila 11 ay) sürebilir (75, 76, 77). Thomson ve arkadaşlarının 2002 yılında, 1193 hasta üzerinde yaptıkları bir çalışmaya göre postpartum 6. ayda, kadınların %20'sinin cinsel problemler yaşadığı gösterilmiştir (78).

2.4.1. Genel Fizyolojik Değişiklikler

Gebeliğin yedinci haftasından sonra östrojen ve progesteron hormonlarının üretimi korpus luteumdan plasentaya geçer. Doğuma kadar geçen süreçte maternal östrojen ve progesteronun büyük çoğunluğu plasenta ile sağlanır ve plasentanın da doğumuyla birlikte kadında bu hormonların düzeylerinde belirgin bir azalma olur (79).

Kadının emzirme sürecine de bağlı olarak overlerde ovulasyonun yeniden başlaması doğum sonrası altınca haftaya kadar gerçekleşmez. Emzirme sürecinin uzamasıyla anovulatuar dönem daha da uzayabilir. Meme ucunda uyarının düzenli bir şekilde olması GnRH üretimini etkileyerek LH salınımını inhibe eder. FSH salınımı normale dönmesine rağmen baskılanmış plazma LH düzeyleri, FSH'ın da etkili olmamasına neden olur. Dolayısıyla LH seviyesinin yeterli olmaması sonucu ovarian foliküller gelişemez ve yeterli düzeyde östrojen salgılayamaz. Anovulatuar bir süreç olur ve normal fizyolojik bir menstrüel siklus yaşanmaz (79, 80).

Doğumdan sonraki dönemde östrojenin azalmasına bağlı cinsel sorunlar yaşanabilir. Hipoöstojeneminin neden olduğu cinsel istek azlığı, vajinal kuruluk, libido azalması, vajinal atrofi kadınlarda görülen değişikliklerdir. Hastalara vajinal lubrikantlar, nemlendiriciler, östrojenli kremler önerilir (79, 80).

2.4.2. Meme Dokusu Değişiklikleri

Postpartum dönemde gebelik süresince meme dokusunun gelişmesini sağlayan östrojen, progesteron gibi bazı hormonların miktarında azalma gerçekleşir. Annenin laktasyon süresine bağlı olarak hormonların gebelik öncesi dönemdeki düzeylerine ulaşma süresi değişir. Laktasyonla birlikte meme dokusundaki süt kanalları dolar. Bununla birlikte meydana gelen fizyolojik ve psikolojik değişiklikler her kadında farklı süreçlerle gerçekleşir. Cinsellik ve meme genellikle beraber değerlendirilirken; cinsellik ve emzirme partnerlerde daha farklı algılanabilir. Ancak, bu sonuçların evrensel olduğunu düşünmek doğru olmayabilir; zira bazı erkekler, eşlerinin bebeklerini emzirmesinden cinsel olarak etkilenebilirken, aynı şekilde kadınlar da bebeğin emmesiyle ara sıra cinsel tatmin yaşayabilir ve hatta bundan suçluluk duyabilirler (81, 82).

Laktasyon dönemindeki kadınlarda süt üretiminde görevli olan prolaktin ve oksitosin hormonlarının da cinsel işlev fizyolojisi üzerinde etkileri vardır. Bu dönemde prolaktin seviyelerinin yüksek olmasının, kadınların cinsel isteklerinde azalmaya neden olduğu ortaya konmuştur (83). Prolaktin hormonunun aksine oksitosinin cinsel istek arttırıcı etkisi vardır. Aynı zamanda emzirme sırasında salgılanmasıyla kadınlarda uterin kontraksiyonlara neden olup bazı kadınlarda orgazm benzeri duygular yaşanmasını sağlamaktadır (84).

2.4.3. Vajen Ve Perine Bölgesindeki Değişiklikler

Kadınların normal vajinal doğum sonrası vajen dokusunda birtakım değişiklikler olur. Doğumdan sonra vajinanın yapısı tonusu azalmış, ödemli, gevşek, rugaları silinmiş, vajinal mukoza incelmiş durumdadır. Fizyolojik olarak gerçekleşen bu değişimler genellikle postpartum altıncı hafta ila sekizinci haftalarda normale döner. Zaman içerisinde vajina kas tonusunu tekrar kazanarak, boyutları küçülür. Rugalar doğum sonrası üç-dört haftaya kadar yeniden oluşur; vajinaya giden kan akımının azalmasıyla ödem de zamanla azalır. Fakat vajina duvarlarında bulunan rugalar nullipar bir kadındaki gibi belirgin değil; daha yassılaşmış haldedir (85).

Laktasyonun da başlamasıyla kadınlarda östrojen seviyesinin az olması neticesinde vajina atrofik olarak kalır (86). Emzirme döneminin de uzaması ve normal fizyolojik menstrüel siklusun gecikmesi ile birlikte vajinada oluşan kuruluk ve atrofi cinsel ilişki sırasında ağrıya dolayısıyla da cinsel fonksiyonlarda bozukluğa yol açar (85).

Doğum sırasında meydana gelen laserasyonlar veya uygulanan epizyotomi kadınların perineal bölgelerinde travma yaratır. Bunlar; kadınlarda üriner inkontinans, disparoni, kronik pelvik ağrı gibi kısa veya uzun dönemli morbiditeye sebep olabilirler (87, 88). Epizyotomi Türkiye'de sıklıkla uygulanmaktadır.

Epizyotominin normal fizyolojik iyileşme sürecinde; iki ila üç hafta içinde ilk yara iyileşmesi olurken, skar hattının tamamıyla iyileşmesi dört ila altı hafta sürmektedir (85). Epizyotominin cinsel fonksiyonlar üzerindeki etkisini inceleyen bir çalışmada vajinal doğumu sırasında epizyotomi uygulanan kadınların, epizyotomi uygulanmayan veya sezaryen ile doğum yapan kadınlara göre daha çok cinsel sorun yaşadığı, idrar kaçırma sorunlarının olduğu ve doğum sonrası dönemde uzun süren pelvik ağrı yaşadıkları bildirilmiştir (87). Signorello ve arkadaşları tarafından yapılan başka bir araştırmada; primipar olup perinesine cerrahi müdahale uygulanan kadınların doğum sonrası cinsel yaşamlarına bakılmıştır. Perinesinde hasar olup genital bölgede cerrahi işlem görmüş kadınların çoğunun postpartum dönemde disparoni yaşadıklarını ve laserasyon miktarı daha fazla olan kadınlarda bu oranın daha yüksek olduğunu belirlemişlerdir (89).

Doğum sürecinde perineal kaslar, uterus ve vajinanın destekleyici bağ dokuları da hasar görebilir. Bu da postpartum kısa veya uzun dönemde hastaların hayat kalitelerinde veya cinsel yaşamlarında olumsuz sonuçlar doğurabilir (85). Doğum esnasında pelvik tabanda oluşan gerilme kuvveti ve oluşan deformasyonların eski haline ve işlevlerine dönmesi yaklaşık altı ayı bulabilir. Perineal kasların eski işlevlerine dönmesine yardımcı olmak ve bu süreci hızlandırmak için hastalara doğum sonrası dönemde Kegel egzersizleri önerilmelidir (86). Egzersizlerle birlikte pelvik taban kaslarının güçlendirilmesi cinsel hayatta yaşanabilecek olumsuz durumları engellemeye yardımcı olur (90). Baytur ve arkadaşlarının perineal kasların doğum

sonrası süreçte hastaların cinsel fonksiyonları üzerindeki etkilerini inceledikleri bir çalışmada; pelvik kasların vajinal doğum yapan kadınlarda sezaryen ile doğum yapan kadınlara göre daha zayıf olduğu gösterilmiştir (91).

2.4.4. Beden İmajında Görülen Değişiklikler

Beden imajı, kişinin kendi fiziksel görünümünü ve ona ilişkin düşüncelerini algıladığı zihinsel bir tasarımdır. Bir başka tanıma göre, beden imajı; bireyin kendi vücudunun tüm parçalarını ve bu parçaların işlevlerini olumlu ve olumsuz duygularla değerlendirdiği bir süreçtir. Geçmiş ve şu anki duyguların, tutumların ve algıların bir araya gelmesiyle oluşur. Bireyin kişiliği, önemsediği şeyler, diğer insanlarla etkileşimleri ve düşünceleri, beden imajının şekillenmesinde önemli bir rol oynar (92).

Cinsel işlevsellikle ilgili olarak, beden algısı terimi genellikle bir kişinin kendi fiziksel çekiciliğini veya bir cinsel partner olarak arzu edilebilirliğini değerlendirmesi için kullanılırken, kişinin kendi cinsel organları veya erojen bölgeleri hakkında hissettiği duygular önemli bir ayrım oluşturabilir (93). Beden imajındaki değişikliklere ilişkin korku ve endişeler, cinselliği olumsuz yönde etkileyebilir. Özellikle kadınlarda, düşük beden algısı kendilerini daha az kadınsı hissetmelerine, cinsel isteklerinin daha az olmasına ve cinsellikten kaçınma gibi davranışlara yol açabilir (94). Yapılan bir araştırmada, düşük beden algısına sahip kadınların cinsel ilişki sırasında bedenlerine daha fazla odaklandıkları, kendilerine daha az güvendikleri ve bu durumun cinsel isteklerini azalttığı bildirilmiştir (95).

Doğumdan sonraki süreçte; normal vajinal doğum yapan kadınların perine bölgesindeki laserasyonlar, epizyotomi varlığı gibi genital travmalar, karın kaslarının güç kaybetmesi, kilo alımı, memelerin bebeği emzirmek amacıyla kullanılarak cinsel obje olmaktan çıkması kadınların beden imajını değiştirebilir. Dış görünüşle ilgili yaşanan bu değişikliklerin kabullenilme süreci her kadında farklı olabilir. İlk gebeliklerini yaşayan bazı kadınlar, vücutlarının kendi bedenleri olmadığı algısına kapılabilir (96). Bazıları ise zamanla bedenlerindeki bu değişikliğin normale döneceğini umarak kabullenir ve vücutlarındaki bu değişimleri anlamaya çalışırlar (97).

Olsson ve arkadaşlarının postpartum dönemdeki kadınlarla yaptıkları bir çalışmada; kadınların bu dönemde çok fazla fiziksel imaj değişikliğine uğradığını ve bununla baş etme konusunda zorluk yaşadıklarını bildirmişlerdir. Kadınların bu dönemde cinsel açıdan negatif düşüncelere sahip olmaları, perineal bölgede ve memelerde yaşadıkları anatomik değişiklikler, vajinalarını gevşek ve daha bol hissetme, doğum sırasında yaşanan genital travma, epizyotomi varlığı gibi nedenlerle cinsel hayatları hakkında endişelenmelerine yol açmaktadır. Araştırmanın bir diğer sonucuna göre de; bazı kadınların bedenlerindeki değişiklikleri olumlu bir şekilde algıladıkları ve doğum sonrası dönemde vücutlarını daha iyi tanıdıkları, genital bölge kaslarını güçlendirdikleri ve cinsel doyuma daha kolay ulaştıkları belirtilmiştir (98).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmamız Sancaktepe Şehit Prof. Dr. İlhan Varank Eğitim ve Araştırma Hastanesinde; 15 Kasım 2023 ve 15 Şubat 2024 tarihleri arasında Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniğine doğum sonrası 6 ila 12. ay arasında kontrol amacıyla başvuran hastalarda dahil etme ve hariç tutma kriterlerine uygun anket çalışması olarak yapılmıştır. Çalışma prospektif anket çalışmasıdır.

Toplam örneklem büyüklüğü normal vajinal doğum (n=70), sezaryen ile doğum (n=70) olmak üzere toplam hasta sayısı 140 olarak belirlendi.

Poliklinikte, hastalara bayan hemşire ve asistan doktor refakatinde mahremiyete dikkat edilerek çalışma hakkında bilgilendirme yapıldı. Hastaların sözel ve yazılı onamları alındıktan sonra cinsel işlev bozukluğunu değerlendirme yöntemi olarak FSFI (kadın cinsel işlev ölçeği), genital benlik imajını değerlendirmek amacıyla FGSIS (kadın genital benlik imajı ölçeği) ve genital görünüm algılarını değerlendirmek amacıyla Matti Dominoni ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmadaki anketten Türkçe'ye uyarlanarak oluşturulan valide edilmemiş bir anket kullanıldı (12). Bu anketler yardımıyla ilk doğumunu gerçekleştiren hastalarda doğum şeklinin (normal vajinal doğum ve sezaryen ile doğum) postpartum cinsel fonksiyonlar, kadın genital benlik imajı ve genital görünüm algısı üzerindeki etkileri araştırıldı.

