



**T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
DOĞUM KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI
HDK-YL-2014-0001**

GEBELİKTE EŞLERİN CİNSEL YAŞAMI VE ETKİLEYEN ETMENLERİN İNCELENMESİ

Zerrin BİLEN SADİ

**DANIŞMAN
Doç. Dr. Hilmiye AKSU**

AYDIN-2014

**T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
DOĞUM KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI
HDK-YL-2014-0001**

**GEBELİKTE EŞLERİN CİNSEL YAŞAMI VE ETKİLEYEN
ETMENLERİN İNCELENMESİ**

Zerrin BİLEN SADİ

**DANIŞMAN
Doç. Dr. Hilmiye AKSU**

AYDIN-2014

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

DOĞUM- KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı öğrencisi ZERRİN BİLEN SADİ tarafından hazırlanan “Gebelikte Eşlerin Cinsel Yaşamı ve Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi” başlıklı tez, 11/06/2014 tarihinde yapılan savunma sonucunda aşağıda isimleri bulunan jüri üyelerince kabul edilmiştir.

Ünvanı, Adı ve Soyadı :

Üniversitesi :

İmzası:

1- Doç.Dr. Hilmiye AKSU

Adnan Menderes Üniversitesi

2- Prof. Dr. Zekiye KARAÇAM

Adnan Menderes Üniversitesi

3 - Doç.Dr. Sevgi ÖZSOY

Adnan Menderes Üniversitesi



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

Prof. Dr. Sacide KARAKAŞ
Enstitü Müdürü

Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Santral : (256) 218 20 00 Direk Telefon : 218 20 44

09100- AYDIN
*Fax : (256) 218 20 44

ÖNSÖZ

Cinsellik, insan yaşamının önemli bir parçasıdır. Biyolojik, sosyal, kişilerarası ve kültürel yönleri olan, çok boyutlu, kompleks bir olaydır. Yaşamın her evresinde cinselliğin anlatımı ve doyumunu değişik biçimde ifade edilmektedir.

Gebelik, çiftlerin hayatını etkileyen son derece değişik bir süreçtir. Özellikle ilk gebelik, çiftlerin yaşamının en önemli krizlerinden biridir; bir çiftten bir aile olmaya geçiştir. Eşlerin ikisi için de birçok değişikliğin olduğu, farklı hislerin yaşandığı bir dönemdir. Anatomik, fizyolojik ve ruhsal değişimlerin bir sonucu olarak gebelik cinsel yaşamı etkilemektedir. Gebelik genellikle bir cinsel ilişkinin sonucunda oluşmasına karşın, cinsellik bu dönemde unutulur. Cinsellik konusu çoğu zaman gebelikle ilgili bir problem yaşandığında gündeme gelir.

Mevcut literatür gebeliğin cinsel problemlere neden olduğu yönündedir. Gebelik döneminde cinsel yaşamın hangi olası değişimlerden etkilendiğini belirleyen araştırmalar yok denecek kadar azdır. Gebelikte cinsel yaşam hakkında sağlık ile ilgili kaynaklarda çok az bilgi bulunması ve etrafımdaki birçok kişinin gebelikte cinsel yaşam konusundaki yanlış inanışları bu konu üzerinde araştırma yapmama neden olan etkenlerden oldu. Bu araştırma gebelikte eşlerin cinsel yaşamının ve etkileyen etmenlerin incelenmesi amacıyla planlanmıştır. Bu bağlamda araştırma sonuçlarının, gebelikte cinsel yaşamla ilgili sağlık çalışanlarının vereceği eğitim ve danışmanlık hizmetlerinde rehber olabilmesi, çiftlerin en uygun şekilde yönetiminde daha fazla araştırma yapılmasında yol gösterici olması amaçlanmaktadır.

Araştırma sonuçlarının bu konuda çalışmalar yapan ve eğitim, danışmanlık hizmetleri sunan meslektaşlarıma rehber olması dileğimle.

Zerrin BİLEN SADİ

İÇİNDEKİLER

KABUL ONAY SAYFASI	i
ÖNSÖZ	ii
SİMGELER VE KISALTMALAR	vi
ÇİZELGELER DİZİNİ.....	vii
ŞEKİLLER DİZİNİ	ix
EKLER DİZİNİ	
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	3
1.3. Genel Bilgiler	4
1.3.1. Gebelik Fizyolojisi	4
1.3.2. Cinsellik Nedir?.....	5
1.3.3. Cinselliğin Tarihçesi.....	8
1.3.4. Normal Cinsel Eylem Fizyolojisi	10
1.3.5. Gebelikte Cinsellik Fizyolojisi	12
1.3.6. Gebelikte Cinsel İşlev Siklusunda Oluşan Değişiklikler.....	14
1.3.7. Gebelikte Cinselliği Etkileyen Psikolojik Faktörler	18
1.3.8. Gebelikte Cinselliği Etkileyen Sosyokültürel Faktörler	22
1.3.9. Gebelikte Cinsel Sağlık Problemleri	26
1.3.10. Gebelikte Koitus ve Yasaklandığı Durumlar.....	28
1.3.11. Cinsel Yaşam ve Hemşirelik Yaklaşımı	31

1.3.12. Gebelikte Cinsel Yaşam ve Hemşirelik Bakımı	38
2. GEREÇ VE YÖNTEM.....	46
2.1. Araştırmanın Şekli.....	46
2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	46
2.3. Zaman Çizelgesi	47
2.4. Araştırmanın Evreni	47
2.5. Araştırmanın Örneklemi	47
2.6. Araştırmaya Alma Kriterleri.....	48
2.7. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri	48
2.8. Veri Toplama Aracı	49
2.8.1. Verilerin Toplanması.....	50
2.8.2. Verilerin Değerlendirilmesi	50
2.9. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Güçlükleri.....	51
2.10. Araştırmada Etik.....	51
3. BULGULAR	52
3.1. Çiftlerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulguları	52
3.2. Çiftlerin Gebelikte Cinselliğe İlişkin Bilgi ve Görüşleri.....	54
3.3. Katılımcıların Libido Durumları İle İlgili Bulguları	58
3.4. Kadınların Libido Skorları Bakımından Tanıtıcı Özellikleri Arasında Farklılık Olup Olmadığının İncelenmesi	60
3.5. Kadınların Libido Skorları Bakımından Cinselliğe İlişkin Bilgileri ve Görüşleri Arasında Farklılık Olup Olmadığının İncelenmesi	64
3.6. Erkeklerin Libido Skorları Bakımından Tanıtıcı Özellikleri Arasında Farklılık Olup Olmadığının İncelenmesi	66
3.7. Erkeklerin Libido Skorları Bakımından Cinselliğe İlişkin Bilgileri ve Görüşleri Arasında Farklılık Olup Olmadığının İncelenmesi	69
4. TARTIŞMA.....	72

5. SONUÇ ve ÖNERİLER	81
5.1. Sonuçlar	81
5.2. Öneriler	83
ÖZET	86
SUMMARY	88
KAYNAKLAR	91
ÖZGEÇMİŞ	100
TEŞEKKÜRLER	101
EKLER	102

SİMGELER VE KISALTMALAR

- DSM: Psikiyatrik Tanı Ölçütü (Diagnostic and statistical manual of mental disorders)
- DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü
- EMR Erken Membran Ruptürü
- LSS: Libido Skorlama Sistemi
- PLISSIT: Permission (izin verme), Limited Information (sınırlandırılmış bilgi), Specific Suggestion (özel öneriler), Intensive Therapy (yoğun tedavi)
- SPSS: Statistical Package for Social Science
- WHO: World Health Organization

