



**T.C.**

**ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
DOĞUM-KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI  
HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI  
HDK-YL-2013-003**

**DOĞUM SONRASI DÖNEMDEKİ KADINLARIN CİNSEL  
PROBLEMLERİNİN ÇÖZÜMÜNDE PLISSIT MODELİN  
ETKİNLİĞİ**

**Fatma YÖRÜK**

**DANIŞMANIN ADI**

**Doç. Dr. Zekiye KARAÇAM**

**AYDIN-2013**

**T.C.**  
**ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**  
**DOĞUM-KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI**  
**HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI**  
**HDK-YL-2013-003**

**DOĞUM SONRASI DÖNEMDEKİ KADINLARIN CİNSEL**  
**PROBLEMLERİNİN ÇÖZÜMÜNDE PLISSIT MODELİN**  
**ETKİNLİĞİ**

**Fatma YÖRÜK**

**DANIŞMANIN ADI**

**Doç. Dr. Zekiye KARAÇAM**

**AYDIN-2013**

T.C.  
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE  
AYDIN

Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı öğrencisi Fatma YÖRÜK tarafından hazırlanan "*Doğum Sonrası Dönemdeki Kadınların Cinsel Problemlerinin Çözümünde PLISSIT Modelin Etkinliği*" başlıklı tez, (savunma tarihi ) tarihinde yapılan savunma sonucunda aşağıda isimleri bulunan jüri üyelerince kabul edilmiştir.

**Ünvanı, Adı ve Soyadı :**

**Üniversitesi :**

**İmzası:**

**(Başkan)** Doç. Dr. Zekiye KARAÇAM

ADÜ-Aydın Sağlık Yüksekokulu

Doç. Dr. Ayden ÇOBAN

ADÜ-Aydın Sağlık Yüksekokulu

Yrd. Doç. Dr. Sevgi ÖZSOY

ADÜ-Aydın Sağlık Yüksekokulu

Jüri üyeleri tarafından kabul edilen bu Yüksek Lisans tezi, Enstitü Yönetim Kurulunun ..... Sayılı kararıyla .....tarihinde onaylanmıştır.

Prof. Dr. Sacide KARAKAŞ

Enstitü Müdürü

## ÖNSÖZ

Her bireyin cinsel yaşamı mutlu bir evlilik yaşamları bakımından önemlidir. Cinsel problemler kadınların tüm yaşam evrelerinde görülmekle birlikte, doğum sonrası dönemde daha sık karşılaşılmaktadır. Bu problemlerin doğum sonrası dönemde görülme nedenleri fiziksel, hormonal ve ruhsal değişimlerdir. Bu değişimler ile birlikte aileye yeni bir bireyin katılması kadınlar cinsel yaşamlarını sağlıklı bir şekilde devam ettirmemesine ve eşler arasında sorun yaşanmasına neden olmaktadır. Bu dönemde kadınların cinsel problemlerinin tespit edilip, buna yönelik sağlık çalışanları tarafından eğitimlerin yapılması bu problemlerin azalmasına yardımcı olabilir. Bu nedenle araştırma doğum sonrası dönemdeki kadınların cinsel problemlerinin çözümünde PLISSIT Modelin etkinliğini değerlendirmek amacıyla planlanmıştır.

## İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY.....	i
ÖNSÖZ.....	ii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	vi
ÇİZELGELER DİZİNİ.....	vii
ŞEKİLLER VE GRAFİKLER DİZİNİ.....	ix
EKLER DİZİNİ.....	x
1.GİRİŞ.....	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	4
1.3. Araştırmanın Hipotezleri.....	4
1.4. Genel Bilgiler.....	5
1.4.1. Kadınlarda Cinsel Yaşamın Fizyolojisi.....	5
1.4.2. Doğum Sonrası Dönemde Kadın Cinsel İşlevlerinden Sorumlu Olan Önemli Hormonlar.....	6
1.4.3. Kadınlarda Cinsel Yanıt Evreleri.....	6
1.4.4. Doğum Sonrası Dönemde Oluşan Anatomik, Fizyolojik ve Cinsel Değişimler.....	8
1.4.5. Doğum Sonrası Kadınların Cinsel Yaşamı İle İlgili Hemşirenin Rolü.....	9
1.5. PLISSIT Model.....	11
1.5.1. PLISSIT Model ile Yapılan Araştırmalar.....	13
2. GEREÇ VE YÖNTEM.....	14
2.1. Araştırmanın Şekli.....	14
2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	14
2.3. Araştırmanın Zamanı.....	14
2.4. Araştırmanın Evreni.....	15
2.5. Araştırmanın Örneklemi.....	15

2.6. Araştırmaya Dâhil Edilme ve Araştırmadan Dışlanma Kriterleri .....	16
2.7. Veri Toplama Araçları.....	18
2.7.1. Kişisel Bilgi Formu ve Gebelik Öncesi, Gebelik ve Doğum Sonrası Dönemlere İlişkin Bilgi Formu.....	18
2.7.2. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği-Kadın Formu .....	18
2.7.3. Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın Formu .....	19
2.8. PLISSIT Model Girişim Planı: Doğum Sonrası Dönemdeki Kadınların Cinsel Problemlerine Yönelik Hemşirelik Girişimleri Kitapçığı'nın Hazırlanması.....	19
2.9. Ön uygulama .....	20
2.10. Veri Toplama Araçlarının ve PLISSIT Model Girişim Planı: Doğum Son Dönemdeki Kadınların Cinsel Problemlerine Yönelik Hemşirelik Girişimleri Kitapçığının Uygulanması.....	20
2.11. Verilerin Değerlendirilmesi.....	22
2.12. Araştırmada Etik.....	23
3. BULGULAR .....	24
3.1. Çalışma ve Kontrol Gruplarının Tanıtıcı Özellikleri.....	24
3.2. Kadınların Obstetrik Özellikleri .....	27
3.3. Kadınların Son Gebeliklerini Planlama Durumları .....	28
3.4. Kadınların Son Doğumlarına Ait Özellikleri .....	29
3.5. Kadınların Doğum Sonrası Döneme Ait Özellikleri .....	30
3.6. Kadınların Doğum Sonrası Sosyal Destek Alma Durumları.....	32
3.7. Kadınların Doğum Sonrası Menstruasyon Özellikleri .....	32
3.8. Kadınların Doğum Sonrası Dönemde Kontraseptif Yöntem Kullanma Durumları ....	33
3.9. Kadınların ve Eşlerinin Sağlık Durumları .....	34
3.10. Kadınların ve Eşlerinin İlaç Kullanma Özellikleri.....	35
3.11. Kadınların Bebeklerinin Sağlık Durumları.....	36
3.12. Kadınların Cinsel Problem Yaşama Durumları.....	37
3.13. Kadınların Şiddete Maruz Kalma Durumları .....	41
3.14. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği-Kadın Formu_Ön Test ve Son Test Puanları.....	42

3.15. Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın Formu_Ön Test ve Son Test Puanları.....	44
3.16. PLISSIT Model Girişim Planı Uygulama Öncesi ve_Sonrası Gruplarda Cinsel Problem Bulunma Durumları.....	47
3.17. Çalışma ve Kontrol Grubundaki Kadınların Arizona_Cinsel Yaşantılar Ölçeği-Kadın Formu ve Cinsel Yaşam_Kalitesi Ölçeği-Kadın Formu Toplamlarının Ön Test_ve Son Teste Göre Karşılaştırılması.....	47
4. TARTIŞMA.....	49
4.1. Araştırmanın Sınırlılıkları .....	54
5. SONUÇ VE ÖNERİLER .....	55
5.1. Sonuçlar .....	55
5.2. Öneriler.....	56
ÖZET.....	57
SUMMARY .....	58
KAYNAKLAR.....	59
ÖZGEÇMİŞ.....	68
TEŞEKKÜR .....	69
EKLER.....	70

## SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ABD:	Amerika Birleşik Devletleri
ACYÖ-KF:	Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği-Kadın Formu
AFUD:	American Foundation for Urologic Disease
BSO:	Bilateral salpingo ooferektomi
CETAD:	Cinsel Eğitim, Tedavi ve Araştırma Derneği
CYKÖ-KF:	Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın Formu
DM:	Diabetes mellitus
RİA:	Rahim içi araç
SPSS:	İstatistik paket programı (Statistical Package for the Social Sciences)
Ss:	Standart sapma
TAH:	Total abdominal histerektomi
TNSA:	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
TSH:	Troid stimüle edici hormon
X <sup>2</sup> :	Ki-kare (Chi Square)



## ÇİZELGELER DİZİNİ

Çizelge 2.3.1. Araştırma zamanı ile ilgili bilgiler.....	15
Çizelge 2.7.5.1. Araştırmanın uygulanması ve veri toplama planı.....	22
Çizelge 3.1.1. Çalışma ve kontrol gruplarındaki kadın ve eşlerinin yaş ve evlilik sürelerinin ortalamalarına göre dağılımları.....	24
Çizelge 3.1.2. Araştırmaya katılan grupların tanıtıcı özelliklerine göre dağılımları.....	26
Çizelge 3.2.1. Kadınların obstetrik özelliklerine göre dağılımları.....	28
Çizelge 3.3.1. Kadınların son gebeliklerini planlama durumlarının dağılımları.....	29
Çizelge 3.4.1. Kadınların son doğumlarına ait özelliklerinin dağılımları.....	29
Çizelge 3.5.1. Kadınların doğum sonrası döneme ait özelliklerinin dağılımları.....	31
Çizelge 3.6.1. Kadınların doğum sonrası destek alma durumları.....	32
Çizelge 3.7.1. Kadınların doğum sonrası menstruasyon özelliklerine ait dağılımları.....	33
Çizelge 3.8.1. Kadınların doğum sonrası dönemde kontraseptif yöntem kullanma durumlarına göre dağılımları.....	34
Çizelge 3.9.1. Kadınların ve eşlerinin sağlık durumlarına göre dağılımları.....	35
Çizelge 3.10.1. Kadınların ve eşlerinin ilaç kullanma durumlarına göre dağılımları.....	36
Çizelge 3.11.1. Kadınların bebeklerinin sağlık durumları.....	37
Çizelge 3.12.1. Kadınların gebelik öncesi dönemde cinsel problem yaşama durumlarının dağılımı.....	38
Çizelge 3.12.2. Kadınların gebelik döneminde cinsel yaşam ile ilgili problemlerin dağılımı.....	39
Çizelge 3.12.3. Doğum sonrası kadınların cinsel yaşama geri dönme süre ortalamalarına göre dağılımı.....	40
Çizelge 3.12.4. Kadınların disparoni deneyimleri.....	40
Çizelge 3.12.5. Kadınların doğum öncesi, gebelik ve doğum sonrası dönemlerde cinsel yaşama ilişkin bilgi alma durumları.....	41
Çizelge 3.13.1. Kadınların şiddete maruz kalma durumlarına göre dağılımları.....	42
Çizelge 3.14.1. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği-Kadın Formu ön test madde ve toplam puan ortalamalarının çalışma ve kontrol grubuna göre dağılımları.....	43
Çizelge 3.14.2. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği-Kadın Formu son test puan ortalamalarının çalışma ve kontrol grubuna göre dağılımları.....	44

Çizelge 3.15.1. Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın Formu ön test puan sıra ortalamalarının çalışma ve kontrol grubuna göre dağılımları.....	45
Çizelge 3.15.2. Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın Formu son test madde ve toplam puan ortalamalarının çalışma ve kontrol grubuna göre dağılımları.....	46
Çizelge 3.16.1. Çalışma ve kontrol gruplarındaki kadınların PLISSIT Model girişim planı öncesi ve sonrası Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği-Kadın Formu puanına göre cinsel problem bulunma durumu.....	47
Çizelge 3.17.1. Kontrol grubundaki kadınların Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği-Kadın Formu ve Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın Formu toplam puanlarının ön test ve son teste göre karşılaştırılması .....	48
Çizelge 3.17.2. Çalışma grubundaki kadınların Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği-Kadın Formu ve Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın Formu toplam puanlarının ön test ve son teste göre karşılaştırılması.....	48

## **TABLolar VE GRAFİKLER DİZİNİ**

Tablo 2.6.1. Örnekleme alınan ve araştırmaya dâhil edilmeyen kadınlara ilişkin veriler.....	17
Grafik I: Masters ve Johnson'a göre kadında cinsel yanıt döngüsü.....	7

## EKLER DİZİNİ

Ek 1 Kişisel Bilgi Formu, Doğum ve Doğum Sonrası Cinsel Yaşama İlişkin Bilgi Formu.....	70
Ek 2 Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği-Kadın Formu.....	74
Ek 3 Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın Formu .....	75
Ek 4 Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Onayı.....	76
Ek 5 Türkiye Cumhuriyeti Antalya Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü İzin Yazısı.....	77
Ek 6 Aydınlatılmış Onam Formu.....	78
Ek 7 Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği’ni Türkçe’ye Uyarlayan Prof. Dr. Atilla Soykan’ın Onayı.....	80
Ek 8 Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği’ni Türkçe’ye Uyarlayan Yrd. Doç. Dr. Zehra Gölbaşı ve Arş. Gör. Nilüfer Tuğut’un Onayı.....	81
Ek 9 PLISSIT Model Girişim Planı: Doğum Sonrası Dönemdeki Kadınların Cinsel Problemlerine Yönelik Hemşirelik Girişimleri Kitapçığı.....	82

# 1. GİRİŞ

## 1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Postpartum dönem çiftin ebeveynlik rollerine uyum sağladığı ve doğumdan sonra cinsel aktivitelerine tekrar başladıkları, gebelikteki problemlerin unutulduğu, ancak kendine özgü problemler ve stresin olduğu bir dönemdir. Postpartum dönemde ebeveynlerin cinsel sağlık ve yaşam kalitesi yoğun psikolojik, fiziksel ve sosyo kültürel faktörlerden etkilenmektedir (Clinton 1987, Barrett ve ark 2000, Brown ve Lumley 2000, Gjerdingen ve Center 2003, Gökyıldız 2004). Dünya Sağlık Örgütü (1998)'nün anne ve yeni doğanın postpartum bakım kılavuzunda, doğum sonrası cinsel yaşam, kadının temel gereksinimlerinden biri olarak gösterilmekte ve bu dönemin cinsel sağlık ve fonksiyonları ile ilgili problemlerin zamanında tanımlanması, çözümlenmesi ve bu konuda bilgi ve danışmanlık hizmetlerinin verilmesi için bir fırsat olduğu belirtilmektedir.

Son yıllarda yapılan çalışmalar postpartum dönemde cinsel sağlık problemlerinin oldukça yaygın olduğunu göstermiştir (Glazener 1997, Barrett ve ark 2000). Özellikle doğum sonrası ilk 3 ay, kadınların cinsel problemleri yoğun yaşadıkları bir dönemdir (Barrett ve ark 2000, Xu ve ark 2003). Barrett ve ark (2000) kadınların doğumdan sonraki ilk üç ay içinde çoğunlukla cinsel aktivitelerine geri dönmelerine rağmen, %83'ünün cinsel problem yaşadığını, altıncı ayda bu oranın %64'e düştüğünü, fakat %38'inin hiçbir zaman gebelik öncesi konumuna dönmediğini bildirmişlerdir. Bu durum kadının benlik saygısını, yaşam kalitesini olumsuz etkilemekte ve duygusal sıkıntılara neden olmaktadır (Addis ve ark 2006). Türkiye'de Arizona cinsel yaşantılar ölçeği kullanılarak yapılan çalışmalarda kadınların %83 ve %91'inin doğum sonrası birinci yılda cinsel problem yaşadıkları bildirilmiştir (Karaçam 2008a, Acele ve Karaçam 2012).

Doğum sonrası cinsel ilişkiye yeniden başlama zamanı kültüre göre değişiklik göstermektedir. Yeni doğum yapan anne, ağrı nedeni ile yeniden cinsel yaşama başlamaya isteksiz olabilir ve cinsel ilişkinin perineal dokuların iyileşmesine zarar vereceğinden endişelenebilir. Ülkemizde doğumdan sonra cinsel ilişkide bulunma zamanı geleneksel olarak 6 haftadır (Erbil 2005, Eryılmaz ve ark 2005). İngiltere ve ABD'de ise doğumdan sonra cinsel ilişkiye başlama zamanı kısa bir süreden birkaç aya kadar değişmektedir (Barrett ve ark 2000, Blackburn 2003).

Doğum sonrası cinsel problemler çok sayıda durum tarafından etkilenmektedir. Bunlar anne yaşı, gebelik öncesi ve gebelik sırasındaki cinsel problemler, doğumun şekli, emzirme, doğum sayısı, eğitim düzeyi, evlilik süresi, ruhsal problemler ve perineal travmalardır (Alder 1989, Al-Bustan ve ark 1995, Barrett ve ark 2000, Harrison 2000, De Judicibus ve McCabe 2002, Lamarre ve ark 2003, Hicks ve ark 2004, Barrett ve ark 2005, Rowland ve ark 2005, van Brummen ve ark 2006, Shirvani ve ark 2010).

Doğum sonrası dönemde östrojen ve progesteron seviyesindeki azalmanın, prolaktin seviyesindeki artışın cinsel problem yaşanması ile ilişkili olduğu bildirilmektedir (Lamarre ve ark 2003). Ayrıca doğum sonrası dönemdeki yorgunluk, uykusuzluk, bebek bakımının çok zaman alması ve stres, cinsel yaşama duyulan ilginin ve cinsel ilişki sıklığının azalmasına neden olmaktadır (Olsson ve ark 2005). Akyüz'ün (2009) çalışmasında, doğum sonrası dönemde kadınların yarısından fazlasının (%53,5) haftada bir veya iki defa cinsel ilişkide buldukları, cinsel ilişki sıklığı azaldıkça cinsel problem yaşama oranlarının arttığı bildirilmiştir. Olsson ve arkadaşlarının (2005) çalışmasında ise, kadınların çoğunun yorgunluk ve bebek bakımı nedeniyle cinsel yaşama zaman ayıramadıklarını, boş zaman bulduklarında uyumayı ya da kitap okumayı tercih ettiklerini, cinsel ilişki sırasında bebeğin varlığının rahatsız edici olduğunu ve yeni ailesel durumlarına alışana kadar cinsel ilişkiyi erteledikleri belirtilmektedir. Bir başka çalışmada Frazier ve Rodriguez (1995), emziren ve emzirmeyen kadınların eşlerinin büyük çoğunluğunun kadınların emzirdikleri için kendilerini daha çok anne gibi hissettiklerini ve cinsel cazibelerini kaybettiklerini ifade ettiklerini bildirmişlerdir. Lamarre ve arkadaşları (2003) da, doğum sonrası dönemde bazı kadınlarda emzirmenin cinsel doyum sağlayıcı etkisinin olabileceğini, bununla kadınlarda suçluluk duyguları yaratarak cinsel işlevlerinde azalmaya neden olabileceğini bildirmişlerdir.

Beden imajı ve cinsel yaşam arasında sıkı bir ilişkinin olduğu düşünülmektedir. Beden imajı ile ilgili korku ve endişeler cinsel yaşamı etkileyebilmektedir. Kadınlarda düşük beden algısı, kendilerini daha az kadınsı hissetmelerine ve cinsel yaşamdan kaçınmalarına neden olabilmektedir (Ayaz 2007). Bazı kadınlar doğum sonrası dönemde bedenlerinde oluşan değişimlerin zamanı gelince normale döneceğini beklerken bazıları ise daha kısa bir sürede gebelik öncesi görünümüne kavuşmak için çaba gösterirler. Kadınların doğum eylemi ile ilgili fiziksel ve duygusal hazır oluşukları yeterli ise

bedenlerindeki değişimleri anlamaya çalıştıkları, kendilerini sevip, kabullenerek bebeklerinin ihtiyaçlarına odaklandıkları belirtilmektedir (Romeoville ve Benicia 2000).

Doğum sonrası depresyon ve diğer ruhsal rahatsızlıklar cinsel yaşamı olumsuz yönde etkilemektedir. Doğum sonrası depresyonu olan kadınların cinsel yaşama karşı ilgilerini kaybettikleri, libidolarında azalma olduğu ve cinsel aktiviteye başlamak için kendilerini yeterince aktif hissetmedikleri belirtilmektedir (Morof ve ark 2003). Morof ve arkadaşları (2003), doğum sonrası depresyonu olan kadınların olmayanlara göre cinsel ilişkiye başlamak için daha az istekli olduklarını, çoğunun eşinin isteğiyle cinsel ilişkiye başladıklarını bildirmişlerdir. Ayrıca, bu çalışmada depresyonu olan kadınların önemli bir bölümünün doğum sonrası altıncı ayda olmalarına rağmen cinsel yaşamlarına tekrar başlamadıkları rapor edilmiştir (Morof ve ark 2003).

Bireysel yaşamın sürdürülebilmesi için mutlaka doyurulması zorunlu olmayan, fakat türün sürekliliği için gerekli olan cinsel yaşam, kadınlar için arzu edilebilir olma, çocuk doğurma yeteneği ve beden imajını kapsamasının yanı sıra emosyonel, entellektüel ve sosyokültürel bileşenleri de içine alan bir kavramdır (Henson 2002). Bu nedenledir ki cinsel fonksiyonlara ilişkin yaşanan problemler kadınlar için son derece özel, rahatsız edici, fiziksel ve sosyal açıdan yıkıcı bir durum olup; emosyonel strese, eş ile uyumsuzlıklara ve boşanmalara yol açabilmektedir. Yaşanan bu problemler de kadınların kendine olan güvenlerini ve yaşam kalitelerini düşürmekte, ruhsal durumlarını da önemli derecede etkilemektedir (Laumann ve ark 1999). Kadınlar üzerinde oldukça yıkıcı etkileri olan ancak toplumsal, kültürel, dini ve sosyal etmenlerin etkisi ile bastırılan, mahrem kabul edilip ifade edilemeyen cinsel problemlerin, sağlık çalışanları tarafından da çok fazla irdelenmediği ve bakımda ele alınmadığı vurgulanmaktadır (Kütmeç 2009).

Cinsel yaşam ve cinsel işlevler yıllardır tabu olarak görülen ve sağlık çalışanları tarafından da gündeme getirilmesinde güçlük yaşanan bir konudur. Bu konuda hemşirelerin önemli sorumlulukları bulunmaktadır. Doğum sonrası bakım veren hemşirenin amacı; kadının cinsel sağlığını güçlendirmek, cinsel problemlerini ifade etmeleri için cesaretlendirmek, cinsel problemlerinin nedenlerini ve özelliklerini belirlemek, belirlenen problemlere yönelik girişimlerde bulunmak ve dolayısı ile yaşam kalitelerinin yükseltilmesine katkı sağlamaktır. Hemşire kadının cinsel sağlığına yönelik koruyucu girişimleri planlayabilir ve yerine getirebilir, cinsel yaşamı ifade etme yetisini

geliştirebilir, mevcut problemlerin erken tanı ve tedavisi için danışmanlık yapabilir ve sevk edebilir (Kütmeç 2009).

Hemşire doğum sonrası cinsel problemlere yönelik tanılama yapma ve bakım planını oluşturmada kapsamlı bir kavramsal çerçeve sağlayabilen PLISSIT modelden yararlanabilir. Bu model sağlık çalışanlarının bireyler ile cinsel yaşam konusunda tartışabilmeleri ve cinsel problemlerini saptayabilmeleri için Annon tarafından geliştirilmiştir (Annon 1981). PLISSIT model, işbirliği içinde bireyi değerlendirerek, kararlarını anlayarak ve saygı göstererek danışmanlık rolünü desteklemektedir. PLISSIT model dört basamaktan oluşmaktadır. Bunlar: izin verme (P-Permission), sınırlı bilgi (LI-Limited Information), spesifik öneriler (SS-Specific Suggestions) ve yoğun tedavidir (IT-Intensive Therapy). Bu modelin ilk üç evresini kullanarak, cinsel problemlerin ortalama %80-90'ı çözülebilmektedir. Annon (1981), tüm cinsel problemlerin %70'inin izin verme basamağında çözümlenebileceğini bildirmekte, sadece bireylerin cinsel endişelerini ve anksiyetelerini açıklamasına izin verilmesi gerektiğini savunmaktadır. Bu model bireyin uygun olduğu herhangi bir zamanda ve farklı durumlarda uygulanabilir (Annon 1981).

## **1.2. Araştırmanın Amacı**

Cinsel yaşamın, sağlık bakımının önemli bir parçası olduğu tüm sağlık çalışanları tarafından kabul edilmesine rağmen zaman sınırlılığı, cinsel fonksiyonlara ilişkin bilgi eksikliği, cinsel problemleri görüşmede zorluk yaşama gibi nedenlerden dolayı bakımda ele alınmadığı görülmektedir. Oysa kadın sağlığının gelişmesi ve yaşam kalitelerinin yükseltilmesinde kadınların cinsel yaşamlarına ilişkin deneyimlerinin paylaşılmasının, problemlerin erken dönemde saptanıp çözüme ulaştırılmasında etkili olabileceği düşünülmektedir. Bu çalışma doğum sonrası dönemdeki kadınların cinsel problemlerinin çözümünde PLISSIT modelin etkinliğinin incelemesi amacıyla yapılmıştır.

## **1.3. Araştırmanın Hipotezleri**

**H<sub>0</sub>:** Doğum sonrası dönemdeki çalışma grubundaki kadınlara verilen PLISSIT model girişim planı sonrası çalışma ve kontrol grupları arasında cinsel problem bulunma durumu bakımından önemli bir fark yoktur.



**H1:** Doğum sonrası dönemdeki çalışma grubundaki kadınlara verilen PLISSIT model girişim planı sonrası çalışma ve kontrol grupları arasında cinsel problem bulunma durumu bakımından önemli bir fark vardır.

#### **1.4. Genel Bilgiler**

##### **1.4.1. Kadınlarda Cinsel Yaşamın Fizyolojisi**

Cinselliğin merkezi sinir sistem ve endokrin sistem ile ilişkili olduğu bilinmektedir. Kuşkusuz, cinsel yaşam için en önemli organ beyindir. Merkezi sinir sisteminin birçok bölgesi işin içinde olmakla birlikte esas cinsel işlemlerden sorumlu olan alanlar limbik sistem ve hipotalamustur. Özellikle posterior hipotalamik ventromedyal çekirdeğin kadın cinsel davranışlarını yönlendiren merkezleri olduğu düşünülmektedir. Çok sayıda nörotransmitter sistem, peptid ve hormon cinsel işlevlerin düzenlenmesinde rol almaktadır (Crenshaw ve Goldberg 1996, Eşel 2006). Kadın cinsel işlevlerinden sorumlu olan önemli nörotransmitterler şunlardır;

**Dopamin:** Cinsel istek, dürtü, fantezi ve motivasyon oluşmasında en önemli olduğu bilinen nörotransmitterdir. Aktif bir cinsel yaşam için iyi çalışan bir dopaminerjik sistem gerekmektedir (Crenshaw ve Goldberg 1996, Brown ve ark. 2007).

**Kolinerjik sistem ve asetilkolin:** Uyarılmadan sorumlu olan bir nörotransmitter sistemdir. Uyarılma mesajının beyinde başlayıp, medulla spinalisten aşağıya, hem sempatik hem de parasempatik periferik otonom sinir liflerine, vasküler ve genital bölgeye aktarılmaktadır. Periferik ya da nesnel uyarılma aşaması olan bu aşamada, kadında lubrikasyon ve kabarma oluşmaktadır. Bu süreçlerde asetilkolin ve nitrik oksit büyük rol oynamaktadır (Stahl, 2003).

**Nitrik oksit ve serotonin:** Genital bölgedeki vasküler dokulardaki düz kaslarda relaksasyon yapar, böylece genital bölgede kan akımını artırır ve lubrikasyonu kolaylaştırır. İnen spinal noradrenerjik lifler ve genital bölgenin noradrenerjik sempatik innervasyonu orgazm ve ejakülasyonu kolaylaştırıcı bir etki oluştururken, inen serotonerjik lifler ve genel olarak serotonin orgazmı zorlaştırır ya da inhibe eder (Crenshaw ve Goldberg 1996, Stahl 2003, Hallward ve Ellison 2001).