Anket formlarının üzerine hastaların kimlik bilgileri yazılmadı. Katılımcıların geriye yönelik doğumla ilgili demografik ve klinik bilgilerine ulaşabilmek amacıyla, hastaların hastanemizde kullanılan HİS sistemi üzerinde bulunan HİS numaraları yazıldı. Hastaların birtakım demografik ve klinik bilgilerine HİS sistemi üzerinden ulaşıldı. Ayrıca hastaların doğum zamanı boy ve kütleleri ile şimdiki kütleleri sorgulandı.

Araştırmaya dahil edilen hastalar 18-35 yaş arası, 6 ila 12 ay önce 37. gebelik haftası ve üzerinde (term) tekil canlı ilk doğumunu yapmış olan ve daha önce bilinen akut ve kronik sistemik hastalığı olmayan hastalardan seçildi.

18 yaşından küçük ve 35 yaşından büyük olanlar, daha önce doğum öyküsü olanlar, sistemik hastalığı olanlar, çoğul doğum, ölü doğum yapanlar, erken doğum

yapanlar, doğum sonrası ilk 6 aylık dönemde olanlar, doğum sonrası 12 aydan fazla geçmiş olan hastalar çalışma dışında tutulmuştur.

Araştırma için gerekli verilerin toplanması amacıyla Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu ve üç tane anket formu kullanılmıştır. Birinci anket formu kadınların cinsel işlevlerini sorgulamak amacıyla kullanılan Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi (Female Sexual Function Index- FSFI)'dir. İkinci anket formu kadınların genital benlik imajını değerlendirmek amacıyla kullanılan kadın genital benlik imajı ölçeği (FGSIS)'dir. Üçüncüsü ise kadınların genital görünüm algılarını değerlendirmek amacıyla Matti Dominoni ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmadaki anketten Türkçe'ye uyarlanan valide edilmemiş bir anket formudur. Anket üç jinekoloji uzmanı tarafından kontrol edilmiştir ve kullanım öncesinde 10 hastada ön test yapılarak anlaşılırlık, kelimeler, yorumlama ve kültürel farklar açısından kontrol edilmiştir (Ek-1).

3.1. KADIN CİNSEL İŞLEV ÖLÇEĞİ (FSFI)

FSFI, 2000 yılında, kendi alanlarında uzman 8 kişi tarafından kapsamlı bir literatür taraması ve DSM-4 ile ICD-10 gibi birçok kılavuzdan faydalanılarak hazırlanmıştır. Son 20 yılda, kadın cinsel fonksiyonunu değerlendirmede kullanılan FSFI anketi, cinsel fonksiyon değerlendirmelerinde altın standart olarak kabul edilmiştir ve pek çok araştırma ve makalede referans gösterilmiştir (40).

FSFI son dört haftada süregelen cinsel işlevleri belirlemeye yönelik olarak hazırlanan 19 sorudan oluşmuştur. Cinsel istek, cinsel uyarılma, lubrikasyon, orgazm, memnuniyet ve ağrı/rahatsızlık olarak 6 ana etkeni değerlendirmektedir. Bu ölçekte alınabilecek en yüksek toplam ham puan 95, en düşük ham puan ise 4 olup, katsayıların çarpımı sonrası en yüksek skor 36, en düşük skor ise 2'dir. Tüm skalanın puanlanması için kullanılan etki katsayıları; cinsel istek için 0,6, cinsel uyarılma ve lubrikasyon için 0,3, orgazm, memnuniyet ve ağrı/rahatsızlık için 0,4 olarak belirlenmiştir. FSFI skorunun 26.55'in altında olması cinsel işlev bozukluğu ile uyumlu olarak tanımlanmıştır (99). Çalışmada, ankete göre elde ettiğimiz FSFI puanı cut-off değerinin üzerinde olan katılımcıların cinsel fonksiyonlar açısından iyi olduğunu, cut-off değerinin altında olan katılımcıların ise cinsel disfonksiyonu olduğunu kabul ediyoruz.

3.2. KADIN GENİTAL BENLİK İMAJI ÖLÇEĞİ (FGSIS)

Herbenick ve arkadaşları tarafından geliştirilen Kadın Genital Benlik İmajı Ölçeğinin amacı kadın genital benlik algısını ölçmektir (100). Anketin Türkçe validasyonu 2018 yılında Kaya ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (101).

FGSIS, 7 soru içerir ve kadınların genital organlarına dair hislerini ve düşüncelerini "katılıyorum", "katılmıyorum", "kesinlikle katılıyorum" ve "kesinlikle katılmıyorum" şeklinde 4 seçenekle değerlendirir. Her soru 1 ile 4 puan arasında puanlanır ve toplam puan 7 ile 28 arasında değişir. Ölçek skorunun yüksek olması, olumlu bir genital benlik imajının varlığını gösterir.

Verilerin analizinde; tanımlayıcı istatistiklerin ardından normal dağılıma uygunluğu belirlemek için Kolmogorov-Smirnov testi uygulanmıştır. Kategorik verilerin gösteriminde frekans ve yüzde, sürekli verilerin gösteriminde ortanca, ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerleri kullanılmıştır. Normal dağılıma uyan sürekli verilerin, kategorik bağımsız değişkenlere göre değerlendirilmesinde bağımsız gruplarda T-testi; normal dağılıma uymayan sürekli verilerin, kategorik bağımsız değişkenlere göre değerlendirilmesinde Mann-Whitney U ve Kruskal Wallis testleri kullanılmıştır. Ayrıca kategorik değişkenlerin birbirleriyle ilişkilerini incelemek için Ki-kare testi yapılmıştır. Sürekli değişkenlerin birbirleriyle olan ilişkileri Spearman Korelasyon Testi ile incelenmiştir. Cinsel İşlev bozukluğu ile uyumlu FSFI puanı alma yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturduğu tespit edilen değişkenler enter metoduyla Binary Lojistik Regresyon testine tabi tutulmuştur. Tüm testlerde %95 güven aralığında, alfa hata için sınır değer 0,05 olarak kabul edilmiştir ve analizler için SPSS Statistics v27.0.1 kullanılmıştır.

4. BULGULAR

Çalışma 140 katılımcı ile yürütülmüştür. Katılımcıların %50'si (n:70) normal vajinal doğum, %50'si (n:70) sezaryen doğum yapmıştır. Ortanca yaşları 25,0'tir (Ort±SD: 25,6±3,5, min: 18,0, max: 34,0). Katılımcıların fiziksel özellikleri ile ilgili bilgiler Tablo 1'de özetlenmiştir.

Tablo 1: Katılımcıların yaş, boy, vücut kütlesi ve Vücut Kitle İndeksi (VKİ) özellikleri

	N	Ortanca	Ortalama ± SD	Minimum	Maksimum
Yaş (yıl)	140	25,0	25,6±3,5	18,0	34,0
Boy (cm)	140	162,0	161,8±5,4	150,0	172,0
Mevcut vücut kütlesi (kg)	140	65,0	65,4±11,6	42,0	120,0
Doğumda vücut kütlesi (kg)	140	72,0	73,8±11,2	55,0	129,0
Mevcut VKİ (kg/m²)	140	24,2	24,9±4,0	17,6	42,5
Doğumda VKİ (kg/m²)	140	27,7	28,1±3,8	20,8	45,7

Katılımcıların %45'ine (n:63) doğum esnasında epizyotomi açılmıştır. Gestasyonel yaş açısından bebeklerin ortanca doğum zamanı 39 hafta 5 gün olarak saptanmıştır (Ort±SD: 36 hafta 5,7 gün± 7,7 gün, min:37 hafta 0 gün, maksimum: 41 hafta 5 gün). Dünyaya gelen bebeklerin doğum tartıları ortalama 3286,3±408,1 gr'dır (min:2500,0 gr, max: 4570,0 gr).

Tablo 2: Katılımcıların fiziksel özellikleri, gestasyonel yaş ve doğum tartısı verilerinin doğum türüne göre dağılımı

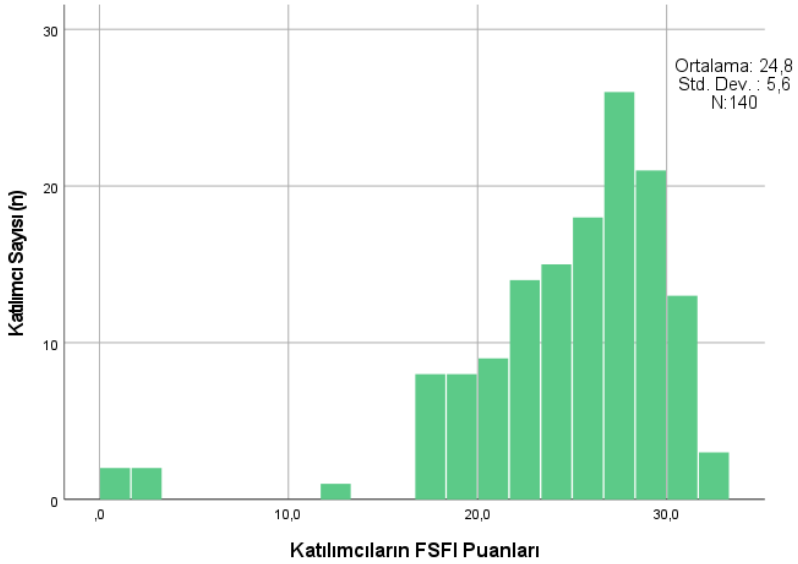
	Ortanca	Ort. ± SD	Min.	Max.	*p değeri*
Yaş (yıl)					
Normal Vajinal Doğum	24,0	24,6±3,2	18,0	34,0	***0.002****
Sezaryen Doğum	27,0	26,5±3,6	19,0	34,0	
Boy (cm)					
Normal Vajinal Doğum	162,0	161,4±5,0	150,0	171,0	*0.246**
Sezaryen Doğum	162,0	162,3±5,8	150,0	172,0	
Mevcut vücut kütlesi (kg)					
Normal Vajinal Doğum	63,0	62,8±9,1	42,0	86,0	***0.027****
Sezaryen Doğum	65,0	68,0±13,3	48,0	120,0	
Doğumda vücut kütlesi (kg)					
Normal Vajinal Doğum	70,0	71,8±8,7	55,0	100,0	***0.038****
Sezaryen Doğum	74,0	75,8±13,0	60,0	129,0	
Mevcut VKİ (kg/m²)					
Normal Vajinal Doğum	23,9	24,0±3,1	17,6	33,6	***0.019****
Sezaryen Doğum	24,8	25,7±4,6	19,0	42,5	
Doğumda VKİ (kg/m²)					
Normal Vajinal Doğum	27,4	27,5±3,0	21,1	36,7	*0.066**
Sezaryen Doğum	28,0	28,7±4,5	20,8	45,7	
Gestasyonel yaş (hafta+gün)					
Normal Vajinal Doğum	39h6g	39h5g±8g	37h0g	41h5g	*0.478**
Sezaryen Doğum	39h3g	39h4g±7g	37h0g	41h5g	
Doğum tartısı (gr)					
Normal Vajinal Doğum	3180,0	3199,9±361,4	2500,0	4040,0	***0.012***
Sezaryen Doğum	3322,5	3372,7±435,5	2540,0	4570,0	

*Mann-Whitney U testi uygulanmıştır.

**Bağımsız gruplarda T Testi uygulanmıştır.

Kadın Cinsel İşlev Ölçeği (FSFI)

Katılımcıların FSFI'dan aldıkları ortanca puan 26,2'dir (Ort±SD: 24,8±5,6, min:1,2, max:32,6) (Grafik 1).