ÇİZELGELER DİZİNİ

Çizelge 1.1.	Gebelikte Cinsel Endişeler ve Hemşirelik Uygulamaları	44
Çizelge 2.1.	Zaman çizelgesi.....	47
Çizelge 3.1.	Çiftlerin sosyodemografik özellikleri	52
Çizelge 3.2.	Çiftlerin gebelikte cinselliğe ilişkin bilgi ve görüşleri.....	54
Çizelge 3.3.	Kadınların gebelik öncesi ve gebelikte cinsel yaşamlarına ilişkin özellikleri	56
Çizelge 3.4.	Erkeklerin gebelikte cinselliğe ilişkin görüşleri.....	57
Çizelge 3.5.	Katılımcıların libido skor ortalamaları.....	58
Çizelge 3.6.	Katılımcıların libido skor ortalamalarının karşılaştırılması.....	58
Çizelge 3.7.	Katılımcıların gebelik öncesi ve gebelik dönemlerinde libido skorları	59
Çizelge 3.8.	Libido skorları bakımından farklı yaş gruplarındaki kadınlar arasında farklılık olup olmadığının incelenmesi.....	60
Çizelge 3.9.	Libido skorları bakımından farklı eğitim düzeyindeki kadınlar arasında farklılık olup olmadığının incelenmesi.....	60
Çizelge 3.10.	Libido skorları bakımından ev hanımı ve çalışan kadınlar arasında farklılık olup olmadığının incelenmesi	61
Çizelge 3.11.	Libido skorları bakımından farklı yerlerde yaşamış kadınlar arasında farklılık olup olmadığının incelenmesi.....	61

Çizelge 3.12. Libido skorları bakımından farklı yaşlarda evlenmiş kadınlar arasında farklılık olup olmadığının incelenmesi.....	62
Çizelge 3.13. Libido skorları bakımından kadınların evlilik süreleri arasında farklılık olup olmadığının incelenmesi	62
Çizelge 3.14. Libido skorları bakımından farklı sayılarda çocuğu olan kadınlar arasında farklılık olup olmadığının incelenmesi.....	63
Çizelge 3.15. Libido skorları bakımından aile dışında sürekli beraber yaşayan biri olan ve olmayan kadınlar arasında farklılık olup olmadığının incelenmesi.....	63
Çizelge 3.16. Libido skorları bakımından gebeliği isteyen ve istemeyen kadınlar arasında farklılık olup olmadığının incelenmesi.....	63
Çizelge 3.17. Libido skorları bakımından gebelikte cinsel ilişkiyi güvenli bulan ve bulmayan kadınlar arasında farklılık olup olmadığının incelenmesi.....	64
Çizelge 3.18. Libido skorları bakımından gebelikten önce cinsel istek duyan ve duymayan kadınlar arasında farklılık olup olmadığının incelenmesi	64
Çizelge 3.19. Libido skorları bakımından gebelikte cinsel istek duyan ve duymayan kadınlar arasında farklılık olup olmadığının incelenmesi	65
Çizelge 3.20. Libido skorları bakımından gebelikten önce cinsel ilişkiden korkan ve korkmayan kadınlar arasında farklılık olup olmadığının incelenmesi.....	65
Çizelge 3.21. Libido skorları bakımından gebelikte cinsel ilişkiden korkan ve korkmayan kadınlar arasında farklılık olup olmadığının incelenmesi.....	66
Çizelge 3.22. Libido skorları bakımından gebelikte cinsel yaşamla ilgili bilgi alan ve almayan kadınlar arasında farklılık olup olmadığının incelenmesi.....	66
Çizelge 3.23. Libido skorları bakımından farklı yaş gruplarındaki erkekler arasında farklılık olup olmadığının incelenmesi.....	66

Çizelge 3.24. Libido skorları bakımından farklı eğitim düzeyindeki erkekler arasında farklılık olup olmadığının incelenmesi.....	67
Çizelge 3.25. Libido skorları bakımından farklı meslek grubundaki erkekler arasında farklılık olup olmadığının incelenmesi.....	67
Çizelge 3.26. Libido skorları bakımından farklı yerlerde yaşamış erkekler arasında farklılık olup olmadığının incelenmesi.....	68
Çizelge 3.27. Libido skorları bakımından erkeklerin evlilik yaşı arasında farklılık olup olmadığının incelenmesi.....	68
Çizelge 3.28. Libido skorları bakımından gebelikte cinsel ilişkiyi güvenli bulan ve bulmayan erkekler arasında farklılık olup olmadığının incelenmesi.....	69
Çizelge 3.29. Libido skorları bakımından gebelikte cinsel ilişkiden korkan ve korkmayan erkekler arasında farklılık olup olmadığının incelenmesi.....	69
Çizelge 3.30. Libido skorları bakımından gebe kadını seksi bulan ve bulmayan erkekler arasında farklılık olup olmadığının incelenmesi.....	70
Çizelge 3.31. Libido skorları bakımından erkeklerin gebelikte cinsel yaşamlarının etkilenmesi arasında farklılık olup olmadığının incelenmesi.....	70
Çizelge 3.32. Libido skorları bakımından gebelikte cinsel yaşamla ilgili bilgi alan ve almayan erkekler arasında farklılık olup olmadığının incelenmesi.....	70

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1.1. Erkeklerde cinsel yanıt döğüsü.....	10
Şekil 1.2. Kadında cinsel yanıt döğüsü	10

EKLER DİZİNİ

EK 1. Kadınlar İçin Anket Formu.....	102
EK 2. Erkekler İçin Anket Formu.....	105
EK 3. Libido Skorlama Sistemi	107
EK 4. Gönüllü Olur Formu	108
EK 5. Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği İzin Belgesi.....	111
EK 6. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul İzin Belgesi	112

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Cinsellik, hayati olmayan ancak türün sürekliliği için şart olan bir gereksinim ve içgüdü olarak tanımlanmaktadır. Sanılanın aksine cinsellik, intrauterin hayattan başlayıp ölüme kadar devam eder. İnsan cinselliği çok boyutlu bir olay olup psikolojik, fizyolojik ve sosyokültürel faktörlerden etkilenecek hayat boyu gelişir (Gökyıldız ve Beji 2005, Efe 2006).

Gebelik genellikle bir cinsel ilişkinin sonucunda oluşmasına karşın, kadının cinselliği bu dönemde göz ardı edilmektedir. Gebelikte cinsel yaşam hakkında, çok az bilgi bulunmasına karşın son yıllarda bu konuda daha fazla araştırma yapılmaktadır. Cinsellikle ilgili bilgilerin artması, çiftlerin kaygılarını azaltmıştır. Genellikle çiftlerin gebeliğin son trimesterinde cinsel ilişkiden kaçınmaları ve cinsel ilişkiye bebeğin doğumundan sonraki bir dönemde başlamaları söylenmekte, cinsel aktiviteden kaçınmanın annenin rahatına yardımcı olacağı düşünülmekteydi. Teorik olarak enfeksiyon, erken doğum ve erken membran rüptürünün önleneyeceği düşünülürken pratikte bu endişeler asılsız gibi görülmektedir. Sağlıklı bir gebelikte cinsel aktivitenin kısıtlanması gerekli değildir (Sobolewski 1998, Gökyıldız ve Beji 2005, Efe 2006).

Son yıllarda yapılan çalışmalar gebelik trimesteri arttıkça cinsel ilişki sıklığının azaldığını göstermiştir. Eryılmaz ve arkadaşları (2004) Türkiye'nin doğusunda gebelik sırasında cinsel yaşamı etkileyen faktörleri inceledikleri çalışmada, gebelik sırasında cinsel ilişki sıklığında azalma olduğunu bildirmişlerdir. Türkiye'nin batısında Oruç ve

arkadaşlarının (1999) gebelerde yaptıkları çalışmanın bulguları da benzerlik göstermektedir. Adinma (1995), Nigeryalı kadınların cinselliğe bakışı ve uygulamalarını incelediği araştırmasında, cinsel ilişki sıklığının gebelik sırasında haftada bir olduğunu, %11,4'ünün ilk trimesterde cinsel ilişkiden kaçındığını, %73,9'unun gebelik sırasında cinsel aktivitenin azaldığını düşündüklerini, %63'ünün gebelik sırasında cinsel ilişkinin azalması gerektiğini ileri sürdüklerini belirtmiştir. Bu nedenle antenatal bakım hizmeti sunan kurumlarda, sağlık profesyonelleri gebelere gebelik ve cinsel yaşam konusunda danışmanlık yapmalı, bu konuda hazırlanacak bir eğitim materyali gebelere sunulmalıdır.

Gebelik, kadının yaşamını etkileyen çok farklı bir süreçtir. Özellikle ilk gebelik, kadının yaşamındaki en önemli krizlerden biridir. Aynı zamanda ilk gebelik, eşlerin farklı hisler yaşadığı bir dönemdir. Gebeliğin bir diğer sonucu olarak, bu dönemdeki anatomik, fizyolojik ve psikolojik değişiklikler cinsel yaşamı etkilemektedir. Bu değişiklikler kadının cinsel ilgi ve isteğini değiştirebilmekte, bu dönemde yaşanan fiziksel rahatsızlıklar ve bebeğe zarar verme korkusu çiftin cinsel ilişkisini etkileyebilmektedir.