### **1.4.2. Doğum sonrası dönemde kadının cinsel işlevlerinden sorumlu olan önemli hormonlar**

**Östrojen:** Östrojen, vajinal dokunun bütünlüğünün sürdürülmesinde, klitoral, vajinal ve üretral kan akımının sağlanmasında etkilidir (Dennerstein ve ark 2001). Doğum sonrası dönemde ise östrojen düzeyindeki azalma cinsel arzuda, cinsel aktivite sıklığında, cinsel yanıtta ve genital duyarlılıkta azalmaya, dispareniye ve orgazma ulaşmada zorluk yaşanmasına neden olmaktadır (Berman ve ark 1999, Lue ve ark 2006, Gregersen ve ark 2006, Uckert ve ark 2006).

**Progesteron:** Doğum sonrası dönemde östrojen ile birlikte progesteron hormonu da azalmakta ve vajinal kuruluk gelişmektedir (Karaçam 2008b).

**Prolaktin:** Bu hormon cinsel isteği olumsuz etkilemektedir. Prolaktin, doğum sonrası dönemdeki kadınlarda emzirme dönemi süresince yüksek düzeylerde seyretmekte ve cinsel isteksizliğin oluşmasına neden olmaktadır (İncesu 2004, Karaçam 2008b).

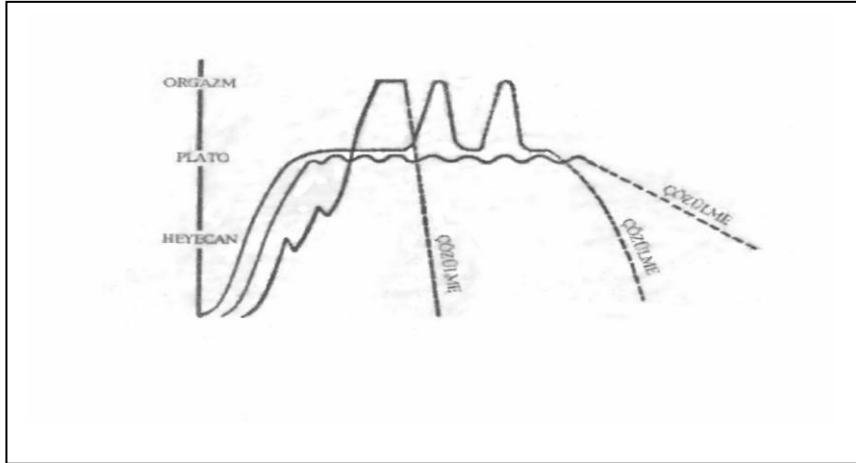
**Oksitosin:** Bu hormon ise kadınlarda cinsel faaliyeti teşvik eder. Ayrıca oksitosin hormonu annelik ve babalık davranışlarını aktive eder ve saldırganlığı azaltır. Aynı zamanda kadınlarda östrojen varlığı oksitosinin etkisini artırır (Lee ve ark 2009).

**Androjenler:** Androjenler beyinde seksüel davranışları, özellikle de kadının cinsel isteği üzerine etki gösterdiği belirtilmektedir (Berman ve Bassuk 2002). Cinsel yanıtta görevi olan ve merkezi nörotransmitterlerin düzenlenmesini sağlayan testosteronun eksikliğinde cinsel uyarılma, genital duyarlılık ve cinsel istekte azalma ve orgazm bozuklukları gelişebilmektedir (Berman ve ark 1999).

### **1.4.3. Kadınlarda Cinsel Yanıt Evreleri**

Masters ve Johnson, cinsel uyarılara karşı ortaya çıkan fizyolojik yanıtı dört ayrı evreye ayırmışlardır (Basson ve ark 2000). Bu evreler uyarılma, plato, orgazm ve çözülme evresidir.

Grafik I: Masters ve Johnson'a göre kadında cinsel yanıt döngüsü



Masters ve Johnson'a göre Grafik I'de de görüldüğü gibi kadındaki cinsel yanıt döngüsü, tepkinin yoğunluğu ve süresiyle ilişkili olduğu için sayısız çeşitlilikte olabilir (Basson ve ark 2000).

### 1. Uyarılma evresi

Bu evre erotik duygu ve düşüncelerin belirmesi, kadında yaygın olarak vazokonjesyon ve myotoni ile karakterizedir. Herhangi bir duygu ile ortaya çıkabilir. Uyarı kişisel gereksinimi karşılayacak seviyede ise yanıtın yoğunluğu genellikle kısa sürede artış gösterir. Bu evre, kişiye fiziksel ya da psikolojik açıdan uygun olmayan uyarıda bulunulmuşsa ya da cinsel uyarılmaya ara verilmişse uzayabilir hatta kaybolabilir (Masters ve Johnson 1994, Basson ve ark 2000).

### 2. Plato evresi

Bu evre etkili cinsel uyarının sürmesi ve cinsel heyecanın artması ile kadın plato evresine girer. Haz duygusu ve cinsel gerilim artarak kişinin orgazma geçebileceği noktaya kadar sürer (Basson ve ark 2000).

### 3. Orgazm evresi

İncesu (2004)'nin aktardığına göre; orgazm evresi, cinsel evreler arasında süre açısından en az, cinsel haz açısından en yoğun olanıdır. Bu evre perine ve vajina etrafındaki kaslar ile vazokonjesyon sonucu büyüyen dokuların ritmik refleks kasılmaları

ile karakterizedir. Orgazm klitoral bölgede ve vajinada yoğunluk kazanır. Şiddeti ve sayısı kişiden kişiye farklılık gösterir.

#### **4. Çözülme evresi**

Bu evre orgazmın olduğu ya da olmadığı durumlarda genital organlarda oluşmuş fizyolojik değişikliklerin aynı sırayı takip ederek uyarı öncesi duruma dönmesi, gevşeme dönemidir. Kadınlar bu evrede cinsel uyarıyı yeniden alma durumunda tekrar orgazm olma yeteneğine sahiptirler (Basson ve ark 2000).

Günümüzde cinsel yanıt AFUD'un (American Foundation for Urologic Disease) 2000 yılında öngördüğü şekilde (1) Cinsel istek, (2) Uyarılma, (3) Orgazm , (4) Çözülme evreleri şeklinde ele alınmaktadır. Plato evresi kullanılmamaktadır (Basson ve ark 2004).

#### **1.4.4. Doğum Sonrası Dönemde Oluşan Anatomik, Fizyolojik ve Cinsel Değişimler**

Kadının cinsel yaşamı doğum yapması ile birlikte fiziksel ve duygusal olarak değişik düzeylerde etkilenmektedir. Doğum sonrası dönemdeki kadınlar karın kaslarının eski şekline dönmemesi, stres inkontinansı, vajinanın gevşek olması, göğüslerin bebek beslenmesinde rol alması ve süttten kesildikten sonra göğüslerin daha küçük algılanması gibi faktörlerden dolayı beden imajlarından memnun olmamaktadır. Kadınlar bu değişikliklere farklı şekillerde tepki verirler. Bazı kadınlar bu durumu göz ardı ederek, zamanla her şeyin geri döneceğini umut ederek rahatlıkla cinsel yaşamlarını sürdürürken, bazıları da güçlük yaşayabilir ya da hiç cinsel yaşama dönemeyebilirler (Kömürcü 1996, Barrett ve ark 1999, Avery ve ark 2000, De Judicibus ve McCabe 2002). Olsson ve ark (2005)'nın yaptıkları bir çalışmada çoğu kadının beden imajlarından memnun olmadıklarını ve bu durumu değiştirmek için çeşitli yollara (plastik cerrahi, egzersiz vs.) başvurduklarını bildirmişlerdir.

Pek çok kadın doğum sonrası cinsel istekte azalma yaşadıklarını ifade ederler. Bunun başlıca nedeni hormonlarla ilgilidir. Doğum sonrası dönemde östrojen ve testosteron hormonunun salgılanmasındaki azalma ve prolaktin salgılanmasındaki artma nedeni ile cinsel isteksizlik ve vajinal bölgede kuruluk meydana gelmektedir. Vajinal kuruluk da cinsel ilişki sırasında ağrı oluşmasına neden olmaktadır (Barrett ve ark 1999, De Judicibus ve McCabe 2002, Lamarre ve ark 2003, Olsson ve ark 2005).

Doğum sonrası dönemde göğüslerde süt salınımı ile beraber oksitosin hormonu da aktif hale geçer. Oksitosin hormonunun sakinleştirici etkisi olması nedeniyle kadında aşırı uyku hali ve yorgunluk meydana gelmektedir. Bu nedenle bazı kadınlar dinlenmeyi cinsel yaşamlarına tercih edebilirler (Olsson ve ark 2005).

Normal doğum sırasında epizyotomi ve perineal travması olan kadınların cinsel ilişki sırasında ağrı (disparoni) hissettikleri bildirilmektedir (Sartore ve ark 2004, Thommasen ve ark 2005). Yapılan bir çalışmada, Klein ve ark (2005), epizyotomi ve laserasyon olmadan vajinal doğum yapmış kadınların sezaryen ile doğum yapanlara göre daha az disparoni deneyimlediklerini bildirmişlerdir.

Ayrıca kadınlarda doğum sonrası yaşam tarzlarının değişmesi (yeni bir aile ile başa çıkma) nedeniyle anne stres yaşamakta hatta depresyona girebilmektedir. Bazı kadınlar cinsel ilişki sırasında çocuğun uyanacağı ve ilişkinin yarıda kesileceği endişesi taşır ve konsantrasyon sorunları yaşarlar. Yapılan çalışmalarda doğum sonrası ortaya çıkan depresif semptomların östrojen, progesteron, prolaktin, kortizol, tiroksin ve TSH ile ilişkili olabileceği bildirilmektedir (Abou-Saleh ve ark 1998, Olsson ve ark 2005).

#### **1.4.5. Doğum Sonrası Kadınların Cinsel Yaşamı ile ilgili Hemşirenin Rolü**

Hemşirenin doğum sonrası dönemde kadınların cinsel sağlıklarını yükseltmek için veri toplama, cinsel problemleri saptama ve bu problemlere yönelik eğitim ve danışmanlık yapma sorumlulukları bulunmaktadır. Doğum sonrası oluşan tüm değişikliklere çiftlerin uyum sağlayarak cinsel yaşamlarına yeniden başlamayı sağlamada ve sürdürmede hemşirelerin danışmanlık hizmetleri önemlidir. Hemşirelerin etkili bir dinleyici olması, kadının endişelerine dikkat etmesi, etkin soru sorması, sezgi ve algılama yeteneğini kullanması kadının cinsel problemlerini saptamaya yardımcı olmaktadır (Potter ve Perry 2001, Acar 2008).

Doğum sonrası cinsel problemlerin erken saptanmasında ilk aşama veri toplamadır. Bu dönemde hemşire yüz yüze görüşme yaparak öncelikle genital sistem fonksiyonlarını değerlendirmeli, kadınların yaşadıkları cinsel sorunları ve bu sorunların özelliklerini, üreme sistemine ilişkin hastalık ve travmaları sorgulamalıdır. Daha sonra menstruasyon obstetrik özellikler ve cinsel yaşama ilişkin veriler toplanmalıdır. Cinsel yaşamla ilgili veriler toplanırken hemşirelerin kadınlarla göz teması kurmaları, onların sorunlarını açıklamalarını kolaylaştırabilecek biçimde açık uçlu sorular sormaları gerekir. Görüşme

sırasında kadınların kendilerini rahat hissetmeleri sağlanmalı ve beden dillerine dikkat edilmelidir (Potter ve Perry 2001, Ayaz 2007).

Cinsel yaşamla ilgili veriler toplandıktan sonra tüm veriler değerlendirilmelidir. Böylece doğum sonrası cinsel problem yaşayan kadınlar tespit edilip problemlerine yönelik eğitim ve danışmanlık verilerek problemlerinin çözümüne yardımcı olunur. Hemşireler ileri tetkik ve tedavi gerektiren durumları saptamalı ve bu kadınları ilgili birimlere sevk etmelidirler (Ayaz 2007).

Doğum sonrası dönemde hemşirelerin kadınlara vermesi gereken eğitimler şu kapsamda olabilir (Karaçam 2008b);

- Doğum sonrası dönemde kadının bedeninde oluşan anatomik ve fizyolojik değişiklikler,
- Kadının bedenindeki değişimlerin cinsel yaşama etkisi,
- Doğum sonrası dönemde cinsel yaşamda oluşan değişiklikler,
- Doğum sonrası dönemde cinsel yaşama ilişkin endişe ve problemler,
- Doğum sonrası cinsel ilişkiye başlama zamanı,
- Tercih edilmesi gereken cinsel pozisyonlar,
- Emzirmenin cinsel yaşama etkileri ve
- Aile planlaması yöntemleridir.

Cinsel danışmanlık ve rehberlik hizmetlerinin sunumu sırasında, mahremi bir konu olması nedeniyle, iletişimin başlatılması ve sürdürülmesinde hem sağlık çalışanları hem de kadınlar güçlük yaşamaktadırlar. Hemşirelerin hizmetlerini bir model ile sunmaları cinsel yaşam konusunda görüşmenin başlatılmasına yardımcı olmaktadır. Annon (1981) tarafından geliştirilen PLISSIT Model, cinsel yaşam konusunda kadınlar ve hemşireler arasındaki iletişimi başlatma, sürdürme, sorunları belirleme ve çözüm geliştirmede başarı ile kullanılmaktadır. Bu nedenle bu çalışmada doğum sonrası dönemdeki kadınların cinsel problemlerinin çözümünde PLISSIT Model'in etkinliği incelenmektedir.

## 1.5. PLISSIT Model

Bu model sağlık çalışanlarının bireyler ile cinsel yaşam konusunda tartişabilmeleri ve cinsel problemlerini saptayabilmeleri için 1970'lerde Annon tarafından geliştirilmiştir (Annon 1981). PLISSIT model, işbirliği içinde bireyi değerlendirerek, kararlarını anlayarak ve sayđı göstererek danışmanlık rolünü desteklemektedir. Bu modelin ilk u evresini kullanarak, cinsel problemlerin ortalama %80-90'ı zlebilmektedir. Annon (1981), tüm cinsel problemlerin %70'inin izin verme basamağında zmlenebileceğini bildirmekte, sadece bireylerin cinsel endişelerini ve anksiyetelerini açıklamasına izin verilmesi gerektiğini savunmaktadır. Bu model bireyin uygun olduğu zamanda ve farklı ortamlarda uygulanabilir (Annon 1981). PLISSIT model dört basamaktan oluşmaktadır. Bunlar:

- İzin verme (P-Permission)
- Sınırlı bilgi (LI-Limited Information)
- Spesifik neriler (SS-Specific Suggestions)
- Yoğun tedavi (IT-Intensive Therapy)

**İzin Verme (Permission):** İzin verme modelin ilk basamağıdır. Bu basamak sağlık kurumuna başvuran birey ile ilk iletişimde bulunan sağlık çalışanı olarak hemşirenin sorumluluğundadır ve bakım planının veri toplama aşamasına denk gelir. Bu basamakta birey ve eşinin, cinsel yaşama yönelik düşünce/endişelerini ve cinsel aktivitelerinin önemini ifade etmelerine izin verilir. Eşlerin fiziksel ya da duygusal olarak zararlı olmayan cinsel davranışlarını devam ettirmelerine ilişkin yeniden güvenleri oluşturulur ve davranışlarını tanımlamalarına ve sorgulamalarına izin verilir (Annon 1981, Alteneder ve Hartzell 1997).

İzin verme koruyucu niteliktedir ve cinsel problemlerin bir bölümünü zmlenmektedir. İzin verme basamağı hazırlık gerektirmez. Bireylerin düşüncelerini, fantezilerini, hayallerini ve duygularına ilişkin endişelerini fark etmelerini sağlamaktadır. Bu basamak bireyin endişesini zmede yeterli olmazsa bile ikinci basamağa geçilebilir (Annon 1981).

**Sınırlı Bilgi (Limited Information):** Sınırlı bilgi, bireylere cinsel problemleri ile ilgili doğrudan bilgi verme aşamasıdır. Sınırlı bilgi genellikle izin verme ile aynı zamanda verilebilmektedir. Ancak PLISSIT modelin ilerleyen her basamağı daha fazla bilgi, beceri, deneyim ve zaman gerektireceğinden her bir basamak ayrı olarak ele alınmalıdır (Annon 1981). Bu basamaktaki hemşirelik girişimleri bireyin bilgisini artırmayı amaçlamaktadır. Bu basamakta, normal cinsel işlev bileşenleri birey ile birlikte gözden geçirilir, doğum sonrası dönemin ve uygulanan tedavilerin cinsel yaşam üzerindeki etkisi ve bu tedavilere yönelik bilgi verilir. Verilen bilgi ile hemşire, bireyin cinsel yaşamı ile ilgili endişelerini daha iyi anlamasına ve baş etmesine yardım edebilir (McInnes 2003).

Sağlık çalışanlarının cinsel problemleri ele almada sınırlı bilgi basamağını kullanma durumu cinsel alandaki bilgi seviyelerine bağlı olarak değişebilir. Sağlık çalışanlarının bu aşamada kendilerini rahat hissetmeleri sahip oldukları bilgi ve değer yargılarına göre değişebilir. Eğer sınırlı bilgi verme basamağı yeterince gerçekleştirilemez ise birey başka bir yere sevk edilebilir (Annon 1981).

**Spesifik Öneriler (Specific Suggestions):** Bu basamak bireylerin cinsel yaşamlarının daha doyum verici olması için, birey/eşinin özel problemlerine yönelik bilgi verme ve öneride bulunmayı içermektedir. Spesifik öneriler ile bireylerin problemlerine özel davranış değişikliği geliştirmelerine yardımcı olunur. Bu problemler uyarılma, ağırlı cinsel ilişki, orgazm olma vb. olabilir. Spesifik önerilerde bulunma cinsel yaşamı kolaylaştırabilir, başarısızlık korkusunu azaltabilir ve cinsel performansla ilgili gerçek dışı beklentileri ortadan kaldırabilir. Sağlık çalışanı görüşme sırasında, bireyin beden imajı ve cinsel fonksiyonunda oluşan değişikliklerin cinsel yaşamları üzerindeki etkiyi anlamasını sağlamalıdır. Sağlık çalışanlarının bu basamağı uygulayabilmeleri için yeterli bilgi, beceri ve deneyime sahip olmaları gerekmektedir (Annon 1981, Altener ve Hartzell 1997).

Modelin daha önceki basamaklarında olduğu gibi spesifik öneriler basamağı da koruyucu bakım olarak kabul edilmektedir. Cinsel problemlerin çoğu bu yaklaşımla başarı ile tedavi edilebilmektedir. Ancak bu yaklaşımla çözülemeyen bazı problemler son basamağa kalacaktır (Annon 1981).



**Yoğun Tedavi (IT-Intensive Therapy):** Bu aşama PLISSIT modelin son basamağıdır. Daha ayrıntılı danışmanlık gerektiği için birey ve eşi konu ile ilgili uzman kişilere (psikolog, psikiyatrist, sosyal çalışma uzmanı) sevk edilir (Annon 1981, Alteneder ve Hartzell 1997).

### **1.5.1. PLISSIT Model ile Yapılan Araştırmalar**

Literatür tarandığında doğum sonrası dönemde PLISSIT modelin kullanımı ile ilgili deneysel / yarı deneysel çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak yaşamın diğer dönemlerinde ve farklı koşullarda PLISSIT modelin etkinliğini değerlendiren çalışmalarda, modelin cinsel fonksiyonları geliştirmede olumlu etkilerinin olduğu rapor edilmektedir (Ayaz 2007, Lara ve ark 2008, Tütüncü 2009, Chun 2011).

Chun (2011)'un jinekolojik kanserli 61 kadın (deney:29; kontrol:32) ile PLISSIT modelin cinsel fonksiyon üzerindeki etkinliğini değerlendirmek için yaptığı bir çalışmada, kadınların cinsel fonksiyonlarında olumlu yönde gelişme olduğu bildirilmiştir. Tütüncü (2009)'nün TAH+BSO operasyonu geçiren 70 kadın (çalışma:35; kontrol:35) ile PLISSIT Modeline göre verilen eğitimin cinsel fonksiyonlara olan etkisini belirlemek amacı ile yaptığı randomize kontrollü bir araştırmada ise, eğitim verilen çalışma grubundaki kadınların eğitim verilmeyen kontrol grubundaki kadınlara göre operasyon sonrası cinsel sorunları ile baş etmede daha başarılı oldukları rapor edilmiştir. Ayaz (2007)'in yaptığı bir başka deneysel çalışmada da 60 stomalı bireyin (çalışma grubu: 30; kontrol grubu: 30) cinsel sorunlarının çözümünde PLISSIT modelinin etkinliği değerlendirilmiştir. Bu araştırmada da PLISSIT model uygulanan bireylerde cinsel sorunların azaldığı belirtilmiştir.

## **2. GEREÇ VE YÖNTEM**

### **2.1. Araştırmanın Şekli**

Araştırma doğum sonrası dönemdeki kadınların cinsel problemlerinin çözümünde PLISSIT modelin etkinliğinin değerlendirilmesi için ön test-son test kontrol gruplu düzende yarı deneysel olarak yapılmıştır.

### **2.2 Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri**

Bu araştırma Antalya Kepez 17 Nolu (Dt. Selahattin Topçu) Aile Sağlığı Merkezi ve 18 Nolu Kültür Aile Sağlığı Merkezi'ne bağlı bölgelerde yapılmıştır. Araştırmanın yapıldığı aile sağlığı merkezleri; her iki aile sağlığı Merkezinin birbirine yakın olması, sosyo-demografik özellikler açısından benzer statüdeki bireylerin ve her düzeydeki ailelerin ikamet etmesi nedeni ile tercih edilmiştir.

Kepez 17 Nolu (Dt. Selahattin Topçu) Aile Sağlığı Merkezi'nde on aile hekimi ve 18 Nolu Kültür Aile Sağlığı Merkezi'nde iki aile hekimi görev yapmaktadır. Bu aile sağlığı merkezlerinde doğum öncesi ve doğum sonrası bakım hizmetleri, aile planlaması hizmetleri, gebe takibi, sağlam çocuk izlemleri, aşılar ve poliklinik hizmetleri verilmektedir.

17 Nolu (Dt. Selahattin Topçu) Aile Sağlığı Merkezi'ne bağlı beş mahalle (Gülveren, Yeşilyurt, Şafak, Duraliler ve Avni Tolunay Mh.) ve 18 Nolu Kültür Aile Sağlığı Merkezi'ne bağlı üç mahalle (Kültür, Yenidoğan ve Ahatlı Mh.) vardır. Bu bölgelerdeki kadınların büyük kısmı ev hanımıdır. Evler genelde üç katlı apartmanlardan meydana gelmiştir. Bu bölgede ikamet edenlerin çoğunluğunun sosyal güvencesi bulunmakta ve gelir düzeyi asgari ücretin üzerindedir. Aile bireylerinin eğitim durumları genelde ilköğretim düzeyindedir.

### **2.3. Araştırmanın Zamanı**

Araştırma zamanı ile ilgili bilgiler Çizelge 2.3.1 de verilmiştir.

### Çizelge 2.3.1. Araştırma zamanı ile ilgili bilgiler

Araştırma konusun seçimi	22.03.2010-31.03.2010
Soru formu oluşturulması	02.02.2011-25.03.2011
Soru formunun ön uygulaması	01.04.2011-10.04.2011
Akdeniz Üniversitesi etik kurul onayı	13.06.2011
İl Sağlık Müdürlüğü izni	19.07.2011
Araştırma verilerinin toplanması	20.07.2011-05.09.2011
Araştırma sonuç raporunun hazırlanması	10.09.2011-15.06.2013

#### 2.4. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini Antalya Kepez 17 Nolu (Dt. Selahattin Topçu) Aile Sağlığı Merkezi ve 18 Nolu Kültür Aile Sağlığı Merkezi bölgelerinde ikamet eden 2010 yılında doğum yapmış 3-12 ay arasındaki 640 kadın oluşturmaktadır.

#### 2.5. Araştırmanın Örnekleme

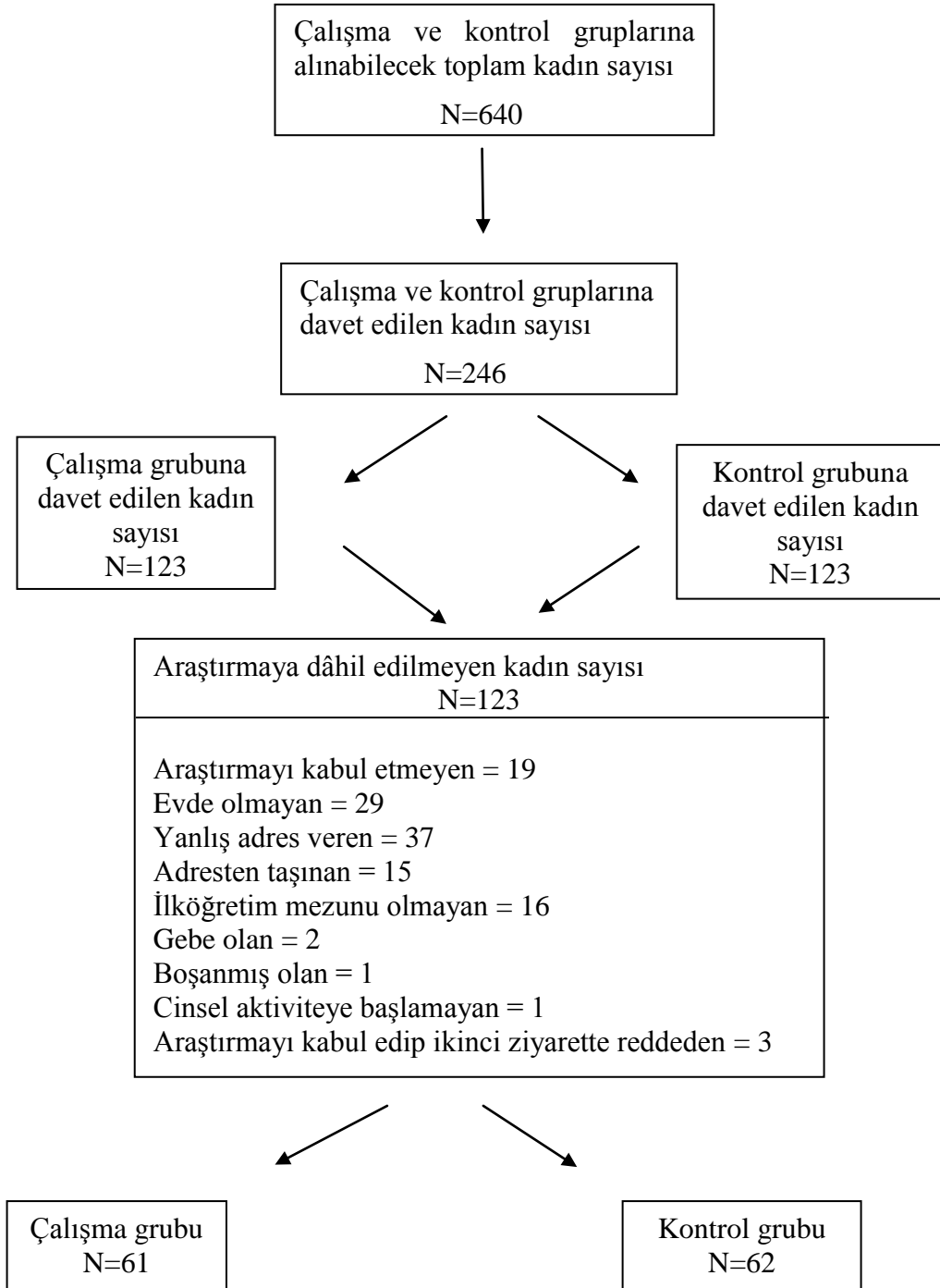
Araştırmanın örnekleme alınacak birey sayısı %95 güven aralığı ve %80 etki düzeyi oranı ile hesaplanmış olup; toplam 123 kişi alınması gerektiği bulunmuştur. Araştırma örnekleme alınan 123 kişi, 640 kadın arasından sistematik örnekleme yöntemi kullanılarak seçilmiş, randomize olarak 61'i çalışma ve 62'si kontrol grubuna alınmıştır.

Araştırma verilerinin yaz döneminde toplanması nedeniyle örneklem kayıplarının fazla olacağı dikkate alınarak araştırmanın örnekleme alınacak her bir birey için, yine sistematik örnekleme yöntemi ile bir de yedek seçilmiştir. Araştırma kapsamına alınan kadınlardan, 19'u araştırmayı kabul etmediği, 29'u yaz tatili nedeniyle memleketlerinde buldukları, 37'si adreslerinde bulunamadıkları, 15'i verilen adreslerden taşındıkları için araştırma kapsamı dışında kalmışlardır. Kadınların 16'sı ilköğretim mezunu olmadıkları, 2'si tekrar gebe olduğu, 1'i boşanmış, 1'i doğum sonrası henüz cinsel aktiviteye başlamadığı için araştırma kapsamına alınmamışlardır. Sadece 3 kadın başlangıçta araştırmaya katılıp ikinci ziyaretlerde kendi istekleriyle araştırmadan ayrılmışlardır.