Grafik 1: Katılımcıların Kadın Cinsel İşlev Ölçeği (FSFI) Puanlarının Dağılımı

Katılımcılar FSFI'yı oluşturan 6 alt etken arasında en yüksek puanları sırasıyla; Memnuniyet (Ortanca: 4,8, Ort±SD:4,6±1,2, min:0,0 ve max: 6,0), Ağrı/rahatsızlık (Ortanca: 4,4, Ort±SD: 4,2±1,5, min:0,0 ve max:6,0) ve Orgazm (Ortanca:4,4, Ort±SD:4,1±1,1, min:0,0 ve max:5,6) alt etkenlerinden almıştır. (Tablo 3)

Tablo 3: Katılımcıların FSFI ve alt etmenlerinden aldıkları puanlar

	N	Ortanca	Ortalama±SD	Minimum	Maksimum
Cinsel İstek	140	3,6	3,5±0,8	1,2	5,4
Cinsel Uyarılma	140	3,9	3,8±1,0	0,0	5,7
Lubrikasyon	140	4,2	4,2±1,0	0,0	6,0
Orgazm	140	4,4	4,1±1,1	0,0	5,6
Memnuniyet	140	4,8	4,6±1,2	0,0	6,0
Ağrı/Rahatsızlık	140	4,4	4,2±1,5	0,0	6,0
FSFI	140	26,2	24,8±5,6	1,2	32,6

Sezaryen doğum yapan grubun FSFI puanlarının, normal vajinal doğum yapan grubun FSFI puanlarından yüksek olduğu ve bu yüksekliğin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (*p:0.001*). Sadece normal vajinal doğum yapan grup içerisinde epizyotomi açılan (n:63, %90) ve epizyotomi açılmayan (n:7, %10) gruplar FSFI skorları açısından karşılaştırıldığında ise gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (*p:0.143*). (Tablo 4)

Tablo 4: Tüm katılımcıların doğum türlerine ve normal vajinal doğum yapan katılımcıların epizyotomi durumlarına göre FSFI puanları

	FSFI puanı				***p değeri***
	Ortanca	**Ort. ± SD**	**Min.**	**Max.**	
Doğum Türü (n:140)					
Normal Vajinal Doğum (n:70)	24,1	23,7±5,5	1,2	32,6	***0.001****
Sezaryen Doğum (n:70)	27,3	25,9±5,4	1,8	31,9	
Toplam	26,2	24,8±5,6	1,2	32,6	
Epizyotomi durumu (n:70)					
Yok (n:7)	27,2	26,6±3,5	21,4	30,2	*0.143***
Var (n:63)	24,0	23,3±5,6	1,2	32,6	
Toplam	26,2	24,8±5,6	1,2	32,6	

*Mann-Whitney U testi uygulanmıştır.

**Bağımsız gruplarda T Testi uygulanmıştır.

Katılımcıların %52,9'unun (n:74) FSFI ölçeğinden aldığı puan cinsel işlev bozukluğu ile uyumluyken %47,1'inin (n:66) puanı cinsel işlev bozukluğu ile uyumlu değildir. Normal vajinal doğum yapanlarda cinsel işlev bozukluğuyla uyumlu ölçek puanı alma oranı (%68,6, n:48) , sezaryen doğum yapanlardaki orana (%37,1, n:26) göre yüksek saptanmıştır *(p<0.001)*. (Tablo 5)

Tablo 5: Doğum türüne ve normal vajinal doğum yapanlarda epizyotomi durumuna göre cinsel işlev bozukluğu

	FSFI puanı						
	Cinsel İşlev Bozukluğu ile Uyumlu		**Cinsel İşlev Bozukluğu ile Uyumsuz**		**Toplam**		***p***
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	
Doğum türü							
Normal vajinal doğum	48	68,6	22	31,4	70	100,0	***0.001***
Sezaryen doğum	26	37,1	44	62,9	70	100,0	
Toplam	74	52,9	66	47,1	140	100,0	
Epizyotomi							
Var	46	73,0	17	27,0	63	100,0	***0.028****
Yok	2	28,6	5	71,4	7	100,0	
Toplam	48	68,6	22	31,4	70	100,0	

*Fisher's Exact Testi Kullanılmıştır.

Katılımcılardan cinsel işlev bozukluğu ile uyumlu ölçek puanı alan grubun (n:74) boy ortalamasının uyumsuz ölçek puanı alan grubun boy ortalamasından kısa olduğu saptanmıştır (*p:0.031*). Boy dışındaki sürekli değişkenlerin gruplar arasında anlamlı bir farklılık göstermediği bulunmuş olup sonuçlar Tablo 6'da özetlenmiştir.

Tablo 6: Katılımcıların fiziksel özellikleri, gestasyonel yaş ve doğum tartısı verilerinin Cinsel İşlev Bozukluğu durumlarına göre dağılımı

	FSFI puanı Cinsel İşlev Bozukluğu ile Uyumlu (n:74)				**FSFI puanı Cinsel İşlev Bozukluğu ile Uyumsuz (n:66)**				***p***
	Ortanca	**Ort.± SD**	**Min.**	**Max.**	**Ortanca**	**Ort.± SD**	**Min.**	**Max.**	
Yaş (yıl)	26,0	25,9±3,5	19,0	34,0	25,0	25,2±3,6	18,0	34,0	*0.231**
Boy (cm)	160,0	160,9±5,7	150,0	171,0	163,0	162,9±5,0	151,0	172,0	***0.031****
Mevcut vücut kütlesi (kg)	65,0	64,5±9,6	42,0	110,0	64,5	66,3±13,5	48,0	120,0	*0.998**
Doğumda vücut kütlesi (kg)	72,0	73,1±8,6	55,0	113,0	71,5	74,6±13,6	58,0	129,0	*0.892**
Mevcut VKİ(kg/m²)	24,4	24,8±3,5	17,6	38,1	24,1	24,9±4,5	19,0	42,5	*0.519**
Doğumda VKİ (kg/m²)	27,9	28,2±3,1	21,1	39,1	27,3	28,1±4,6	20,8	45,7	*0.334**
Gestasyonel yaş (hafta+gün)	39h5g	39h5g±8g	37h0g	41h5g	39h3g	39h4g±7g	37h0g	41h5g	*0.416**
Doğum tartısı (gr)	3227,5	3227,2±353,2	2500,0	4040,0	3270,0	3352,5±455,5	2500,0	4570,0	*0.070***

*Mann-Whitney U testi uygulanmıştır.

**Bağımsız gruplarda T Testi uygulanmıştır.

FSFI Alt Temaları

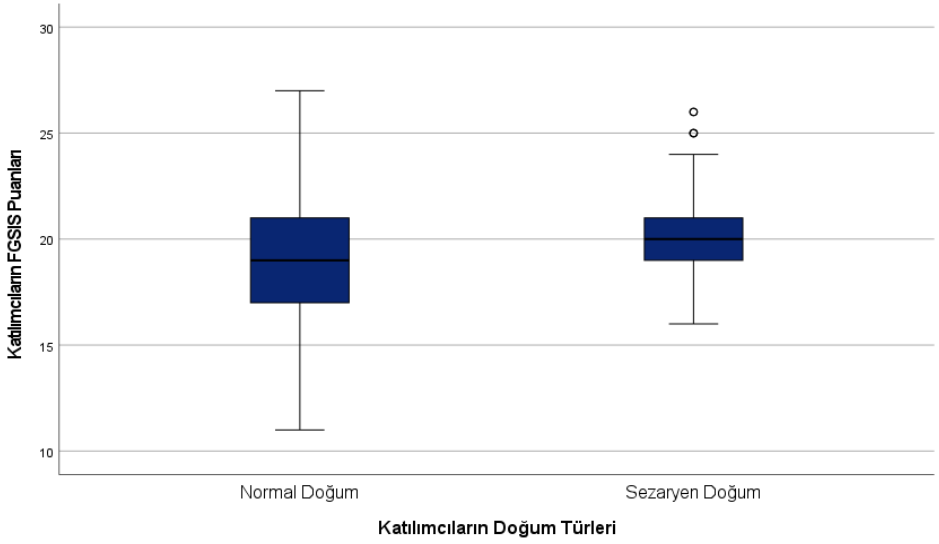
Normal doğum yapmış olan katılımcıların cinsel istek alt temasından aldıkları puanların ortanca değeri 3,6 (Ort.± SD: 3,4±0,8, min:1,2, max: 4,8) iken sezaryen doğum yapmış olan katılımcıların cinsel istek alt temasından almış oldukları ortanca puan 3,6 (Ort± SD: 3,7±0.8, min:1,8, max 5,4) şeklinde hesaplanmıştır (*p: 0.056*). Katılımcıların doğum türlerine göre FSFI alt temalardan aldıkları puanların dağılımları Tablo 7'de özetlenmiştir.

Tablo 7: Katılımcıların doğum türlerine göre FSFI alt temalarından aldıkları puanlar

	Normal Vajinal Doğum (n:70)				Sezaryen Doğum (n:70)				*p*
	Ortanca	Ort.± SD	Min.	Max.	Ortanca	Ort.± SD	Min.	Max.	
Cinsel İstek	3,6	3,4± 0,8	1,2	4,8	3,6	3,7± 0,8	1,8	5,4	*0.056*
Cinsel Uyarılma	3,9	3,7± 1,0	0,0	5,4	4,2	3,9± 1,0	0,0	5,7	*0.181*
Lubrikasyon	4,2	4,1±1,0	0,0	6,0	4,5	4,3±1,0	0,0	6,0	*0.226*
Orgazm	4,0	3,8±1,0	0,0	5,6	4,8	4,4±1,0	0,0	5,6	***0.001***
Memnuniyet	4,8	4,3±1,3	0,0	6,0	4,8	4,9±1,1	0,0	6,0	***0.002***
Ağrı/Rahatsızlık	4,0	3,9±1,5	0,0	6,0	4,8	4,5±1,	0,0	6,0	***0.006***

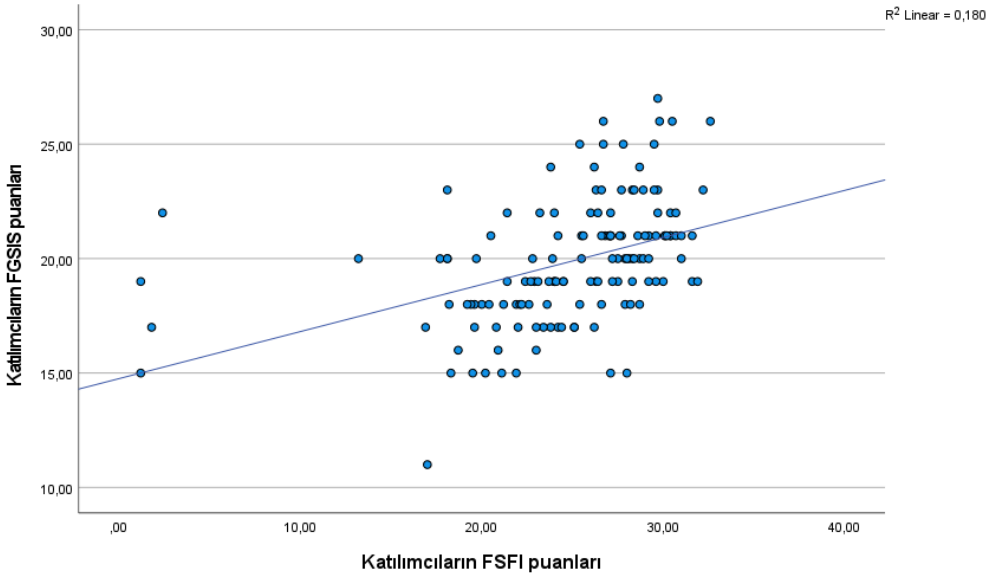
Kadın Genital Benlik İmajı Ölçeği (FGSIS)

Katılımcıların (N:140) FGSIS'den aldıkları ortanca puan 20,0 (Ort±SD: 19,8±2,7, min:11,0, max:27,0) olarak saptanmıştır. Normal vajinal doğum yapan katılımcıların ortanca FGSIS puanları 19,0 (Ort±SD: 19,4±3,0, min:11,0, max:27,0) iken sezaryen doğum yapan katılımcıların ortanca puanları 20,0 (Ort±SD: 20,3±2,2, min:16,0, max:26,0) olarak bulunmuştur (***p:0.041***) (Grafik 2).



Grafik 2: Katılımcıların doğum türlerine göre FGSIS puanları

Katılımcıların FGSIS'den aldıkları puanlar ile FSFI'dan aldıkları puanlar arasında orta düzeyde pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı korelasyon olduğu bulunmuştur (r:0,52 ve ***p:0.001***). (Grafik 3)



Grafik 3: Katılımcıların FSFI puanlarına göre FGSIS puanlarının dağılımı

Genital Görünüm Algısı

Katılımcıların genital görünüm algılarını ve bununla ilişkili olabilecek faktörleri saptamak üzere kendilerine yöneltilen çeşitli sorulara verdikleri yanıtlar incelenmiştir. Buna göre doğumdan sonra vulvasında değişiklik fark ettiğini belirten katılımcıların oranı %22,9 (n:32) iken doğumdan sonra vulva görüntüsünden memnun olduğunu beyan eden katılımcıların oranı %69,3 (n:97)'tür. Doğum sonrası genital görünümün önemli olduğunu düşündüklerini ifade eden katılımcıların oranı %90,0 (n:126)'dır. Katılımcıların doğum sonrası vulva ve vajina görünümü ile ilgili bilgi kaynakları arasında en sık başvurduklarını beyan ettikleri kaynak jinekologlar/doktorlar olmuştur (%45,7, n:64).