Gebelik, kadın ve erkeğin cinsel ilişkilerinde pek çok değişikliğin yaşandığı bir dönemdir. Sosyal, duygusal ve kültürel etkiler nedeniyle meydana gelen fiziksel ve duygusal değişiklikler kadının cinsel yaşamını ve cinselliğini etkilemektedir. Çiftlerin gebeliğe olan reaksiyonu, aile olma fikri, kadının cinsel kimliği ve rolü, kültürel normlar ve ekonomik faktörler de gebelik sırasında cinselliği etkilemektedir (Gökyıldız ve Beji 2005, Fok ve ark 2005).

Cinsellik konusu gelişmiş toplumlarda insanların birbirleriyle rahatlıkla paylaşabildikleri bir konuyken, gelişmekte olan toplumlarda halen bir tabu olarak varlığını sürdürmektedir. Cinsel yaşamın bu tabu özelliğini koruması nedeniyle gebelikte cinsel yaşam da anne ve baba adaylarının sağlık personeline çoğu zaman sormadıkları, bu yüzden de bilgilerinin yetersiz olduğu bir konu olmaya devam etmektedir. Gebelik döneminde cinsel yaşamın nasıl yaşandığını ve hangi değişimlerden etkilendiğini belirleyen araştırmalar incelendiğinde; artan gebelik yaşının özellikle cinsel istek, cinsel ilişki sıklığı, orgazm ve cinsel tatmin fonksiyonlarında azalmaya yol açtığı belirlenmiştir (Reamy ve ark 1982, Gökyıldız ve Beji 2005, Fok ve ark 2005). Gebelikte cinsel aktivitenin devam ettiği fakat kadınların büyük kısmında özellikle son trimesterde cinsel

ilişki sıklığında ve cinsel istekte azalma olduğu belirtilmiştir (Adinma 1995, Haines ve ark 1996, Gökyıldız ve Beji 2005, Fok ve ark 2005, Aslan ve ark 2005). Gebelikte orgazm değişiklik göstermekle birlikte, cinsel tatminde ise genel olarak azalma görülmektedir (Oruç ve ark 1999, De Judicibus ve McCabe 2002, Lee 2002, Gökyıldız ve Beji 2005, Aslan ve ark 2005).

Gebelikte çeşitli endişelerden dolayı ve cinsel istekte azalmaya bağlı olarak cinsel yaşam etkilenmektedir. Gebelikte cinsel hayatın sürdürülmesinde problem yaşayan gebenin ve eşinin, profesyonel bir kişinin yardımına ihtiyacı olduğu açıktır. Bu nedenle gebeye daha fazla iletişim içinde olan hemşireler ve ebeler bu sorunun çözümünde gebeye yardımcı olabilirler. Hemşireler ve ebeler çiftlerin değişen bu yeni duruma uyum sağlamalarında rehberlik edebilirler (Eryılmaz ve ark 2002).

Mevcut literatür gebeliğin cinsel problemlere neden olduğu yönündedir. Gebelik döneminde cinsel yaşamın hangi olası değişimlerden etkilendiğini belirleyen araştırmalar yok denecek kadar azdır (Al Bustan ve ark 1995, Haines ve 1996, Oruç ve ark 1999, Eryılmaz ve ark 2004). Bu nedenle bu çalışmada gebeliğin, sosyodemografik etkenlerin (yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, yaşanılan yer) ve cinsellikle ilgili bilgi ve görüşlerin (cinsel ilişkiyi güvenli bulma, cinsel ilişkiden korkma, cinsel yaşama ilişkin bilgi alma, cinsel istek duyma) cinsel fonksiyona etkileri incelenecektir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma gebelikte eşlerin cinsel yaşamının ve etkileyen etmenlerin incelenmesi amacıyla planlanmıştır.

1.3. Genel Bilgiler

1.3.1. Gebelik Fizyolojisi

Her canlı, kendinden önceki bir canlının devamıdır. Her cins kendi sürekliliğini, üreme fonksiyonu ile sağlar. Olgun ovum ve spermin birleşerek kromozomların kaynaşması sürecine fertilizasyon denir. Gebelik ovulasyondan sonraki 24-48 saat içinde gerçekleşir (İnanç ve ark 1996). Gebeliğin süresi son menstruasyonun ilk gününden itibaren 280 gün veya 10 gebelik ayı (28 günlük lunar ay) veya 40 haftadır. Gerçek gebelik süresi ise fertilizasyon gününden itibaren 267 gündür (Taşkın 2003).

Gebelik süresince annenin genital organları süratli bir değişim gösterirken diğer organ ve sistemleri de etkilenmektedir (Göl 2002). Gebelik süresince üreme sistemindeki değişiklikler genelde damarlaşmada ve hormon yapımındaki artış ile ilişkilidir (Taşkın 2003). Gebelikte hormon yapımındaki artma, başta pelvis olmak üzere tüm vücuttaki kas-iskelet sisteminde gevşemeye neden olur (İnanç ve ark 1996, Taşkın 2003). Gastrointestinal sistemde ortaya çıkan en önemli değişim, motilite azalmasıdır (Göl 2002, Taşkın 2003). Buna bağlı gastrik boşalma zamanı uzar. Barsaklarda su absorpsiyonu artar, buna bağlı konstipasyon sık görülür (Göl 2002).

Gebelikte oksijen harcamasının artmasına bağlı metabolizma hızında artış olur. Gebeliğin ilk üç ayında bazal metabolizmada değişiklik görülmez. Gebelik ilerledikçe, özellikle son üç ayda bazal metabolizma hızında %20 artış olur (İnanç ve ark 1996, Taşkın 2003). Gebelikte birçok besin maddesine olan gereksinim artar. Bu gereksinim annede yeme isteği şeklinde ortaya çıkar. Gebelikte kilo artışı, fetüse ve anneye ait organların büyümesine, annede yağ ve protein depolanmasına, kan ve interstisyel sıvı hacminin artmasına bağlı olarak gelişir. Gebeliğin erken dönemlerinde anne dolaşımında glikoz konsantrasyonu düşer, bu nedenle enerji için yağlar kullanılır. Sürekli beslenen fetüse karşı anne aralıklarla beslenmektedir. Bu nedenle gebelikte sık aralarla ve yeterli karbonhidratla beslenmesi önerilir (Taşkın 2003).

Gebelik; fetüs, plasenta, myometriüm, meme dokusu ve kanın hücresele ve protein içeriğindeki fizyolojik değışikliklerin gerektirdiği ihtiyaçları karşılayacak bir protein artışına neden olur. Gebelerde protein ihtiyacı gebe olmayanlara göre %25 artmıştır (Yamaç ve ark 2002, Taşkın 2003). Depolanan bu proteinler doğumda, involüsyon sürecinde, laktasyonda ve loşia ile kaybedilen nitrojeni karşılamak üzere kullanılır (Taşkın 2003).

Normal gebelikte plazma proteinlerindeki azalmaya bağlı olarak serum kalsiyum ve magnezyum düzeylerinde fizyolojik bir azalma ortaya çıkmaktadır. Gebelikte kalsiyum ve fosfor ihtiyacı artar. Ancak normal bir diyet bu artan ihtiyacı karşılar. Artan anne eritrositlerinde ve fetüste, hemoglobin sentezi için demir ihtiyacı artar (Yamaç ve ark 2002, Taşkın 2003).

Gebelikte plazma osmolaritesindeki azalmanın da kısmen neden olduğu maternal adaptasyon ile su tutulumu oluşur. Tüm vücut ağırlığındaki artışın yaklaşık %50'sine (6,5 lt.) maternal sıvı tutulumu neden olur. Gebeliğin son aylarında uterusun büyük damarlara basısına bağlı olarak alt ekstremitelerde fizyolojik olarak ödem ortaya çıkabilir (Yamaç ve ark 2002).