## 2.6. Araştırmaya Dâhil Edilme ve Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

Araştırmaya dâhil edilme kriterleri; 18-40 yaş arasında, doğum sonrası 3-12 ay içinde, ilkokul ve üstü eğitime sahip olanlar, eşi ve kendisinde ruhsal hastalık ve cinsel bozukluk tanısı olmayanlardır. Dışlama kriterleri ise, 18 yaşın altında ve 40 yaşın üstünde olanlar, formal eğitimi olmayanlar, eşi ya da kendisinde tanı konulmuş ruhsal problemi olanlar, cinsel bozukluk tanısı olanlar, doğum sonrası cinsel yaşamlarına başlamamış olanlardır. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği-Kadın Formu ve Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın Formu'nu kadınlar kendileri dolduracağından formal eğitimi olmayanlar araştırmadan dışlanmıştır. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği-Kadın Formu'nda kadınların son bir hafta içindeki cinsel yaşamları sorgulandığı için aktif cinsel yaşamı olmayan ve eşlerinden ayrı yaşayanlar çalışma örneklemine alınmamıştır. Örnekleme alınan ve araştırmaya dâhil edilmeyen kadınlara ilişkin ayrıntılı bilgi Tablo 2.6.1'de verilmiştir.

Tablo 2.6.1. Örnekleme alınan ve araştırmaya dâhil edilmeyen kadınlara ilişkin veriler



## **2.7. Veri Toplama Araçları**

Araştırmanın verileri araştırmacı tarafından geliştirilen ve iki bölümden oluşan kişisel bilgi formu, doğum ve doğum sonrası cinsel yaşama ilişkin bilgi formu (**Ek 1**), Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği-Kadın Formu (**Ek 2**) ve Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın Formu (**Ek 3**) ile toplanmıştır.

### **2.7.1. Kişisel Bilgi Formu ve Gebelik Öncesi, Gebelik ve Doğum Sonrası Dönemlere İlişkin Bilgi Formu**

Kişisel bilgi formu; kadınların sosyo-demografik özelliklerine ilişkin 19 sorudan, gebelik öncesi, gebelik ve doğum sonrası dönemlere ilişkin bilgi formu ise obstetrik öyküleri, gebelik öncesi, gebelik ve doğum sonrası döneme ilişkin verileri, doğum sonrası cinsel yaşam için risk faktörü olan durumların sorgulandığı 23 sorudan oluşmaktadır. Soru formunun geliştirilmesi, kapsam ve görünüm geçerliliğini sağlamak için doğum-kadın sağlığı ve hastalıkları, ruh sağlığı ve halk sağlığı hemşireliği alanlarındaki 10 öğretim üyesinden uzman görüşü alınmıştır. Bu formlara ait soruların uygun olduğu belirlenerek uygulamaya alınmıştır.

### **2.7.2. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği-Kadın Formu**

#### **(Arizona Sexual Experiences Scale)**

Soykan (2004)'ın aktardığına göre, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği, cinsel işlev bozukluklarını değerlendirmek amacıyla McGahuey ve arkadaşları (2000) tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe'ye uyarlanması Soykan (2004) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin kadın ve erkek için ayrı formları bulunmaktadır. Yapılan çalışmada kadın formu kullanılmıştır. Bu kadın formu 5 sorudan oluşan 6'lı likert tipi bir öz bildirim ölçeğidir. Bu form cinsel dürtü, uyarılma, vajinal ıslaklık, orgazma ulaşma kapasitesi ve orgazm sonucu doyum duygusunu belirlemektedir. Her sorunun 1'den 6'ya kadar değişen puanı vardır. Toplam puan 5'den 30'a kadar değişir. Ölçek maddelerinden elde edilen puanların toplamı, toplam ölçek puanını oluşturmaktadır ve kesme puanı 11 olarak bildirilmiştir. Ölçeğin güvenilirlik çalışmasında Cronbach Alpha değeri 0,90 olarak bildirilmiştir (Soykan 2004). Ölçeğin bu çalışmadaki Cronbach Alpha değeri birinci ziyarette 0,76 ve ikinci ziyarette 0,75 olarak hesaplanmıştır.

### **2.7.3. Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın Formu**

#### **(Sexual Quality of Life Questionnaire)**

Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği, Symonds ve ark (2005) tarafından geliştirilmiş, geçerlik ve güvenilirliği yapılmış bir ölçektir. Ölçeğin Türkçe'ye uyarlanması Tuğut ve Gölbaşı (2010) tarafından yapılmıştır. Ölçek bireylerin kendi kendine yanıtlayabilecekleri, uygulanışı kolay ve 6'lı likert tipinde olup, 18 maddeden oluşmaktadır. Her bir maddenin son dört hafta içindeki cinsel yaşamı düşünülerek yanıtlanması beklenmektedir. Ölçeğin her bir maddenin 1-6 arasında puanlanabileceği belirtilmektedir (1=Tamamen katılıyorum, 2=Büyük ölçüde katılıyorum, 3=Kısmen katılıyorum, 4=Kısmen katılmıyorum, 5= Büyük ölçüde katılmıyorum, 6=Hiç katılmıyorum). Bu şekilde ölçekten alınabilecek puan aralığı 18-108 arasındadır. Bu puan sisteminde ölçekten alınan toplam puan 100'e dönüştürülmektedir. Toplam ölçek puanının 100'e dönüştürülmesi için; (Ölçekten alınan ham puan-18)x100/90 formülünün kullanılması gerektiği belirtilmektedir. Örneğin ölçekten alınan ham puan toplamı 63 olan bir bireyin 100'e dönüştürülmüş ölçek puanı; (63-18)x100/90=50 olmaktadır. Ölçekten alınan puanın yüksek olması cinsel yaşam kalitesinin iyi olduğunu göstermektedir (Symonds ve ark 2005). Ölçeğin madde toplam puan güvenilirlik katsayısı 0,32-0,67 arasında değiştiği ve iç tutarlılık için Cronbach  $\alpha$  katsayısının 0.83 olduğu bulunmuştur (Tuğut ve Gölbaşı 2010). Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin bu çalışmadaki Cronbach Alpha değeri birinci ziyarette 0,78 ve ikinci ziyarette 0,77 olarak hesaplanmıştır.

### **2.8. PLISSIT Model Girişim Planı: Doğum Sonrası Dönemdeki Kadınların Cinsel Problemlerine Yönelik Hemşirelik Girişimleri Kitapçığı'nın Hazırlanması**

Bu kitapçığın içeriği Annon (1981)'un PLISSIT Model Girişim Planı'na dayalı olarak hazırlanmıştır. Ayrıca doğum sonrası döneme ilişkin gereksinim duyulan ilave bilgiler, ilgili literatürler taranarak geliştirilmiş ve bir kitapçık (**Ek 9**) halinde kadınlara sunulmuştur (Şirin ve Kavlak 2008, Ayaz 2007, Taşkın 2007, Karaçam 2003, Alteneder ve Hartzell 1997). Kitapçık geliştirilip hazırlandıktan sonra Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları alanında deneyimi olan 5 kişiden görüş alınmıştır. Bu görüşler doğrultusunda gerekli düzenlemeler yapılmıştır.

## 2.9. Ön uygulama

Hazırlanan veri toplama araçları ve PLISSIT Model girişim planı ile Aydın Devlet Hastanesi Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi ve Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Kadın Doğum Servisi'nde yatan 20 kadına ön uygulama yapılmıştır. PLISSIT Model girişim planında anlaşılması zor olan bazı kısımları yeniden düzenlenip, daha anlaşılır hale getirilmiştir.

## 2.10. Veri Toplama Araçlarının ve PLISSIT Model Girişim Planı: Doğum Sonrası Dönemdeki Kadınların Cinsel Problemlerine Yönelik Hemşirelik Girişimleri Kitapçığının Uygulanması

Örnekleme alınan kadınların adresleri Antalya İl Sağlık Müdürlüğü ve araştırmaya alınan aile sağlığı merkezlerindeki aile hekimlerinin bilgisayar kayıtlarından elde edilmiştir. Adresleri belirlenen kadınlara veri toplama planı Çizelge 2.7.5.1'de verildiği gibi dört oturumda uygulanmıştır. Her iki gruptaki kadınlara iki kez ev ziyaretinde bulunulmuştur. Çalışma grubundaki kadınlara ilk ev ziyaretinde üç oturum yapılmış, bir ay sonraki ikinci ev ziyaretinde ise dördüncü oturum gerçekleştirilmiştir. Kontrol grubundaki kadınlara iki kez ev ziyareti yapılarak veri toplama formlarının doldurulması sağlanmıştır.

Her iki gruptaki kadınlarla birinci oturumda tanışılmış ve araştırma hakkında bilgi verilmiştir. Araştırmaya katılan kadınlardan sözel ve yazılı onam alındıktan sonra araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği kullanarak soru formu doldurulmuştur. Soru formunun doldurulması yaklaşık 10-15 dakika sürmüştür.

Soru formu doldurulduktan sonra Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği-Kadın Formu ve Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın Formu'nun doldurulmasına ilişkin kadınlara açıklama yapılmış ve doldurmaları sağlanmıştır. Kadınlara zorlanıp cevaplandıramadıkları maddeler ile ilgili açıklama yapılarak cevaplandırmaları sağlanmıştır. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği-Kadın Formu ve Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın Formu'nun doldurulması yaklaşık 10-15 dakika sürmüştür.



İkinci ve üçüncü oturum çalışma grubundaki kadınlarla gerçekleştirilmiştir. İkinci oturuma geçmeden önce, kadınlara 5-10 dakika ihtiyaçları için fırsat tanınmıştır. Bu oturumlarda sorumlu danışman ve araştırmacı tarafından hazırlanmış PLISSIT Model girişim planının bulunduğu doğum sonrası dönemdeki kadınların cinsel problemlerine yönelik hemşirelik girişimleri adlı kitapçık kullanılarak eğitim ve danışmanlık yapılmıştır. İkinci oturumda kadınlara PLISSIT Model girişim planının birinci ve ikinci basamakları uygulanmıştır. Bu basamakların uygulanması yaklaşık 15-20 dakika sürmüştür.

Üçüncü oturuma geçmeden önce kadınlara yine 5-10 dakika dinlenmeleri ve ihtiyaçları için fırsat tanınmıştır. Üçüncü oturumda kadınlara PLISSIT Model girişim planının üçüncü ve dördüncü basamakları uygulanmıştır. Oturumların sonunda kadınlara daha sonra da yararlanabilmeleri için PLISSIT Model girişim planının bulunduğu doğum sonrası dönemdeki kadınların cinsel problemlerine yönelik hemşirelik girişimleri adlı kitapçık verilmiştir. Bu basamakların uygulanması yaklaşık 15-20 dakika sürmüştür. Toplam üç oturum şeklinde gerçekleştirilen, veri toplama formunun tamamlandığı ve PLISSIT Model girişim planının uygulandığı birinci ev ziyaretinin süresi 1-1,5 saat arasında değişmektedir.

İkinci ev ziyareti birinci ziyaretten bir ay sonra hem çalışma hem de kontrol grubundaki kadınlara yapılmıştır. Bu ev ziyaretinde yapılan dördüncü oturumda tekrar Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği-Kadın Formu ve Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın Formu'nun doldurulması sağlanmıştır. Bu görüşme 10-15 dakika sürmüştür. Görüşmenin tamamlanmasından sonra kontrol grubundaki kadınlara da PLISSIT Model girişim planının bulunduğu doğum sonrası dönemdeki kadınların cinsel problemlerine yönelik hemşirelik girişimleri adlı kitapçık kullanılarak eğitim ve danışmanlık yapılmış ve kitapçık verilmiştir.

Çizelge 2.7.5.1. Araştırmanın uygulanması ve veri toplama planı

	<b>Çalışma Grubu</b>	<b>Kontrol Grubu</b>
<b>Birinci Oturum</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ev ziyareti yapma</li> <li>- Kadınlarla tanışma</li> <li>- Kadınlara araştırma hakkında bilgi verme ve yazılı izin alma</li> <li>- Kişisel bilgi formu, gebelik öncesi, gebelik ve doğum sonrası dönemlere ilişkin bilgi formu, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği- Kadın Formu ve Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği- Kadın Formu'nun doldurulması</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ev ziyareti yapma</li> <li>- Kadınlarla tanışma</li> <li>- Kadınlara araştırma hakkında bilgi verme ve yazılı izin alma</li> <li>- Kişisel bilgi formu, gebelik öncesi, gebelik ve doğum sonrası dönemlere ilişkin bilgi formu, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği- Kadın Formu ve Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği- Kadın Formu'nun doldurulması</li> </ul>
<b>İkinci Oturum</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- PLISSIT model girişim planının 1. ve 2. basamaklarının uygulanması</li> </ul>	Olağan bakıma bırakma
<b>Üçüncü Oturum</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- PLISSIT model girişim planının 3. ve 4. basamaklarının uygulanması</li> <li>- Eğitim materyali dağıtımı</li> </ul>	Olağan bakıma bırakma
<b>Dördüncü Oturum</b> (üçüncü oturumdan 1 ay sonra)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği- Kadın Formu ve Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği- Kadın Formu'nun doldurulması</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği- Kadın Formu ve Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği- Kadın Formu'nun doldurulması,</li> <li>- Eğitim materyali dağıtımı</li> </ul>

## 2.11. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen veriler Akdeniz Üniversitesi Hastanesi'nde kullanılan istatistik paket programı (SPSS 18.0) ile veri tabanı oluşturulmuş, veriler bilgisayar ortamına kaydedilmiş ve program aracılığıyla analiz edilmiştir. Kadınların ve eşlerinin yaşı, eğitimi, algıladıkları gelir düzeyi, çalışma, sosyal güvence, evlilik süreleri, aile tipi, nikâh durumları, kadınların işe geri dönme durumları, sağlık problemleri, bebeklerini emzirme, gebelikten önceki ve gebelikteki cinsel problem yaşama durumları ve kadınların eşlerinin eğitimi, çalışma ve sağlık durumları ile kadınların doğum şekli ve bebeklerinin sağlık durumları araştırmanın bağımsız değişkenlerini oluşturdu. Çalışma ve kontrol gruplarını araştırmanın sürekli değişkenleri bakımından karşılaştırmak için t-testi ve kategorik değişkenleri karşılaştırmak için ki-kare testi kullanıldı. Arizona Cinsel Yaşantılar

Ölçeği-Kadın Formu ve Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın Formu puanları ve kadınların doğum sonrası cinsel problem yaşama durumu araştırmanın bağımlı değişkenini oluşturmuştur. Çalışma ve kontrol gruplarını araştırmanın bağımlı değişkenleri bakımından karşılaştırmak için t-testi, Mann-Whitney U testi ve Wilcoxon Signed Ranks testi kullanılmıştır. Ayrıca Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği-Kadın Formu ve Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın Formu'nun Cronbach Alpha değerleri güvenirlilik analizi hesaplanmıştır.

## **2.12. Araştırmada Etik**

Araştırma protokolüne Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu tarafından 13.06.2011 tarihinde onay verilmiştir (**Ek 4**). Araştırmanın Antalya ili Kepez ilçesinde ikamet eden kadınlara uygulanabilmesi için Türkiye Cumhuriyeti Antalya Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü'nden 19.07.2011 tarihinde yazılı izin alınmıştır (**Ek 5**). Araştırma kapsamına alınan kadınlara araştırma ile ilgili bilgi verilmiş ve yazılı onamları alınmıştır (**Ek 6**). Bu bilgiler ışığında araştırmaya katılıp katılmama konusunda hiçbir baskı yapılmadan gönüllü katılım olmasına özen gösterilmiştir. Ayrıca bu çalışmada kullanılması için Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği'ni Türkçe'ye uyarlayan Prof. Dr. Atilla Soykan'dan (**Ek 7**) ve Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği'ni Türkçe'ye uyarlayan Yrd. Doç. Dr. Zehra Gölbaşı ve Arş. Gör. Nilüfer Tuğut 'tan (**Ek 8**) elektronik posta yoluyla onay alınmıştır. Araştırmanın veri toplama aşaması bittikten sonra kontrol grubundaki kadınlara da PLISSIT Model girişim planının bulunduğu doğum sonrası dönemdeki kadınların cinsel problemlerine yönelik hemşirelik girişimleri adlı kitapçık kullanılarak, eğitim ve danışmanlık yapılmış ve kitapçık verilmiştir.

### 3. BULGULAR

#### 3.1. Çalışma ve Kontrol Gruplarının Tanıtıcı Özellikleri

Çizelge 3.1.1’de çalışma ve kontrol gruplarındaki kadın ve eşlerinin yaş ortalamalarının ve evlilik sürelerinin ortalamalarına göre dağılımları yer almaktadır. Araştırmaya katılan çalışma grubundaki kadınların yaş ortalaması  $27,87 \pm 4,87$  ve kontrol grubundaki kadınların yaş ortalaması  $26,74 \pm 5,01$  olarak bulunmuştur. Çalışma ve kontrol grubundaki kadınların gruplar arasındaki farkı tespit etmek için yapılan t-testi ile iki grup arasında yaş ( $t=-1,263$ ,  $p=0,209$ ,  $p>0,05$ ) bakımından istatistiksel olarak önemli bir fark saptanmamıştır. Çalışma grubundaki kadınların eşlerinin yaş ortalaması  $31,54 \pm 4,53$  ve kontrol grubundaki kadınların eşlerinin yaş ortalaması  $30,89 \pm 5,01$  olarak bulunmuştur. Çalışma grubundaki kadınların evlilik süresi ortalaması  $5,95 \pm 4,70$  yıl, kontrol grubundaki kadınların evlilik süresi ortalaması ise  $5,96 \pm 4,48$  olarak bulunmuştur. Gruplar arasındaki farkı bulmak için yapılan t-testinde kadınların eşlerinin yaşları ( $t=-0,758$ ,  $p=0,450$ ,  $p>0,05$ ) ve evlilik süresi ( $t=0,011$ ,  $p=0,991$ ,  $p>0,05$ ) bakımından istatistiksel olarak önemli bir fark saptanmamıştır.

Çizelge 3.1.1. Çalışma ve kontrol gruplarındaki kadın ve eşlerinin yaş ve evlilik sürelerinin ortalamalarına göre dağılımları

Değişkenler	Çalışma (n=61)	Kontrol (n=62)	t /p değeri	%95 Güven Aralığı
	Ortalama $\pm$ Ss*	Ortalama $\pm$ Ss		
Yaş	$27,87 \pm 4,87$	$26,74 \pm 5,01$	$t=-1,263$ $p=0,209$ $p>0,05$	-2,89-0,63
Eşinin yaşı	$31,54 \pm 4,53$	$30,89 \pm 5,01$	$t=-0,758$ $p=0,450$ $p>0,05$	-2,36-1,05
Evlilik süresi	$5,95 \pm 4,70$	$5,96 \pm 4,48$	$t=0,011$ $p=0,991$ $p>0,05$	-1,63-1,65

\*Standart sapma

Çalışma grubundaki kadınların %34,4'ünün ilköğretim birinci basamak, %27,9'unun ilköğretim ikinci basamak, %23,0'ının lise ve %14,8'inin yüksekokul ve üstü okullardan mezun oldukları saptanmıştır. Eşlerinin ise %26,2'sinin ilköğretim birinci basamak, %19,7'sinin ilköğretim ikinci basamak, %31,1'inin lise ve %23,0'ının yüksekokul ve üstü okullardan mezun oldukları saptanmıştır (Çizelge 3.1.2).

Kontrol grubundaki kadınların %33,9'unun ilköğretim birinci basamak, %25,8'inin ilköğretim ikinci basamak, %30,6'sının lise ve %9,7'sinin yüksekokul ve üstü okullardan mezun oldukları saptanmıştır. Eşlerinin ise %24,2'sinin ilköğretim birinci basamak, %30,6'sının ilköğretim ikinci basamak, %38,7'sinin lise ve %6,5'inin yüksekokul ve üstü okullardan mezun oldukları saptanmıştır (Çizelge 3.1.2).

Çalışma grubundaki kadınların %96,7'sinin ve kontrol grubundaki kadınların %96,8'inin resmi nikâhlarının olduğu görülmüştür. Çalışma grubundaki kadınların %4,9'u asgari ücret ve altında, %16,4'ü 659 TL-902 TL arasında, %60,7'si 903 TL-2939 TL arasında ve %16,4'ü 2940 TL ve üstü bir gelir düzeyine sahip olduklarını bildirmişlerdir. Kontrol grubundaki kadınların %3,2'si asgari ücret ve altında, %17,7'si 659 TL-902 TL arasında, %69,4'ü 903 TL-2939 TL arasında ve %8,1'i 2940 TL ve üstü bir aylık gelire sahip olduklarını ifade etmişlerdir. Çalışma grubundaki kadınların %11,5'i ve kontrol grubundaki kadınların %22,6'sı geniş aile tipi özelliğinde idiler (Çizelge 3.1.2).

Çizelge 3.1.2. Araştırmaya katılan grupların tanıtıcı özelliklerine göre dağılımları

Tanıtıcı Özellikler	Çalışma (n=61)		Kontrol (n=62)		Toplam (n=123)		df	Ki-kare/ p değeri
	S	%	S	%	S	%		
<b>Eğitim durumu</b>								
İlköğretim 1	21	34,4	21	33,9	42	34,1	3	x <sup>2</sup> =1,380 p=0,710 p>0,05
İlköğretim 2	17	27,9	16	25,8	33	26,8		
Lise	14	23,0	19	30,6	33	26,8		
Üniversite	9	14,8	6	9,7	15	12,2		
<b>Eşlerin eğitim durumu</b>								
İlköğretim 1*	16	26,2	15	24,2	31	25,2	3	x <sup>2</sup> =7,742 p=0,052 p>0,05
İlköğretim 2	12	19,7	19	30,6	31	25,2		
Lise	19	31,1	24	38,7	43	35,0		
Üniversite	14	23,0	4	6,5	18	14,6		
<b>Resmi nikâh</b>								
Olan	59	96,7	60	96,8	119	96,7	1	x <sup>2</sup> =0,000 p=0,987 p>0,05
Olmayan	2	3,3	2	3,2	4	3,3		
<b>Çalışma durumu</b>								
Çalışıyor	10	16,4	11	17,7	21	17,1	1	x <sup>2</sup> =0,039 p=0,842 p>0,05
Çalışmıyor	51	83,6	51	82,3	102	82,9		
<b>Eşlerin çalışma durumu</b>								
Çalışıyor	61	100,0	61	98,4	122	99,2	1	x <sup>2</sup> =0,992 p=0,319 p>0,05
Çalışmıyor	-	-	1	1,6	1	0,8		
<b>Eşin iş durumu</b>								
İşçi	32	52,5	32	51,6	64	52,0	4	x <sup>2</sup> =4,471 p=0,346 p>0,05
Memur	5	8,2	3	4,8	8	6,5		
Küçük esnaf	6	9,8	11	17,7	17	13,8		
Günlük yevmiye ile çalışan	3	4,9	6	9,7	9	7,3		
Büyük esnaf	15	24,6	9	14,5	24	19,5		
<b>Sosyal güvence</b>								
Olanlar	59	96,7	55	88,7	114	92,7	1	x <sup>2</sup> =2,910 p=0,088 p>0,05
Olmayanlar	2	3,3	7	11,3	9	7,3		
<b>Aile tipi</b>								
Çekirdek aile	54	88,5	48	77,4	102	82,9	1	x <sup>2</sup> =2,678 p=0,102 p>0,05
Geniş aile	7	11,5	14	22,6	21	17,1		
<b>Gelir durumu</b>								
Bilinmeyen	1	1,6	1	1,6	2	1,6	3	x <sup>2</sup> =2,356 p=0,502 p>0,05
A. ücret ve altında	3	4,9	2	3,2	5	4,1		
659 TL-902 TL	10	16,4	11	17,7	21	17,1		
903 TL-2939 TL	37	60,7	43	69,4	80	65,0		
2940 TL ve üstü	10	16,4	5	8,1	15	12,2		
<b>Kadınlarda işe geri dönme</b>								
Evet	4	36,4	7	63,6	11	52,4	1	x <sup>2</sup> =1,173 p=0,279 p>0,05
Hayır	6	60,0	4	40,0	10	47,6		

\*Kontrol grubunda eşi okuryazar olan bir kişi ilköğretim 1 grubuna dahil edilmiştir.

Çalışma grubundaki kadınların %96,7'sinin sosyal güvencesi bulunmaktadır (%65,6'sı SSK, %16,4'ü Bağ-Kur, %8,2'si Emekli Sandığı, %4,9'u özel sigortalı ve %1,6'sı yeşil kartlı). Kontrol grubundaki kadınların ise %88,7'sinin sosyal güvencesi (%82,3'ü SSK ve %6,5'i Bağ-Kur) bulunmaktadır (Çizelge 3.1.2).

Çalışma grubundaki kadınların %16,4'ünün ve eşlerinin tamamı, kontrol grubundaki kadınların %17,7'sinin ve eşlerinin %98,4'ünün gelir getiren bir işte çalıştıkları saptanmıştır. Çalışma grubundaki çalışan 10 kadının 2'si öğretmen, 2'si muhasebeci, diğerleri ise gıda teknikeri, satış elemanı, kuaför, mağaza müdür yardımcısı, bankacı, işçi olduğu ve %6,6'sının işine geri döndüğü bulunmuştur. Kontrol grubundaki çalışan 11 kadının 2'si hemşire diğerleri ise öğretmen, avukat, yönetici asistanlığı, acil tıp teknikeri, muhasebeci, danışma görevlisi, hastabakıcı, satış elemanı, işçi olduğu ve %11,3'ünün işine geri döndüğü bulunmuştur. Çalışma grubundaki kadınların eşlerinin %52,5'i işçi, %24,6'sı büyük esnaf, %9,8'i küçük esnaf, %8,2'si memur ve %4,9'u günlük yevmiye ile çalışan olarak bulunmuştur. Kontrol grubundaki kadınların eşlerinin ise %51,6'sı işçi, %17,7'si küçük esnaf, %14,5'i büyük esnaf, %9,7'si günlük yevmiye ile çalışan ve %4,8'i memur olarak bulunmuştur. Çalışan kadınların doğumdan sonra işlerine geri dönme durumlarını incelediğimizde, çalışma grubundaki kadınların %36,4'ü ve kontrol grubundaki kadınların %63,6'sı işlerine geri dönmüşlerdir (Çizelge 3.1.2).

Araştırmaya katılan kadınların gruplar arasındaki farkı tespit etmek için yapılan istatistiksel değerlendirmede, eğitim ( $x^2=1,380$ ,  $p=0,710$ ,  $p>0,05$ ), eşlerin eğitim ( $x^2=7,742$ ,  $p=0,052$ ,  $p>0,05$ ), resmi nikâh ( $x^2=0,000$ ,  $p=0,987$ ,  $p>0,05$ ), çalışma durumu ( $x^2=0,039$ ,  $p=0,842$ ,  $p>0,05$ ), eşlerin çalışma durumu ( $x^2=0,992$ ,  $p=0,319$ ,  $p>0,05$ ), eşlerin işi ( $x^2=4,471$ ,  $p=0,346$ ,  $p>0,05$ ), sosyal güvenceye sahip olma ( $x^2=2,910$ ,  $p=0,088$ ,  $p>0,05$ ), gelir ( $x^2=2,356$ ,  $p=0,502$ ,  $p>0,05$ ) ve işe geri dönme ( $x^2=1,173$ ,  $p=0,279$ ,  $p>0,05$ ) durumları bakımından gruplar arası farkın önemsiz olduğu belirlenmiştir (Çizelge 3.1.2).

### **3.2. Kadınların Obstetrik Özellikleri**

Kadınların obstetrik özelliklerine ilişkin veriler Çizelge 3.2.1'de verilmiştir. Kadınların obstetrik özellikleri incelendiğinde, çalışmaya katılan her iki grubun çoğunluğunun gebelik sayıları, canlı doğum ve yaşayan çocuk sayıları bir veya iki olup, %4,1'inin bir ve iki kez ölü doğum yaptığı, %12,2'sinin bir ve daha fazla düşük yaptığı ve %6,5'inin bir ve iki kez kürtaj yaptırdığı saptanmıştır.