Katılımcıların genital görünüm algısıyla ilgili özellikleri açısından dağılımları Tablo 8'de, genital görünüm algısına yönelik önermelere katılma durumları ise Tablo 9'da sunulmuştur.

Tablo 8: Katılımcıların genital görünüm algısı ile ilişkili olabilecek özellikleri açısından dağılımları

	n	%
Doğum sırasında vajinal muayene sıklığı		
Hiç	25	17,9
<5	59	42,1
>5	56	40,0
Vulva ve vajina görünümüyle ilgili bilgi kaynakları		
Kadın dergileri	3	2,1
İnternet	53	37,9
Kitaplar	5	3,6
Arkadaşlar	15	10,7
Jinekologlar/ doktorlar	64	45,7
Doğumdan sonra vulva algılarıyla ilgili duygusal gelişimleri		
Utanç	36	25,7
Tatmin	54	38,6
Umursamazlık	41	29,3
Kızgınlık	9	6,4
Doğum sonrası cinsel organlarıyla ilgili semptomları		
Sorunu yok	83	59,3
Yanma	12	8,6
Kaşıntı	11	7,9
İnflamasyon	3	2,1
Ağrılı cinsel ilişki	20	14,3
Günlük sıkıntılar/zorluklar	11	7,9
Toplam	**140**	**100,0**

Tablo 9: Katılımcıların genital görünüm algısı hakkındaki önermelere katılma durumları

Önermeler	**Katılımcıların Yanıtları**					
	Katılıyorum		**Katılmıyorum**		**Kararsızım**	
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Doğumdan sonra vulvamda değişiklikler fark ediyorum.	32	22,9	69	49,3	39	27,9
Doğumdan sonra vajinal esneklikte bir azalma olduğunu fark ediyorum.	34	24,3	77	55,0	29	20,7
Doğumdan sonra vulvamın görüntüsünden memnunum.	97	69,3	18	12,9	25	17,9
Doğum sonrası genital görünümün önemli olduğunu düşünüyorum.	126	90,0	6	4,3	8	5,7
Genital estetik operasyonu olmayı düşünebilirim.	7	5,0	117	83,6	16	11,4
Doğum sonrasında cinsel organ görünümünün; günlük ve cinsel aktivite üzerindeki etkisinin önemli olduğunu düşünüyorum.	111	79,3	11	7,9	18	12,9

Katılımcılara uygulanan vajinal muayene sıklığının doğum türlerine göre dağılımı Tablo 10'da gösterilmiştir. Buna göre normal vajinal doğum yapan grupta 5 defadan çok muayene olduğunu beyan eden katılımcıların oranı sezaryen doğum yapan gruba göre daha fazladır ve bu durum cinsel işlev bozukluğu ile uyumlu olma açısından istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 11)

Tablo 10: Katılımcıların doğum türlerine göre vajinal muayene sıklıkları

	Hiç		**<5**		**>5**		**Toplam**		
	n	%	n	%	n	%	n	%	***p***
Doğum Türü									
Normal Doğum	7	10,0	26	37,1	37	52,9	70	100,0	*0.003*
Sezaryen Doğum	18	25,7	33	47,1	19	27,1	70	100,0	
Toplam	25	17,9	59	42,1	56	40,0	140	100,0	

Tablo 11: Cinsel işlev bozukluğu durumlarına göre vajinal muayene sıklıkları

	Hiç		**<5**		**>5**		**Toplam**		
	n	%	n	%	n	%	n	%	***p***
FSFI Puanı									
Cinsel İşlev Bozukluğu ile Uyumsuz	17	25,8	29	43,9	20	30,3	66	100	***0.025***
Cinsel İşlev Bozukluğu ile Uyumlu	8	10,8	30	40,5	36	48,6	74	100	
Toplam	25	17,9	59	42,1	56	40,0	140	100,0	

Katılımcıların doğum türlerine göre ve cinsel işlev bozukluğu durumlarına göre doğum sonrası vulvalarında değişiklikler fark etme önermesine katılma oranları Tablo 12 ve Tablo 13'te sunulmuştur. Vulvasında değişiklikler fark etme durumu doğum türlerine göre bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Doğumdan sonra vajinal esneklikte azalma olduğunu beyan eden katılımcılar normal doğum yapanlarda daha fazladır ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 14).

Tablo 12: Katılımcıların doğum türlerine göre "Doğumdan sonra vulvamda değişiklikler fark ediyorum." Önermesine katılma durumları

	Katılmıyorum		**Katılıyorum**		**Kararsızım**		**Toplam**		
	n	%	n	%	n	%	n	%	***p***
Doğum Türü									
Normal Doğum	26	37,1	25	35,7	19	27,1	70	100,0	***0.001***
Sezaryen Doğum	43	61,4	7	10,0	20	28,6	70	100,0	
Toplam	69	49,3	32	22,9	39	27,9	140	100,0	

Tablo 13: Katılımcıların cinsel işlev bozukluğu durumlarına göre "Doğumdan sonra vulvamda değişiklikler fark ediyorum." Önermesine katılma durumları

	Katılmıyorum		**Katılıyorum**		**Kararsızım**		**Toplam**		
	n	%	n	%	n	%	n	%	***p***
FSFI Puanı									
Cinsel İşlev Bozukluğu ile Uyumsuz	36	54,5	13	19,7	17	25,8	66	100,0	***0.486***
Cinsel İşlev Bozukluğu ile Uyumlu	33	44,6	19	25,7	22	29,7	74	100,0	
Toplam	69	49,3	32	22,9	39	27,9	140	100,0	

Tablo 14: Katılımcıların doğum türlerine göre "Doğumdan sonra vajinal esneklikte bir azalma olduğunu fark ediyorum." Önermesine katılma durumları

	Katılmıyorum		**Katılıyorum**		**Kararsızım**		**Toplam**		
	n	%	n	%	n	%	n	%	***p***
Doğum Türü									
Normal Doğum	27	38,6	28	40,0	15	21,4	70	100,0	***0.001***
Sezaryen Doğum	50	71,4	6	8,6	14	20,0	70	100,0	
Toplam	77	55,0	34	24,3	29	20,7	140	100,0	

Tablo 15: Katılımcıların cinsel işlev bozukluğu durumlarına göre "Doğumdan sonra vajinal esneklikte bir azalma olduğunu fark ediyorum." Önermesine katılma durumlarına

	Katılmıyorum		**Katılıyorum**		**Kararsızım**		**Toplam**		
	n	%	n	%	n	%	n	%	***p***
FSFI Puanı									
Cinsel İşlev Bozukluğu ile Uyumsuz	44	66,7	7	10,6	15	22,7	66	100,0	***0.002***
Cinsel İşlev Bozukluğu ile Uyumlu	33	44,6	27	36,5	14	18,9	74	100,0	
Toplam	77	55,0	34	24,3	29	20,7	140	100,0	

Normal doğum yapan katılımcıların vulva görüntüsünden memnun olmadıklarını beyan etme oranı %25,7 (n: 18) iken sezaryen doğum yapan katılımcıların hiçbiri vulva görünümünden memnun olmadığını beyan etmemiştir *(p:0.001)* (Tablo 16). Cinsel işlev bozukluğu durumlarına göre katılımcıların vulva görünümlerinden memnuniyeti oranları Tablo 17'de sunulmuştur.

Tablo 16: Katılımcıların doğum türlerine göre "Doğumdan sonra vulvamın görüntüsünden memnunum." Önermesine katılma durumları

	Katılmıyorum		**Katılıyorum**		**Kararsızım**		**Toplam**		
	n	%	n	%	n	%	n	%	***p***
Doğum Türü									
Normal Doğum	18	25,7	35	50,0	17	24,3	70	100,0	***0.001***
Sezaryen Doğum	0	0,0	62	88,6	8	11,4	70	100,0	
Toplam	18	12,9	97	69,3	25	17,9	140	100,0	

Tablo 17: Katılımcıların cinsel işlev bozukluğu durumlarına göre "Doğumdan sonra vulvamın görüntüsünden memnunum." Önermesine katılma durumları

	Katılmıyorum		**Katılıyorum**		**Kararsızım**		**Toplam**		
	n	%	n	%	n	%	n	%	***p***
FSFI Puanı									
Cinsel İşlev Bozukluğu ile Uyumsuz	3	4,5	53	80,0	10	15,2	66	100,0	***0.009***
Cinsel İşlev Bozukluğu ile Uyumlu	15	20,3	44	59,5	15	20,3	74	100,0	
Toplam	18	12,9	97	69,3	25	17,9	140	100,0	

Normal doğum yapan katılımcılar (n:70) arasında %87,5 (n:61) doğum sonrası genital görünümün önemli olduğunu belirtmişken sezaryenle doğum yapanlarda bu oran %92,9'dur (n:65). FSFI skoru cinsel işlev bozukluğu ile uyumlu olmayan katılımcılar (n:66) arasında doğum sonrası genital görünümün önemli olduğunu düşündüğünü beyan eden katılımcıların oranı %90,9 (n:60) iken FSFI skoru cinsel işlev bozukluğuyla uyumlu olan katılımcılar (n:74) arasında bu oran %89,2 (n:66)'dir. (Cochran İlkeleri gereği p değeri hesaplanmamıştır.)

Normal doğum yapan katılımcılar arasında genital estetik operasyon olmayı düşünebileceğini ifade eden katılımcıların oranı %8,6 (n:6) iken, sezaryen doğum yapan katılımcılardan yalnızca %1,4'ü (n:1) bu görüştedir. FSFI skoru cinsel işlev bozukluğu ile uyumlu olmayan katılımcıların (n:66) %4,5'i (n:3) genital estetik operasyon olmayı düşünebileceğini belirtirken FSFI skoru cinsel işlev bozukluğuyla uyumlu olan katılımcılar (n:74) arasında bu oran %5,4 (n:4)'tür. (Cochran İlkeleri gereği p değeri hesaplanmamıştır.)

Tablo 18: Katılımcıların doğum türlerine göre "Doğum sonrasında cinsel organ görünümünün; günlük ve cinsel aktivite üzerindeki etkisinin önemli olduğunu düşünüyorum." Önermesine katılma durumları

	Katılmıyorum		**Katılıyorum**		**Kararsızım**		**Toplam**		
	n	%	N	%	n	%	n	%	***p***
Doğum Türü									
Normal Doğum	9	12,9	50	71,4	11	15,7	70	100,0	***0.040***
Sezaryen Doğum	2	2,9	61	87,1	7	10,0	70	100,0	
Toplam	11	7,9	111	79,3	18	12,9	140	100,0	

Tablo 19: Katılımcıların cinsel işlev bozukluğu durumlarına göre "Doğum sonrasında cinsel organ görünümünün; günlük ve cinsel aktivite üzerindeki etkisinin önemli olduğunu düşünüyorum." Önermesine katılma durumları

	Katılmıyorum		**Katılıyorum**		**Kararsızım**		**Toplam**		
	n	%	N	%	n	%	n	%	***p***
FSFI Puanı									
Cinsel İşlev Bozukluğu ile Uyumsuz	2	3,0	55	83,3	9	13,6	66	100,0	*0.134*
Cinsel İşlev Bozukluğu ile Uyumlu	9	12,2	56	75,7	9	12,2	74	100,0	
Toplam	11	7,9	111	79,3	118	12,9	140	100,0	

Doğum türü ve cinsel işlev bozukluğu durumlarına göre bilgi kaynaklarının dağılımı Tablo 20 ve Tablo 21'de sunulmuştur.