Gebelik kadının yaşamında bir dönüm noktasıdır. Bu dönemi kadın yaşamında değışik ve yeni rollere uyum gerektiren bir kriz dönemi olarak görmekte mümkündür. Gebeliğe uyum süreci, her kadının geçmiş yaşam deneyimlerine göre değışiklik gösterir (Taşkın 2003).

1.3.2. Cinsellik Nedir?

Cinsellik terimi oldukça geç bir dönemde ondokuzuncu yüzyıl başlarında ortaya çıkmıştır. Eski Yunanda ve Latinlerde, cinsellik kavramını karşılayacak genişlikte bir kavram bulunmamaktadır. Yunanlılar cinsel diye adlandırılan davranış veya edimleri belirtmek için bir dizi sözcük kullanırlar. Cinsel ilişki, birleşme veya temas olarak adlandırılan durumlar için sunousia, homilia, plesiasmos, mixis, ocheia gibi kelimeleri

kullanmışlardır. Tüm bu pratikler için kullanılan isimleştirilmiş sıfat ise, ta aphrodisa'dır (Foucault 2003).

Cinsellik sözcüğünden farklı anlamlar çıkarılmaktadır. Cinsellik sadece üreme anlamında veya cinsel yoldan uyarılmış bireyde gözlenen davranışlar olarak tanımlandığı gibi; bireyin kendi cinsel kimliğini kabul etmesi, cinsinin gereği olarak karşı cinsle ilgilenmesi, araması, birlikte olmaktan ve cinsel ilişkiden bedensel olduğu kadar ruhsal bir haz ve doyumluk elde etmesi olarak da tanımlanmaktadır (Özgüven 1997). Cinselliği daha geniş tanımına göre cinsellik, farklı cinsten olan bireylerin nasıl davrandığı, neler hissettiği ve toplumdaki farklı rolleri ile ilgilidir.

Cinsellik doğum öncesi başlayıp ömür boyu devam eden, insanların değerleri, inanışları, duyguları, kişilikleri, sevdikleri ve sevmedikleri şeyler, tutumları, davranışları, fiziksel görünüşleri ve içinde yaşadıkları toplumlara göre şekillenen bir kavramdır. Yalnızca cinsel organları değil, tüm bedeni ve aklı içerir (Parrinder 2003, Taylor 2007, Moseley 2010). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre cinsellik fiziksel, duygusal, entelektüel ve sosyal yönlerin kişiliği, iletişimi ve aşkı zenginleştirici etkilerinin bileşiminden oluşur. Cinsel bir varlık olarak insanın sadece bedensel değil duygusal, düşünsel ve toplumsal bütünlüğü sağlayan, kişilik gelişimi, iletişim ve sevginin paylaşımını olumlu yönde zenginleştiren ve arttıran sağlıklılık halidir. Cinsellik psikolojik, sosyal, ekonomik, politik, kültürel, hukuki, tarihi, dini, biyolojik ve ruhsal faktörlerin etkileşiminden etkilenmektedir (DSÖ 2010).

DSÖ'ne göre cinsel sağlık (DSÖ 2010), “sadece hastalık, fonksiyon bozukluğu veya sakatlığın olmaması değil, duygusal, zihinsel ve sosyal olarak cinsellikle ilgili iyilik halidir. Cinsel sağlık, cinsellik ve cinsel ilişkilerde; zorlama, ayrımcılık ve şiddetten arınmış, hem keyifli hem de güvenli cinsel deneyimlere sahip olma olasılığının sonucu olarak, olumlu ve saygılı bir yaklaşım gerektirir. Cinsel sağlığın elde edilmesi ve bakımı tüm kişilerin cinsel haklarına saygı gösterilmesi, korunması ve yerine getirilmesini gerektirir.” Buna göre cinsel sağlık;

- ✓ Sadece hastalık olmaması değil, genel bir iyilik halidir.

- ✓ Şiddet ve ayrımcılığın olmadığı güven ve saygıyı içerir.
- ✓ Belirli insan haklarının yerine getirilmesine bağlıdır.
- ✓ Sadece üreme çağını değil, gençlik ve yaşlılık da dahil bireyin tüm yaşamını kapsar.
- ✓ Farklı cinsellik ve cinsel ifade biçimleri aracılığı ile ifade edilebilir.
- ✓ Eleştirel toplumsal cinsiyet değerleri, rolleri, beklentileri ve güç dinamikleri tarafından etkilenir.

Cinsellik temel bir içgüdüdür. Cinsel işlevler başta merkezi sinir sistemi, beş duyu ve genital organlar olmak üzere tüm bedenin katıldığı ve bedenimizin ürettiği 30'dan fazla hormon ve kimyasal maddenin karmaşık bir etkileşimi ile yürütülen bir süreçtir. Bu nedenle başta hastalıklar, kullanılan ilaç ve maddeler ile bedeni etkileyen her etken ile gebelik, menopoz, ergenlik gibi her dönemselsel durum cinselliği de etkileyebilir. Sonuç olarak, sağlıklı ve mutlu bir cinsel yaşam için sağlıklı işleyen bir beden olmazsa olmaz bir kuraldır (Gökyıldız ve Beji 2005).

Sağlıklı işleyen bir beden cinselliği sağlıklı bir şekilde yaşayabilmek için gerekli altyapıyı sağlar. Ancak, o cinselliğin nasıl yaşanacağını, kiminle yaşanacağını, ne zaman, nerede ve nasıl olacağını, nasıl uyarılıp nasıl doyuma ulaşılacağını vb. belirleyen ise insan psikolojisidir. Cinsel işlevler, esas olarak merkezi ve periferik sinir sistemi tarafından yönetilmektedir, insan psikolojisini oluşturan temel tutumlar, kişilik özellikleri, duygular, bilişsel işlevler, geçmiş yaşantılar, travmalar, öğrenilmiş davranış modelleri vb. cinselliğe yaklaşımımızı ve seçimlerimizi de belirler (Gökyıldız ve Beji 2005, Fok ve ark 2005).

Cinsellik konusu gelişmiş toplumlarda insanların birbirleriyle rahatlıkla paylaşabildikleri bir konuyken, gelişmekte olan toplumlarda halen bir tabu olarak varlığını sürdürmektedir. Cinsel yaşamın bu tabu özelliğini koruması nedeniyle gebelikte cinsel yaşam da anne ve baba adaylarının doktorlarına çoğu zaman sormadıkları, bu yüzden de bilgilerinin yetersiz olduğu bir konu olmaya devam etmektedir. Gebelik döneminde cinsel yaşamın nasıl yaşandığını ve hangi değişimlerden etkilendiğini belirleyen araştırmalar incelendiğinde; artan gebelik yaşının özellikle cinsel istek, cinsel ilişki sıklığı, orgazm ve cinsel tatmin fonksiyonlarında azalmaya yol açtığı belirlenmiştir (Gökyıldız ve Beji 2005, Fok ve ark 2005). Gebelikte cinsel aktivitenin devam ettiği fakat kadınların büyük

kısmında özellikle son trimesterde cinsel ilişki sıklığında ve cinsel istekte azalma olduğunu göstermiştir (Gökyıldız ve Beji 2005, Fok ve ark 2005, Aslan ve ark 2005). Gebelikte orgazm değişiklik göstermekle birlikte, cinsel tatminde ise genel olarak azalma görülmektedir (De Judicibus ve McCabe 2002, Gökyıldız ve Beji 2005, Aslan ve ark 2005).

Kişilerin yetiştiği ve içinde yaşadığı aile, yakın çevre, alt kültür ve toplumsal yapı, gelenekler ile dini inanç ve ahlaki tutumlar da cinsel tutum ve davranışları belirleyenler arasındadır. Çoğu zaman, yalnızca sosyokültürel nedenler herhangi bir cinsel işlev bozukluğunun ortaya çıkmasında başlıca rolü oynayabilmektedirler. Örneğin, vajinismusun muhafazakar toplumsal yapı, bekaret ve namus gibi geleneksel değer yargıları, aşırı acı, kanama ve ilk gece korkuları gibi cinsel mitler ile cinselliğin yasaklandığı, rahatça konuşulmadığı, cinselliğe yönelik olumsuz tutumların sergilendiği tutucu aile ortamlarında yetişme vb. unsurlardan kaynaklandığı bilinmektedir (Bozdemir ve Özcan 2011).