Çizelge 3.2.1. Kadınların obstetrik özelliklerine göre dağılımları

Obstetrik Özellikler	Çalışma (n=61)		Kontrol (n=62)		Toplam (n=123)		df	Ki-kare/ p değeri
	S	%	S	%	S	%		
<b>Gebelik sayısı</b>								
1	27	44,3	23	37,1	50	40,7	3	x <sup>2</sup> =2,697 p=0,441 p>0,05
2	18	29,5	27	43,5	45	36,6		
3	11	18,0	8	12,9	19	15,4		
4 - 6	5	8,2	4	6,5	9	7,3		
<b>Canlı doğum sayısı</b>								
1	28	45,9	26	41,9	54	43,9	2	x <sup>2</sup> =0,226 p=0,893 p>0,05
2	28	45,9	30	48,4	58	47,2		
3	5	8,2	6	9,7	11	8,9		
<b>Ölü doğum sayısı</b>								
0	58	95,1	60	96,8	118	95,9	2	x <sup>2</sup> =1,026 p=0,599 p>0,05
1	2	3,3	2	3,2	4	3,3		
2	1	1,6	-	-	1	0,8		
<b>Yaşayan çocuk sayısı</b>								
1	28	45,9	26	41,9	54	43,9	2	x <sup>2</sup> =0,214 p=0,898 p>0,05
2	27	44,3	29	46,8	56	45,5		
3	6	9,8	7	11,3	13	10,6		
<b>Kendiliğinden düşük</b>								
0	55	90,2	53	85,5	108	87,8	3	x <sup>2</sup> =3,807 p=0,283 p>0,05
1	2	3,3	7	11,3	9	7,3		
2	3	4,9	1	1,6	4	3,3		
3	1	1,6	1	1,6	2	1,6		
<b>Kürtaj sayısı</b>								
0	56	91,8	59	95,2	115	93,5	2	x <sup>2</sup> =1,213 p=0,545 p>0,05
1	4	6,6	3	4,8	7	5,7		
2	1	1,6	-	-	1	0,8		

Araştırmaya katılan kadınların gruplar arasındaki farkı tespit etmek için yapılan istatistiksel değerlendirmede, gebelik ( $x^2=2,697$ ,  $p=0,441$ ,  $p>0,05$ ), canlı doğum ( $x^2=0,226$ ,  $p=0,893$ ,  $p>0,05$ ), ölü doğum ( $x^2=1,026$ ,  $p=0,599$ ,  $p>0,05$ ), yaşayan çocuk ( $x^2=0,214$ ,  $p=0,898$ ,  $p>0,05$ ), kendiliğinden düşük ( $x^2=3,807$ ,  $p=0,283$ ,  $p>0,05$ ) ve kürtaj olma ( $x^2=1,213$ ,  $p=0,545$ ,  $p>0,05$ ) sayıları bakımından gruplar arası farkın anlamlı olmadığı belirlenmiştir (Çizelge 3.2.1).

### 3.3. Kadınların Son Gebeliklerini Planlama Durumları

Araştırmaya katılan kadınların son gebeliklerini planlama durumları incelendiğinde, çalışma grubundaki kadınların %36,1'i ve kontrol grubundaki kadınların %33,9'u bu gebeliklerini planlamamışlardır. Ancak hem çalışma hem de kontrol grubundaki kadınların büyük çoğunluğu (çalışma=%90,2; kontrol=%93,5) gebe kaldıktan sonra gebeliklerini istemişlerdir. Araştırmaya katılan kadınların gruplar arasındaki farkı tespit etmek için



yapılan istatistiksel değerlendirmede, bu gebeliği planlama ( $x^2=0,065$ ,  $p=0,799$ ,  $p>0,05$ ) ve isteme ( $x^2=0,472$ ,  $p=0,492$ ,  $p>0,05$ ) bakımından gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir (Çizelge 3.3.1).

Çizelge 3.3.1. Kadınların son gebeliklerini planlama durumlarının dağılımları

Gebeliğe İlişkin Davranışlar	Çalışma (n=61)		Kontrol (n=62)		Toplam (n=123)		df	Ki-kare/ p değeri
	S	%	S	%	S	%		
<b>Gebeliği planlama</b>								
Evet	39	63,9	41	66,1	80	65,0	1	$x^2=0,065$ $p=0,799$ $p>0,05$
Hayır	22	36,1	21	33,9	43	35,0		
<b>Gebeliği isteme</b>								
Evet	55	90,2	58	93,5	113	91,9	1	$x^2=0,472$ $p=0,492$ $p>0,05$
Hayır	6	9,8	4	6,5	10	8,1		

### 3.4. Kadınların Son Doğumlarına Ait Özellikleri

Araştırmaya katılan kadınların son doğumlarına baktığımızda, her iki gruptaki kadınların sadece yaklaşık üçte birinin (çalışma=%31,1; kontrol=%27,4) normal doğum yaptıkları görülmüştür. Aynı zamanda normal doğum yapan kadınların büyük çoğunluğunda (çalışma=%94,7; kontrol=%82,4) epizyotomi/laserasyonu bulunmakta idi. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, doğum şekli ( $x^2=0,206$ ,  $p=0,650$ ,  $p>0,05$ ) ve epizyotomi/laserasyon varlığı ( $x^2=1,393$ ,  $p=0,238$ ,  $p>0,05$ ) bakımından gruplar arasındaki farkın anlamsız olduğu saptanmıştır (Çizelge 3.4.1).

Çizelge 3.4.1. Kadınların son doğumlarına ait özelliklerinin dağılımları

Son Doğuma Ait Özellikler	Çalışma (n=61)		Kontrol (n=62)		Toplam (n=123)		df	Ki-kare/ p değeri
	S	%	S	%	S	%		
<b>Doğum şekli</b>								
Normal doğum	19	31,1	17	27,4	36	29,3	1	$x^2=0,206$ $p=0,650$ $p>0,05$
Sezeryan	42	68,9	45	72,6	87	70,7		
<b>Epizyotomi/laserasyon varlığı</b>	<b>(n=19)</b>		<b>(n=17)</b>		<b>(n=36)</b>			
Evet	18	94,7	14	82,4	32	88,9	1	$x^2=1,393$ $p=0,238$ $p>0,05$
Hayır	1	5,3	3	17,6	4	11,1		

### 3.5. Kadınların Doğum Sonrası Döneme Ait Özellikleri

Araştırmaya katılan kadınların doğum sonrası döneme ait özelliklerini incelediğimizde, çalışma grubundaki kadınların genelde doğum sonrası 8, 9, 10, 11 ve 12. aylarda, kontrol grubundaki kadınların ise, 5, 8, 11 ve 12. aylarında oldukları görülmüştür. Çalışma grubundaki kadınların %85,2'si ve kontrol grubundakilerin %71,0'ı bebeklerini emzirmekte idiler. Çalışma grubundaki kadınların %90,2'si bebekleri ile aynı odada yattıklarını ve bu kadınların %16,4'ü yanında ikinci bir çocuğunun da yattığını ifade etmişlerdir. Kontrol grubundaki kadınların ise %83,9'u bebekleri ile aynı odada yattıklarını ve bunların %30,8'i yanında ikinci bir çocuğunun da yattığını bildirmişlerdir. Emzirme durumu ( $\chi^2=3,659$ ,  $p=0,056$ ,  $p>0,05$ ), çocuğuyla aynı odada yatma ( $\chi^2=1,076$ ,  $p=0,300$ ,  $p>0,05$ ) ve yanında yatan bir başka çocuğun varlığı ( $\chi^2=3,098$ ,  $p=0,078$ ,  $p>0,05$ ) bakımından yapılan istatistiksel değerlendirmede, gruplar arasındaki farkın önemsiz olduğu görülmüştür (Çizelge 3.5.1).

Çizelge 3.5.1. Kadınların doğum sonrası döneme ait özelliklerinin dağılımları

Doğum Sonrası Döneme Ait Özellikler	Çalışma (n=61)		Kontrol (n=62)		Toplam (n=123)		df	Ki-kare/ p değeri
	S	%	S	%	S	%		
<b>Doğum sonrası</b>								
3. ay	-	-	4	6,5	4	3,3		
4. ay	5	8,2	5	8,1	10	8,1		
5. ay	6	9,8	10	16,1	16	13,0		
6. ay	6	9,8	5	8,1	11	8,9		
7. ay	4	6,6	2	3,2	6	4,9		
8. ay	7	11,5	7	11,3	14	11,4		
9. ay	9	14,8	6	9,7	15	12,2		
10. ay	7	11,5	6	9,7	13	10,6		
11. ay	7	11,5	10	16,1	17	13,8		
12. ay	10	16,4	7	11,3	17	13,8		
<b>Emzirme durumu</b>								
Evet	52	85,2	44	71,0	96	78,0	1	x <sup>2</sup> =3,659 p=0,056 p>0,05
Hayır	9	14,8	18	29,0	27	22,0		
<b>Çocuğuyla aynı odada yatma durumu</b>								
Evet	55	90,2	52	83,9	107	87,0	1	x <sup>2</sup> =1,076 p=0,300 p>0,05
Hayır	6	9,8	10	16,1	16	13,0		
<b>Yanında yatan çocuk sayısı</b>		(n=55)		(n=52)		(n=107)		
1	46	83,6	36	69,2	82	76,6	1	x <sup>2</sup> =3,098 p=0,078 p>0,05
2	9	16,4	16	30,8	25	23,4		
<b>Yanında yatırdığı 1. çocuğun yaşı</b>								
3 ay	-	-	3	5,8	3	2,8		
4 ay	5	9,1	5	9,6	10	9,3		
5 ay	4	7,3	8	15,4	12	11,2		
6 ay	5	9,1	4	7,7	9	8,4		
7 ay	2	3,6	1	1,9	3	2,8		
8 ay	6	10,9	8	15,4	14	13,1		
9 ay	9	16,4	5	9,6	14	13,1		
10 ay	7	12,7	4	7,7	11	10,3		
11 ay	7	12,7	11	21,2	18	16,8		
12 ay	10	18,2	3	5,8	13	12,1		
<b>Yanında yatırdığı 2. çocuğun yaşı</b>		(n=9)		(n=16)		(n=25)		
1 yaş altı	-	-	2	12,5	2	8,0		
1 yaş	1	11,1	1	6,3	2	8,0		
2 yaş	-	-	2	12,5	2	8,0		
3 yaş	4	44,4	1	6,3	5	20,0		
4 yaş	3	33,3	7	43,8	10	40,0		
5 yaş	1	11,1	2	12,5	3	12,0		
6 yaş	-	-	1	6,3	1	4,0		

### 3.6. Kadınların Doğum Sonrası Sosyal Destek Alma Durumları

Araştırmaya katılan kadınların doğum sonrası sosyal destek alma durumları incelendiğinde, çalışma grubundaki kadınların sadece %32,8'i ve kontrol grubundaki kadınların ise %46,8'i evlerinde kendilerine yardımcı olan birinin varlığından söz etmişlerdir. Çalışma grubundaki sosyal destek alan kadınların %45'inin anneleri, kontrol grubunda ise %44,8'inin kayınvalideleri olduğu tespit edilmiştir. Yardımcı birinin varlığı ( $x^2=2,510$ ,  $p=0,113$ ,  $p>0,05$ ) bakımından yapılan istatistiksel değerlendirmede, gruplar arasında önemli bir fark saptanmamıştır (Çizelge 3.6.1).

Çizelge 3.6.1. Kadınların doğum sonrası destek alma durumları

Sosyal destek alma	Çalışma (n=61)		Kontrol (n=62)		Toplam (n=123)		df	Ki-kare/ p değeri
	S	%	S	%	S	%		
<b>Yardımcı birinin varlığı</b>								
Evet	20	32,8	29	46,8	49	39,8	1	$x^2=2,510$ $p=0,113$ $p>0,05$
Hayır	41	67,2	33	53,2	74	60,2		
<b>Yardımcı olan kişi</b>	<b>(n=20)</b>		<b>(n=29)</b>		<b>(n=49)</b>			
Anne	9	45,0	5	17,2	14	28,6		
Kayınvalide	1	5,0	13	44,8	14	28,6		
Eş	4	20,0	3	10,3	7	14,3		
Çocuk	4	20,0	5	17,2	9	18,4		
Kardeş	-	-	1	3,4	1	2,0		
Anne ve kayınvalide	-	-	1	3,4	1	2,0		
Bakıcı	-	-	1	3,4	1	2,0		
Teyze	1	5,0	-	-	1	2,0		
Görümce	1	5,0	-	-	1	2,0		

### 3.7. Kadınların Doğum Sonrası Menstruasyon Özellikleri

Araştırmaya katılan kadınların doğum sonrası menstruasyon özelliklerine bakıldığında, çalışma grubundaki kadınların %60,7'sinin ve kontrol grubundaki kadınların ise %46,8'sinin düzenli menstruasyon olmaya başlamadıkları bulunmuştur. Her iki gruptaki kadınlar (çalışma=%43,2; kontrol=%44,8) menstruasyon sorunu olarak en fazla geç olmaya başladıklarını ifade etmişlerdir. Doğum sonrası düzenli menstruasyon olmaya başlama ( $x^2=2,383$ ,  $p=0,123$ ,  $p>0,05$ ) bakımından yapılan istatistiksel değerlendirmede, gruplar arasındaki farkın önemsiz olduğu saptanmıştır (Çizelge 3.7.1).

Çizelge 3.7.1. Kadınların doğum sonrası menstruasyon özelliklerine ait dağılımları

Menstruasyon Özellikleri	Çalışma (n=61)		Kontrol (n=62)		Toplam (n=123)		df	Ki-kare/ p değeri
	S	%	S	%	S	%		
<b>Menstruasyon olmaya başlama</b>								
Olan	24	39,3	33	53,2	57	46,3	1	x <sup>2</sup> =2,383 p=0,123 p>0,05
Olamayan	37	60,7	29	46,8	66	53,7		
<b>Menstruasyon sorunları</b>	<b>(n=37)</b>		<b>(n=29)</b>		<b>(n=66)</b>			
Geç menstruasyon olma	16	43,2	13	44,8	29	43,9		
Laktasyonel amenore	9	24,3	7	24,1	16	24,2		
Menoraji	1	2,7	1	3,4	2	3,0		
Metroraji	5	13,5	4	13,7	9	13,6		
Oligomenore	2	5,4	3	10,3	5	7,6		
Polimenore	3	8,1	1	3,4	4	6,1		
Hipomenore	1	2,7	-	-	1	1,5		

### 3.8. Kadınların Doğum Sonrası Dönemde Kontraseptif Yöntem Kullanma Durumları

Araştırmaya katılan kadınların doğum sonrasında kontraseptif yöntem kullanma durumlarına sorgulandığında, her iki gruptaki kadınların büyük çoğunluğu (çalışma=%91,8; kontrol=%91,9) aile planlaması yöntemi kullandıklarını bildirmişlerdir. Çalışma grubundaki kadınların en fazla kullandığı kontraseptif yöntemler geri çekme (%39,3) ve prezervatif (%28,6) iken, kontrol grubundaki kadınların en fazla kullandığı kontraseptif yöntemlerin prezervatif (%52,6), RİA (%22,8) ve geri çekme (%17,5) olduğu görülmüştür. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, kontraseptif yöntem kullanma ( $x^2=0,001$ ,  $p=0,979$ ,  $p>0,05$ ) bakımından gruplar arasında önemli bir fark saptanmamıştır (Çizelge 3.8.1).

Çizelge 3.8.1. Kadınların doğum sonrası dönemde kontraseptif yöntem kullanma durumlarına göre dağılımları

Kontraseptif yöntem kullanma	Çalışma (n=61)		Kontrol (n=62)		Toplam (n=123)		df	Ki-kare/ p değeri
	S	%	S	%	S	%		
<b>Kontraseptif yöntem kullanma</b>								
Kullanan	56	91,8	57	91,9	113	91,9	1	x <sup>2</sup> =0,001 p=0,979 p>0,05
Kullanmayan	5	8,2	5	8,1	10	8,1		
<b>Kontraseptif yöntemler</b>	<b>(n=56)</b>		<b>(n=57)</b>		<b>(n=113)</b>			
Hap	5	8,9	2	3,5	7	6,2		
Prezervatif	16	28,6	30	52,6	46	40,7		
Aylık iğne	2	3,6	1	1,8	3	2,7		
Geri çekme	22	39,3	10	17,5	32	28,3		
Rahim içi araç	5	8,9	13	22,8	18	15,9		
3 aylık iğne	2	3,6	1	1,8	3	2,7		
Tüpligasyon	4	7,1	-	-	4	3,5		

### 3.9. Kadınların ve Eşlerinin Sağlık Durumları

Araştırmaya katılan kadınların ve eşlerinin sağlık durumlarını incelediğinde, çalışma grubundaki kadınların sadece %14,8’inde hipotroid, panik atak, hiperlipidemi, lomber disk hernisi, hepatit B, rahimde yara, astım ve idiopatik trombositopenik purpura; kontrol grubundaki kadınların ise %14,5’inde guatr, panik atak, hipertroid, hepatit B, anemi, migren ve talasemi rahatsızlıklarının bulunduğu belirlenmiştir. Çalışma grubundaki kadınların eşlerinin %18’inde romatolojik hastalık, mide hastalığı, lomber disk hernisi, hiperlipidemi, kalp hastalığı, hipertansiyon, diabetes mellitus ve beyinde kist; kontrol grubundaki kadınların eşlerinin %8,1’inde DM, çölyak hastalığı, işitme azlığı, romatolojik hastalık, hipertansiyon ve lomber disk hernisi rahatsızlıkları bulunmakta idi. Kadınlarda (x<sup>2</sup>=0,001, p=0,970, p>0,05) ve eşlerinde (x<sup>2</sup>=2,700, p=0,100, p>0,05) rahatsızlık bulunma durumu bakımından yapılan istatistiksel değerlendirmede gruplar arasındaki farkın önemsiz olduğu görülmüştür (Çizelge 3.9.1).

Çizelge 3.9.1. Kadınların ve eşlerinin sağlık durumlarına göre dağılımları

Sağlık Durumları	Çalışma (n=61)		Kontrol (n=62)		Toplam (n=123)		df	Ki-kare/ p değeri
	S	%	S	%	S	%		
<b>Kadınlarda rahatsızlık olma durumu</b>								
Olan	9	14,8	9	14,5	18	14,6	1	x <sup>2</sup> =0,001 p=0,970 p>0,05
Olmayan	52	85,2	53	85,5	105	85,4		
<b>Kadınların rahatsızlıkları</b>	<b>(n=9)</b>		<b>(n=9)</b>		<b>(n=18)</b>			
Panik atak	1	11,1	1	11,1	2	11,1		
Guatr	-	-	3	33,3	3	16,7		
Hipertroid	-	-	1	11,1	1	5,6		
Hiperlipidemi	1	11,1	-	-	1	5,6		
Lomber disk hernisi	1	11,1	-	-	1	5,6		
Hepatit B	1	11,1	1	11,1	3	2,7		
Servikal erozyon	1	11,1	-	-	1	5,6		
Anemi	-	-	1	11,1	1	5,6		
Migren	-	-	1	11,1	1	5,6		
Talasemi	-	-	1	11,1	1	5,6		
Astım	1	11,1	-	-	1	5,6		
Hipotroid	2	22,2	-	-	2	11,1		
İdiyopatik trombositopenik purpura	1	11,1	-	-	1	5,6		
<b>Eşlerde rahatsızlık olma durumu</b>	<b>(n=61)</b>		<b>(n=62)</b>		<b>(n=123)</b>			
Olan	11	18,0	5	8,1	16	13,0	1	x <sup>2</sup> =2,700 p=0,100 p>0,05
Olmayan	50	82,0	57	91,9	107	87,0		
<b>Eşlerinin rahatsızlıkları</b>	<b>(n=11)</b>		<b>(n=5)</b>		<b>(n=16)</b>			
Diabetes mellitus	-	-	1	20,0	1	6,3		
İşitme azlığı	-	-	1	20,0	1	6,3		
Kalp hastalığı	1	9,1	-	-	1	6,3		
Romatolojik hastalık	3	27,3	1	20,0	4	25,0		
Mide hastalığı	2	18,2	-	-	2	12,5		
Lomber disk hernisi	2	18,2	-	-	2	12,5		
Hiperlipidemi	1	9,1	-	-	1	6,3		
Diabetes mellitus ve Çölyak hastalığı	-	-	1	20,0	1	6,3		
Hipertansiyon ve Lomber disk hernisi	-	-	1	20,0	1	6,3		
Hipertansiyon ve beyinde kist	1	9,1	-	-	1	6,3		
Hipertansiyon, Diabetes mellitus ve Hiperlipidemi	1	9,1	-	-	1	6,3		

### 3.10. Kadınların ve Eşlerinin İlaç Kullanma Özellikleri

Çalışma grubundaki kadınların %11,5'inin doğum kontrol hapi ve guatr ilacı; kontrol grubundaki kadınların %8,1'i doğum kontrol hapi, guatr ilacı, demir preparatı ve folik asit kullanmakta idiler. Çalışma grubundaki kadınların eşlerinin %11,5'i romatolojik ilaçlar, gastrointestinal ilaçlar, lipid düşürücü, antidiabetik, antihipertansif, beyin

hastalıkları ilaçları, antikoagülan ve gastrointestinal ilaçlar; kontrol grubundaki kadınların eşlerinin %6,5'i antidiabetik, antihipertansif ve romatolojik ilaçlar kullanmakta idiler. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, kadınların ( $\chi^2=0,406$ ,  $p=0,524$ ,  $p>0,05$ ) ve eşlerinin ( $\chi^2=0,953$ ,  $p=0,329$ ,  $p>0,05$ ) ilaç kullanma durumları bakımından gruplar arasındaki farkın önemsiz olduğu saptanmıştır (Çizelge 3.10.1).

Çizelge 3.10.1. Kadınların ve eşlerinin ilaç kullanma durumlarına göre dağılımları

İlaç Kullanma Özellikleri	Çalışma (n=61)		Kontrol (n=62)		Toplam (n=123)		df	Ki-kare/ p değeri
	S	%	S	%	S	%		
<b>İlaç kullanma</b>								
Kullanan	7	11,5	5	8,1	12	9,8	1	$\chi^2=0,406$ $p=0,524$ $p>0,05$
Kullanmayan	54	88,5	57	91,9	111	90,2		
<b>Kullanılan ilaçlar</b>	(n=7)		(n=5)		(n=12)			
Guatr ilacı	2	28,6	1	20,0	3	25,0		
Demir preparatı	-	-	1	20,0	1	8,3		
Folik asit	-	-	1	20,0	1	8,3		
Doğum kontrol hapı	5	71,4	2	40,0	7	58,3		
<b>Eşlerin ilaç kullanımı</b>	(n=61)		(n=62)		(n=123)			
Kullanan	7	11,5	4	6,5	11	8,9	1	$\chi^2=0,953$ $p=0,329$ $p>0,05$
Kullanmayan	54	88,5	58	93,5	112	91,1		
<b>Eşlerin kullandığı ilaçlar</b>	(n=7)		(n=4)		(n=11)			
Antidiabetik	-	-	2	50,0	2	18,2		
Antihipertansif	-	-	1	25,0	1	9,1		
Romatolojik ilaçlar	2	28,6	1	25,0	3	27,3		
Gastrointestinal ilaçlar	1	14,3	-	-	1	9,1		
Lipid düşürücü	1	14,3	-	-	1	9,1		
Antidiabetik ve antihipertansif	1	14,3	-	-	1	9,1		
Antihipertansif ve beyin hastalıkları ilaçları	1	14,3	-	-	1	9,1		
Antikoagülan ve gastrointestinal ilaçlar	1	14,3	-	-	1	9,1		

### 3.11. Kadınların Bebeklerinin Sağlık Durumları

Çalışma grubundaki kadınların %8,2'si ve kontrol grubundaki kadınların %14,5'i bebeklerinde sağlık problemi olduğunu bildirmişlerdir. Çalışma grubundaki kadınlar bebeklerinde bronşit, epilepsi, reflü ve kalp hastalığından oluşan sağlık problemlerinin olduğunu bildirmişlerdir. Kontrol grubundaki kadınlar ise bebeklerindeki sağlık problemlerinin guatr, bronşit, reflü, işitme engeli, fenilketonüri, over kisti, kalça gelişim



geriliği ve kalp hastalığı olduğunu belirtmişlerdir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, bebeklerinde sağlık problemi bulunma bakımından ( $\chi^2=1,217$ ,  $p=0,270$ ,  $p>0,05$ ) gruplar arası fark önemsiz bulunmuştur (Çizelge 3.11.1).

Çizelge 3.11.1. Kadınların bebeklerinin sağlık durumları

Bebeklerin sağlık durumları	Çalışma (n=61)		Kontrol (n=62)		Toplam (n=123)		df	Ki-kare/ p değeri
	S	%	S	%	S	%		
<b>Bebeklerinde sağlık problemi</b>								
Olan	5	8,2	9	14,5	14	11,4	1	$\chi^2=1,217$ $p=0,270$ $p>0,05$
Olmayan	56	91,8	53	85,5	109	88,6		
<b>Bebeklerin sağlık problemleri</b>	<b>(n=5)</b>		<b>(n=9)</b>		<b>(n=14)</b>			
Guatr	-	-	2	22,2	2	14,3		
Bronşit	2	40,0	1	11,1	3	21,4		
Epilepsi	1	20,0	-	-	1	7,1		
İşitme engeli	-	-	1	11,1	1	7,1		
Reflü	1	20,0	1	11,1	2	14,3		
Fenilketonuri	-	-	1	11,1	1	7,1		
Over kisti	-	-	1	11,1	1	7,1		
Kalça gelişim geriliği	-	-	1	11,1	1	7,1		
Kalp hastalığı	1	20,0	1	11,1	2	14,3		

### 3.12. Kadınların Cinsel Problem Yaşama Durumları

Çalışma grubundaki kadınların %24,6'sı ve kontrol grubundaki kadınların %6,5'i gebelik öncesi dönemde cinsel problem yaşadıkları ve yapılan istatistiksel değerlendirmede de bu farkın önemli olduğu saptanmıştır ( $\chi^2=7,745$ ,  $p=0,005$ ,  $p<0,05$ ). Kadınların bu dönemde yaşadıkları cinsel problemleri incelendiğinde, çalışma grubundaki kadınların en sık cinsel isteksizlik (%20,0) ve vajinal kuruluk (%13,3) yaşadıkları, kontrol grubundakilerin ise cinsel isteksizlik (%50,0), cinsel ilişki sırasında ağrı (%25,0) ve kasılma (%25,0) yaşadıkları görülmüştür (Çizelge 3.12.1).

Çizelge 3.12.1. Kadınların gebelik öncesi dönemde cinsel problem yaşama durumlarının dağılımı

Gebelik öncesi	Çalışma (n=61)		Kontrol (n=62)		Toplam (n=123)		df	Ki-kare/ p değeri
	S	%	S	%	S	%		
<b>Cinsel problem ve cinsel ilişkiye engel olan durum</b>								
Yaşayan	15	24,6	4	6,5	19	15,4	1	x <sup>2</sup> =7,745 p=0,005 p<0,05
Yaşamayan	46	75,4	58	93,5	104	84,6		
<b>Yaşanan problemler</b>	<b>(n=15)</b>		<b>(n=4)</b>		<b>(n=19)</b>			
Cinsel ilişki sırasında ağrı	1	6,7	1	25,0	2	10,5		
Cinsel isteksizlik	3	20,0	2	50,0	5	26,3		
Vajinal kuruluk	2	13,3	-	-	2	10,5		
Orgazm olamama	1	6,7	-	-	1	5,3		
İlişki sırasında kasılma	-	-	1	25,0	1	5,3		
Servikste erozyon	1	6,7	-	-	1	5,3		
Vajinal mantar enfeksiyonu	1	6,7	-	-	1	5,3		
Cinsel isteksizlik ve yorgunluk								
Cinsel ilişki sırasında ağrı ve orgazm olamama	1	6,7	-	-	1	5,3		
Cinsel ilişki sırasında ağrı, orgazm olamama ve vajinal kuruluk								
Cinsel ilişki sırasında ağrı ve cinsel isteksizlik	1	6,7	-	-	1	5,3		
Cinsel isteksizlik ve orgazm olamama	1	6,7	-	-	1	5,3		
İlişki sırasında kasılma ve eşin erken boşalması	1	6,7	-	-	1	5,3		
	1	6,7	-	-	1	5,3		

Araştırmaya katılan kadınların gebelikleri sırasında yaşadığı cinsel problemler incelendiğinde, çalışma grubundaki kadınların (%52,5) kontrol grubundaki kadınlara (%25,8) göre daha fazla oranda cinsel problem ve cinsel ilişkiye engel olan herhangi bir durum yaşadıkları ve bu farkın istatistiksel olarak da önemli olduğu saptanmıştır (x<sup>2</sup>=9,179, p=0,002, p<0,05). Her iki grupta da en fazla karşılaşılan cinsel problemlerin cinsel ilişki yasağı (çalışma=%21,9; kontrol=%31,3), bebeği kaybetme korkusu (çalışma=%15,6; kontrol=%18,8), ilişki sıklığında azalma (çalışma=%12,5; kontrol=%12,5) ve cinsel isteksizlik (çalışma=%9,4; kontrol=%18,8) olduğu görülmüştür (Çizelge 3.12.2).