Tablo 20: Katılımcıların doğum türlerine göre genital görünümle ilgili bilgi kaynakları

	Diğer		**İnternet**		**Jinekologlar/ Doktorlar**		**Toplam**		***p***
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Doğum Türü									
Normal Doğum	14	20,0	28	40,0	28	40,0	70	100,0	*0.324*
Sezaryen Doğum	9	12,9	25	35,7	36	51,4	70	100,0	
Toplam	23	16,4	53	37,9	64	45,7	140	100,0	

Tablo 21: Katılımcıların cinsel işlev bozukluğu durumlarına göre genital görünümle ilgili bilgi kaynakları

	Diğer		**İnternet**		**Jinekologlar/ Doktorlar**		**Toplam**		***p***
	n	%	n	%	n	%	n	%	
FSFI Puanı									
Cinsel İşlev Bozukluğu ile Uyumsuz	10	15,2	22	33,3	34	51,5	66	100,0	*0.424*
Cinsel İşlev Bozukluğu ile Uyumlu	13	17,6	31	41,9	30	40,5	74	100,0	
Toplam	23	16,4	53	37,9	64	45,7	140	100,0	

Doğum sonrası vulva algısı ile ilgili duygularını beyan eden katılımcıların belirttikleri duyguya göre FSFI skorunun yanı sıra FSFI'nın 6 alt etkeninin beşinde ve FGSIS skorlarında gruplar arasında anlamlı fark bulunmuştur (Sırasıyla p_{fsfi}***:0.001*** ve p_{fgsis}***: 0.001***). FGSIS skorları açısından farkı utanç hissettiğini beyan eden grubun skorlarının hem umursamazlık hissettiğini belirten hem de tatmin hissettiğini belirten gruba göre düşük olması oluşturmuştur (sırasıyla ***adj.p: 0.003*** ve ***adj.p:0.001***) (Grafik 4).

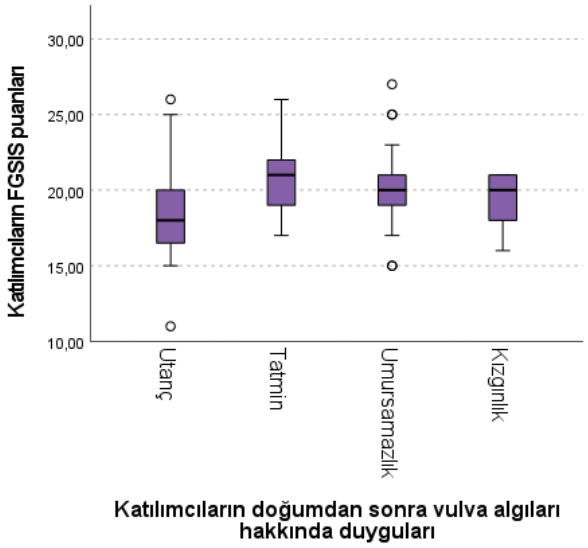
Tatmin hissettiğini bildiren grubun FSFI skoru, utanç hissettiğini bildiren gruptan yüksektir (***adj.p:0.001***) (Grafik 5).

Tablo 22: Katılımcıların doğum türlerine göre doğum sonrası vulva algısıyla ilgili duyguları

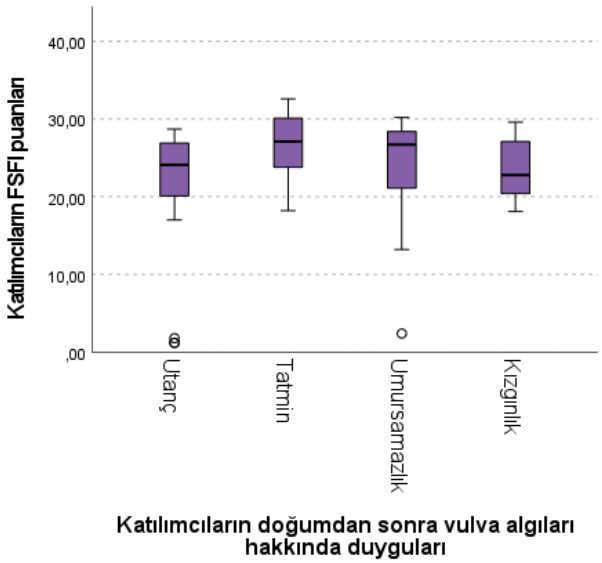
	Utanç ve Kızgınlık		**Tatmin**		**Umursamazlık**		**Toplam**		***p***
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Doğum Türü									
Normal Doğum	28	40,0	22	31,4	20	28,6	70	100,0	*0.102*
Sezaryen Doğum	17	24,3	32	45,7	21	30,0	70	100,0	
Toplam	45	32,1	54	38,6	41	29,0	140	100,0	

Tablo 23: Katılımcıların cinsel işlev bozukluğu durumlarına göre doğum sonrası vulva algısıyla ilgili duyguları

	Utanç ve Kızgınlık		**Tatmin**		**Umursamazlık**		**Toplam**		***p***
	n	%	n	%	n	%	n	%	
FSFI Puanı									
Cinsel İşlev Bozukluğu ile Uyumsuz	14	21,2	29	43,9	23	34,8	66	100,0	***0.032***
Cinsel İşlev Bozukluğu ile Uyumlu	31	41,9	25	33,8	18	24,3	74	100,0	
Toplam	45	32,1	54	38,6	41	29,3	140	100,0	

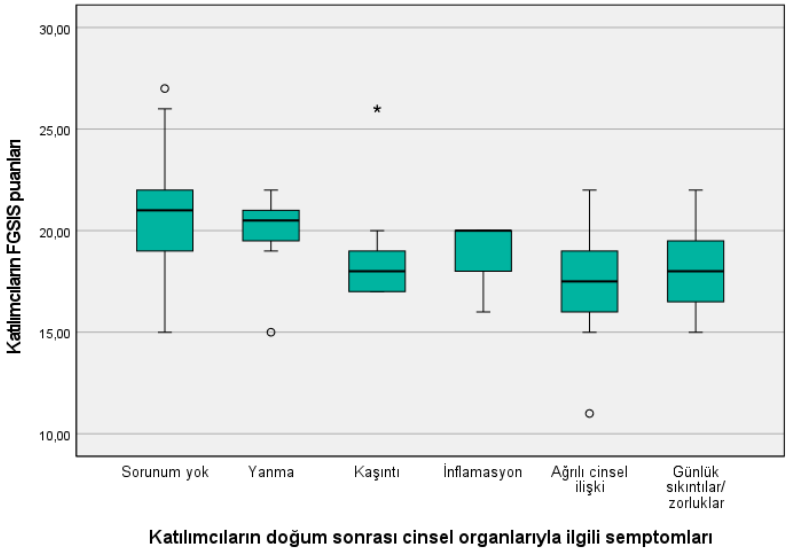


Grafik 4: Katılımcıların beyan ettikleri duygulara göre FGSIS puanları

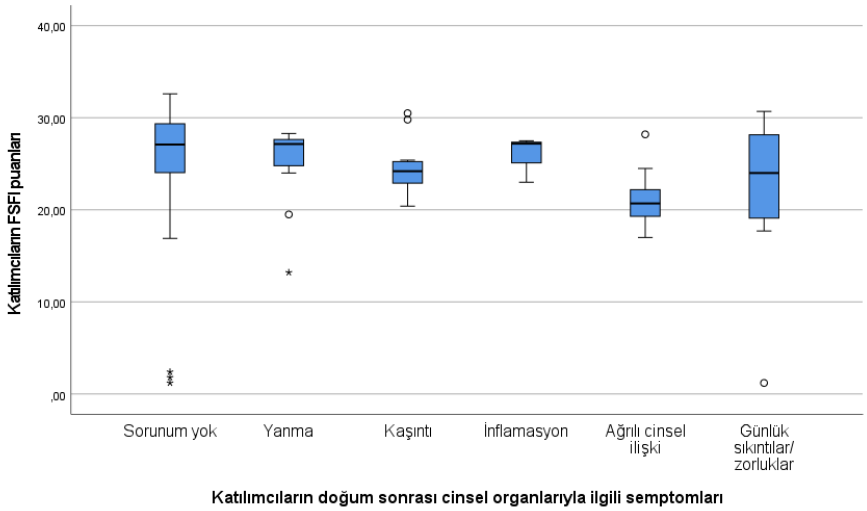


Grafik 5: Katılımcıların beyan ettikleri duygulara göre FSFI puanları

Doğum sonrası cinsel organlarıyla ilgili kendilerine en yakın gelen semptomu seçmeleri istenen katılımcıların beyan ettikleri semptomlara göre FGSIS ve FSFI skorları yönünden gruplar arasında anlamlı farklar saptanmıştır (***p_{FGSIS}: 0.001*** ve ***p_{FSFI}:0.001***). İkili karşılaştırmalarda hem FGSIS hem de FSFI skorlarındaki bu farkın ağrılı cinsel ilişki semptomu bulunan katılımcılar ile semptomu olmadığını ifade eden katılımcıların puanları arasındaki farktan kaynaklandığı saptanmıştır (***adj.p_{FGSIS}: 0.001*** ve ***adj.p_{FSFI}:0.001)*** (Grafik 6 ve 7).



Grafik 6: Katılımcıların beyan ettikleri semptomlara göre FGSIS puanları



Grafik 7: Katılımcıların beyan ettikleri semptomlara göre FSFI puanları

Katılımcıların doğum türlerine göre beyan ettikleri semptomlar Tablo 24'te sunulmuştur. Cinsel işlev bozukluğu ile semptomlar arasındaki ilişkide istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ve Tablo 25'te sunulmuştur. Ağrılı cinsel ilişkisi bulunan kadınlarda cinsel işlev bozukluğu görülme oranı diğer semptomlara göre anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 24: Katılımcıların doğum türlerine göre beyan ettikleri semptomlar

	Semptom Yok		**Yanma/ İnflamasyon/ Kaşıntı**		**Ağrılı Cinsel İlişki**		**Günlük Sıkıntılar/ Zorluklar**		**Toplam**		*p*
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Doğum Türü											
Normal Doğum	29	41,4	14	20,0	16	22,9	11	15,7	70	100,0	***0.001***
Sezaryen Doğum	54	77,1	12	17,1	4	5,7	0	0,0	70	100,0	
Toplam	83	59,3	26	18,6	20	14,3	11	7,9	140	100,0	

Tablo 25: Katılımcıların cinsel işlev bozukluğu durumlarına göre beyan ettikleri semptomlar

	Semptom Yok		**Yanma/ İnflamasyon/ Kaşıntı**		**Ağrılı Cinsel İlişki**		**Günlük Sıkıntılar/ Zorluklar**		**Toplam**		***p***
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
FSFI Puanı											***0.001***
Cinsel İşlev Bozukluğu ile Uyumsuz	49	74,2	11	16,7	1	1,5	5	7,6	66	100,0	
Cinsel İşlev Bozukluğu ile Uyumlu	34	45,9	15	20,3	19	25,7	6	8,1	74	100,0	
Toplam	83	59,3	26	18,6	20	14,3	11	7,9	140	100,0	

Cinsel İşlev Bozukluğu Varlığını Belirleyen Faktörler

FSFI puanına göre cinsel işlev bozukluğu ile uyumlu sonuç alıp almama durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanan; doğum türü, epizyotomi varlığı, boy, FGSIS puanı, vajinal muayene sıklığı, doğum sonrası vajinal esneklikte azalma fark etme durumu, doğum sonrası vulva görünümünden memnun olma durumu, doğum sonrası vulva algılarıyla ilgili duyguları (kızgınlık ve utanç grupları birleştirilmişken) ve doğum sonrası semptomları (yanma, inflamasyon ve kaşıntı grupları birleştirilmişken) çok değişkenli analizde test edilmiş ve bir model elde edilmiştir. Model her bir bağımsız değişkenin, sonuç değişkeni olan cinsel işlev bozukluğu üzerindeki doğrudan etkisini esas almaktadır. Çok değişkenli analiz sonucunda, araştırma grubunda FSFI puanının cinsel işlev bozukluğu ile uyumlu olup olmama durumunu; FGSIS skorlarının ve doğumdan sonra ağrılı cinsel ilişki semptomu varlığının belirlediği saptanmıştır *(sırasıyla p:0.001 , p:0.015)*.

5. TARTIŞMA

Kişinin kendi bedeninden memnun olması ve ruhsal olarak iyi hissetmesi çok önemlidir; zira ruhsal ve bedensel mutluluk bir bütündür. Ayrıca, cinsel yaşamdan zevk almak, bunu rahat, güvenli ve tatmin edici bir şekilde yaşamak, sağlıklı bir cinsellik deneyimi yaşamak yaşam kalitesini önemli ölçüde etkiler. Eğer kişi bu alanlardan birinde sorun yaşarsa, bu bütünlük bozulur (4). Gebelik ve doğum ise kadınlar için birçok fizyolojik, anatomik ve psikolojik değişimin yaşandığı bir dönemdir. Bu çalışmada amacımız; kliniğimizde doğum şeklinin doğum sonrası 6. ay ile 12. ay arasında pirimipar kadınlarda cinsel fonksiyonu, genital benlik imajını ve genital görünüm algısını etkileyip etkilemediğini araştırmaktır.