Cinsel haklar, temel insan haklarının ayrılmaz bir bileşeni olması nedeniyle devredilemez ve evrenseldir. Cinsel sağlık, ulaşılabilir en yüksek standartta yararlanma hakkı olan sağlığın ayrılmaz bir parçasıdır. Herkes için cinsel haklar olmadan, cinsel sağlık bakımı yapılmaz. Cinsellik, yaşamın doğal ve sağlıklı bir parçasıdır. İnsanlar, diğer canlılardan farklı olarak üreme dışında sadece haz almaya yönelik de cinsel davranışlar sergiler. Bu bağlamda insanın cinselliğini, cinsel duygular, fanteziler ve arzular şeklinde sergilemesi doğasının bir parçasıdır. Cinsellik, tüm insanlara özgüdür. Her insanın cinsel organ, cinsel duygular, cinsel dürtüler ve cinsel davranışları vardır. Ancak cinselliğin, her bireyin yaşamındaki yeri farklıdır (De Judicibus ve McCabe 2002, Gökyıldız ve Beji 2005, Aslan ve ark 2005).

1.3.3. Cinselliğin Tarihçesi

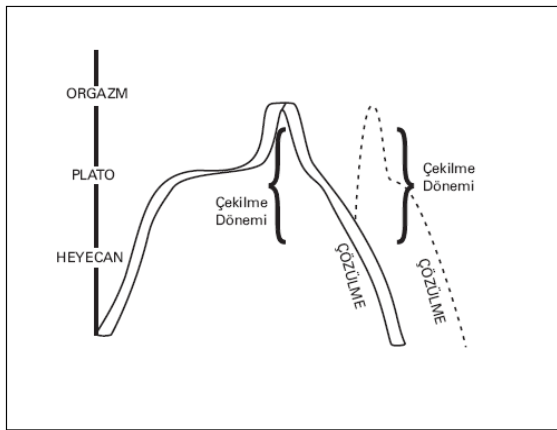
İnsanlığın tarihini incelediğimizde üremenin giz dolu işleyişi karşısında ilk toplumlar çok yönlü etkilenmiş, seks efsaneleştirilmiş, tabulaştırılmış ya da “berekat ve üreme tanrıça”larından da anlaşılacağı gibi dinsel bir olguya dönüştürülmüştür (Haeberle 2006).

Eski Yunanlılar ve Romalılar döneminde dinsel tören, spor karşılaşmaları ve güzellik yarışmalarının çıplak bedenlerde yapılması, güzellik ve zevk tanrıçalarına görkemli törenlerle tapınılması, Hermes ve Priapus gibi tanrıların yontularında abartılı sertleşmiş penisin bereket ve güç simgesi olarak benimsendiği vurgulanmaktadır. Ayrıca heteroseksüalite, homoseksüalite, anal cinsel ilişki ve oral cinsel ilişki yaşantılarının eski Mısır, Yunan ve Roma toplumlarında uygulandığı belirtilmiştir. Yunan hekimlerinden biri olan Hipokrat, sistemik gözlemler ve analitik bir yaklaşımla tüm hastalıkların kökenini doğal nedenlerde araştırmıştır. Yine Hipokrat, tıbbi yazılarında klitorisi ilk kez tanımlamış ve cinsel uyarılmanın odağı olduğunu belirtmiştir. Daha sonraki dönemde, Cladius Galenus da beyin faaliyetlerinin ve temel bedensel salgılar dengesinin önemini vurgulayarak üreme ve cinsel sağlık üzerine çarpıcı kuramlar geliştirmiştir. Galen, her iki cinsin ürettiği tohum sıvısının düzenli bir cinsel yaşamla boşaltılmaması durumunda histeri, kuduz, titreme, kasılma ve çılgınlık gibi ciddi rahatsızlıkların gelişeceğini ve cinsel birleşmelerin olanaksız olduğu durumlarda masturbasyonun da aynı ölçüde yararlı olduğunu belirtmiştir (Haeberle 2006).

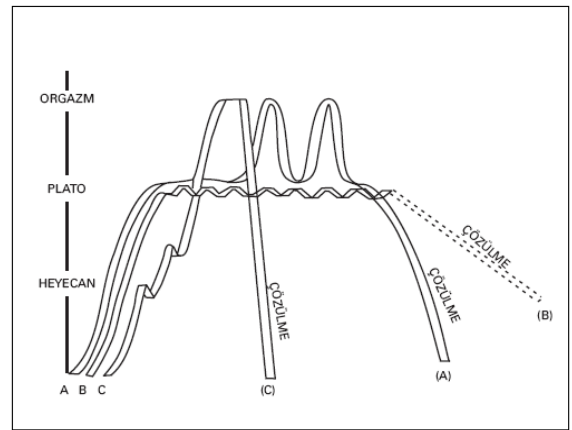
Yedinci yüzyıl başlarından itibaren yayılan İslamiyet, Hristiyanlık ve Museviliğe benzer biçimde kadının cinsel kimliği eşlik ve analığa denk düşmektedir. Kuran'ı Kerim'de kadının toplumsal yaşamdaki rolü açıkça belirtilmiştir. Kadının cinsel ve fizyolojik süreçleri (bekaret, adet görme, doğum, kısırlık, cinsel ilişki...) aile yaşantısı içerisinde yaşamını nasıl sürdüreceği kesin hükümlerle ortaya konmuş ve toplumsal cinsel yaptırımlarla denetlenmiştir (Gürsoy 1999). Dönemin ünlü hekimlerinden İbn-i Sina sağlığı korumak için cinsel etkinliğin gerekliliğine inandığını, kullanılmayan penisin kuruyup gideceğine, “aşırı” cinsel birleşmenin ise körlüğe, sağırlığa, titremeye, uykusuzluğa, kelliğe ve sara gibi hastalıklara neden olabileceğini belirtmiştir. İslam dininde evliliğe büyük önem verildiği (nur, 24/32) ve cinsel arzuları sınırsız bırakılmadığı, cinsel arzuların meşru yolunun ise evliliği gerektirdiği (nur, 24/33) vurgulanmaktadır (Tekin 1995).

1.3.4. Normal Cinsel Eylem Fizyolojisi

İnsanda cinsel uyarana gösterilen fizyolojik tepkiyi, Masters ve Johnson, uyarılma, plato, orgazm ve çözülme şeklinde dört ayrı evreye ayırmıştır (Kinsey 1948, Kinsey 1953, Master ve Johnson 1994). Erkekteki cinsel yanıt döngüsü genellikle birbirine benzer ve tek bir grafikte tanımlanabilir. Ancak kadınlarda durum farklıdır. Kadındaki cinsel yanıt döngüsü, tepkinin hem yoğunluğu hem de süresiyle ilişkili olup, sayısız çeşitlilikte olabilmektedir (Şekil 1.1-1.2).



Şekil 1.1. Erkekte cinsel yanıt döngüsü



Şekil 1.2. Kadında cinsel yanıt döngüsü

1) Uyarılma evresi: İlk evredir. Temel olarak erotik duygu ve düşüncelerin belirmesi, erkekte ereksiyon, kadında yaygın olarak vazokonjesyon ve myotoni ile karakterizedir. Herhangi bir bedensel ya da psikolojik uyarı ile ortaya çıkabilir. Cinsel uyarının süre ve yoğunluğuna göre gösterilen tepkinin şiddeti hızlı ya da yavaş biçimde artar. Kişiye uygun düşen, yeterli süre ve yoğunlukta devam eden bir cinsel uyarı karşısında uyarılma evresi çok kısa sürebileceği gibi, kişiye fiziksel ya da psikolojik açıdan uygun düşmeyen cinsel uyarı durumunda ya da cinsel uyarı aralıklarla sürdürülmüşse uzayabilir ya da kaybolabilir (Master ve Johnson 1994, Baram 2004).

2) Plato evresi: Aslında uyarılma evresinin bir parçası ve devamı niteliğinde olan bu evrede, etkili cinsel uyarının sürdürülmesi ve cinsel heyecanın artmasıyla birlikte, kadın ya

da erkek plato sürecine girer. Bu evrede, haz duygusu ve cinsel gerilim giderek yükselir ve kişinin orgazma geçebileceği noktaya kadar sürer. Orgazm evresine giriş niteliğindedir (Master ve Johnson 1994, Baram 2004).