Çizelge 3.12.2. Kadınların gebelik döneminde cinsel yaşam ile ilgili problemlerin dağılımı

Cinsel yaşam ile ilgili problemler	Çalışma (n=61)		Kontrol (n=62)		Toplam (n=123)		df	Ki-kare/ p değeri
	S	%	S	%	S	%		
<b>Cinsel problem ve cinsel ilişkiye engel olan durum</b>								
Olan	32	52,5	16	25,8	48	39,0	1	x <sup>2</sup> =9,179 p=0,002 p<0,05
Olmayan	29	47,5	46	74,2	75	61,0		
<b>Yaşadıkları problemler</b>	<b>(n=32)</b>		<b>(n=16)</b>		<b>(n=48)</b>			
Cinsel ilişki yasağı	7	21,9	5	31,3	12	25,0		
İlişki sıklığında azalma	4	12,5	2	12,5	6	12,5		
Cinsel isteksizlik	3	9,4	3	18,8	6	12,5		
İstirahat gerektiren rahatsızlık	1	3,1	-	-	1	2,1		
Bebeği kaybetme korkusu	5	15,6	3	18,8	8	16,7		
Orgazm olamama	1	3,1	-	-	1	2,1		
Hareket kısıtlılığı	-	-	1	6,3	1	2,1		
İlişki sırasında kasma	-	-	1	6,3	1	2,1		
Vajinal enfeksiyon	1	3,1	-	-	1	2,1		
Kanama	1	3,1	-	-	1	2,1		
Cinsel isteksizlik ve yorgunluk	1	3,1	-	-	1	2,1		
Vajinal kuruluk ve bebeği kaybetme korkusu	1	3,1	-	-	1	2,1		
Cinsel isteksizlik ve bebeği kaybetme korkusu	1	3,1	1	6,3	2	4,2		
Cinsel isteksizlik ve cinsel ilişki sırasında ağrı	2	6,3	-	-	2	4,2		
Vajinal kuruluk ve cinsel ilişki sırasında ağrı	1	3,1	-	-	1	2,1		
Cinsel isteksizlik ve servikal erozyon	1	3,1	-	-	1	2,1		
Bebeği kaybetme korkusu ve cinsel ilişki sırasında ağrı	1	3,1	-	-	1	2,1		
Cinsel isteksizlik ve orgazm olamama	1	3,1	-	-	1	2,1		
	1	3,1	-	-	1	2,1		

Araştırmaya katılan kadınların doğumdan sonra tekrar cinsel yaşama dönme süreleri incelendiğinde, çalışma grubundaki kadınların cinsel yaşama dönme zamanı ortalamasının 52,54±20,28 gün ve kontrol grubundakilerin 56,05±23,09 gün olduğu görülmüştür. Kadınların cinsel yaşama dönme süreleri bakımından çalışma ve kontrol grupları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemsiz olduğu (t=0,895, p=0,373, p>0,05) saptanmıştır (Çizelge 3.12.3).

Çizelge 3.12.3. Doğum sonrası kadınların cinsel yaşama geri dönme süre ortalamalarına göre dağılımı

	Çalışma (n=61)	Kontrol (n=62)	t değeri/ p değeri	%95 Güven Aralığı
	Ortalama±Ss*	Ortalama±Ss		
Cinsel yaşama dönme zamanı	52,54±20,28	56,05±23,09	t=0,895 p=0,373 p>0,05	-4,25-11,27

\*standart sapma

Araştırmanın yapıldığı tarihlerde kadınlara “son bir haftada içinde cinsel ilişki sırasında ağrı yaşadınız mı?” sorusu sorulduğunda, çalışma grubundaki kadınların %18,0’ı ve kontrol grubundaki kadınların da %29,0’ı ağrı yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Ancak yapılan istatistiksel değerlendirmede bu fark önemsiz bulunmuştur ( $x^2=2,065$ ,  $p=0,151$ ,  $p>0,05$ ; Çizelge 3.12.4).

Çizelge 3.12.4. Kadınların disparoni deneyimleri

Doğum sonrası disparonisi	Çalışma (n=61)		Kontrol (n=62)		Toplam (n=123)		df	Ki-kare/ p değeri
	S	%	S	%	S	%		
Olan	11	18,0	18	29,0	29	23,6	1	$x^2=2,065$ $p=0,151$ $p>0,05$
Olmayan	50	82,0	44	71,0	94	76,4		

Araştırmada çalışma grubundaki kadınların %29,5’i ve kontrol grubundaki kadınların %37,1’i doğum öncesi, gebelik ve doğum sonrası dönemlerde cinsel yaşama ile ilgili bilgi aldıklarını bildirmiştir. Çalışma grubundaki kadınların %38,9’u internet/kitap aracılığıyla ve %16,7’si arkadaşlarından bilgi aldıklarını; kontrol grubundakilerin ise %30,4’ü hemşire/ebelerden, %26,1’i doktorlardan ve %13,0’ı internet/kitap aracılığıyla bilgi aldıklarını ifade etmişlerdir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, kadınların doğum öncesi, gebelik ve doğum sonrası dönemlerde cinsel yaşama ilişkin bilgi alma durumu bakımından gruplar arasındaki farkın önemsiz olduğu belirlenmiştir ( $x^2=0,797$ ,  $p=0,372$ ,  $p>0,05$ ; Çizelge 3.12.5).

Çizelge 3.12.5. Kadınların doğum öncesi, gebelik ve doğum sonrası dönemlerde cinsel yaşama ilişkin bilgi alma durumları

Bilgi alma	Çalışma (n=61)		Kontrol (n=62)		Toplam (n=123)		df	Ki-kare/ p değeri
	S	%	S	%	S	%		
<b>Bilgi</b>								
Alan	18	29,5	23	37,1	41	33,3	1	x <sup>2</sup> =0,797 p=0,372 p>0,05
Almayan	43	70,5	39	62,9	82	66,7		
<b>Bilgi kaynağı</b>	<b>(n=18)</b>		<b>(n=23)</b>		<b>(n=41)</b>			
Doktor	-	-	6	26,1	6	14,6		
Hemşire-ebe	1	5,6	7	30,4	8	19,5		
Anne-baba	-	-	1	4,3	1	2,4		
Arkadaş	3	16,7	1	4,3	4	9,8		
Eş	-	-	1	4,3	1	2,4		
İnternet-kitap	7	38,9	3	13,0	10	24,4		
Kardeş	-	-	1	4,3	1	2,4		
Okul	1	5,6	-	-	1	2,4		
Televizyon	1	5,6	-	-	1	2,4		
Arkadaş, eş ve internet-kitap	1	5,6	-	-	1	2,4		
Doktor ve internet-kitap	1	5,6	-	-	1	2,4		
Anne-baba ve arkadaş	1	5,6	-	-	1	2,4		
Doktor, hemşire-ebe ve internet-kitap								
Doktor ve hemşire-ebe	1	5,6	1	4,3	2	4,9		
Doktor, hemşire-ebe ve anne-baba	-	-	1	4,3	1	2,4		
Anne-baba ve internet-kitap	-	-	1	4,3	1	2,4		
	1	5,6	-	-	1	2,4		

### 3.13. Kadınların Şiddete Maruz Kalma Durumları

Araştırmaya katılan kadınların şiddete maruz kalma durumları sorgulandığında, çalışma grubundaki kadınların %21,3'ü ve kontrol grubundakilerin %29'u duygusal şiddete maruz kaldığını ifade etmişlerdir (Çizelge 3.13.1).

Çizelge 3.13.1. Kadınların şiddete maruz kalma durumlarına göre dağılımları

Şiddete Maruz Kalma	Çalışma (n=61)		Kontrol (n=62)		Toplam (n=123)		df	Ki-kare/ p değeri
	S	%	S	%	S	%		
<b>Duygusal şiddete</b>								
Maruz kalan	13	21,3	18	29,0	31	25,2	1	x <sup>2</sup> =0,972 p=0,324 p>0,05
Maruz kalmayan	48	78,7	44	71,0	92	74,8		
<b>Ekonomik şiddete</b>								
Maruz kalan	2	3,3	1	1,6	3	2,4	1	x <sup>2</sup> =0,359 p=0,549 p>0,05
Maruz kalmayan	59	96,7	61	98,4	120	97,6		
<b>Fiziksel şiddete</b>								
Maruz kalan	7	11,5	6	9,7	13	10,6	1	x <sup>2</sup> =0,105 p=0,746 p>0,05
Maruz kalmayan	54	88,5	56	90,3	110	89,4		
<b>Cinsel ilişkiye zorlanma</b>								
Olan	4	6,6	5	8,1	9	7,3	1	x <sup>2</sup> =0,103 p=0,748 p>0,05
Olmayan	57	93,4	57	91,9	114	92,7		

Çalışma grubundaki kadınların sadece %3,3'ü ekonomik şiddete maruz kalırken kontrol grubundakilerin %1,6'sının ekonomik şiddete maruz kaldığı bulunmuştur. Çalışma grubundaki kadınların %11,5'i ve kontrol grubundakilerin %9,7'si fiziksel şiddete maruz kaldığını bildirmişlerdir. Çalışma grubundaki kadınların %6,6'sının ve kontrol grubundakilerin %8,1'inin eşleri tarafından cinsel ilişkiye zorlandıkları belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, duygusal (x<sup>2</sup>=0,972, p=0,324, p>0,05), ekonomik (x<sup>2</sup>=0,359, p=0,549, p>0,05) ve fiziksel şiddete (x<sup>2</sup>=0,105, p=0,746, p>0,05) maruz kalma ve cinsel ilişkiye zorlanma (x<sup>2</sup>=0,103, p=0,748, p>0,05) bakımından gruplar arasındaki farkın önemsiz olduğu saptanmıştır (Çizelge 3.13.1).

### 3.14. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği-Kadın Formu Ön Test ve Son Test

#### Puanları

Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği-Kadın Formu ön test puanlarının dağılımı incelendiğinde; çalışma grubundaki kadınların toplam ölçek puan sıra ortalamasının 63,03 ve kontrol grubundaki kadınların toplam ölçek puan sıra ortalaması 60,98 olduğu görülmüştür. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği-Kadın Formu ön test puanı bakımından yapılan istatistiksel değerlendirmede gruplar arasındaki farkın önemsiz olduğu saptanmıştır (U=1828,000, p=0,749, p>0,05). Yine, çalışmaya katılan kadınların Arizona Cinsel

Yaşantılar Ölçeği-Kadın Formu maddelerine ilişkin ön test puan sıra ortalamaları incelendiğinde de çalışma ve kontrol gruplarının istatistiksel olarak benzer özellikte oldukları görülmüştür (Çizelge 3.14.1).

Çizelge 3.14.1. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği-Kadın Formu ön test madde ve toplam puan ortalamalarının çalışma ve kontrol grubuna göre dağılımları (çalışma=61, kontrol=62)

<b>Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği-Kadın Formu Ön Test Maddeleri</b>	<b>Grup</b>	<b>Mean rank</b>	<b>Sum of ranks</b>	<b>U /p Değeri</b>
Cinsel açıdan istekli olma	Çalışma Kontrol	62,84 61,17	3833,50 3792,50	1839,500/0,780 p>0,05
Cinsel açıdan uyarılma	Çalışma Kontrol	64,60 59,44	3940,50 3685,50	1732,500/0,406 p>0,05
Cinsel organın ıslanma durumu	Çalışma Kontrol	61,98 62,02	3780,50 3845,50	1889,500/0,994 p>0,05
Orgazm durumu	Çalışma Kontrol	65,53 58,52	3997,50 3628,50	1675,500/0,260 p>0,05
Orgazm tatmini	Çalışma Kontrol	59,88 64,09	3652,50 3973,50	1761,500/0,496 p>0,05
<b>Ön Test Toplam Ölçek Puanı</b>	Çalışma Kontrol	63,03 60,98	3845,00 3781,00	1828,000/0,749 p>0,05

Çizelge 3.14.2 Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği-Kadın Formu son test toplam ve madde puanlarının dağılımını göstermektedir. Çalışma grubundaki kadınların son test toplam ölçek puan sıra ortalamasının 60,57 ve kontrol grubundakilerin 63,41 olduğu ve istatistiksel olarak benzer özellik gösterdiği bulunmuştur (U=1803,500, p=0,657, p>0,05). Ayrıca Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği-Kadın Formu son test maddelerinin puan sıra ortalamalarının da çalışma ve kontrol gruplarında istatistiksel olarak benzer özellikte oldukları görülmüştür (Çizelge 3.14.1).

Çizelge 3.14.2. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği-Kadın Formu son test puan ortalamalarının çalışma ve kontrol grubuna göre dağılımları (çalışma=61, kontrol=62)

Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği-Kadın Formu Son Test Maddeleri	Grup	Mean rank	Sum of ranks	U /p Değeri
Cinsel açıdan istekli olma	Çalışma Kontrol	59,76 64,20	3645,50 3980,50	1754,500/0,465 p>0,05
Cinsel açıdan uyarılma	Çalışma Kontrol	62,14 61,86	3790,50 3835,50	1882,500/0,964 p>0,05
Cinsel organın ıslanma durumu	Çalışma Kontrol	62,31 61,69	3801,00 3825,00	1872,000/0,921 p>0,05
Orgazm durumu	Çalışma Kontrol	62,17 61,83	3792,50 3833,50	1880,500/0,956 p>0,05
Orgazm tatmini	Çalışma Kontrol	59,99 63,98	3659,50 3966,50	1768,500/0,519 p>0,05
<b>Son Test Toplam Ölçek Puanı</b>	Çalışma Kontrol	60,57 63,41	3694,50 3931,50	1803,500/0,657 p>0,05

### 3.15. Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın Formu Ön Test ve Son Test Puanları

Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın Formu ön test puanlarının dağılımına bakıldığında çalışma grubundaki kadınların toplam ölçek puan sıra ortalamasının 62,47 ve kontrol grubundakilerin 61,54 olduğu görülmüştür. Ancak yapılan istatistiksel değerlendirmede, bu farkın önemsiz olduğu saptanmıştır (U=1862,500, p=0,885, p>0,05; Çizelge 3.15.1).



Çizelge 3.15.1. Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın Formu ön test puan sıra ortalamalarının çalışma ve kontrol grubuna göre dağılımları (çalışma=61, kontrol=62)

Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın Formu Ön Test Maddeleri	Grup	Mean rank	Sum of ranks	U /p Değeri
Cinsel yaşamımı düşündüğümde, hayatımın eğlenceli /zevкли bir parçası olduğunu düşünüyorum	Çalışma Kontrol	62,12 61,88	3789,50 3836,50	1883,500/0,968 p>0,05
Cinsel yaşamımı düşündüğümde, hayal kırıklığı hissediyorum	Çalışma Kontrol	65,69 58,37	4007,00 3619,00	1666,000/0,204 p>0,05
Cinsel yaşamımı düşündüğümde, kendimi üzgün (depresif) hissediyorum	Çalışma Kontrol	68,07 56,03	4152,00 3474,00	1521,000/0,022 p<0,05
Cinsel yaşamımı düşündüğümde, kendimi bir kadın olarak eksik hissediyorum	Çalışma Kontrol	67,79 56,31	4135,00 3491,00	1538,000/0,026 p<0,05
Cinsel yaşamımı düşündüğümde, kendimi iyi hissediyorum	Çalışma Kontrol	58,25 65,69	3553,50 4072,50	1662,500/0,220 p>0,05
Cinsel bir eş olarak kendime güvenimi yitirdim	Çalışma Kontrol	67,0157 ,07	4087,503 538,50	1585,500/0,045 p<0,05
Cinsel yaşamımı düşündüğümde, sıkıntı hissediyorum	Çalışma Kontrol	64,15 59,89	3913,00 3713,00	1760,000/0,444 p>0,05
Cinsel yaşamımı düşündüğümde, kızgınlık hissediyorum	Çalışma Kontrol	63,86 60,17	3895,50 3730,50	1777,500/0,461 p>0,05
Cinsel yaşamımı düşündüğümde, eşime yakın olduğumu hissediyorum	Çalışma Kontrol	58,28 65,66	3555,00 4071,00	1664,000/0,193 p>0,05
Cinsel yaşamımın geleceği hakkında endişeleniyorum	Çalışma Kontrol	67,07 57,02	4091,00 3535,00	1582,000/0,049 p<0,05
Cinsel ilişkiden zevk almıyorum	Çalışma Kontrol	64,57 59,47	3939,00 3687,00	1734,000/0,363 p>0,05
Cinsel yaşamımı düşündüğümde, utanıyorum	Çalışma Kontrol	60,28 63,69	3677,00 3949,00	1786,000/0,532 p>0,05
Cinsel konularla ilgili eşimle konuşabileceğimi düşünüyorum	Çalışma Kontrol	55,09 68,80	3360,50 4265,50	1469,500/0,006 p<0,05
Cinsel ilişkiden kaçınıyorum	Çalışma Kontrol	62,75 61,26	3828,00 3798,00	1845,000/0,792 p>0,05
Cinsel yaşamımı düşündüğümde, suçluluk hissediyorum	Çalışma Kontrol	65,13 58,92	3973,00 3653,00	1700,000/0,188 p>0,05
Cinsel yaşamımı düşündüğümde, eşimin rencide olmuş ya da reddedilmiş hissetmesinden endişeleniyorum	Çalışma Kontrol	61,44 62,55	3748,00 3878,00	1857,000/0,850 p>0,05
Cinsel yaşamımı düşündüğümde, bir şeyleri kaybetmiş gibi hissediyorum	Çalışma Kontrol	66,14 57,93	4034,50 3591,50	1638,500/0,101 p>0,05
Cinsel yaşamımı düşündüğümde, cinsel ilişki sıklığından memnunum	Çalışma Kontrol	58,38 65,56	3561,00 4065,00	1670,000/0,234 p>0,05
<b>Ön Test Toplam Ölçek Puanı</b>	Çalışma Kontrol	62,47 61,54	3810,50 3815,50	1862,500/0,885 p>0,05

Çalışma grubundaki kadınların Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın Formu son test toplam puan sıra ortalamasının 58,59 ve kontrol grubundakilerin 65,35 olduğu bulunmuştur. Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın Formu son test toplam puanı

bakımından yapılan istatistiksel değerlendirmede gruplar arası farkın önemsiz olduğu saptanmıştır (U=1683,000, p=0,291, p>0,05; Çizelge 3.15.2).

Çizelge 3.15.2. Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın Formu son test madde ve toplam puan ortalamalarının çalışma ve kontrol grubuna göre dağılımları (çalışma=61, kontrol=62)

<b>Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın Formu Son Test Maddeleri</b>	<b>Grup</b>	<b>Mean rank</b>	<b>Sum of ranks</b>	<b>U /p Değeri</b>
Cinsel yaşamımı düşündüğümde, hayatımın eğlenceli /zevкли bir parçası olduğunu düşünüyorum	Çalışma Kontrol	55,95 67,95	3413,00 4213,00	1522,000/0,047 <b>p&lt;0,05</b>
Cinsel yaşamımı düşündüğümde, hayal kırıklığı hissediyorum	Çalışma Kontrol	64,29 59,75	3921,50 3704,50	1751,500/0,403 p>0,05
Cinsel yaşamımı düşündüğümde, kendimi üzgün (depresif) hissediyorum	Çalışma Kontrol	65,14 58,91	3973,50 3652,50	1699,500/0,244 p>0,05
Cinsel yaşamımı düşündüğümde, kendimi bir kadın olarak eksik hissediyorum	Çalışma Kontrol	66,81 57,27	4075,50 3550,50	1597,500/0,043 <b>p&lt;0,05</b>
Cinsel yaşamımı düşündüğümde, kendimi iyi hissediyorum	Çalışma Kontrol	55,73 68,17	3399,50 4226,50	1508,500/0,036 <b>p&lt;0,05</b>
Cinsel bir eş olarak kendime güvenimi yitirdim	Çalışma Kontrol	63,7260 ,31	3887,003 739,00	1786,000/0,491 p>0,05
Cinsel yaşamımı düşündüğümde, sıkıntı hissediyorum	Çalışma Kontrol	63,28 60,74	3860,00 3766,00	1813,000/0,629 p>0,05
Cinsel yaşamımı düşündüğümde, kızgınlık hissediyorum	Çalışma Kontrol	62,30 61,70	3800,50 3825,50	1872,500/0,903 p>0,05
Cinsel yaşamımı düşündüğümde, eşime yakın olduğumu hissediyorum	Çalışma Kontrol	59,66 64,31	3639,00 3987,00	1748,000/0,401 p>0,05
Cinsel yaşamımın geleceği hakkında endişeleniyorum	Çalışma Kontrol	64,45 59,59	3931,50 3694,50	1741,500/0,351 p>0,05
Cinsel ilişkiden zevk almıyorum	Çalışma Kontrol	63,96 60,07	3901,50 3724,50	1771,500/0,477 p>0,05
Cinsel yaşamımı düşündüğümde, utanıyorum	Çalışma Kontrol	61,42 62,57	3746,50 3879,50	1855,500/0,834 p>0,05
Cinsel konularla ilgili eşimle konuşabileceğimi düşünüyorum	Çalışma Kontrol	56,95 66,97	3474,00 4152,00	1583,000/0,057 p>0,05
Cinsel ilişkiden kaçınıyorum	Çalışma Kontrol	57,78 66,15	3524,50 4101,50	1633,500/0,140 p>0,05
Cinsel yaşamımı düşündüğümde, suçluluk hissediyorum	Çalışma Kontrol	63,57 60,46	3877,50 3748,50	1795,500/0,498 p>0,05
Cinsel yaşamımı düşündüğümde, eşimin rencide olmuş ya da reddedilmiş hissetmesinden endişeleniyorum	Çalışma Kontrol	62,16 61,84	3792,00 3834,00	1881,000/0,954 p>0,05
Cinsel yaşamımı düşündüğümde, bir şeyleri kaybetmiş gibi hissediyorum	Çalışma Kontrol	63,43 60,60	3869,00 3757,00	1804,000/0,564 p>0,05
Cinsel yaşamımı düşündüğümde, cinsel ilişki sıklığından memnunum	Çalışma Kontrol	57,50 66,43	3507,50 4118,50	1616,500/0,138 p>0,05
<b>Son Test Toplam Ölçek Puanı</b>	Çalışma Kontrol	58,59 65,35	3574,00 4052,00	1683,000/0,291 p>0,05

### 3.16. PLISSIT Model Girişim Planı Uygulama Öncesi ve Sonrası Gruplarda Cinsel Problem Bulunma Durumları

PLISSIT Model girişim planı uygulama öncesi çalışma grubundaki kadınların %77,0'ının ve kontrol grubundakilerin %71,0'ının Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği-Kadın Formu'na göre 12 puan ve üzerinde olduğu ve cinsel problem yaşadıkları görülmüştür. Yapılan istatistiksel değerlendirmede de cinsel problemler bakımından gruplar arasında benzerlik olduğu saptanmıştır ( $\chi^2=0,591$ ,  $p=0,442$ ,  $p>0,05$ ; Çizelge 3.16.1).

PLISSIT Model girişim planı sonrasında ise çalışma grubundaki kadınların (%60,7) kontrol grubundakilere göre (%77,4) daha az oranda cinsel problem yaşadıkları bulunmuştur. Yapılan istatistiksel değerlendirmede de gruplar arası farkın önemli olduğu görülmüştür ( $\chi^2=4,047$ ,  $p=0,044$ ,  $p<0,05$ ; Çizelge 3.16.1).

Çizelge 3.16.1. Çalışma ve kontrol gruplarındaki kadınların PLISSIT Model girişim planı öncesi ve sonrası Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği-Kadın Formu puanına göre cinsel problem bulunma durumu

	Çalışma (61)		Kontrol (62)		Toplam (123)		df	Ki-kare/ p değeri
	N	%	N	%	N	%		
<b>Eğitim öncesi cinsel problem</b>								
Olan (12 puan ve üzeri)	47	77,0	44	71,0	91	74,0	1	$\chi^2=0,591$
Olmayan (11 puan ve altı)	14	23,0	18	29,0	32	26,0		$p=0,442$ $p>0,05$
<b>Eğitim sonrası cinsel problem</b>								
Olan (12 puan ve üzeri)	37	60,7	48	77,4	85	69,1	1	$\chi^2=4,047$
Olmayan (11 puan ve altı)	24	39,3	14	22,6	38	30,9		$p=0,044$ $p<0,05$

### 3.17. Çalışma ve Kontrol Grubundaki Kadınların Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği-Kadın Formu ve Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın Formu Toplam Puanlarının Ön Test ve Son Teste Göre Karşılaştırılması

Çizelge 3.17.1'de verildiği gibi, kontrol gruplarındaki kadınların Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği-Kadın Formu ve Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın Formu ön test ve son test puan medianları karşılaştırıldığında, hem ACYÖ-KF ( $z=-0,335$ ,  $p=0,737$ ,  $p>0,05$ )

hem de CYKÖ-KF ( $z=-1,647$ ,  $p=0,099$ ,  $p>0,05$ ) toplam ölçek puan medianları arasındaki farkın önemli olmadığı bulunmuştur.

Çizelge 3.17.1. Kontrol grubundaki kadınların Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği-Kadın Formu ve Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın Formu toplam puanlarının ön test ve son teste göre karşılaştırılması

	Kontrol Grubu			
	ACYÖ-KFT		CYKÖ-KFT	
	Ön test	Son test	Ön test	Son test
Median	14,00	14,00	68,89	71,11
Min-max	5,00-23,00	5,00-24,00	18,89-91,11	18,89-91,11
sd	0,53	0,50	2,07	1,92
z/p	-0,335/0,737		-1,647/0,099	

Çalışma grubundaki kadınların Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği-Kadın Formu ve Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın Formu ön test ve son test puan medianları karşılaştırıldığında, her iki toplam ölçek puan medianları arasındaki farkın önemsiz olduğu bulunmuştur (sırası ile;  $z=-1,969$ ,  $p=0,049$ ,  $p<0,05$ ;  $z=-0,436$ ,  $p=0,663$ ,  $p>0,05$ ; Çizelge 3.17.2).

Çizelge 3.17.2. Çalışma grubundaki kadınların Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği-Kadın Formu ve Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın Formu toplam puanlarının ön test ve son teste göre karşılaştırılması

	Çalışma Grubu			
	ACYÖ-KFT		CYKÖ-KFT	
	Ön test	Son test	Ön test	Son test
Median	14,00	14,00	68,89	68,89
Min-max	5,00-27,00	6,00-27,00	21,11-81,11	16,67-80,00
sd	0,57	0,55	1,52	1,62
z/p	-1,969/0,049		-0,436/0,663	

## 4. TARTIŞMA

Doğum sonrası dönemdeki kadınların cinsel problemlerin çözümünde PLISSIT modelin etkinliğini incelemek amacı ile ön test-son test kontrol gruplu düzende yarı deneysel olarak yapılan bu çalışmada, PLISSIT Model girişim planı sonrasında çalışma grubundaki kadınların kontrol grubundakilere göre daha az oranda cinsel problem yaşadıkları belirlenmiştir. Bunun nedeni, cinsel problem yaşayan çalışma grubundaki kadınların PLISSIT model girişim planı sonrası kontrol grubundaki kadınlara göre problemlerini daha iyi tanımlayabildikleri ve bu problemlerin azalması yönünden modeldeki önerileri uygulamalarının faydalı olduğunu fark etmeleri olarak söylenebilir. Bu durumda PLISSIT model girişim planının cinsel problemlerin çözümünde sınırlı olsa etkisi önemlidir.