Çalışma 140 katılımcı ile yürütülmüştür. Katılımcıların %50'si (n:70) normal vajinal doğum, %50'si (n:70) sezaryen doğum yapmıştır. Katılımcıların %45'ine (n:63) doğum esnasında epizyotomi açılmıştır. Katılımcıların %5'inin (n:7) grade-1 deşürisi mevcuttur. Sezaryen olan hastaların hiçbirine (n:0) vajinal travma yaratacak müdahale uygulanmamıştır.

Bazı çalışmalarda, kadın cinsel fonksiyonlarının gebelik sürecinde ve postpartum dönemde olumsuz etkilendiği gösterilmiştir. Ancak, literatürde kadının cinsel doyumu ve yaşadığı cinsel problemler ile doğum sayısı ve şeklinin ilişkisi hakkında farklı görüşler bulunmaktadır. Magdalena ve arkadaşlarının 433 kadınla gerçekleştirdikleri bir çalışmada, doğumun cinsel fonksiyona etkisi araştırılmıştır. Çalışmada, kadınlara FSFI ölçeği uygulanmış ve doğum öncesi ile doğumdan sonraki 3, 6, 9 ve 12. aylarda ölçümler yapılmıştır. Sonuçlar, doğum sonrası dönemde toplam skorun azaldığını; ancak 3, 6, 9 ve 12. aylarda cinsel fonksiyon açısından anlamlı bir fark olmadığını göstermiştir (102). Baytur ve arkadaşlarının pelvik taban desteğiyle ilgili yaptıkları bir çalışmada, vajinal yolla ve sezaryen doğum yapan kadınlar arasında doğum şekli ile postpartum cinsel işlev performansı açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır (91). Hosseini ve arkadaşlarının yaptıkları bir araştırmada normal vajinal ve sezaryen doğum sonrası 6.ay-24.ay arası cinsel fonksiyon araştırmasında FSFI'ın altı alt etkeni açısından da anlamlı farklılıklar bulunmamaktadır (103). 2014 yılında yapılan 165 katılımcıyla gerçekleştirilen bir çalışmada normal doğumun

sezaryen doğuma göre vajinal gevşemeye yol açabileceği; ancak bu farkın doğum sonrası cinsel fonksiyonları olumsuz etkilemediği gösterilmiştir (104).

Çalışmamızda FSFI ölçek puan ortalaması; normal vajinal doğum yapan grubun 23,7±5,5 , sezaryen doğum yapan grubun 25,9±5,4 olarak bulunmuştur. Sezaryen doğum yapan katılımcıların FSFI puanının normal doğum yapan gruba göre yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (*p:0.001)*. Normal vajinal doğum yapanlarda cinsel işlev bozukluğuyla uyumlu ölçek puanı alma oranı (%68,6, n:48) , sezaryen doğum yapanlardaki orana (%37,1, n:26) göre yüksek saptanmıştır *(p<0.001)*. Literatürde buna benzer çalışmalar da mevcuttur. Baksu ve arkadaşlarının 2007 yılında yaptıkları bir çalışmada, primipar kadınlara 6. ayda uygulanan cinsel fonksiyon anketine göre normal vajinal doğum yapan grup ile sezaryen doğum yapan grup arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Bu çalışmada bizim çalışmamıza benzer şekilde epizyotomili normal vajinal doğum yapan kadınlar ile sezaryen doğum yapan kadınlar karşılaştırıldığında sezaryen ile doğum yapan kadınlar FSFI skoru açısından daha yüksek puanlar almıştır. Baksu ve arkadaşlarının yaptığı bu çalışmada ölçek toplam puanı epizyotomili vajinal doğum yapan kadınlarda 22.16±3.68, sezaryen doğum yapan kadınlarda 28.32±6.53 olduğu belirlenmiştir (105). Bizim çalışmamızda ise iki grup arasında anlamlı farklılık bulunmasına rağmen; iki grubun da ortalama ölçek puanının ölçek kesme puanının altında kaldığı, tüm katılımcıların FSFI puanının ortalama 24,8±5,6 olduğu görülmüştür. Bunun sebebi olarak toplumun kültürel yapısının FSFI testi için gerçekçi sonuçlar elde etmeyi zorlaştırdığı düşünülebilir. Bunun yanı sıra; doğum sonrası dönemde ortaya çıkan hormonal ve psikolojik değişimler, uykusuzluk, halsizlik ve yorgunluk, bebek bakımı ile harcanan mesai ve stres gibi faktörler de kadınların cinsel fonksiyonlarını negatif yönde etkilemektedir. Literatüre baktığımızda Thomson ve arkadaşları yaptıkları bir çalışmada doğum sonrası baş ağrısı veya migren, depresyon ve cinsel problemlerin 6 ay boyunca aynı kaldığını göstermişlerdir (78).

Yaptığımız çalışmada, normal doğum yapan hastalarda epizyotomi uygulanma durumuna bakıldığında; epizyotomi yapılan hastalarda, epizyotomi yapılmayan (grade-1 deşüri) hastalara göre cinsel işlev bozukluğu oranının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Signorello ve arkadaşlarının yaptıkları bir araştırma da benzer sonuçlar vermiştir (89). Bertozzi ve ekibinin çalışmasına göre, epizyotominin kadınların sağlığı

için koruyucu bir faktör olduğu ve epizyotomi yapılan ve yapılmayan kadınlar arasında orta vadeli bir takipte disparoni açısından istatistiksel anlamlı bir fark olmadığı belirtilmiştir (9).

Çalışmamızda FSFI alt temalarına bakıldığında, cinsel istek/cinsel uyarılma/lubrikasyon açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmazken; orgazm/memnuniyet ve ağrı-rahatsızlık alt temalarının ortalama puanları sezaryen ile doğum yapan grupta daha yüksek bulunmuştur ve iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. Normal doğum yapan grubun tamamında deşüri ve epizyotomi (n:7 grade 1 deşüri, n:63 epizyotomi) mevcut iken, CS ile doğum yapan gruba herhangi bir kesi uygulanmamıştır. Bu durumun bir sonucu olarak normal doğum yapan grupta cinsel ilişki başlangıcı ve sırasında ağrı/rahatsızlık hissedilmesi, orgazma ulaşmada zorluk yaşanması, partneriyle olan cinsel birlikteliğinde memnuniyetinin daha düşük olması beklenebilir. Barret ve arkadaşlarının 796 primipar kadın üzerinde yaptıkları bir araştırmada FSFI cinsel istek, uyarılma, lubrikasyon, tatmin, memnuniyet alt etmenlerinde normal doğum ile sezaryen doğum arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Disparoni ile ilişkili fark postpartum erken dönemde (0-3 ay) anlamlı iken, 6. ayda istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (75). Doaa ve arkadaşlarının 684 primipar kadını içeren çalışmasına bakıldığında ise 6 aylık süreçte sezaryen ile doğum yapan hastaların FSFI skoru ve bu ölçekteki uyarılma, kayganlık, tatmin, orgazm, ağrı ile ilgili puanları vajinal doğum yapanlara oranla daha yüksek saptanmıştır. Fakat 1 yıllık süreçte seksüel fonksiyonlar açısından iki grup arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (106).

2024 yılında yayımlanan bir kohort çalışmasında İran'da 301 katılımcıya postpartum 12-16 haftalık süreçte uygulanan FGSIS ve FSFI anketlerine göre vajinal doğum yapan ve sezaryenle doğum yapan katılımcılar arasında genital benlik imajı açısından anlamlı bir fark bulunmazken, seksüel fonksiyonlar açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır (107). 2022 yılında 197 kadınla erken postpartum dönemde yapılan bir çalışmaya göre doğum yönteminin erken postpartum dönemde kadın genital benlik imajını etkilemediği gösterilmiştir (108). Çalışmamızda hastalarımıza uyguladığımız genital benlik imajı ölçeği (FGSIS)'nden alınan skorlara bakıldığında sezaryen ile doğum yapan hastaların FGSIS skorları normal doğum yapanlardan yüksek bulunmuştur. Normal vajinal doğum yapan katılımcıların

ortalama FGSIS puanları 19,4±3,0, iken sezaryen doğum yapan katılımcıların ortalama puanları 20,3±2,2 olarak bulunmuştur (*p:0.041*). Ayrıca katılımcıların FGSIS'tan aldıkları puanlar ile FSFI'dan aldıkları puanlar arasında orta düzeyde pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı korelasyon olduğu bulunmuştur. Literatürde gebelik sürecinde ve postpartum dönemde kadın genital benlik imajını değerlendiren, doğum yönteminin genital benlik imajı üzerindeki etkisini araştıran çalışmalar sınırlı sayıdadır. Bu konuda daha fazla çalışma yapılması gerekmektedir.

2020 yılında İtalya'da Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo, Pavia Doğum ve Kadın Hastalıkları Bölümü'nde doğum yapan 365 katılımcıyla gerçekleştirilen bir çalışmada spontan vajinal doğum, operatif vajinal doğum ve sezaryen doğum yapan 3 gruba genital görünüm algısı ile ilgili sorular yöneltilmiştir. Matti Dominoni ve arkadaşlarının yaptıkları bu çalışmaya göre gruplar arasında vajinal muayene sıklığı ve doğum sonrası vulvada değişiklik algısında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (*sırasıyla p<0.001 ve p<0.001*) (12). Bizim çalışmamızda da benzer şekilde normal doğum ve CS doğum yapan gruplar arasında vajinal muayene sıklığı ve katılımcıların doğum sonrası vulvasında değişiklikler algılamasına katılma durumu açısından anlamlı farklılık bulunmuştur (*sırasıyla p: 0.003, p:0.001)*. Ayrıca hastalara uygulanan vajinal muayene sıklığı ile cinsel işlev bozukluğu açısından anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Normal doğum yapan grupta 5'ten çok muayene olduğunu belirten kişilerin oranının CS grubuna göre daha fazla olması ve hiç muayene olmamış olanların CS grubuna göre daha düşük olması farkın sebebi olarak değerlendirilebilir. Yapılan bu iki araştırmaya dayanarak; normal doğum planlanan hastalarda da travay sırasında vajinal muayene sıklığını en aza indirmek hastaların cinsel fonksiyonlarını ve postpartum dönemde vulva algılarıyla ilgili düşüncelerini olumlu yönde etkileyebilir.

M. Dominoni ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmaya göre gruplar arasında doğum sonrası vajinal esneklikte bir farklılık gözlenmezken, bizim çalışmamızda normal doğum yapan hastalarda vajinal esneklikte azalma olduğunu bildirenlerin oranı CS doğuma göre daha fazla bulunmuştur ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır (12).

Doğum sonrası hastaların vulvalarının görüntüsünden memnuniyetlerine bakıldığında M. Dominoni ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada gruplar arasında

istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmazken, bizim çalışmamıza göre katılıyorum/katılmıyorum/kararsızım diyen katılımcıların cevapları doğum şekline göre istatistiksel olarak anlamlı çıkmıştır (12). Sezaryen ile doğum yapan katılımcıların hiçbiri postpartum dönemde vulvalarının görüntüsünden memnun olmadığını beyan etmemiştir.

Çalışmada postpartum genital görünümün önemi ile ilgili verilen yanıtlar üç grup arasında benzerlik göstermektedir. Normal doğum yapan hastaların %44,4'ü, sezaryen doğum yapanların %58,8'i doğum sonrası genital görünümün önemli olduğunu düşünmektedir (12). Bizim araştırmamıza göre ise normal doğum yapanların %87,5'i, CS doğum yapanların %92,9'u doğum sonrası genital görünümün önemli olduğunu belirtmişlerdir.

M. Dominoni ve arkadaşlarının çalışmasında, doğum türlerine göre doğum sonrasında cinsel organ görünümünün; günlük ve seksüel aktivite üzerindeki etkisinin önemine bakıldığında üç grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Grupların verdiği yanıtlar benzer şekildedir *(p:0,056)* (12). Bizim çalışmamızda da benzer sonuç elde edilmiş olup normal doğum ve CS doğum yapan gruplar arasında bu soruya verilen yanıtlar benzer şekildedir.