3) Orgazm evresi: Evreler arasında süre açısından en kısa ancak duyumsanan cinsel haz açısından en yoğun evredir. Bu evre, erkekte ejakülasyon, kadında ise perine ve vajina etrafındaki kaslar ile vazokonjesyon sonucu büyüyen dokuların ritmik refleks kasılmaları ile karakterizedir. Öznel olarak pelviste duyumsanır. Orgazm kadında klitoral bölgede ve vajinada; erkekte ise penis ve prostatta yoğunluk kazanır (Master ve Johnson 1994, Baram 2004).

4) Çözülme evresi: Son evredir. Kadın ya da erkekte, orgazm ya da orgazmın gerçekleşmediği durumlarda platoyu takiben genital bölgelerde ve bedenin bütününde önceki aşamalarda oluşmuş olan fizyolojik değişikliklerin dakikalar içerisinde aynı sırayı takip ederek kaybolması ile karakterizedir. Bu evrenin süresi cinsiyete, orgazmın yaşanıp yaşanmadığına, ya da hangi yoğunlukta yaşandığına ve cinsel uyarının sürüp sürmemesine göre çok değişir. Kadınlar, çözülme evresinde cinsel uyarının yeniden başlamasıyla yeniden uyarılıp orgazm olabilme potansiyeline sahipken, erkekler süresi kişiye ve yaşa göre değişen bir yanıtsız döneme zorunlu olarak girerler. Yanıtsız dönemin sonuna kadar erkeklerin cinsel bir uyarana yeniden yanıt verip ereksiyon ya da orgazmları mümkün değildir. Bu nedenle, erkeklerin tek tip bir cinsel yanıt döngüsü olmasına karşın, kadınlarda bu çok değişken olabilmektedir (Master ve Johnson 1994, Baram 2004).

Cinsel terapilerin en önemli kurucularından biri olan H. Singer Kaplan ise, Masters ve Johnson'ın çalışmalarına yaptığı katkılarla bu alanın klinik temellerine çok ciddi katkılar sağlamıştır. Kaplan, cinsel işlevlerin bifazik niteliğini vurgulamış, cinsel yanıt evrelerini klinik açıdan yeniden sınıflandırarak bunlara cinsel isteği de eklemiştir (Kaplan 1974). Kaplan (1974), cinsel yanıtın bifazik niteliğiyle ilgili olarak şöyle diyordu: "Bu formülasyona göre; cinsel yanıt, gerçekte tek ve bağımsız bir bütün oluşturmaktan çok, birbirlerinden görece bağımsız iki ayrı bölümden oluşmaktadır:

A) Erkeklerde ereksiyonu, kadında ise vajinal lubrikasyonu ve kabarmayı sağlayan genital vazokonjeksiyon yanıtı.

B) Her iki cinsde de orgazmı sağlayan refleks klonik kas kontraksiyonları".

Buna göre ilk bölüm uyarılma ve plato evrelerini içermekte ve parasempatik sistem tarafından innerve edilmekte, ikinci bölüm ise orgazm evresini içermekte ve sempatik sistem tarafından innerve edilmektedir. Cinsel yanıtın birbirinden görece bağımsız bu iki ayrı süreci, her iki cins için de, genital bölgede farklı anatomik bölgeleri etkilemekte, sinir sisteminin farklı bölgelerinden innerve edilmekte, travma, ilaç ve yaş gibi fiziksel etkenlere karşı farklı ölçülerde hassasiyet göstermekte ve farklı psikopatolojik mekanizmalarla birbirinden kesin hatlarla ayrılan farklı klinik sendromlara yol açmaktadır (Kaplan 1974). Uyarılma ve orgazm evrelerine ek olarak, cinsel isteğin de klinik açıdan önemli ve ayrı bir süreç olduğunun anlaşılması ve çözülme evresinin klinik bir öneminin olmaması nedeniyle, 1970'li yıllardan bu yana cinsel işlevlerin istek, uyarılma ve orgazm aşamalarından oluştuğu ve cinsel işlev bozukluklarının da bu evrelerin bozulmasıyla ortaya çıkan ve her evreye denk düşen farklı sendromlar topluluğu olduğu kabul görmektedir. Bunun tek istisnası, vajinismus ve dispareni gibi cinsel birleşmede ağrı ile giden cinsel işlev bozukluklarıdır (Kaplan 1977, Kaplan 1979). Böylece, bütün cinsel sorunları erkekte empotans, kadında ise frijidite olarak adlandırılan tek bir klinik sendromun varyantları olarak değerlendiren eski düşünce de 1970'li yıllardan itibaren yıkılmış oldu. Bugün artık bu iki deyim de çağdaş tıbbi terminoloji ve sınıflandırmalardan çıkarılmışlardır (Eliot 1985, Yetkin ve İncesu 1997).

1.3.5. Gebelikte Cinsellik Fizyolojisi

Özellikle son yirmi yıl içerisinde gelişen teknoloji ve gerek merkezi sinir sistemi, gerekse endokrin sistem ile ilgili sayısız çalışmanın ardından bugün cinsel işlevin nöroendokrin temelleri ile ilgili daha fazla bilgiye sahip olunmaktadır. Cinselliğin kuşkusuz merkezi beyindir. Sanıldığı aksine en önemli cinsel organ penis ya da vajina değil, beyindir. Merkezi sinir sisteminin çok sayıda bölgesi işin içinde olmakla birlikte, cinsel işlevlerden sorumlu beyin alanları esas olarak limbik sistem ve hipotalamustur.

Özellikle anterior hipotalamik medyal preoptik çekirdeğin erkek, posterior hipotalamik ventromedyal çekirdeğin ise kadın cinsel davranışlarını yöneten merkezler olduğu düşünülmektedir (Crenshaw ve Goldberg 1996).

Cinsel istek, dürtü, fantezi ve motivasyonun oluşmasında dopamin bilinen en önemli nörotransmitterdir. Bu nedenle, aktif bir cinsel yaşam için iyi çalışan bir dopaminerjik sistem yaşamsaldır. Cinsel istekten sorumlu bir hormon varsa bu da testesterondur. Yapılan çalışmalar, testesteronun sanıldığı gibi aksine, yalnızca erkekler için değil, aynı zamanda kadınlar için de çok önemli olduğunu ortaya koymuştur. Testesteronun, her iki cinsin de cinsel isteğinden sorumlu olduğu düşünülmektedir (Crenshaw ve Goldberg 1996). Prolaktinin ise, cinsel isteği olumsuz etkilediği gerek laktasyon dönemindeki kadınlardan, gerek hiperprolaktinemi yapan bütün durumlarda cinsel isteksizliğin oluşmasından, gerekse yapılan çalışmalardan ortaya konmuştur.

Gebelik süresince kadında fiziksel ve fizyolojik değişiklikler oluşmaktadır. Gebe bir kadında üretilen progesteron hormonu gebe olmayan bir kadına oranla on kez daha fazladır. Gebe bir kadında üretilen östrojen miktarı gebe olmayan bir kadının üç yılda ürettiği miktara eşittir. Gebe kadında dolaşan yüksek seviyedeki progesteron ve östrojen hormonları yumuşak ve düzgün bir tene, parlak saçlara ve gebenin kendini iyi hissetmesine neden olduğu gibi memeler ve cinsel organlardaki değişikliklerle gebe cinsel ilişkiye daha hassas ve duyarlı hale gelir (Eryılmaz ve ark 2004, Ertem ve Sevil 2009).

Birinci Trimester: İlk trimesterde, cinsel ilişki sıklığında azalma vardır. Bu dönemde gastrik distres, bulantı-kusma, yorgunluk, uykuya yönelim, genel fiziksel rahatsızlık, meme ve vajinal rahatsızlık libidonun azalmasına yol açan majör faktörlerdir. Bazı gebelerde tikslenme, eşinin normal vücut ve nefes kokularına bile tahammül edemeyecek kadar ileri boyutlarda olabilir. Cinsel ilginin azalması semptomların derecesiyle ilişkilidir. Salgı artışı, fiziksel ve estetik sorunlar fiziksel aktiviteyi sınırlayabilir. Bebeğe zarar verme ve çocuğu düşürme korkusu libidoyu etkiler. Doğum kontrolü gerekmediği için istek artışı olabilir. Daha önceki gebeliklerinde spontan abortusu olan kadınlara genellikle birinci trimesterde ilişkiden kaçınmaları önerilir (Poroy 2005, Pauleta ve ark 2010).