Araştırmada PLISSIT Model girişim planı uygulaması sonrasında, çalışma grubundaki kadınların Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği-Kadın Formu son test toplam puan sıra ortalamasının (60,57) ve Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın Formu son test toplam puan sıra ortalamasının (58,59) kontrol grubundakilere (sırası ile 63,41 ve 65,35) göre daha düşük olduğu, ancak bu farkların istatistiksel olarak önemsiz olduğu görülmüştür. Diğer yandan araştırmaya katılan kadınlar Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği-Kadın Formu'na göre 12 ve üzerinde puana sahip olma ve cinsel problem yaşama sıklığı bakımından incelendiğinde, çalışma grubundaki kadınların (%60,7) kontrol grubundakilere (%77,4) göre istatistiksel olarak önemli bir şekilde daha az oranda cinsel problem yaşadıkları bulunmuştur. Bu bulgular, doğum sonrası dönemde PLISSIT Model girişim planının kadınların cinsel problemlerinin azaltılmasında sınırlı etkiye sahip olduğunu göstermektedir. Bu sonuçlar, araştırmada kadınlar çalışma ve kontrol gruplarına randomize olarak atanmasına rağmen, çalışma grubunun ön test sonuçlarının kontrol gruplarına göre daha düşük olması ile ilişkili olabilir.

Araştırmaya katılan çalışma ve kontrol grubundaki kadınların yaş ve eşlerinin yaşları ve eğitim durumları, gelir düzeyinin, çalışma durumları, aile tipi, sosyal güvence bulunma durumu, evlilik süresi ortalaması, resmi nikâha sahip olmaları, işlerine geri dönme durumları bakımlarından benzer özellikte idiler. Bu sosyo-demografik özelliklerin benzer olması grupların karşılaştırılabilirliği göstermesi bakımından önemlidir.

Literatürlerde üç ve daha fazla doğum yapan kadınlarda cinsel problem görülme oranının daha yüksek olduğu ve çocuk sayısı arttıkça bu problemlerin görülme oranında artış olduğu bildirilmektedir (Berman ve ark 2003, Çayan ve ark 2004, Karakoyunlu 2007, Shirvani ve ark 2010). Bu görüşlerin aksine bazı araştırmalar da kadınların doğum ve yaşayan çocuk sayılarının doğum sonrası cinsel sorun yaşama durumlarını etkilemediğini göstermektedir (Truntnovsyk ve ark 2006, Akyüz 2009). Ayrıca planlanmayan ve istenmeyen gebelikler, gebelik, canlı doğum ve çocuk sayısının artması, kadının kendine ve eşine yeterince zaman ayıramamasına neden olmaktadır. Böylece çok sayıda sorumluluğu üstlenmek, eşlerin isteyerek ya da istemeyerek cinsellikten uzak durmasına ve cinsel problemlerin oluşmasına neden olmaktadır (CETAD bilgilendirme dosyası-1). Bu araştırmada çalışma ve kontrol grupları gebelik, doğum, canlı doğum ve yaşayan çocuk sayısı, gebeliklerini planlama ve isteme durumları açısından benzer özellik göstermektedir. Bu obstetrik özelliklerin gruplar arasında benzer olması karşılaştırılabilirlik yönünden önemlidir.

Literatürde kadınların doğum yapma biçimlerinin yorgunluk yaşama durumlarını, genel sağlık durumlarını ve cinsel yaşamlarını etkilediği bildirilmektedir (Karakoyunlu 2007, Thompson ve ark 2002, Lydon-Rochelle ve ark 2001, Brtnicka ve ark 2009). Ayrıca kadınlar normal doğum sırasında oluşan epizyotomi ve spontan perineal laserasyonların, cinsel fonksiyon parametrelerini olumsuz etkilediğini ve cinsel yaşamlarında memnuniyetsizlik yarattığını ifade etmektedirler (Rathfisch ve ark 2010). Bu araştırmaya katılan her iki gruptaki kadınlar doğum şekli ve epizyotomi/laserasyon bulunma, bakımlarından benzer özellikte idi. Bu bulgu çalışma ve kontrol gruplarının karşılaştırılabilirliğini göstermesi nedeni ile önemlidir.

Sosyal desteğin yetersiz olması yorgunluk ve dolayısı ile cinsel yaşamı olumsuz etkileyebilir (Amendola ve ark 2011). Yine annelerin çocuklarının sağlık problemleri ile ilgili baba ya da diğer aile bireylerine göre daha fazla sorumluluk almaları, onların daha fazla yorulmasına ve cinsel yaşamdan uzaklaşmasına neden olabilir (Knafl ve Zoeller 2000). Bu araştırmaya katılan her iki gruptaki kadınlar bebeklerinde sağlık problemi bulunma ve sosyal destek alma bakımlarından benzer özellikte idi. Bu bulgu çalışma ve kontrol gruplarının karşılaştırılabilirliğini göstermesi açısından önemlidir.

Yapılan bazı çalışmalarda, emziren kadınlar ve eşlerinin doğum sonrası cinsel aktivite ve isteklerinde azalmanın olduğu ve emziren kadınların cinsel yaşama başladıktan sonra daha sık disparoni ve cinsel ilişkide memnuniyetsizlik bildirdikleri belirtilmektedir (Alhborg ve ark 2005, Acar 2008, Brtnicka ve ark 2009). Bir diğer araştırmada ise bu bilgilerin aksine, emziren kadınların kendilerini daha çekici hissettiklerini, cinsel isteklerinin arttığını ve hatta emzirme sırasında orgazm olabildiklerini ifade ettikleri bildirilmektedir (Avery ve ark 2000). Bu çalışmada her iki gruptaki kadınların emzirme oranlarının benzer olması grupların karşılaştırılabilirliği bakımından önemlidir.

Bebek ile aynı odada uyuma, bebeklerinin uyanacağı endişesi ile eşlerin cinsel ilişkilerinde kesintiye neden olabilir (Karaçam 2008a). Bu araştırmada, çalışma ve kontrol grupları istatistiksel olarak benzer oranda bebekleri ile aynı odada uyumakta ve yatak odalarında ikinci bir çocuğunu da uyutmakta idiler. Bu benzerlik grupların karşılaştırılabilirliği bakımlarından önemli bir bulgudur.

Doğum sonrası dönemde özellikle emziren kadınların menstruasyon başlayana kadar vajinal mukozasının atrofik olduğu, vajinal kuruluk ve disparonaya yaşayabildikleri belirtilmektedir (Karaçam 2008a). Bu bilgiye göre düzenli menstruasyon olmayan kadınların bu cinsel problemleri yaşamaya devam edebilecekleri söylenebilir. Akyüz (2009), düzenli menstruasyon olan ve olmayan kadınlarda cinsel problem yaşama durumu bakımından fark olmadığını ve düzenli menstruasyonun cinsel fonksiyonlar üzerinde olumlu etkisinin olduğunu bildirmiştir. Bu araştırmada her iki gruptaki kadınlar düzenli menstruasyon olma ve mentruasyon sorunu bakımından benzer özellik göstermektedir. Bu benzerlik grupların karşılaştırılabilirliği açısından önemlidir.

Doğum sonrası dönemde kadınlar tekrar gebe kalma korkusu ile cinsel yaşamlarını erteleyebilmekte ya da emzirmenin gebelikten koruduğunu düşünerek aile planlaması yöntemi kullanmadan cinsel yaşamlarına daha rahat başlayabilmektedirler (Kennedy ve Trussell 2004). Ülkemizde ve yurt dışında yapılan çoğu çalışmada, kadınların yarısından fazlasının doğum sonrası 6. haftada cinsel yaşamlarına döndükleri tespit edilmiştir (Barrett ve ark 2000, Xu ve ark 2003, Connolly ve ark 2005, Erbil 2005, Eryılmaz ve ark 2005, Rogers ve ark 2009, TNSA 2008). Bu bilgiler kadınların cinsel yaşamlarına dönmek için loşianın kesilmesini ve insizyon yerlerinin iyileşmesini beklediklerini göstermektedir. Ayrıca bu dönemde kadınların kendilerini hazır hissetmesi de önemlidir. Yapılan bir çalışmada, doğum sonrası cinsel yaşama dönme zamanının, cinsel problem yaşama

durumunu etkilemediği bildirilmektedir (Acele ve Karaçam 2012). Bu araştırmaya katılan çalışma ve kontrol gruplarındaki kadınların doğumdan sonra tekrar cinsel yaşama dönme süreleri ve cinsel yaşam ile ilgili bilgi alma durumlarının benzer olduğu görülmüştür. Yine, bu araştırmada her iki gruptaki kadınların benzer şekilde büyük çoğunluğu aile planlaması (modern/geleneksel) yöntemi kullandıklarını bildirmişlerdir. Bu bulgular grupların karşılaştırılabilirliği açısından önemlidir.

Yurt dışı ve Türkiye’de yapılan bazı çalışmalarda kadınların ve eşlerinin sağlık durumlarının, bazı kronik hastalıkların ve kullanılan ilaçların cinsel yaşam üzerine etkili olduğu bildirilmiştir (Sydow 1999, Yücel 2006). Ancak, Acar (2008), Acele ve Karaçam (2012)’in yaptıkları araştırmalarda sağlık sorunu olan ve olmayan kadınların doğum sonrası cinsel problem yaşama durumları bakımından önemli bir fark olmadığı bildirilmiştir. Araştırmamızda, çalışma ve kontrol grubundaki kadınlar ve eşleri sağlık problemleri ve ilaç kullanma durumları bakımından benzer özellik göstermekte idi. Araştırma sonuçlarına göre, bu benzerlik gruplar arasındaki karşılaştırılabilirliği sağlamak için önemlidir.

Kadınların gebelik öncesi, gebelik ve doğum sonrası dönemlerdeki cinsel yaşamlarının karşılaştırıldığı çalışmalarda, gebelik öncesinin cinsel fonksiyon parametreleri ve memnuniyet bakımından en iyi ve gebelik süresinin en kötü dönem olduğu belirtilmektedir (Brummen ve ark 2006, Trutnovsky ve ark 2006, Akyüz 2009, Koyun 2012, Efe 2006, Acar 2008, Akyüz ve Karaçam 2012, Karaçam ve Çalışır 2012). Gebelik sırasında görülen cinsel problemlerin sıklıkla fetusa zarar verme endişesinden kaynaklandığı, erkeklerin eşlerini incitmekten ve kadınların eşlerini memnun edememekten korktuğu bildirilmektedir (Brtnicka ve ark 2009). Bu araştırmada, çalışma grubundaki kadınların kontrol grubundaki kadınlara göre istatistiksel olarak da önemli bir şekilde daha fazla oranda gebelik öncesi ve gebelik sırasında cinsel problem ve cinsel ilişkiye engel olan herhangi bir durum ile karşılaştıkları belirlenmiştir. Bu durum araştırmanın PLISSIT model girişim planı sonrası sonuçlarını etkileyebilir.

Bu çalışmada kullanılan Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği-Kadın Formu cinsel ilişki sırasındaki disparoniyi belirlemediği için bu araştırmada “son bir haftada içinde cinsel ilişki sırasında ağrı yaşadınız mı?” sorusu sorularak doğum sonrası disparoni bulunma durumu saptanmıştır. Araştırma kapsamına alınan kontrol grubundaki kadınların çalışma grubundakilere göre daha fazla disparoni yaşadıklarını ifade ettikleri (sırası ile



%29,0'a karşı %18,0), ancak bu farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı belirlenmiştir. Bu sonuç çalışmanın müdahale sonuçlarını değerlendirirken etkinlik derecesini olumsuz yönde etkileyebilir.

Yapılan çalışmalarda fiziksel ve seksüel şiddetin cinsel yaşamı negatif etkilediği bildirilmektedir (Harlow and Stewart 2003, Binik 2005). Bu bilgilerin aksine, Acele ve Karaçam (2012) yaptıkları araştırmada, kadınların fiziksel ve seksüel şiddete maruz kalmalarının doğum sonrası cinsel yaşamı olumsuz yönde etkilemediği ifade edilmiştir. Bu araştırmada çalışma ve kontrol grubundaki kadınlar fiziksel şiddete maruz kalma, eşleri tarafından cinsel ilişkiye zorlanma, duygusal ve ekonomik şiddet görme bakımlarından benzer özellikte idiler. Bu durum grupların karşılaştırılabilirliği açısından önemlidir.

Araştırmada PLISSIT Model girişim planı uygulama öncesinde, çalışma grubundaki kadınların toplam Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği-Kadın Formu ön test toplam puan sıra ortalamasının (63,03) kontrol grubundakilere (60,98) göre istatistiksel olarak benzer özellikte olduğu görülmüştür. Yine, çalışma grubundaki kadınların (%77,0) Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği-Kadın Formu'na göre 12 ve üzerinde puana sahip olma ve cinsel problem yaşama sıklığı bakımından kontrol grubundaki kadınlara (%71,0) benzer oldukları saptanmıştır. Ayrıca çalışma grubundaki kadınların Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın Formu ön test toplam puan sıra ortalaması (62,47) kontrol grubundakilere (61,54) benzer olduğu görülmüştür. Bu bulgular araştırmanın başlangıç aşamasında çalışma ve kontrol gruplarının homojen özellikte olduklarını göstermesi bakımından önemlidir.

Araştırmada PLISSIT Model girişim planı uygulaması sonrasında, çalışma grubundaki kadınların toplam Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği-Kadın Formu son test toplam puan sıra ortalamasının (60,57) ve Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın Formu son test toplam puan sıra ortalamasının (58,59) kontrol grubundakilere (sırası ile 63,41 ve 65,35) göre daha düşük olduğu, ancak bu farkların istatistiksel olarak önemsiz olduğu görülmüştür. Diğer yandan araştırmaya katılan kadınlar Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği-Kadın Formu'na göre 12 ve üzerinde puana sahip olma ve cinsel problem yaşama sıklığı bakımından incelendiğinde, çalışma grubundaki kadınların (%60,7) kontrol grubundakilere (%77,4) göre istatistiksel olarak önemli bir şekilde daha az oranda cinsel problem yaşadıkları bulunmuştur. Bu bulgular, doğum sonrası dönemde PLISSIT Model girişim planının kadınların cinsel problemlerinin azaltılmasında sınırlı etkiye sahip olduğunu

göstermektedir. Bu sonuçlar, araştırmada kadınlar çalışma ve kontrol gruplarına randomize olarak atanmasına rağmen, çalışma grubunun ön test sonuçlarının kontrol gruplarına göre daha düşük olması ile ilişkili olabilir.

Literatür incelendiğinde PLISSIT modelin doğum sonrası dönemde kullanımı ile ilgili deneysel / yarı deneysel çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak bu modelin diğer yaşam dönemlerinde ve farklı koşullarda test edildiği çalışmalarda, cinsel fonksiyonu olumlu yönde geliştirmede etkili olduğu rapor edilmiştir (Ayaz 2007, Lara ve ark 2008, Tütüncü 2009, Chun 2011).

#### **4.1. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Bu araştırmanın bazı sınırlılıkları vardır. Birincisi, kişisel bilgi formu ve gebelik öncesi, gebelik ve doğum sonrası dönemlere ilişkin bilgi formu yüz yüze görüşme tekniğiyle uygulanmıştır. Bu bilgi formlarındaki sorularda kadının cinsel yaşamı ve olası şiddete maruz kalma ile ilgili konular sorgulandığı için, kadınlar mevcut durumu yansıtmayan cevaplar vermiş olabilirler. Bu nedenle verilerin güvenilirliği görüşmecilerin verdiği bilgilerin doğruluğu ile sınırlıdır. İkincisi, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği-Kadın Formu ve Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın Formu kendini bildirim yöntemi ile doldurulmuştur. Bu ölçekler aracılığı ile elde edilen veriler uzman kişiler tarafından gözlemlenen durumdan farklı olabilir. Üçüncüsü, bu araştırmanın tez çalışması olması ve tek araştırmacı tarafından yürütülmesi nedeni ile tek ya da çift körleme yapılamamıştır.

## 5. SONUÇ VE ÖNERİLER

### 5.1. Sonuçlar

Doğum sonrası dönemdeki kadınların cinsel problemlerinin çözümünde PLISSIT Model'in etkinliğini değerlendirmek amacıyla 640 kadın arasından sistematik örnekleme yöntemi kullanılarak seçilen ve randomize olarak çalışma (n=61) ve kontrol (n=62) gruplarına ayrılan 123 kadın ile yapılan bu çalışmadan elde edilen sonuçlar şunlardır:

- ❖ Çalışma grubundaki kadınların sosyo-demografik ve obstetrik özellikler ve yaşadıkları cinsel problemler bakımından kontrol grubundaki kadınlarla istatistiksel olarak benzer özellikte olduğu,
- ❖ Çalışma ve kontrol grubundaki kadınların PLISSIT Model girişim planı uygulama öncesinde ACYÖ-KF ön test toplam puan sıra ortalamaları (sırası ile 63,03; 60,98) arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı,
- ❖ Çalışma ve kontrol grubundaki kadınların PLISSIT Model girişim planı uygulama sonrasında ACYÖ-KF son test toplam puan sıra ortalamalarının (sırası ile 60,57; 63,41) istatistiksel olarak benzer özellikte olduğu,
- ❖ Çalışma grubundaki kadınların PLISSIT Model girişim planı uygulama öncesinde CYKÖ-KF ön test toplam puan sıra ortalamaları (62,47) ile kontrol grubundaki kadınlarınki (61,54) arasında istatistiksel olarak fark bulunmadığı,
- ❖ Çalışma ve kontrol grubundaki kadınların PLISSIT Model girişim planı uygulama sonrasında CYKÖ-KF son test toplam puan sıra ortalamalarının (sırası ile 58,59; 65,35) istatistiksel olarak benzer özellikte olduğu,
- ❖ PLISSIT Model girişim planı uygulama öncesi dönemde, çalışma grubundaki kadınların, kontrol grubundakilere istatistiksel olarak benzer şekilde, ACYÖ-KF'na göre 12 ve üzerinde puana sahip oldukları ve cinsel problem yaşadıkları,
- ❖ PLISSIT Model girişim planı uygulama sonrasında ACYÖ-KF'na göre çalışma grubundaki kadınların (%60,7) kontrol grubundakilere göre (%77,4) daha az oranda cinsel problem yaşadıkları ve yapılan istatistiksel değerlendirmede de bu farkın anlamlı olduğu sonuçları elde edilmiştir.

- ❖ Ölçeklerden elde edilen sonuçlar doğrultusunda, doğum sonrası dönemde PLISSIT Model girişim planının kadınların cinsel problemlerinin azaltılmasında sınırlı etkiye sahip olduğu saptanmıştır.

## 5.2. Öneriler

Doğum sonrası 3-12 aylık dönemdeki 123 kadının cinsel problemlerinin çözümünde PLISSIT Model'in etkinliğinin değerlendirildiği bu çalışmada;

- ✓ PLISSIT Model girişim planının doğum sonrası bakım hizmetlerine entegre edilmesi ve bu modelin kadınlara sürekli bakım veren hemşire ya da ebe tarafından uygulanması,
- ✓ Sağlık çalışanlarına doğum sonrası cinsel problemlere ve tedavilerine yönelik hizmet içi eğitimlerde PLISSIT Modelin tanıtılması, nasıl kullanılacağına öğretilmesi ve kullanmaları için desteklenmeleri,
- ✓ Doğum sonrası cinsel problemleri çözmede PLISSIT Model kullanılırken eşlerin birlikte ele alınması,
- ✓ PLISSIT Model girişim planının farklı örneklem grubunda, daha uzun süreli bir eğitim programı ile sürekli bakım vericileri tarafından uygulanması ve sonuçlarının değerlendirilmesi önerilebilir.

## ÖZET

**Yörük F. Doğum sonrası dönemdeki kadınların cinsel problemlerinin çözümünde PLISSIT modelin etkinliği.** Bu çalışma doğum sonrası dönemdeki kadınların cinsel sorunlarının çözümünde PLISSIT modelin etkinliğini değerlendirmek amacıyla ön test-son test kontrol gruplu düzende yarı deneysel olarak yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini Antalya Kepez 17 Nolu Aile Sağlığı Merkezi ve 18 Nolu Kültür Aile Sağlığı Merkezi'ne bağlı bölgelerde yaşayan, doğum sonrası 3-12 ay arasında bulunan 640 kadın arasından sistematik örnekleme yöntemi kullanılarak seçilen 123 (çalışma=61; kontrol=62) kişi oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından geliştirilen ve iki bölümden oluşan kişisel bilgi formu, doğum ve doğum sonrası cinsel yaşama ilişkin bilgi formu, ACYÖ-KF (Arizona Sexual Experiences Scale) ve CYKÖ-KF (Sexual Quality of Life Questionnaire) kullanılmıştır. Her iki gruptaki kadınlara ilk ev ziyaretinde kişisel bilgi formu, doğum ve doğum sonrası cinsel yaşama ilişkin bilgi formu, ACYÖ-KF ve CYKÖ-KF uygulanmıştır. Bu ziyarette çalışma grubundaki kadınlara kontrol grubundakilerden farklı olarak üç oturumda PLISSIT model girişim planı uygulanarak cinsel problemler tespit edilip, çözümlenmeye çalışılmıştır. İlk ev ziyaretinden 1 ay sonra ikinci ev ziyareti gerçekleştirilmiş ve her iki gruba da ACYÖ-KF ve CYKÖ-KF uygulanmıştır. Verilerin analizinde SPSS 18 istatistiksel analiz programı kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde t-testi, ki-kare testi, Mann-Whitney U testi ve Wilcoxon Signed Ranks testi kullanılmıştır. PLISSIT Model girişim planı uygulama öncesi dönemde, istatistiksel olarak benzer şekilde, çalışma grubundaki kadınların %77,0'ının ve kontrol grubundakilerin %71,0'ının ACYÖ-KF'na göre 12 puan ve üzerinde olduğu ve cinsel problem yaşadıkları belirlenmiştir. PLISSIT Model girişim planı uygulama sonrasında ise, ACYÖ-KF'na göre çalışma grubundaki kadınların (%60,7) kontrol grubundakilere göre (%77,4) daha az oranda cinsel problem yaşadıkları ve yapılan istatistiksel değerlendirmede de bu farkın anlamlı olduğu saptanmıştır. Sonuç olarak, doğum sonrası dönemdeki kadınların cinsel problemlerinin çözümünde PLISSIT model girişim planının uygulanması ile cinsel problemlerin azaldığı söylenebilir.

**Anahtar Kelimeler:** Doğum sonrası dönem, cinsel problemler, PLISSIT model, hemşire, hemşirelik bakımı.

## SUMMARY

**Yörük F. The effectiveness of PLISSIT model for solving the sexual problems of women's in the postpartum period.** This study was made to evaluate the effectiveness of PLISSIT model in solving the sexual problems of women's in the postpartum period as quasi-experimental with the order pre-test and post-test control group. The study sample consisted of 123 women (work = 61, control = 62) selected by systematic sampling method from 640 women, living in areas of Antalya Kepez Culture No. 17 and No. 18 Family Health Center Family Health Center, and being in the post-natal 3-12 months. Data collected with personal information form developed by researcher and consisting of two parts, information form about birth and postpartum sexual life, Arizona Sexual Experiences Scale (**ASES**) and Sexual Quality of Life Questionnaire (**SQLQ**). Women in both groups, during the first home visit, personal information form, information about delivery and postnatal form of sexual life, and **SQLQ** and **ASES** were applied. In this visit, the women in the study group were applied the PLISSIT model intervention plan, were identified women's sexual problems, tried to be solved. After one month than the first visit, second home visit was made; Arizona Sexual Experiences Scale and Sexual Quality of Life Questionnaire were applied to the both groups. Data was analysed with SPSS 18 statistics analysis program. In the evaluation of data, t-test, ki-kare test, Mann-Whitney U test and Wilcoxon Signed Ranks test was used. Before the implementation of PLISSIT model intervention plan, 77.0% of the women in the study group and 71.0% of women in the control group had 12 points and above according to **ASES** and sexual problems, similar statistically. After implementation of the PLISSIT model intervention plan, it was determined that women in the study group (60.7%) had less sexual problems than women in the control group (77.4%) and this different was significant in the statistics evaluation. As a result, we can say that the PLISSIT model intervention plan might be effective in the reducing of women's sexual problems in the post-partum period.

**Key words:** Postpartum period, sexual problems, PLISSIT model, nurse, nursing care.

## KAYNAKLAR

- Abou-Saleh MT, Ghubash R, Karim L, Krymski M, Bhai I. Hormonal aspects of postpartum depression. *Psychoneuroendocrinology* 1998; 23: 465-475.
- Acar Z. Doğum sonrası dönemdeki kadınların cinsel işlevleri ve etkileyen faktörler. Yüksek Lisans Tezi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, Türkiye. 2008.
- Acele EÖ, Karaçam Z. Sexual problems in women during the first postpartum year and related conditions. *Journal of Clinical Nursing* 2012; 21(7-8): 929-937.
- Addis IB, Van Den Eeden SK, Wassel-Fyr CL, Vittinghoff E, Brown JS, Thom DH. For the reproductive risk factors for incontinence study at kaiser (risk) study group sexual activity and function in middle-aged and older women. *Obstetrics & Gynecology* 2006; 107: 755-764.
- Akyüz EÖ. Doğum sonrası cinsel sorunlar ve etkileyen etmenlerin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Aydın, Türkiye. 2009.
- Al-Bustan MA, El-Tomi NF, Faiwalla MF, Manav V. Maternal sexuality during pregnancy and after childbirth in muslim Kuwaiti women. *Archives of Sexual Behavior* 1995; 24(2): 207-215.
- Alder EM. Sexual behaviour in pregnancy, after childbirth and during breast-feeding. *Baillière's Clinical Obstetrics and Gynaecology* 1989; 3(4): 805-821.
- Alhborg T, Dahlöf LG, Halberg LR. Quality of intimate and sexual relationship in first-time parents six months after delivery. *The Journal of Sex Research* 2005; 42(2): 167-174.
- Alteneider RR, Hartzell D. Addressing couples' sexuality concerns during the childbearing period: use of the PLISSIT model. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing* 1997; 26: 651-658.

- Amendola F, Oliveira MAC, Alvarenga MRM. Influence of social support on the quality of life of family caregivers while caring for people with dependence. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* 2011; 45(4): 880-885.
- Annon JS. PLISSIT therapy. Corsini RJ (Eds), *Handbook of Innovative Psychotherapies*. New York: Wiley & Sons; 1981. p. 626-639.
- Avery DM, Duckett L, Frantzich CR. The experience of sexuality during breastfeeding. *Journal of Midwifery & Women's Health* 2000; 45(3): 227-237.
- Ayaz S. Stomalı bireylerin cinsel sorunlarının çözümünde PLISSIT modelinin etkinliğinin değerlendirilmesi. Doktora Tezi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, Türkiye. 2007.
- Barrett G, Pendry E, Peacock J, Victor C, Thakar R, Manyonda I. Women's sexuality after childbirth: a pilot study. *Archives of Sexual Behavior* 1999; 28(2): 179-191.
- Barrett G, Pendry E, Peacock J, Victor C, Thakar R, Manyonda I. Women's sexual health after childbirth. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2000; 107(2): 186-195.
- Barrett G, Peacock J, Victor C, Manyonda I. Cesarean section and postnatal sexual health. *Birth* 2005; 32(4): 306-311.
- Basson R, Berman J, Burnett A, Derogatis L, Ferguson D, Fourcroy J, Goldstein I, Graziottin A, Heiman J, Laan E, Leiblum S, Padma-Nathan H, Rosen R, Segraves K, Segraves RT, Shabsigh R, Sipski M, Wagner G, Whipple B. Report of the International Consensus Development Conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications. *Journal of Urology* 2000; 163: 888-893.
- Basson R, Althof S, Davis S, Fugl-Meyer K, Goldstein I, Leiblum S, Meston C, Rosen R, Wagner G. Summary of the recommendations on sexual dysfunctions in women. *Journal of Sexual Medicine* 2004; 1(1): 24-34.
- Berman J, Berman L, Goldstein I. Female sexual dysfunction incidence, pathophysiology, evaluation and treatment options. *Urology* 1999; 54: 385.