M. Dominoni ve arkadaşlarının araştırmasına göre doğum sonrası dönemde genital estetik operasyonu olmayı düşünen normal doğum yapmış katılımcıların oranı %12,2 iken, CS doğum yapmış katılımcıların oranı %11,7'dir ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (12). Bizim çalışmamızda normal doğum yapan katılımcılar arasında genital estetik operasyon olmayı düşünebileceğini ifade eden katılımcıların oranı %8,6 iken, sezaryen doğum yapan katılımcılardan yalnızca %1,4'ü bu görüştedir.

Katılımcıların doğum sonrası genital bölgenin görünümü ve durumuyla ilgili bilgi kaynakları açısından bakıldığında M. Dominoni ve arkadaşlarının çalışmasına göre ve bizim çalışmamıza göre de doğum şekli açısından hastalar arasında farklılık göstermemiştir. Jinekologlar/doktorlar her iki çalışmada da doğumdan kaynaklanan vulvar değişikliklerle ilgili bilgi kaynağı olarak en önemli kaynağı temsil etmektedir (12).

Her iki çalışmada da doğum şekline göre katılımcıların doğum sonrası genital görünüm ve vulva algısıyla ilgili duyguları benzer şekildedir ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (12). Bizim çalışmamızın sonuçlarına göre katılımcıların beyan ettikleri duygulara göre FGSIS ve FSFI skorlarına bakıldığında utanç hissettiğini belirten hastaların FGSIS ve FSFI skorları daha düşük, tatmin hissettiğini belirtenlerin ise diğerlerine göre daha yüksek olduğu gösterilmiştir. Literatürde, doğum sonrası hastaların genital bölgeye ilişkin duygusal gelişimi ve bu duyguların cinsel fonksiyonlarla ilişkisi hakkında yeterli çalışma bulunmamaktadır.

Postpartum dönemde hastaların genital bölgeleriyle ilgili beyan ettikleri semptomlara doğum türlerine göre bakıldığında her iki çalışmada da istatistiksel olarak anlamlı farklılık mevcuttur. Bizim çalışmamızda da M. Dominoni ve arkadaşlarının çalışmasına benzer şekilde bu farkı oluşturan semptom disparonidir ve normal doğum sonrası ağrılı cinsel ilişki tarifleyen hastaların oranı daha yüksek bulunmuştur (12). Ayrıca bizim çalışmamızda ağrılı cinsel ilişkisi olanlarda cinsel işlev bozukluğu görülme oranı diğer semptomlara göre anlamlı şekilde daha yüksek saptanmıştır.

Yeniel ve Petri'nin bir derlemesi, günümüzde doğum şeklinin ve cinsel fonksiyon değişikliklerinin etkisi konusunda net bir kanıt olmadığını belirtmektedir; yazar, doğumdan sonraki ilk 3 ayda, cinsel istek ve orgazma ulaşma yeteneğinde azalma ve aynı zamanda disparoni ve cinsel problemlerin arttığını bildirmiştir. Cinsel kalitenin doğumdan 6 ay sonra kademeli olarak iyileştiği belirtilmiştir. Bu süreç, sosyo-kültürel faktörler, yaş, parite, emzirme, depresyon, yorgunluk, doğum sonrası beden imajı, eşlik eden idrar yolu enfeksiyonları gibi birçok faktörden etkilenir ve bunlar cinsel işlev bozukluğu için bağımsız risk faktörleri olarak rapor edilir (109). Zielinski ve arkadaşları, yaptıkları çalışmaya katılan kadınların %84'ünün doğumla ilişkili vajinal ve rektal değişiklikler bildirdiğini ve bu değişikliklerin cinsel sağlık ve özsaygı üzerinde olumsuz bir etki yaratmadığını belirtti (6). Günümüzdeki literatür verileri, sezaryen doğumun vajinal doğuma kıyasla disparoni, cinsel sıkıntı ve genital ağrıyı önlemede koruyucu bir yöntem olarak rolü konusunda kesin değildir (12). Cattani ve arkadaşları da benzer şekilde sezaryen doğumun, vajinal doğumla karşılaştırıldığında disparoniyi azaltabileceğini, ancak cinsel işlev bozukluğu ile ilişkili olmadığını vurguladılar (110).

Genital görünümün kabul edilmesi ve doğum sonrası tatmini, kadınların vulva ile ilgili ideal algılarını yansıtır; yapılan çalışmalarda genital görüntüden memnuniyet durumları farklılık göstermektedir. Buna rağmen bizim çalışmamız ve M. Dominoni ve arkadaşlarının çalışmasında kadınların çoğu doğum sonrası kozmetik veya estetik cerrahi düşünmemiştir (12). Kadınların doğum şeklinin cinsel memnuniyet ve beden algısı üzerindeki olası etkilerine ilişkin endişeleri medya tarafından etkilenmektedir; ancak literatür verileri kısıtlı ve kesin değildir. Sosyokültürel farklılıklar, eğitim durumu, kişisel ve bedensel özellikler, gebeliğin ve postpartum dönemin pek çok faktörden etkilenmesi gibi durumlar çalışmalar arasındaki bu farklılıkları açıklar. Bizim çalışmamızın kısıtlılıklarından biri hastaların tek bir merkezden seçilmesi ve dolayısıyla katılımcılar arasında sosyokültürel farklılık bulunmamasıdır. Türkiye'nin farklı kesimlerinden hastaların eklenmesiyle kültürel etkilerin de analiz edilmesi sağlanabilir. Ayrıca çalışmamız sadece postpartum dönemdeki hastalara yapılan anketlerle kısıtlı kalmıştır. Hastaların doğum öncesi ve gebelik sırasındaki cinsel fonksiyonları, genital benlik imajları ve vulva görüntüsüyle ilgili algıları değerlendirilip araştırılabilir. Böylece katılımcılar hakkında gebelik öncesi ve sonrası dönemler karşılaştırılıp süreç içindeki değişimler analiz edilebilir. Çalışmaya müdahaleli vajinal doğum grubu da eklenerek forseps/vakum uygulamalarının da iyileşme süreci, cinsel fonksiyonlar, vulva görüntüsü üzerindeki etkilerine bakılabilir.

6. SONUÇ

Sezaryen olan grubun doğum sonrası cinsel fonksiyonlarının ve kadın genital benlik imajının normal doğum yapan gruba göre daha iyi olduğu bulunmuştur. Cinsel fonksiyon alt etmenlerinden olan orgazm, memnuniyet, ağrı/rahatsızlık etmenleri açısından da CS olan grubun puanlarının daha yüksek olduğu gösterilmiştir. Buna rağmen mevcut literatüre ve çalışmamızın sonuçlarına bakıldığında cinsel fonksiyonlar açısından sezaryen koruyucudur diyemeyiz. Çalışmamızda her iki grubun da postpartum dönemde cinsel disfonksiyona sahip olduğu gösterilmiştir.

Toplumsal olarak geleneksel aile yaşantımızın cinsellik ve genital bölge hakkında soru sormaya ve tartışmaya açık olmadığı bilinmektedir. Bu da toplumumuzda FSFI için gerçekçi sonuçlar elde etmeyi zorlaştırmaktadır.

Genital algı anketine göre; doğum sonrası vulvada değişiklikler fark etme durumu, vajinal esneklikte azalma fark etme durumu, doğum sonrası vulva görünümünden memnun olma durumu, doğum sonrası semptomların varlığı (disparoni) açısından normal doğum yapan grubun daha kötü sonuçlara sahip olduğu saptanmıştır. Vajinal muayene sıklığı da cinsel fonksiyonları etkileyen faktörler arasındadır. FSFI puanına göre cinsel işlev bozukluğu varlığını etkileyen faktörlere çok değişkenli analizde bakıldığında; kadın genital benlik imajı skorları ve doğum sonrası ağrılı cinsel ilişki varlığı olduğu saptanmıştır.

7. EKLER

EK-1

1) Doğum sırasında vajinal muayene sıklığını işaretleyiniz.
    a. Hiç vajinal muayene olmadım
    b. 5 defadan az muayene oldum
    c. 5 defadan fazla muayene oldum
2) Doğumdan sonra vulvamda değişiklikler fark ediyorum.
    a. Katılıyorum
    b. Katılmıyorum
    c. Kararsızım
3) Doğumdan sonra vajinal esneklikte bir azalma olduğunu fark ediyorum.
    a. Katılıyorum
    b. Katılmıyorum
    c. Kararsızım
4) Doğumdan sonra vulvamın görüntüsünden memnunum.
    a. Katılıyorum
    b. Katılmıyorum
    c. Kararsızım
5) Doğum sonrası genital görünümün önemli olduğunu düşünüyorum.
    a. Katılıyorum
    b. Katılmıyorum
    c. Kararsızım
6) Genital estetik operasyonu olmayı düşünebilirim.
    a. Katılıyorum
    b. Katılmıyorum
    c. Kararsızım
7) Doğum sonrasında cinsel organ görünümünün; günlük ve cinsel aktivite üzerindeki etkisinin önemli olduğunu düşünüyorum.
    a. Katılıyorum

b. Katılmıyorum

c. Kararsızım

8) Doğum sonrası vulva ve vajina görünümüyle ilgili bilgi kaynağınız nedir?

a. Kadın dergileri

b. İnternet

c. Kitaplar

d. Arkadaşlar

e. Jinekologlar/ doktorlar

9) Doğumdan sonra vulva algınızla ilgili duygusal gelişiminiz hangisidir?

a. Utanç

b. Tatmin

c. Umursamazlık

d. Kızgınlık

10) Doğum sonrası cinsel organınızla ilgili semptomlardan size en yakın olanı işaretleyiniz.

a. Sorunum yok

b. Yanma

c. Kaşıntı

d. İnflamasyon

e. Ağrılı cinsel ilişki

f. Günlük sıkıntılar/zorluklar

8. KAYNAKLAR

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

2. McCabe MP, Sharlip ID, Lewis R, Atalla E, Balon R, Fisher AD, et al. Incidence and Prevalence of Sexual Dysfunction in Women and Men: A Consensus Statement from the Fourth International Consultation on Sexual Medicine 2015. J Sex Med [Internet]. 2016;13(2):144–52. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.jsxm.2015.12.034

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

4. Wylie K, Mimoun S. Sexual response models in women. Maturitas. 2009;63(2):112–5.

5. Oksuz E, Malhan S. Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction in Turkish women. J Urol. 2006;175(2):654–8.

6. Zielinski R, Kane Low L, Smith AR, Miller JM. Body after baby: a pilot survey of genital body image and sexual esteem following vaginal birth. Int J Womens Health. 2017;9:189-198 https://doi.org/10.2147/IJWH.S123051

7. Fatton B, Jacquetin B (1999) Pelvic and perineal sequelae of delivery. Rev Prat 49:160-166.

8. Sekiguchi Y, Utsugisawa Y, Azekosi Y et al (2013) Laxity of the vaginal introitus after childbirth: nonsurgical outpatient procedure for vaginal tissue restoration and improved sexual satisfaction using low-energy radiofrequency thermal therapy. J Women Health (Larchmt) 22:775–781.

9. Bertozzi, S., Londero, A.P., Fruscalzo, A. et al. Impact of episiotomy on pelvic floor disorders and their influence on women's wellness after the sixth month postpartum: a retrospective study. BMC Women's Health 11, 12 (2011). https://doi.org/10.1186/1472-6874-11-12.

10. Greenberg JS, Bruess CE, Haffner DW. (2002). Conception, Pregnancy, and Birth. Exploring the Dimensions of Human Sexuality 2002 Update (pp. 266-313). Sudbury, Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers.

11. Wood, S.N., Pigott, A., Thomas, H.L. et al. A scoping review on women's sexual health in the postpartum period: opportunities for research and practice within low-and middle-income countries. Reprod Health 19, 112 (2022). https://doi.org/10.1186/s12978-022-01399-6.

12. Dominoni, M., Gritti, A., Bergante, C. et al. Genital perception and vulvar appearance after childbirth: a cohort analysis of genital body image and sexuality. Arch Gynecol Obstet 307, 813–819 (2023). https://doi.org/10.1007/s00404-022-06826-4.

13. Lagrew DC, Low LK, Brennan R, Corry MP, Edmonds JK, Gilpin BG, Frost J, Pinger W, Reisner DP, Jaffer S. National Partnership for Maternal Safety: Consensus Bundle on Safe Reduction of Primary Cesarean Births-Supporting Intended Vaginal Births. Obstet Gynecol. 2018 Mar;131(3):503-513. [PubMed: 29470326].

14. Care in normal birth: a practical guide. Technical Working Group, World Health Organization. 1997, s. 24(2):121.

15. Liao JB, Buhimschi CS, Norwitz ER. Normal labor: mechanism and duration. Obstet Gynecol Clin North Am. 2005 Jun;32(2):145-64, vii. [PubMed: 15899352].