İkinci Trimester: Kadının gebeliğin fiziksel değişikliklerine uyum sağladığı bu dönem, aynı zamanda cinsel aktivite için de en uygun zamandır. Yorgunluk, bulantı-kusma azalır ve pelvik konjesyon artar. Anne adayları artık gebe olduğu gerçeğini ve hayatına getireceği değişiklikleri benimser. Birinci trimesterdeki yakınmalardan kurtulan ve psikolojik olarak gebeliğe uyum sağlayan gebelerde cinsel ilişkiye ilginin arttığı gözlemlenir. Bu dönemde bazı babalar bebeğe zarar vermektan korkabilir ve bebeğin cinsel ilişki sırasında hareket etmesini “fetüs onları algılıyor” gibi düşünebilir (Poroy 2005, Pauleta ve ark 2010).

Üçüncü Trimester: İkinci trimesterde azalan fiziksel şikayetler bu dönemde uterusun büyümesine paralel olarak farklı bir şekilde tekrar ortaya çıkabilir. Yorgunluk, halsizlik, mide problemleri, solunum sıkıntısı, pelvik ligament ağrıları, sık idrara çıkma, hareketin azalması, memelerden süt gelmesi gibi belirtiler, cinsel ilişki ve orgazm sırasında ortaya çıkan güçlü uterus kasılmaları libidonun azalmasına, anne adayının cinselliği ikinci plana atmasına neden olabilir. Beklenen doğum tarihi yaklaştıkça enfeksiyon korkusu, doğumda ağrı duyma korkusu ve anormal bir durum (erken membran rüptürü, plasenta previa vs.) olacağı korkusu gibi faktörler eklenir. Bazı kişiler gebeliğin geç döneminde koitusun erken doğuma neden olacağını düşünürler (Poroy 2005, Aslan ve ark 2005, Pauleta ve ark 2010). Gebelikte cinsel ilişki psikolojik faktörlerden, seks hakkındaki mitlerden, cinsel disfonksiyonlardan ve kadındaki fiziksel değişikliklerden etkilenmektedir (Read 1999, Serrano ve Lima 2006).

1.3.6. Gebelikte Cinsel İşlev Siklusunda Oluşan Değişiklikler

Konsepsiyondan sonra vasküler ve glandüler yapılarıdaki artış nedeniyle meme guddesi büyür ve hassaslaşır. Birinci trimesterde, multipar kadın uyarıldığında, memelerde vazokonjesyon, gebelik öncesinden daha fazla belirginleşir, buna areola ve meme başı hassasiyeti eşlik eder. Gebelik devam ederken memelerde 1/3 oranında ölçü artışına rağmen hassasiyette azalma vardır. Gebe olmayan kadında uyarılma, meme ölçüsü artışına, meme başının sertleşmesine ve areolanın belirginleşmesine neden olurken; bu, gebe kadın için geçerli değildir (Oruç ve ark 1999).

Gebeliğin birinci trimesterinde çiftler cinsellik konusunda çoğunlukla karmaşık düşünceler içindedir. Yeni duruma alışma sürecinde çiftler bir taraftan bulantı, kusma gibi gebeliğe ait problemlerle karşılaşırken diğer taraftan cinsel yaşamlarındaki bu yeni durumu, cinsel partnerin özelliklerini kabullenme sürecine girerler. İkinci trimesterde çiftler gebeliği kabullenme sürecini tamamlarlar, bulantı-kusmalar azalır ve cinsel yaşamda biraz daha düzelme ve normalleşme görülür. Üçüncü trimesterde ilerlemiş gebelik nedeniyle genel olarak cinsel fonksiyonlarda gerileme görülür. Çiftlerde dokuzuncu ayda belirgin olarak cinsel kaçınma görülür. Uterin kontraksiyonlar, anneye ve fetüse zarar verme korkusu, libido eksikliği, kendini cinsel yönden zayıf görme, yorgunluk, halsizlik, ağrılı koitus, vajinal mukus, erken membran rüptürü riski, plasenta previa vs gibi faktörler cinsel ilişkiden kaçınma için bu dönemdeki temel faktörlerdir (Sydow 1999). Genel olarak ele alındığında artan gebelik yaşı ile birlikte cinsel aktivitelerin de azaldığı görülmektedir. Gebeliğin farklı dönemlerinde libidoda azalma ya da artış yönünde değişiklikler olur. Her kadın farklı olmasına rağmen genellikle gebe kadının cinsel isteği, birinci trimesterde azalır, ikinci trimesterde geri döner ya da artar ve üçüncü trimesterde tekrar azalır. Cinsel istek, cinsel ilişki sıklığı, orgazm, cinsel tatmin fonksiyonlarında genel olarak azalma söz konusudur (Sydow 1999, De Judicibus ve McCabe 2002, Aslan ve ark 2005). Bu azalan cinsel fonksiyonlar da temel faktörler: fiziki kısıtlılık, bebeğe zarar verme korkusu, istek azalması, cinsel çekiciliğin azalması, ağrılı koitus önemli rol oynamaktadır (Sydow 1999).

Gebeliğin erken döneminde genital bölgedeki vazodilatasyon ve kanlanma artışı nedeniyle pelvik konjesyon görülür. Uterus ve servikte yumuşama vardır, vajende renk değişikliği, dış genital organlarda büyüme (perineal yapıların hipertrofisi ve artmış yağ oranı nedeniyle) ve artmış vajinal sekresyon, akıntı görülür (Sydow 1999, Lee 2002). Bu erken dönemde cinsel istek ve arzuda hafif bir artış görülür ancak devamlılık göstermez (Sydow 1999, Lee 2002).

Gebelik ilerledikçe bulantı-kusma, memelerde hassasiyet, halsizlik, fiziki kısıtlılık nedeniyle cinsel istek ve performansta azalma görülür. Burada bazı psikolojik faktörler de rol oynamaktadır. Chloasma, linea nigra, stria, vücut görünümündeki değişiklikler ve bu değişiklikleri kabullenme süreci önemli rol oynayabilmektedir. Eşin fiziki değişikliklere karşı tepkisi olumlu yönde olmalıdır. Birçok kadın bu dönemde cinsel ilişkiyi bir sevgi ve yakınlık göstergesi olarak algılayabilir. Bu dönemde genel olarak cinsellik yerine eşten

yoğun bir şefkat ve sevgi beklentisi vardır. Gebelikte orgazm değişkenlik göstermekte, cinsel tatminde ise genel olarak azalma görülmektedir (Sydow 1999, Oruç ve ark 1999, Lee 2002, Aslan ve ark 2005, Ertem ve Sevil 2009).

Gebelikte ve doğum sonrası koitus dışı cinsel aktiviteler tüm çiftlerde devam etmektedir. Gebelikte yedinci aya kadar çiftlerin çoğunda koitus varlığı gözlenmektedir (Lee 2002). Gebelerin üçte birinde doğuma son dört haftasına kadar koitusun devam ettiği bildirilmektedir (Sydow 1999). Ayrıca gebelikte özellikle ikinci ve üçüncü trimesterde vajinal veya genital uyarıların daha önemsiz olması ve daha az tercih edilmesi de bir faktör olabilir. Koitus genellikle yan yatar pozisyonda gerçekleşir. İkinci trimesterde kadın üstte pozisyonda olabilir.

Cinsel ilişki memnuniyeti üçüncü trimesterde belirgin azalmaktadır. Yapılan bir çalışmada cinsel memnuniyet gebelik öncesi %76-79 oranında bulunurken birinci trimesterde %59, ikinci trimesterde %75-84 ve üçüncü trimesterde ise %40-41 olarak bulunmuştur (Reamy ve ark 1982, Sydow 1999). Orgazm konusunda yapılan çalışmalar farklılık göstermekle birlikte genel olarak azalma olduğu görülmektedir. De Judicibus ve McCabe'nin (2002) çalışmasında gebelik öncesine kıyasla orgazm fonksiyonlarında istatistiksel olarak anlamlı bir azalma olduğu gözlemlenmiştir. Orgazm skorlarında birinci ve ikinci trimesterde ciddi farklılık görülmezken üçüncü trimesterde belirgin düşüş görülmektedir (De Judicibus ve McCabe 2002).