- Berman JR, Bassuk J. Physiology and pathophysiology of female sexual function and dysfunction. *World Journal of Urology* 2002; 20: 111-118.
- Berman JR, Berman LA, Kanaly KA. Female sexual dysfunction perceptives on anatomy, physiology, evaluation and treatment. *EAU Update series* 2003; 1: 166-177.
- Binik YM. Should dyspareunia be retained as a sexual dysfunction in DSM-V? A painful classification decision. *Archives of Sexual Behavior* 2005; 34: 11-21.
- Blackburn ST. *Maternal, Fetal & Neonatal Physiology : A Clinical Perspective*. 2<sup>nd</sup> Ed. New York: Saunders; 2003. p. 158-179.
- Brown S, Lumley J. Physical health problems after childbirth and maternal depression at six to seven months postpartum, *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2000; 107(10): 1194-1201.
- Brown AD, Blagg J, Reynolds DS. Designing drugs for the treatment of female sexual dysfunction. *Drug Discovery Today* 2007; 12: 757-766.
- Brtnicka H, Weiss P, Zverina J. Human sexuality during pregnancy and the postpartum period. *Bratislavské Lekárske Listy* 2009; 110(7): 427-431.
- Brummen HJ, Bruinse HW, Pol G, Vaart CH. Which factor determine the sexual function 1 year after childbirth?. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2006; 113: 914-918.
- Chun N. Effectiveness of PLISSIT model sexual program on female sexual function for women with gynecologic cancer. *Journal of Korean Academy of Nursing* 2011; 41(4): 471-480.
- CETAD: Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği. Cinsel yaşam ve sorunları. Bilgilendirme Dosyası-1, 2006, p. 1-74.
- Clinton JF. Physical and emotional responses of expectant fathers throughout pregnancy and the early postpartum period. *International Journal of Nursing Studies* 1987; 24(1): 59-68.

- Connolly AM, Tharp J, Pahel L. Effects of pregnancy and childbirth on postpartum sexual function: a longitudinal prospective study. *International Urogynecology Journal* 2005; 16(4): 263-267.
- Crenshaw TL, Goldberg JP. Sexual aspects of neurochemistry. Crenshaw TL, Goldberg JP. (Eds), *Sexual Pharmacology*. New York: W. W. Norton & Company; 1996.
- Çayan S, Akbay E, Bozlu M, Canpolat B, Acar D, Ulusoy E. The prevalence of female sexual dysfunction and potential risk factors that may impair sexual function in Turkish women. *Urologia Internationalis* 2004; 72: 52-57.
- De Judicibus MA, McCabe MP. Psychological factors and the sexuality of pregnant and postpartum women. *The Journal of Sex Research* 2002; 39(2): 94-103.
- Dennerstein L, Dudley E, Burger H. Are changes in sexual functioning during midlife due to aging or menopause?. *Fertility and Sterility* 2001; 76: 456-460.
- Efe H. Gebeliğin kadın cinselliği üzerindeki etkileri. Uzmanlık Tezi. Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul, Türkiye. 2006.
- Erbil N. Gebelik ve loğusalıkta cinsellik: bilgi, tutum ve davranışlar. 4. Uluslararası Üreme Sağlığı Kongresi Kitabı. 20-23 Nisan 2005, Bilkent Otel ve Konferans Merkezi, Ankara; 2005. p. 214.
- Eryılmaz HY, Abalı S, Döndar Ç, Kurnaz E. Doğum sonrası dönemde kadınların cinsel fonksiyonları ve etkileyen faktörler. 4. Uluslararası Üreme Sağlığı Kongresi Kitabı. 20-23 Nisan 2005, Bilkent Otel ve Konferans Merkezi, Ankara; 2005. p. 198.
- Eşel E. İnsan cinselliğinin biyolojik ve evrimsel temelleri. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2006; 16: 274-288.
- Frazier L, Rodriguez GR. Cultural paradoxes relating to sexuality and breastfeeding. *Journal of Human Lactation* 1995; 11: 111-115.
- Gjerdingen DK, Center BA. First-time parents' prenatal to postpartum changes in health, and the relation of postpartum health to work and partner characteristics. *Journal of the American Board of Family Practice* 2003; 16(4): 304-311.

- Glazener CM. Sexual function after childbirth: women's experiences, persistent morbidity and lack of Professional recognition. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 1997; 104(3): 330-335.
- Gökyıldız Ş. Postpartum dönemde cinsellik ve etkileyen faktörler. *Androloji Bülteni* 2004; 16: 75-77.
- Gregersen N, Jensen PT, Giraldi AE. Sexual dysfunction in the peri- and postmenopause. Status of incidence, pharmacological treatment and possible risks. A secondary publication. *Danish Medical Bulletin* 2006; 53: 349-353.
- Hallward A, Ellison JM. Antidepressants and sexual function. *Harcourt Health Communications* 2001; 28-57.
- Harlow BL, Stewart EG. Childhood victimization and the risk of vulvar dysesthesia. *Annals of Epidemiology* 2003; 13: 565-566.
- Harrison JM. Physiological changes of the puerperium. *British Journal of Midwifery* 2000; 8(8): 483-488.
- Henson HK. Breast cancer and sexuality. *Sexuality and Disability* 2002; 20(4): 261-275, Çeviri: Aygün D. Meme Kanseri ve Cinsellik. *Androloji Bülteni* 2004; 19: 366-367.
- Hicks TL, Goodall SF, Quattrone EM, Lydon-Rochelle MT. Postpartum sexual functioning and method of delivery: summary of the evidence. *Journal of Midwifery & Women's Health* 2004; 49(5): 430-436.
- İncesu C. Cinsel işlevler ve cinsel işlev bozuklukları. *Klinik Psikiyatri* 2004; 3: 3-13.
- Karaçam Z. Kadınlarda üriner inkontinans: üriner inkontinans gelişimini önlemede ve davranışsal tedavi yöntemlerinin kullanımında ebe ve hemşirenin rolü. *Sendrom* 2003; 15(3): 112-117.
- Karaçam Z. Normal postpartum dönem fizyolojisi ve bakımı. In: Şirin A, Kavlak O. (Eds). *Kadın Sağlığı*. 1. Baskı. İstanbul: Bedray Basın Yayıncılık Ltd. Şti.; 2008a. p. 708-756.

- Karaçam Z. Epizyotominin doğum sonrası dönemde cinsel fonksiyona etkisi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 2008b; 1: 38-46.
- Karaçam Z, Çalışır H. İlk kez doğum yapan kadınlarda gebelik öncesi ve doğum sonrası dönemlerde disparoni görülme sıklığı ve ilişkili durumlar. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2012; 15(3): 205-213.
- Karakoyunlu FB. Evli kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu görülme sıklığı. Yüksek Lisans Tezi. Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Antalya, Türkiye. 2007.
- Kennedy KI, Trussell J. Postpartum contraception and lactation. In: Hatcher RA, Trussell J, Stewart F, Cates W, Stewart GK, Guest F, Kowal D. (Eds). *Contraceptive Technology*. 18<sup>nd</sup> Ed. New York: Ardent Media; 2004. p. 575-600.
- Klein MC, Kaczorowski J, Firoz T, Hubinette M, Jorgensen S, Gauthier R. A comparison of urinary and sexual outcomes in women experiencing vaginal and caesarean births. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada* 2005; 27(4): 332-339.
- Knafl K, Zoeller L. Childhood chronic illness: a comparison of mothers' and fathers' experiences. *Journal of Family Nursing* 2000; 6: 287-302.
- Koyun A. Gebelikte cinsel fonksiyonların değerlendirilmesi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2012; 3(3): 170-175.
- Kömürcü N. Doğum ve kadın hastalıkları hemşireliği. In: Coşkun A. (Eds). İstanbul: Birlik Ofset Ltd. Şti.; 1996. p. 31-70.
- Kütmeç C. Kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu ve hemşirelik bakımı. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2009; 4(12): 111-136.
- Lamarre AK, Paterson LQ, Gorzalka BB. Breastfeeding and postpartum maternal sexual functioning: a review. *The Canadian Journal of Human Sexuality* 2003; 12(3-4): 151-168.
- Lara LA, Rosa e Silva AC, Romao AP, Junqueira FR. The assessment and management of female sexual dysfunction. *The Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia* 2008; 30(6): 312-321.

- Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *The Journal of the American Medical Association* 1999; 281(6): 537-544.
- Lee HJ, Macbeth AH, Pagani J, Young WS 3rd. Oxytocin: the great facilitator of life. *Progress in Neurobiology* 2009; 88(2): 127-151.
- Lue TF, Basson R, Rosen R, Giuliano F, Khoury S, Montorsi F. Seksüel tıp: erkek ve kadında seksüel fonksiyon bozuklukları. In: Kadioğlu A, Usta MF, Semerci B, Aşçı R, Orhan İ, Yaman Ö, Çayan S, Cangüven Ö. (Eds). *Türk Androloji Derneği Yayını*. İstanbul: Medikal Yayıncılık; 2006.
- Lydon-Rochelle MT, Holt VL, Martin DP. Delivery method and self-reported postpartum general health status among primiparous women. *Paediatric and Perinatal Epidemiology* 2001; 15(3): 232-240.
- Masters WB, Johnson VE. Human sexual behavior. In: Sayın Ü. (Eds). *İnsanda cinsel davranış*. İstanbul: Bilimsel ve Teknik Çeviri Yayınları Vakfı; 1994.
- McInnes RA. Chronic illness and sexuality. *The Medical Journal of Australia* 2003; 179(5): 263-266.
- Morof D, Barret G, Peacock J, Victor RC, Manyonda I. Postnatal depression and sexual health after childbirth. *The American Colloge of Obstetricians and Gynecologists* 2003; 102(6): 1318-1325.
- Olsson A, Lundqvist M, Faxelid E, Nissen E. Women's thoughts about sexual life after childbirth: focus group discussions with women after childbirth. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2005; 16: 75-77.
- Potter PA, Perry AG. *Fundamentals of Nursing*. 5<sup>nd</sup> Ed. Saint Louis: Mosby Inc.; 2001.
- Rathfisch G, Dikencik BK, Kizilkaya Beji N, Comert N, Tekirdag AI, Kadioglu A. Effects of perineal trauma on postpartum sexual function. *Journal of Advanced Nursing* 2010; 66(12): 2640-2649.
- Rogers RG, Borders N, Leeman LM, Albers LL. Does spontaneous genital tract trauma impact postpartum sexual function?. *Journal of Midwifery & Women's Health* 2009; 54(2): 98-103.

- Romeoville MZ, Benicia WV. Postpartum body image and weight loss. *New Beginning* 2000; 17(6): 156-159.
- Rowland M, Foxcroft L, Hopman WM, Patel R. Breastfeeding and sexuality immediately postpartum. *Canadian Family Physician* 2005; 51: 1366-1367.
- Sartore A, De Seta F, Maso G, Pregazzi R, Grimaldi E, Guaschino S. The effects of mediolateral episiotomy on pelvic floor function after vaginal delivery. *Obstetrics & Gynecology* 2004; 103(4): 669-673.
- Shirvani MA, Nesami MB, Bavand M. Maternal sexuality after child birth among Iranian women, *Pakistan Journal of Biological Sciences* 2010; 13: 385-389.
- Soykan A. The reliability and validity of Arizona Sexual Experiences Scale in Turkish ESRD patients undergoing hemodialysis, *International Journal of Impotence Research* 2004; 16: 531-534.
- Stahl SM. Temel Psikofarmakoloji. In: Taneli B, Taneli Y. (Eds). İstanbul: Yelkovan Yayınevi; 2003.
- Sydow VK. Sexuality during pregnancy and after childbirth: a meta content analysis of 59 studies. *Journal of Psychosomatic Research* 1999; 47: 27-49.
- Symonds T, Boolell M, Quirk F. Development of questionnaire on sexual quality of life in women, *Journal of Sex & Marital Therapy* 2005; 31: 385-397.
- Şirin A, Kavlak O. Kadın Sağlığı. 1. Baskı. İstanbul: Bedray Basın Yayıncılık Ltd. Şti.; 2008.
- Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. 8. Baskı. Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık; 2007.
- Thommasen HV, Klein MC, Mackenzie T, Lynch N, Reyes R, Grzybowski S. Obstetric maternal outcomes at Bella Coola General Hospital: 1940 to 2001. *Canadian Journal of Rural Medicine* 2005; 10(1): 13-21.

- Thompson JF, Roberts CL, Currie M, Ellwood DA. Prevalence and persistence of health problems after childbirth: associations with parity and method of birth. *Birth* 2002; 29(2): 83-94.
- Trutnovsky G, Haas H, Long U, Petru E. Women's perception of sexuality during pregnancy and after birth. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2006; 46: 282-287.
- Tuğut N, Gölbaşı Z. Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın Türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Cumhuriyet Tıp Dergisi* 2010; 32: 172-180.
- TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara, Türkiye. 2008.
- Tütüncü B. PLISSIT modeli doğrultusunda kadınlara verilen eğitimin histerektomi sonrası cinselliklerine etkisi. Yüksek Lisans Tezi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul. 2009.
- Uckert S, Mayer ME, Jonas U. Potential future options in the pharmacotherapy of female sexual dysfunction. *World Journal of Urology* 2006; 24: 630-638.
- van Brummen HJ, Bruinse HW, van de Pol G, Heintz APM, van der Vaart CH. Which factors determine the sexual function 1 year after childbirth?. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2006; 113: 914-918.
- WHO: World Health Organization. Postpartum care of the mother and newborn: a practical guide, [http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO\\_RHT\\_MSM\\_98.3.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_RHT_MSM_98.3.pdf). Erişim Tarihi: 08 Şubat 2013.
- Xu XY, Yao ZW, Wang HY, Zhou Q, Zhang LW. Women's postpartum sexuality and delivery types. *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi* 2003; 38(4): 219-222.
- Yücel Ç. Postmenapozal dönemdeki kadınların cinsel yaşamlarına ilişkin sorunlarının ve başatme durumlarının incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, Türkiye. 2006.

## ÖZGEÇMİŞ

Araştırmacı 1982 yılında Antalya'da doğmuştur. İlk, orta ve lise eğitimini Antalya'da tamamladıktan sonra, 1999 yılında Celal Bayar Üniversitesi Manisa Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü'ne girmiş ve 2003 yılında mezun olmuştur. Araştırmacı 15.03.2004 tarihinden itibaren Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakóltesi Hastanesi'nde klinik hemşiresi olarak çalışmaktadır. 2009 yılında Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nün açmış olduğu Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek lisans eğitim programına başlamıştır. Evli ve 2 çocuk annesidir.



## TEŞEKKÜR

Bu tezin gerçekleŐtirilmesinde, sabrı ve teşvik edici özelliği ile bana yol gÖsteren ve katkıda bulunan değerli hocam Sayın Doç. Dr. Zekiye KARAÇAM'a,

Yüksek lisans eğitimim esnasında birçok bilgi ve deneyimlerini sunan tüm hocalarıma,

Araştırmayı kabul edip beni evlerinde konuk eden tüm kadınlara,

Tezimin veri toplama iŐlemi sırasında zaman ayırarak yardımlarını esirgemeyen sevgili kayınvalidem ve kayınpederim Havva-Sabaattin YÖRÜK ve arkadaşım Selver ATÇEKEN'e,

Tüm hayatım boyunca benden ümidini kesmeden bana inanan ve destek olan saygıdeğer babam Serda ALP ve sevgili annem Sevim ALP'e,

Fedakârlığın en büyüğünü gÖsteren ve her zaman yanımda olduğunu hissettiren biricik eŐim Abdullah YÖRÜK ve oğullarım Efe ve Mete'ye

SONSUZ TEŐEKKÜRLER...

## EKLER

### Ek 1. Kişisel Bilgi Formu, Doğum ve Doğum Sonrası Cinsel Yaşama İlişkin Bilgi Formu

#### Kişisel Bilgi Formu

1. Adı Soyadı:.....
2. Adres/Tel:.....
3. Kaç yaşındasınız?.....
4. Eşiniz kaç yaşında?.....
5. Kaç yıldır eşiniz ile birlikte/evlisiniz?.....
6. Eğitim durumunuz nedir?.....
  - ( ) İlköğretim 1. kademe mezunu.....
  - ( ) İlköğretim 2. kademe mezunu.....
  - ( ) Lise mezunu.....
  - ( ) Yüksekokul ve üstü mezun.....
7. Eşinizin eğitim durumu nedir?.....
  - ( ) Okuryazar değil ( ) İlköğretim 2. kademe mezunu
  - ( ) Okuryazar ( ) Lise mezunu
  - ( ) İlköğretim 1. kademe mezunu ( ) Yüksekokul ve üstü mezun
8. Evlilik durumunuz: ( ) Resmi nikah var ( ) Resmi nikah yok  
( ) Diğer.....
9. Gelir getiren bir işte çalışıyor musunuz?  
( ) Hayır ( ) Evet  
**Cevabınız evet ise yaptığınız iş nedir?**
10. Üstteki soruya cevabınız evet ise işinize geri döndünüz mü?  
( ) Hayır ( ) Evet
11. Eşiniz çalışıyor mu?  
( ) Hayır ( ) Evet  
**Cevabınız evet ise yaptığı iş nedir?.....**

12. Sosyal güvenceniz var mı?

Hayır  Evet

**Cevabınız evet ise belirtiniz.....**

13. Ailenizin toplam geliri ne kadardır?

14. Eşiniz, çocuklarınız dışında sizinle yaşayan birileri var mı?

Hayır (çekirdek aile)  Evet (geniş aile)

15. Yatak odanızda yatan çocuğunuz var mı?

Hayır  Evet

**Cevabınız evet ise çocuk sayısı ve yaşları nedir?**

Çocuk sayısı:.....Yaş:.....

16. Herhangi bir rahatsızlığınız var mı?

Hayır  Evet

**Cevabınız evet ise belirtiniz.....**

17. Sürekli kullandığınız bir ilaç var mı?

Hayır  Evet

**Cevabınız evet ise belirtiniz (reçeteli/reçetesiz).....**

18. Eşinizin herhangi bir rahatsızlığı var mı?

Hayır  Evet

**Cevabınız evet ise belirtiniz.....**

19. Eşinizin sürekli kullandığı bir ilaç var mı?

Hayır  Evet

**Cevabınız evet ise belirtiniz (reçeteli/reçetesiz).....**

### **Gebelik Öncesi, Gebelik ve Doğum Sonrası Dönemlere İlişkin Bilgi Formu**

20. Obstetrik Öykü:

Gebelik sayısı .... Kendiliğinden düşük sayısı .... Canlı doğum sayısı .....

Küretaj sayısı .... Yaşayan çocuk sayısı .... Ölü doğum sayısı .....

21. En son gebeliğinizi planlamış mıydınız?  Hayır  Evet

22. En son gebeliğinizi istiyor muydunuz?  Hayır  Evet

23. Doğum sonrası kaçınıcı gün/aydasınız? .....

24. En son bebeğinizde herhangi bir sağlık sorunu var mı?

Hayır  Evet

**Cevabınız evet ise belirtiniz.....**

25. Bebeğinizin bakımında size yardımcı olan birisi var mı?

Hayır  Evet

**Cevabınız evet ise belirtiniz.....**

26. Bebeğinizi emziriyor musunuz?  Hayır  Evet

27. Doğum şekliniz nedir?  Normal doğum  Sezeryan  Müdahaleli doğum

28. **Normal doğum yapanlara sorunuz.** Epizyotomi / yırtıklarınız var mıydı?

Hayır  Evet

**Cevabınız evet ise belirtiniz.....**

29. Bu güne kadar ki cinsel yaşamınız sırasında cinsel aktivitenizi engelleyen bir durum oldu mu?

Hayır  Evet

**Cevabınız evet ise belirtiniz.....**

30. En son gebeliğinizden önce cinsel yaşamınızla ilgili herhangi bir sorunuz var mıydı?

Hayır  Evet

**Cevabınız evet ise belirtiniz.....**

31. En son gebeliğiniz sırasında cinsel yaşamınızla ilgili herhangi bir sorunuz var mıydı?

Hayır  Evet

**Cevabınız evet ise belirtiniz.....**

32. Doğumdan sonra cinsel yaşamınıza bebeğiniz kaç gün/haftalık olduğunda başladınız?.....

33. En son doğumunuzdan sonra cinsel ilişkiye başladığınızda herhangi bir sorun yaşadınız mı?

Hayır  Evet

**Cevabınız evet ise belirtiniz.....**

34. Son 1 hafta süresince cinsel ilişkiniz sırasında ağrı hissettiniz mi?

Hayır  Evet

35. Gebelikten önceki yaşantınızda cinsel ilişki sırasında ağrı yaşar mıydınız?

Hayır  Evet

36. Bu güne kadar hiç doğum öncesi, gebelik sırasında veya doğum sonrası dönemlerdeki cinsel yaşam hakkında bilgi aldınız mı?

Hayır  Evet

**Cevabınız evet ise kimden/nereden bilgi aldınız?.....**

- Doktor                       Arkadaş
- Hemşire-ebe               Eş                               Diğer.....
- Anne-baba                 İnternet, kitap vs...

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

- Hayır                       Evet

**Cevabınız hayır ise belirtiniz.....**

38. Şu anda gebelikten korunmak için herhangi bir yöntem kullanıyor musunuz?

- Hayır                       Evet

**Cevabınız evet ise belirtiniz.....**

39. Eşiniz size duygusal olarak şiddet ( bağırma, azarlama) uygular mı?

- Hayır                       Evet

**Cevabınız evet ise belirtiniz.....**

40. Eşiniz size ekonomik olarak şiddet ( harçlık vermeme, maaş kartına el koyma) uygular mı?

- Hayır                       Evet

**Cevabınız evet ise belirtiniz.....**

41. Eşiniz size fiziksel olarak şiddet ( dövme, vurma, itme) uygular mı?

- Hayır                       Evet

**Cevabınız evet ise belirtiniz.....**

42. Eşiniz sizi, siz istemediğiniz zaman, cinsel ilişkiye zorlar mı?

- Hayır                       Evet

## Ek 2. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Kadın Formu

Ad-Soyad:.....

Tarih:.....

Lütfen her madde için BUGÜN de dahil GEÇEN HAFTAKİ durumunuzu işaretleyin.

### 1. Cinsel açıdan ne derece isteklisiniz?

1  2  3  4  5  6

Oldukça istekli Çok istekli Biraz istekli Biraz isteksiz Çok isteksiz Tamamen isteksiz

### 2. Cinsel açıdan ne kadar kolay uyarılırsınız (tahrik olursunuz)?

1  2  3  4  5  6

Oldukça kolay Çok kolay Biraz kolay Biraz zor Çok zor Oldukça zor

### 3. Vajinanız/cinsel organınız ilişki sırasında ne kadar kolay ıslanır veya nemlenir?

1  2  3  4  5  6

Oldukça kolay Çok kolay Biraz kolay Biraz zor Çok zor Asla olmaz

### 4. Ne kadar kolay orgazm olursunuz (doyuma ulaşırsınız)?

1  2  3  4  5  6

Oldukça kolay Çok kolay Biraz kolay Biraz zor Çok zor Asla boşalamam

### 5. Orgazmınız tatmin edici midir?

1  2  3  4  5  6

Oldukça tatmin Çok tatmin Biraz tatmin Pek tatmin Çok tatmin Orgazma

edici edici edici etmiyor etmiyor ulaşamam

### Ek 3. Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın Türkçe Formu

1=Tamamen katılıyorum 2=Büyük ölçüde katılıyorum 3=Kısmen katılıyorum

4=Kısmen katılmıyorum 5=Büyük ölçüde katılmıyorum 6=Hiç katılmıyorum

	1	2	3	4	5	6
1. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, hayatımın eğlenceli /zevкли bir parçası olduğunu düşünüyorum						
2. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, hayal kırıklığı hissediyorum						
3. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, kendimi üzgün (depresif) hissediyorum						
4. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, kendimi bir kadın olarak eksik hissediyorum						
5. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, kendimi iyi hissediyorum						
6. Cinsel bir eş olarak kendime güvenimi yitirdim						
7. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, sıkıntı hissediyorum						
8. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, kızgınlık hissediyorum						
9. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, eşime yakın olduğumu hissediyorum						
10. Cinsel yaşamımın geleceği hakkında endişeleniyorum						
11. Cinsel ilişkiden zevk almıyorum						
12. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, utanıyorum						
13. Cinsel konularla ilgili eşimle konuşabileceğimi düşünüyorum						
14. Cinsel ilişkiden kaçınıyorum						
15. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, suçluluk hissediyorum						
16. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, eşimin rencide olmuş ya da reddedilmiş hissetmesinden endişeleniyorum						
17. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, bir şeyleri kaybetmiş gibi hissediyorum						
18. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, cinsel ilişki sıklığından memnunum						

## Ek 4. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Onayı

T.C.  
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı: B.30.2.AKD.0.20.05.05/  
Konu: ONAY

13/06/2011

### KARAR

Kurulun Adı, Adresi

:Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik  
Araştırmalar Etik Kurulu,  
Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Dumlupınar Bulvarı Kampüs  
07070/ANTALYA

Toplantı Tarihi ve Karar No

: 13.06.2011/231

Araştırmanın tam adı

:"Doğum Sonrası Dönemdeki Kadınların Cinsel  
Problemlerinin Çözümünde PLISSIT Modelin  
Etkinliği"

Sorumlu araştırmacının ismi

: Doç.Dr. Zekiye KARAÇAM

Sorumlu Araştırmacı Doç.Dr. Zekiye KARAÇAM tarafından yürütülecek olan "Doğum Sonrası  
Dönemdeki Kadınların Cinsel Problemlerinin Çözümünde PLISSIT Modelin Etkinliği" adlı  
araştırmanın yapılmasında etik açısından sakınca olmadığı kararı alınmıştır.

Araştırmacıya çalışmalarında başarılar dileriz.

Prof.Dr. Tülin AYDOĞDU TİTİZ  
Başkan

Prof.Dr. Atıf Mevzat YALÇIN  
Başkan Yardımcısı

Yrd.Doç.Dr. Hafize ÖZTÜRK TÜRKMEN  
Raportör

Prof.Dr. Gökhan ARSLAN  
Üye

Prof.Dr. Çağlar ÖGÜTMAN  
Üye

Prof.Dr. Taha KARAMAN  
Üye

Prof.Dr. Elif PEŞTERELİ  
Üye

Prof.Dr. Sebahat GÖZÜM  
Üye

Prof.Dr. Yıldırım ÇETE  
Üye

Prof.Dr. Mustafa AKCAKUŞ  
Üye

Prof.Dr. İsmail KÖKSAL  
Üye

Prof.Dr. Mustafa SİNDEL  
Üye

Doç.Dr. Şehadet ÖZDEM  
Üye

Yrd.Doç.Dr. Hakan GÜLKESEN  
Üye

Yrd.Doç.Dr. Seçkin YAVUZDOĞAN  
Üye (Katılmadı)

z. Tüliz BAYSAL  
Üye

Bekir ÖZSOY  
Üye



**Ek 5. Türkiye Cumhuriyeti Antalya Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü İzin Yazısı**

*Sağlığınız için etli yemeklere pişirme esnasında yağ ilave etmeyiniz.*

**T.C.  
ANTALYA VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü**


Sayı : B.10.4.ISM.04.07.00.09/821-04-59  
Konu : Tez Çalışması

T.C. Antalya Sağlık Müdürlüğü	
...> EĞİTİMİŞLERİ İLE İL...	
19.07.2011	33967
	
Barkod No: 0285998	

VALİLİK MAKAMINA

Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın-Doğum Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı öğrencisi Fatma YÖRÜK'ün "Doğum Sonrası Dönemdeki Kadınların Cinsel Problemlerinin PLISSIT Modelinin Etkinliği" konulu tez çalışmasını 17 ve 18 nolu Aile Sağlığı Merkezlerinde yapması Müdürlüğümüzce uygun görülmüştür.

Olurlarınıza arz ederim.

  
Dr. Adem BILGIN  
İl Sağlık Müdürü

OLUR  
19.07/2011  
  
Hakkı LOĞOĞLU  
Vali a.  
Vali Yardımcısı

EK:22

## Ek 6. Aydınlatılmış Onam Formu

Sayın Hanımefendi,

Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği yüksek lisans öğrencisiyim. Tez çalışmam nedeniyle Doç. Dr. Zekiye Karaçam'ın yürütücülüğünde, 17 ve 18 nolu aile sağlığı merkezleri bölgelerindeki doğum sonrası dönemdeki kadınların cinsel problemlerinin çözümüne yönelik verilen (PLISSIT Model) eğitimin etkinliğini değerlendirmek amacı ile “Doğum sonrası dönemdeki kadınların cinsel problemlerinin çözümünde PLISSIT modelin etkinliği” adlı çalışmayı yapıyorum. Çalışma için Sağlık Bakanlığı Antalya İl Sağlık Müdürlüğü'nden gerekli izinler alınmıştır.