16. Williams Obstetrics. 2011. Edit. F. Gary Cunningham, Kenneth J. Leveno, Steven L. Bloom, John C. Hauth, Dwight J. Rouse, Catherine Y. Spong. 23rd Ed.

17. Steven G. Gabre, Jennifer R. Niebly. Obstetrics: Normal and problem pregnancies. 2009. Çev. Edt. Turgay Şener ve Mete H. Tanır. Nobel Kitabevi. Ankara. 302-520.

18. Episiotomy for vaginal birth. Carroli G., Mignini L. 2009.

19. Outcomes of routine episiotomy: a systematic review. Hartmann K., Viswanathan M., Palmieri R., Gartlehner G., Thorp J. Jr., Lohr K.N. 2005.

20. Prevention and Management of Obstetric Lacerations at Vaginal Delivery. American College of Obstetricians and Gynecologists'Committee on Practice Bulletins. 2016.

21. Risk factors for severe perineal lacerations during childbirth. Pergialiotis V, Vlachos D, Protopapas A, Pappa K, Vlachos G. 2014.

22. Risk factors for severe perineal trauma during childbirth: An updated meta-analysis. Pergialiotis V, Bellos I, Fanaki M, Vrachnis N, Doumouchtsis SK. 2020.

23. Obstetric anal sphincter injuries after episiotomy: systematic review and meta-analysis. Verghese TS, Champaneria R, Kapoor DS, Latthe PM. 2016.

24. Operative vaginal delivery. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. 2016, Cilt Green-top guideline No. 26.

25. Intrapartum and postpartum care of the mother. American Academy of Pediatrics and American College of Obstetricians and Gynecologists. 2012, Cilt In: Guidelines for Perinatal Care, 7th ed.

26. Caroli, G., Belizan, J. 2000. Episiotomy for vaginal birth. Cochrane Database Syst Rev.2.

27. Cunningham, F.G., Gant, N.F., Leveno, K.J., Gilstrap, L.C., Hauth, J.C., Wenstrom, K.D. Epizyotomi ve Onarım. In: Williams Doğum Bilgisi. 2005: 325-329.

28. Thacker S, Banta H. 1983. Benefits and risks of episiotomy: an interpretative review of the English language literature, 1860-1980. Obstet Gynecol Surv. 38: 322-38.

29. Chervenak FA, Kurjak A: Postterm pregnancy. Fetal considerations, first edition, The Parthenon Publishing Group Limited 1996: 571.

30. American College of Obstetricians and Gynecologists, 2006, Recommends restricted use of Episiotomies. http://www.acog.org/from_home/publications/press_releases/nr03- 31-06-2-cfm (2008-12-30).

31. Fetal tıp & perinataloji çalışma grubu, Beksac; 2001,1322.

32. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması . 1998.

33. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2018.

34. Villar J. Ce+arroli G. Zavalea N. Donner A. Et al. Maternal and neonatal individual risks and benefits associated with caesarean delivery: multicentre prospective study, BMJ. 2007 Nov 17;335(7628):1025.

35. Cheesman K. Brady JE. Flood P. Li G. Epidemiology of anesthesia-related complications in labor and delivery, New York State, 2002-2005 . Anesth Analg 2009 Oct;109(4):1174-81.

36. Hawkins JL. Chang J. Palmer SK. Gibbs CP. Callaghan WM. Anesthesia-related maternal mortality in the United States: 1979-2002 Obstet Gynecol 2011 Jan;117(1):69-74.

37. Keag OE. Norman JE. Stock SJ. Long-term risks and benefits associated with cesarean delivery for mother, baby, and subsequent pregnancies: Systematic review and meta-analysis PLoS Med. 2018 Jan; 15(1): e1002494.

38. Tähtinen RM. Cartwright R. Tsui JF. Aoki Y. Cárdenas JL. Et al. Long-term Impact of Mode of Delivery on Stress Urinary Incontinence and Urgency Urinary Incontinence: A Systematic Review and Meta-analysis Eur Urol. 2016 Jul; 70(1): 148– 158.

39. Handa VL. Blomquist JL. Knoepp LR. Et al. Pelvic Floor Disorders 5-10 Years After Vaginal or Cesarean Childbirth Obstet Gynecol. Author manuscript; available in PMC 2012 Oct 1.Obstet Gynecol. 2011 Oct; 118(4): 777–784.

40.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.

41. In: Human Sexuality and Its Problems. The biological basis of human sexuality. J., Bancroft. 1989.

42.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.

43. Clinical practice. Sexual desire and arousal disorders in women. R, Basson. 2006.

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

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

46. Brotto LA, Luria M. Menopause, Aging, and Sexual Response in Woman. In: Rowland DL, Incrocci L, Eds. Handbook of Sexual and Gender Identity Disorders, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc, 2008: 251-281.

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

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

49. 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.(Level II-3).

50. Graziottin A. Prevalence and evaluation of sexual health problems-HSDD in Europe. The Journal of Sexual Medicine, 2007; 4(3):211-219.

51. Hayes RD, Dennerstein L, Bennett CM, Fairley CK. What is the “true” prevalence of female sexual dysfunctions and does the way we assess these conditions have an impact? The Journal of Sexual Medicine, 2008; 5(4):777-787.

52. McCool ME, Zuelke A, Theurich MA, Knuettel H, Ricci C, Apfelbacher C. Prevalence of Female Sexual Dysfunction Among Premenopausal Women: A Systematic Review and Meta-Analysis of Observational Studies. Sex Med Rev. 2016;4(3):197-212. doi:10.1016/j.sxmr.2016.03.002.

53. Human Sexual Response. Masters WH, Johnson VE. Bantam, USA : s.n., 1966.

54. The new sex therapy. HS, Kaplan. Brunner/Mazel, USA : s.n., 1974.

55. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Arlington (VA): APA; 2013. (Level III).

56. DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders. 5th edition. American Psychiatric Association. 2013.

57. Clayton AH, Valladares Juarez EM. Female Sexual Dysfunction. Med Clin 45 North Am [Internet]. 2019;103(4):681–98. Available from: https://doi.org/10.1016/j.mcna.2019.02.008.

58. Klimowicz, A., Janicic, A., & IsHak, W. W. (2017). Evaluation of Female Orgasmic Disorder. In The Textbook of Clinical Sexual Medicine (pp.203-18). Springer.

59. Klimowicz, A., Janicic, A., & IsHak, W. W. (2017). Evaluation of Genito-Pelvic Pain/Penetration Disorder. In The Textbook of Clinical Sexual Medicine (pp.289-309). Springer.

60. Graziottin A. Sexual pain disorders: dyspareunia and vaginismus. In: Porst H, Buvat J, editors. ISSM (International Society of Sexual Medicine) standard committee book, standard practice in sexual medicine. Oxford: Blackwell; 2006. p. 342–50.

61. Graziottin A. Mast cells and their role in sexual pain disorders In: Goldstein A, Pukall C, Goldstein I, editors. Female sexual pain disorders: evaluation and management. Chichester; Hoboken: Blackwell Publishing; 2009. p. 176–9.

62. Graziottin A. Psychogenic causes of chronic pelvic pain and impact of CPP on psychological status. In: Vercellini P, editor. Chronic pelvic pain. Oxford: Blackwell Publishing; 2011. p. 29–39.

63. Lukasiewicz ME, Graziottin A. Women' sexuality after gynecologic cancers. In: Studd J, Seang LT, Chervenak FA, editors. Current progress in obstetrics and gynaecology, Vol.3. 2nd ed. Mumbai: Kothari Medical; 2015. p. 95–116.

64. Graziottin A, Zanello PP. Pathogenic biofilms: their role in recurrent cystitis and vaginitis (with focus on D-mannose as a new pro- phylactic strategy). In: Studd J, Seang LT, Chervenak FA, editors. Current progress in obstetrics and gynaecology, Vol. 3. 2nd ed. Mumbai: Kothari Medical; 2015. p. 218–38.

65. Vincenti E, Graziottin A. Sexual pain disorders: management by anesthetic blocks. In: Goldstein I, Meston C, Davis S, Traish A, editors. Women's sexual function and dysfunction: study diagnosis and treatment. London: Taylor and Francis; 2006. p. 524–8.

66. Parish SJ, Simon JA, Davis SR, et al. International Society for the Study of Women's Sexual Health Clinical Practice Guideline for the Use of Systemic Testosterone for Hypoactive Sexual Desire Disorder in Women. J Sex Med. 2021;18(5):849-867. doi:10.1016/j.jsxm.2020.10.009.

67. ACOG, Female Sexual Dysfunction: ACOG Practice Bulletin Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists, Number 213. Obstet Gynecol 2019;134:e1–18.

68. Lowth M. Female Sexual Dysfunction. NICE (National Institute for Health and Care Excellence). Patient 2017. https://patient. info/doctor/female-sexual-dysfunction-pro.

69. Yeni E. Kadın cinsel fonksiyon bozukluklarında kanıta dayalı tedavi seçenekleri. Androloji Bülteni 2019;21:185–9.

70. Bekmezci B, Meram E.H. (2020). Kadın cinsel işlev bozukluğu yönetiminde güncel yaklaşımlar ve kanıt temelli uygulamalar. Androloji Bülteni, 22, 233-237.

71. Taylor MJ, Rudkin L, Bullemor-Day P, Lubin J, Chukwujekwu C, Hawton K. Strategies for managing sexual dysfunction induced by antidepressant medication. Cochrane Database Syst Rev. 2013;(5):CD003382. Published 2013 May 31. doi:10.1002/14651858.CD003382.pub3.

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

73. 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.

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

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

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

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

78. 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.

79. 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.

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

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

82. 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.

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

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

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

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

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

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

89. 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.

90. 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.

91. 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.

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

93. Wiederman, M.W.: Body image and sexual functioning. In: Thomas, F. (ed.) Encyclopedia of Body Image and Human Appearance, vol. 1, pp. 148–152. Academic Press, San Diego (2012).

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

95. Wiederman, M.W. (2002). Body image and sexual functioning. In T.F. Cash & T. Pruzinsky (Eds.), Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice (pp. 287-294). New York: Guilford Press.

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

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

98. 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.

99. Kadın cinsel işlev ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanması. Aygin D, Eti Aslan F. s.l. : Türkiye Klinikleri, 2005.

100. Herbenick D, Reece M. Development and validation of the female genital self-image scale. J Sex Med. 2010;7(5):1822-1830. doi:10.1111/j.1743-6109.2010.01728.x

101. Ellibes Kaya A, Yassa M, Dogan O, Basbug A, Pulatoglu C, Caliskan E. The Female Genital Self-Image Scale (FGSIS): cross-cultural adaptation and validation of psychometric properties within a Turkish population. Int Urogynecol J. 2019;30(1):89- 99. doi:10.1007/s00192-018-3688-1.

102. Zgliczynska M, Zasztowt-Sternicka M, Kosinska-Kaczynska K, Szymusik I, Pazdzior D, Durmaj A, et al. Impact of childbirth on women's sexuality in the first year after the delivery. J Obstet Gynaecol Res. 2021;47(3):882–92.

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

104. Cai L, Zhang B, Lin H, Xing W, Chen J. Does vaginal delivery affect postnatal coitus? Int J Impot Res [Internet]. 2014;26(1):24–7. Available from: http://dx.doi.org/10.1038/ijir.2013.25

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

106. Saleh DM, Hosam F, Mohamed TM. Effect of mode of delivery on female sexual function: A cross-sectional study. J Obstet Gynaecol Res. 2019;45(6):1143–7.

107. Ghazale Samiei, Zahra Mehrbakhsh, Hamideh Khosravi, Sedigheh Moghasemi, Genital self-image and sexual function in Iranian women from pregnancy to postpartum: a cohort study, *The Journal of Sexual Medicine*, 2024;, qdae019.

108. Acar Bektaş, H., Öcalan, D. The relationship between women's mode of delivery, body image, self-respect, and genital self-image. *Int Urogynecol J* 34, 2885–2892 (2023).

109. Yeniel AO, Petri E (2014) Pregnancy, childbirth, and sexual function: perceptions and facts. Int Unrogynecol J 25:5–14.

110. Cattani L, De Maeyer L, Jan Y, Verbakel JY et al (2021) Predictors for sexual dysfunction in the frst year postpartum: a systematic review and meta-analysis. BJOG. https://doi.org/10.1111/1471- 0528.16934.