Bu çalışma için sizlere hazırladığım bilgi toplama formlarında, sizleri tanıtıcı ve doğum sonrası cinsel yaşantılarınızla ilgili bilgiler sorgulanmaktadır. Ayrıca cinsel yaşantınızın değerlendirilmesi amacıyla Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği ve Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği'nden yararlanılacaktır. Sorulan soruları yanıtlamanız çalışmanın gerçekleştirilmesi için yeterli ve önemlidir. Toplanan bilgiler yalnızca çalışma için kullanılacaktır. Çalışmaya katılmak konusunda gönüllü olmanız esastır. Katılımınız durumunda karşılaşılabileceğiniz herhangi bir risk yoktur. Bunun yanında sizin problemlerimize yönelik eğitim verilerek danışmanlık yapılacaktır. Daha sonrada size verdiğimiz telefon numaralarından bize ulaşabilir ve danışmanlık alabilirsiniz.

Katkılarınızdan dolayı teşekkür eder, sağlıklı bir yaşam dilerim.

Fatma YÖRÜK

Adnan Menderes Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Doğum-Kadın Sağlığı Ve Hastalıkları Hemşireliği

Yüksek Lisans Öğrencisi

Tel: 0 505 840 03 27

Ön sayfada gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Çalışmaya katılmayı reddetme hakkına sahip olduğum bana bildirildi. Sorumlu araştırmacıya haber vermek kaydıyla, hiçbir gerekçe göstermeksizin istediğim anda bu çalışmadan çekilebileceğimin bilincindeyim. Çalışmanın yürütücüsü olan araştırmacı ya da destekleyen kuruluş, çalışma programının gereklerini yerine getirmedeki ihmali nedeniyle ya da çalışma prosedürüne bağlı olarak onayımı almadan beni çalışma kapsamından çıkarabilir. Bu koşullarla söz konusu çalışmaya kendi rızamla, hiç bir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Bu metnin imzalı bir kopyasını aldım.

Gönüllünün / katılımcının Adı- Soyadı:

Yaş ve Cinsiyeti:

İmzası:

Adresi (varsa telefon ve/veya fax numarası):

.....  
.....

Tarih:

Açıklamaları Yapan Araştırmacının Adı- Soyadı: Fatma Yörük

İmzası:

Tarih:

Onam alma işleme başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin

Adı- Soyadı:

İmzası:

Görevi:

Tarih:

## Ek 7. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği'ni Türkçe'ye Uyarlayan Prof. Dr. Atilla Soykan'ın Onayı

**Atilla Soykan** (asoykan@yahoo.com)  
30 Ocak 2011 Pazar 14:32:05  
Fatma Yörük (fatma\_alp\_yoruk@hotmail.com)

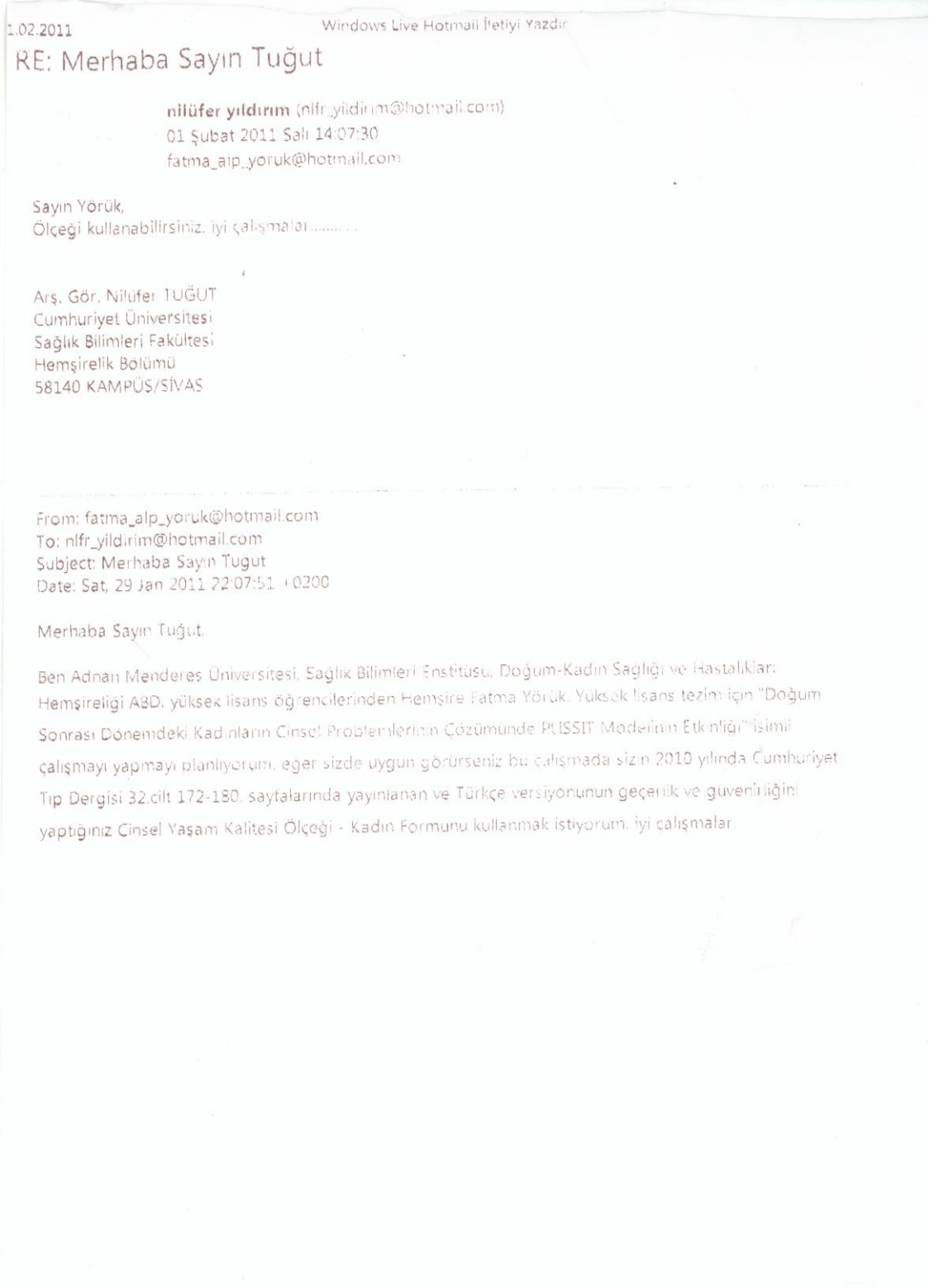
Kesinlikle kullanabilirsiniz. Başarılar. Atilla soykan

**From:** Fatma Yörük <fatma\_alp\_yoruk@hotmail.com>  
**To:** <asoykan@yahoo.com>;  
**Subject:** Merhaba Sayın Soykan  
**Sent:** Sat, Jan 29, 2011 8:22:46 PM

merhaba sayın soykan,

Ben Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği ABD, yüksek lisans öğrencilerinden Hemşire Fatma Yörük, Yüksek lisans tezim için "Doğum Sonrası Dönemdeki Kadınların Cinsel Problemlerinin Çözümünde PISSII Modelinin Etkinliği" isimli çalışmayı yapmayı planlıyorum. Eğer sizde uygun görürseniz bu çalışmada sizin Türkçe'ye uyarladığınız Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Kadın Formunu kullanmak istiyorum. İyi çalışmalar.

**Ek 8. Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği'ni Türkçe'ye Uyarlayan Yrd. Doç. Dr. Zehra Gölbaşı ve Arş. Gör. Nilüfer Tuğut'un Onayı**



**Ek 9. PLISSIT Model Girişim Planı: Doğum Sonrası Dönemdeki Kadınların Cinsel Problemlerine Yönelik Hemşirelik Girişimleri Kitapçığı**

**DOĞUM SONRASI DÖNEMDEKİ KADINLARIN CİNSEL  
PROBLEMLERİNE YÖNELİK HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ**



**Hazırlayan**

**FATMA YÖRÜK**

**Adnan Menderes Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü  
Doğum- Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği  
Yüksek Lisans Öğrencisi**

**Danışman**

**DOÇ. DR. ZEKİYE KARAÇAM**

**(2011)**

*Doğum sonrası dönemdeki kadınların cinsel problemlerinin çözümüne yönelik verilen hemşirelik girişimleri; doğum sonrası dönem hakkında genel bilgi, doğum sonrası cinsel yaşamda oluşan değişiklikler, cinsel problemler ve bu problemlerin çözümünde kadınlara yol gösterecek önerileri içermektedir.*

## DOĞUM SONRASI DÖNEM



Doğum eylemi sona erdikten sonra doğum sonrası dönem (postpartum) başlar. Bu dönem anne ve babanın bebeklerine bağlandıkları bir dönemdir. Aileye yeni bir üyenin katılmasından dolayı ailede yeni bir düzen oluşmuştur. Anne bu yeni düzene, annelik rolüne ve bedenindeki değişikliklere uyum sağlamaya çalışmaktadır.

### Doğum Sonrası Dönemde Oluşan Değişiklikler

Doğum sonrası dönemde anne, doğumun sona ermesi ve emzirmenin başlaması ile birlikte önemli bedensel, duygusal ve hormonal değişimler yaşamaktadır. Gebeliğin dokuz ayı süresince oluşan bütün değişiklikler, 6 haftalık süre içinde önemli oranda geriye dönmektedir. Ancak bu değişimlerin tamamen ortadan kalkması yaklaşık 1 yıl sürer. Bu değişimler şöyledir;

- Üreme sistemi (rahim, rahim ağzı, vajına) doğum sonrası 6 hafta süresince gebelik öncesi durumuna dönmektedir. Bu dönemde vajinal duvarlar gebelik öncesi döneme göre daha ince ve vajinal kayganlık azdır. Vajinal doğum yapılmışsa

vajina gevşek ve ödemlidir, kas tonusu azalmıştır. Rahim doğumdan iki hafta sonra genellikle kemik pelvis içine inmektedir.

- Doğumdan sonra yaklaşık altı hafta boyunca süren ve her geçen gün rengi ve miktarı değişen vajinal akıntı vardır.
- Gebelikte artan östrojen ve progesteron hormonları hızlı bir şekilde azalmaktadır.
- Memelerde süt yapımını sağlayan prolaktin hormonu ilk aylarda giderek artar ve memelerde dolgunluk hissedilebilir. Gebelik öncesine dönmesi emziren emzirmemesine bağlı olarak değişir.
- Doğum sonrası ilk günlerde gebe görüntüsü veren karın duvarı ilk iki hafta gevşektir ve gebelik öncesi durumuna dönmesi altı haftalık bir süreyi almaktadır.
- Gebelikte artan böbrek fonksiyonları doğumdan bir ay sonra normale dönmektedir.
- Anne doğumu takiben genellikle açtır.
- Doğum ve doğum sonrası oluşan kan kaybına bağlı gelişen anemi altıncı aya kadar devam edebilmektedir.
- Eklemlerde oluşan gevşeme doğum sonrası 6-8 haftaya kadar geçmekte ve eklemler normale dönmektedir.
- Gebelikte oluşan derideki renk değişiklikleri ve izler tam olarak gerilemez ve bu durum bazı kadınlarda kalıcı olabilir. Tırnaklarda görülen değişiklikler ise normale dönmektedir.
- Bu dönemde duygusal değişiklikler ve depresyon ile sıkça karşılaşılabilir ve bu durum 1-2 yıl sürebilir.



- Cinsel yaşam ile ilgili rahatsızlıklar oluşabilir ve 3-11 aya kadar devam edebilir.

### **Doğum Sonrası Dönemde Cinsel Yaşamda Oluşan Değişiklikler**

Doğum sonrası dönemde ilk altı ay süresince kadınlarda genellikle cinsel istek ve ilişki sıklığında azalma görülmektedir. Cinsel aktivitedeki azalmanın nedeni; kadının görünümündeki değişiklikler, yorgunluk, bedenin eski haline dönüşü sırasında kadının duyduğu rahatsızlıklardır. Ayrıca erken dönemde vajinal kanamanın varlığı, alt ve karın bölgesindeki dikiş yerlerinin (sezeryan ve epizyotomi) verdiği ağrı ve rahatsızlık kadında ve eşinde cinsel isteği azaltabilir. Kadında östrojen ve progesteron seviyesinin azalmasıyla vajinal kuruluk görülebilir. Bu durum kadının cinsel ilişki sırasında ağrı duymasına neden olur. Ağnli cinsel iliksi emziren kadınlarda daha çok görülür. Çünkü bebeğin emmesiyle prolaktin hormonunda artış olur. Prolaktin hormonu östrojen ve progesteronun azalmasına neden olarak vajinal kuruluk ve buna bağıli ağrı yaşanmasına neden olur. Yine doğumdan sonra eşin hanımına zarar verebileceğı korkusunu yaşamaması, kadının cinsel ilişki sırasında ağrı duyacağı endişesi, yorgunluk, bebeğin varlığı cinsel ilişkiyi olumsuz yönde etkileyebilir. Ayrıca bazı toplumlarda bu dönemde cinsel ilişki kabul görmez.

### **DOĞUM SONRASI CİNSEL PROBLEMLERE YÖNELİK HEMŞİRELİK GİRİŞİM PLANI (PLISSIT MODEL)**

Doğum sonrası dönemde kadınların yaşamlarında çok sayıda değişiklik olmaktadır. Bu değişiklikler kadın ve eşinin cinsel yaşamını da etkileyebilir. Eşlerin çoğu doğum sonrası altıncı haftada kontrole gelmeden önce cinsel ilişkide bulunmaktadırlar. Eşlerin cinsel ilişkiye başlama zamanı annenin fiziksel olarak iyileşmesine (kanamanın kesilmesi ve rahatsızlıkların olmaması) ve her iki eşin psikolojik olarak hazır olmasına bağılidir. Doğum sonrası eşler cinsellik konusunda rahatsızlık ve isteksizlik hissedebilir ve bu konuda gergin olabilirler. Eşler doğum sonrası cinsellik ile ilgili endişe ve korkularını ebe /

hemşire ve doktor ile paylaşabilirler. Hemşirenin doğum sonrası cinsel problemlere yönelik yaklaşımları şöyle sıralanabilir;

### Doğum Sonrası Dönemde Olusan Değişiklikler

1. Hormonal değişiklikler (östrojen ve progesteronun azalması, prolaktinin artması, vs.)
2. Bedensel değişiklikler (şişmanlık, memelerde dolgunluk, vücudun belirli yerlerinde lekeler, vajinal gevşeklik, saç dökülmesi, vs.)
3. Duygusal değişiklikler
4. Zevk almada değişiklik (yaşamdan memnuniyetsizlik, vs.)
5. Yeni bir ilişki geliştirme (annenin bebeği ile daha çok vakit geçirmesi, anne ve baba rollerine geçiş, vs.)
6. Emzirme sırasında orgazm olma ya da erotik duygular hissetme.

### Cinsel Endişe ve Problemler

1. Cinsel istekte ve ilişki sıklığında azalma.
2. Vajinal kuruluk.
3. Cinsel ilişki sırasında ağrı.
4. Cinsel ilişkiden doyum alamama.
5. Cinsel ilişki sırasında memelerden süt gelmesi.
6. Dikiş yerlerinin yeniden açılacağı korkusu.
7. Eşin kıskançlığı.
8. Rol değişiklikleri.
9. Tekrar gebe kalma korkusu.
10. Yorgunluk
11. Bebek bakımına yönelik tükenmişlik.
12. Sağlık çalışanlarının sizi anlamadığı düşüncesi.
13. Eşi tarafından dokunulduğunda bunalıyormuş gibi hissedilebilme.
14. Beden görüntüsünden utanma.



## HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ

**1- İzin Verme (Permission - P)=** Bu aşamada, sizin cinsel davranışlarınızı tanımlamanızı ve sorgulamanızı sağlayacağım.



- ⓐ Rahatsızlık hissetmediğiniz cinsel davranışlarınızı sürdürebilirsiniz.
- ⓐ Kendinizi hazır hissettiğiniz zamanda cinsel ilişkiye başlayabilirsiniz.

**2- Sınırlı Bilgi (Limited Information - LI)=** Bu aşamada size doğum sonrası ve normal yaşam dönemlerine ilişkin kolay, anlaşılır ve davranış değişikliklerine yol gösterebilir bilgiler vereceğim.

- ⓐ Rahat olunuz ve kendinize güveniniz.
- ⓐ Kanamanız kesilmişse ve kesi yerleriniz iyileşmiş ise cinsel ilişkiye başlayabilirsiniz.
- ⓐ Eğer cinsel ilişki sırasında korku hisseder ve kendinizi sıkarsanız bu durum ağrı yaşamanıza neden olabilir.
- ⓐ Doğum sonrası yırtıklar ve kesi yerlerinin iyileşmesi çabuk olmaktadır.
- ⓐ Vücudunuzda oluşan hormonal değişiklikler zamanla normale dönecektir.
- ⓐ Bedeninizdeki görüntü ile ilgili endişeleriniz ve cinsel yönden kendinizi çekici hissetmemeniz normal bir durumdur.
- ⓐ Memelerinizdeki dolgunluk emzirme kesildikten sonra normale dönecektir.

Gebelik süresince aşırı gerginliğe bağlı olarak karnı kaslarınızda oluşan gevşeklik ve sarkma doğum sonrası altıncı ve yedinci aylarda gebelik öncesi konumuna dönecektir.

Gebelikte alınan fazla kilolara karşı uygun diyetle beslenir ve spor yaparsanız çok kısa sürede eski formunuza dönebilirsiniz.

Doğumdan iki-üç ay sonra üç-altı ay boyunca devam eden aşırı saç dökülmeleri görülebilir, bu durum üç-altı ay içinde normale döner. Doğum sonrası saç dökülmesi tüm kadınlarda görülebilen bir durumdur.

Eşiniz bebeğiniz ile daha fazla vakit geçirmenizden dolayı kıskançlık duygusuna kapılabilir. Bu normal bir durumdur.

Eşinizin size dokunması ile boşlukyormuş hissine kapılabilirsiniz.

Bu dönemde duygusal dalgalanmalar sık görülür. Ancak her duygusal değişiklik depresyon anlamına gelmez.

**3- Özel Öneriler (Specific Suggestions - SS)**= Bu aşamada sizin bildirdiğiniz endişe ve problemler ile ilgili önerilerde bulunup, belirli aktivitelerin geliştirilmesini sağlayacağız.



Eşiniz ile yalnız kalmak için fırsat yaratın. Birbirinize zaman ayırmanız ilişkinizi olumlu yönde etkileyecektir.

- ♀ Bebeğinizi kendi odasında yatırmamız ve bakıcı konumdaki kişileri evden uzaklaştırmamız yalnız kalabilmeniz için bir fırsat olabilir.



- ♀ Eşiniz ile bu dönemde iletişiminizi zayıflatmamamız, cinsel ilişkide bulunmamasız da birbirinize yakın dumanız, bedensel teması devam ettirmeniz, kaygılarınızı karşılıklı olarak birbirinize

aktarmamız gerekir. Doğum sonrası dönem cinsel ifadelerin ve cinsel ilişki içermeyen diğer yöntemlerin (cinsel organları karşılıklı olarak elle uyarılması gibi) kullanılması için ideal bir zamandır.

- ♀ Yakınlığa ve sarılma davranışlarınızı artırmalısınız.
- ♀ Eşinizin size karşı nazık, hassas ve sabırlı olması gerekir.
- ♀ Cinsel birleşme sırasında kaslarınızı gevşek tutmanız gereklidir. Kaslarınız takedinde ağrı duyabilirsiniz. Önceden vajinayı yağla ovmanız da girişli kolaylaştırabilir.
- ♀ Erkek tohum hücrelerini öldüren kremler (Spermisitler) veya su ile çözülebilen kremlerden (örneğin: Lubrin Vajinal Ovül) kullanabilirsiniz.
- ♀ Ön sevişmeyi uzun tutarsanız vajinal ıslaklığı sağlayabilirsiniz.
- ♀ Kadının üstte ya da yan yana olduğu pozisyonları kullanmanız daha uygun olabilir ve böylelikle üzerinizdeki ağırlığın baskısı kaybolur, hem de girişli kontrol edebilirsiniz.
- ♀ Alt bölgenizdeki kaslarınızı rahatlatmak ve eski esnekliğini kazandırmak için kegel egzersizlerini yapmanızı öneririm. Bu egzersizler şöyle yapılabilir; idrar akışını durduracakmış gibi

vajinayı saran kasları sıgırtın, üçe kadar sayın ve sonra gevşetin. Bu hareketi 10 kez tekrarlayın. Vajinayı saran kasları mümkün olduğu kadar hızlı bir şekilde kasın ve gevşetin. Bu hareketi 10-25 kez tekrarlayın. Banyo küvetinin içinde suyun içine oturduğunuzu hayal edin, suyu vajinanın içine çekecekmiş gibi vajina kaslarınızı kasın, üçe kadar sayın, sonra gevşetin. Bu hareketi 10 kez tekrarlayın. Vajinanın içinden bir şeyi çıkaracakmış gibi aşağıya doğru itkin, üçe kadar sayın ve sonra gevşetin. Bu hareketi 10 kez tekrarlayın.

- ♀ Ait bölgenizi rahatlatmak için oturma banyosu yapabilirsiniz. Oturma banyosunu şu şekilde yapabilirsiniz; 38-42°C arasında antiseptikli (tentüندیöt vs.) su hazırlayınız. Oturma banyosunu yapmadan önce vajinal kaslarınızı kasın ve oturduktan sonra gevşetin.
- ♀ Korkularınızı gidemek için ait bölgenize dokunabilirsiniz ve vajinanızın içine temiz bir parmak yerleştirebilirsiniz.
- ♀ Tekrar gebe kalma korkunuzu gidemek için gebelikten korunma yollarından birini seçiniz ve kullanınız. Şimdi size vereceğim ve adımlarımda bulunacağım bu broşürde gebelikten korunma yöntemlerine ilişkin bilgi bulabileceksiniz.

## GEBELİKTEN KORUNMA YOLLARI HAKKINDA GENEL BİLGİLER

### Bariyer Yöntemler

Spermin rahim içine geçmesini engelleyerek gebeliğe engel olmaktadır.

**Erkek prezervatifi:** Latex denilen doğal bir plastikten yapılmış olup sertleşmiş haldeki erkeklik organına vajina ile teması olmadan



taoimaktadır. En büyük özelliği ise cinsel ilişki ile geçen hastalıklardan kısmen önlemesidir.

**Kadın prezervatifi:** Polüretandan yapılmış ince bir halka ğeklinde olup vajinanın içine yerleştirilir. Tüm vajina i duvarını ve rahim ağzını örter.

**Spermisidler:** Jel, köpük veya fiil ğeklinde olup spermieril öldürerek gebeliği engellemektedir.



**Diafragma:** Esnek halka ğeklinde olup spermisidlerle birlikte kullanılmaktadır. Rahim ağzını kapatır. İlişkiden üç saat önce yerleştirilmelidir.

**Servikal başlık:** Küçük boyutta olup doğal plastikten yapılmıştır. Spermisid krem ierirp rahim ağzını kapatarak gebeliğe engel olmaktadır.

**Spiral (RİA):** İçinde hormon veya bakır içeren plastikten yapılmış bir maddedir. Bir sağlık kuruluşunda ve sağlık çalışanı tarafından yerleştirilir. Spermin geçişini engellemez. Dölleney yumurtanın rahim içine yerleşmesini engeller.



### **Hormonal Yöntemler**

Östrojen ve progesteron veya sadece progesteron içerirler. Yumurtlamayı engelleyerek, rahim ağzında bulunan sıvıların kalınlaşmasını sağlayarak veya rahim içi dokusunun yapısını bozarak gebeliği engellemektedirler.

**Doğum kontrol hapları:** İlk doğum kontrol hapi adet gününün birinci günü almaya başlanır. 21 gün alınır ve 7 gün ara verilir.



**Üç aylık iğneler:** Düzenli olarak üç ayda bir kalçadan enjeksiyon şeklinde uygulanır. Sadece progesteron içerirler.

**Aylık iğneler:** Ayda bir düzenli olarak kalçadan enjeksiyon şeklinde uygulanır. Östrojen ve progesteron içerirler.

**Cilt altı implantları:** Ön kol derisi altına yerleştirilir. Üç yıl süre ile progesteron salgılayıp gebeliğe engel olmaktadır.



### Sterilizasyon

**Erkek sterilizasyonu:** Spermli taşıyan tüpler bağlanır. Vazektomi olarak da bilinmektedir.

**Kadın sterilizasyonu:** Doğum sonrası veya istenildiği zaman laparoskopik ya da açık ameliyat ile tüpler bağlanarak sperm geçişi engellenir. Tüp ligasyon olarak da isimlendirilir. Sezaryen sırasında da uygulanabilir.

Gebelikten korunma yolları ile ilgili ayrıntılı bilgileri aile sağlık merkezlerinden edinebilirsiniz.



- ⊗ Bebeğinizin gereksinimlerini karşıladıktan sonra kalan zamanınızı dinlenmeye ayırmanızı tavsiye ederim.
- ⊗ Bebeğinizin bakımı için aile bireylerinden/çevrenizden destek almanızı öneririm.
- ⊗ Endişelerinizi azaltmak ya da yok etmek için sağlık çalışanlarından danışmanlık alabilirsiniz. Sağlık çalışanları sizi yargılamazlar hatta sizi en iyi anlayabilecek kişilerdir.



- ⊗ Bu dönemde bebeğinizle olduğu kadar kendinize, ilişkilerinize ve cinsel yaşamınıza da özen göstermeniz gerekir.
- ⊗ Emzirme döneminde artan prolaktin hormonu cinsel istek üzerine etkisi olan östrojen ve progesteron hormonlarını baskılar. Emzirme dönemi bittikten sonra prolaktin düzeyi normal değerine döner ve cinsel istek de normal düzeye çıkar, hatta cinsel istekte artış da görülebilir.
- ⊗ Eğer, cinsel ilişki sırasında memelerden süt gelmesinden rahatsızlık hissederseniz, rahat bir sütyen giyebilirsiniz ya da bebeğinizi emzirip, memeleriniz boşaldıktan sonra cinsel ilişkiye bulunabilirsiniz.
- ⊗ Bebeğini sık sık emziren kadınların daha yoğun orgazm ve erotik duygular hissettiği bilinmektedir.



- ⊗ Kendinizi çok sıkıntı hissettiğinizde, cinsel isteksizlik yaşadığınızda, bebeğiniz uyurken bile uykusuzluk yaşadığınızda, iştahsızlık ve açın yemek yeme isteği olduğunda, hayattan zevk alamama, halsizlik, yorgunluk, unutkanlık gibi belirtilerle karşılaştığınızda

doğum sonrası depresyon konusunda dikkatli olmanız gerekmektedir. Böyle bir durumda karşılaştığınızda mutlaka ruh sağlığı ile ilgili birimlerden ya da sağlık çalışanlarından yardım almanız gerekmektedir.

- ⊗ Doğum sonrası dönemde cinsellikten uzak durma sebeplerinden biri de dini açıdan cinsel birleşme sonrası "kirlî" sayılan kadının boy abdesti almadan çocuğunu emzirememesidir. Bu konuda siz ne düşünüyorsunuz? Din adamlarının sözleri dinlenebilir. Asıl olan çocuğun anne ve babası arasında sevgi ve aşk olan bir yuvada büyümesidir. Ayrıca cinsel ilişki, çocuklu bir evde plan ve program

dâhilinde olması gereken bir aktivite olacağı için, kadın eğer yeterince isterse dini vecibelerini yerine getirerek eşi ile doyumlu ve keyifli bir ilişki sürdürebilir.

- Eşinizle istek ve duygularınızı ifade edebilirsiniz, bu konuda cesaretili olunuz ve taleplerinizi mutlaka eşinize bildiriniz.

**4- Yoğun terapi (Intensive Therapy – IT)=** Size verdiğim yukarıdaki üç basamakta yer alan bilgi ve uygulamalara rağmen, halen çözümlenemeyen ve devam eden cinsel sorunlarınız varsa, cinsellik konusunda özel eğitim almış uzman kişilere (psikolog, psikiyatr vs.) başvurmanız gerekmektedir. Önemle bildirmek isterim.

sağlıklı günler dileriz...