Gebelikte artan pelvik vaskülerite, cinsel tansiyonda artışa neden olur. Gebelikte cinsel yaşamda ortaya çıkan değişiklikler cinsel işlev siklusunun fazlarına göre aşağıda incelenmiştir (Oruç ve ark 1999, Sydow 1999).

1. Uyarılma Fazı: Uyarılma fazında, cinsel uyarı öncesinde gebe kadında artmış vazokonjesyon nedeniyle internal ve eksternal organlarda konjesyon cevabı myotonik yanıtta daha fazladır. Nulliparlarda labia majörler gebelik öncesindeki gibiyken, multiparlarda aşırı derecede büyük ve ödemli olabilirler. Labia minörler nulliparlarda ve multiparlarda büyük olabilirler. Bu cevap birinci ve ikinci trimesterler boyunca devam eder. Üçüncü trimesterde artmış vazokonjesyon nedeniyle labia minörler büyümüştür. Cinsel uyarı olmaksızın gebelikte artmış venöz konjesyon mukoid akıntıyı da arttırır. Bu

fazla salgılanma gebelik sona erene kadar devam eder. Genel olarak cinsel uyarı sonucu vajinanın nemlenmesi gebelikte daha çok miktarda olur (Gökyıldız ve Beji 2005).

2. Plato Fazı: Plato fazı sırasında, labia minörlerin rengi orgazmla gebelik öncesindeki gibi pembeden kırmızıya değişir. Nulliparlar ve multiparlarda bölgedeki artmış vazokonjesyon orgazmik platformda da artışa yol açar, gebelik ilerledikçe platformdaki artış da ilerler (Poroy 1995, Poroy 1996, Gökyıldız ve Beji 2005).

3. Orgazm Fazı: Orgazmik faz oldukça değişkendir. Gebelik boyunca vajinanın 1/3 distali ve uterus kontraksiyonları oluşur. Üçüncü trimesterde, özellikle gebeliğin son dört haftası uterusu düzenli ritmik kontraksiyonlar yerine tonik spazmlar olabilir. Goodlin ve arkadaşlarının (2001) yaptığı bir araştırmada gebe kadınların %16'sı cinsel birleşmede orgazma ulaşmasa da uterusun kasıldığını hissetmektedir. Bu araştırmada gebelerin %50'si hem orgazma ulaştıklarını hem de normalin dışında uterusun kasıldığını belirtmiştir. İncelenen vakaların %77'si ikinci ve üçüncü trimesterlerde kas gerginliği ve venöz artış nedeniyle bazı kadınlar daha çabuk orgazm yaşarlar. Bazen orgazmda ağrı duyulabilir ve birleşmeden sonra da ağrı sürebilir. Vazokonstrüksiyon sırasında dinmez ve rahatsızlık verebilir. Pelvik konjesyon bazı kadınlarda cinsel deneyim ve orgazmı artırabilir; hatta orgazmı ilk kez gebelikte yaşayanlar vardır (Gökyıldız ve Beji 2005).

4. Çözülme Fazı: Pelvik konjesyon orgazm sırasında tamamen dinmez. Gebelik ilerledikçe genişlemiş damarlardaki kanın geri çekilmesi daha da artar. Bu uzun süren kanlanma sonucu görülen şişlik kadının çevreden bir uyarım almamasına rağmen, uzun süre uyarı duymasına neden olmaktadır. Araştırma gurubundaki gebe kadınların bazıları, belki de sürekli uyarım neticesi orgazma ulaştıkları halde, orgazmdan sonraki bu gevşeme devrindeki uyarımın uzun sürmesi nedeniyle bazen bir çeşit doyumsuzluk duygusuna kapılmaktadır (Gökyıldız ve Beji 2005).

1.3.7. Gebelikte Cinselliği Etkileyen Psikolojik Faktörler

Kadınlarda cinsel sorunların ortaya çıkmasında çok sayıda psikososyal ve kültürel etkenin birlikte rol oynadığı belirtilmektedir. Bu etkenler değerlendirildiğinde, cinselliğin psikososyal, kültürel, davranışsal ve organik nedenlerden kaynaklanan çok boyutlu, multidisipliner bir süreç olduğu ve cinsel fonksiyon bozukluğunun da bu çok yönlü ilişkiler ağı içerisinde olduğu görülmektedir (İncesu 1999, İncesu 2004, Demirezen 2006). Konuya ilişkin yapılan çalışmalarda diyabet (Fatemi ve Taghavi 2009) hipertansiyon (Doumas ve ark 2006) gibi kronik hastalıklar, nörolojik ve hormonal nedenler, depresyon, kadının yaşı, eğitim düzeyi, gelir durumu, beden kitle indeksi, emosyonel durum, sosyal statü, sosyoekonomik ve çevresel faktörler, eşlerin evlenme şekli ve eşler arasındaki ilişkinin niteliği, aile planlaması yöntemleri, cinsel konulardaki bilgi ve tutumlar (Fourcroy 2006), ilaç kullanımı, fiziksel ve mental sağlık durumu (Addis ve ark 2006) gibi pek çok faktörün kadınların cinsel yaşamını etkileyebileceği belirtilmektedir (Basson ve ark 2001, King ve ark 2007).

Cinsellik, zaman zaman sosyal ve psikolojik iş levin en geride kalan ve ihmal edilen alanı halinde, zaman zaman da baş köş esine oturtularak yaş amı etkisi altına alabilen, bozulduğunda ise patolojik yapının en büyük suçlusu olarak kabul edilebilen, zaman zaman konuşulmasının bile toplum dinamiklerini olumsuz etkileyebileceği korkusuyla yasaklanan, zaman zaman mitlerin ve inanç sistemlerinin içine süzülerek yüceltilmiş ve gizemli bir kimliğe bürünen, cinsel organların sınırları içerisine hapsedilemeyecek kadar çok yönlü bir fenomendir (Gülsün ve ark 2009).

Gebelik, kadın ve erkeği birbirlerine daha fazla yaklaştıran bir dönemdir. Gebelik, kadın ve erkeğin gereksinimlerini karşılamak için ideal bir zaman olabilir. Bununla birlikte gebeliğin verdiği sevinç, cinsel ilişkiyi etkileyen, gebelikteki fizyolojik ve psikolojik değişimler nedeniyle azalabilmektedir (Brott ve Ash 1995, Gökyıldız ve Beji 2005).

Gebelik birçok anlam içerir. Gebe kadının bu dönemdeki reaksiyonları mutluluk, iğrenme, öfke, kaygı, korku ve depresyon olarak sıralanabilir. Çocuk sahibi olma içgüdüğü farklı bir psikodinamiktir; kadın sevdiği bir partnerden bir şey yaratmak, yeni bir yaşam

kurmak, kendine ait bir arkadaş ister. Her gebe kadının yanıtı farklı olmakla beraber, faktörlere bağlı olarak kadının cinsel yanıtı gebelik sürecinden etkilenecektir. Bu yüzden kadınlardan bazıları gebeliğin planlama zamanından eminken bazıları kararsız ve soru işaretleri taşırlar (Read 1999, Sharpe 2003).

Gebelik ebeveynlerin büyük uyumunu sağlayan normal bir yaşam olayıdır. Ancak bütün kadınların anne olacakları için kendilerini mutlu hissetmeleri doğal olmayabilir ve normal yaşamlarını zorlayabilir. Bununla birlikte, ebeveynliğe geçiş büyük bir kriz gibi veya yetişkin yaşamında farklı streslerle dolu bir dönem gibi görülebilir. Stres, gebe kadının eşini ve ilişkilerini de etkilemektedir (Gillian 1997).

Cinsel yanıtlar gebeliğin dönemine göre çok çeşitlilik gösterir. Erken gebelikte bebeğin varlığı görülemez ve kadın içe dönük bir ruhsal yapı içinde olabilir. İkinci trimester ise ebeveynler için genellikle mutlu bir zamandır. Gebe kadın çocuğun durumu üzerine odaklanmıştır ve bebeği kabul etme düşünceleri içerisinde. Üçüncü trimester başladığında artmış bir şekilde çocuğun koruyuculuğunu üstlenir, kaybetme korkusu hissederek hassaslaşabilir (Sharpe 2003, Gökyıldız ve Beji 2005).

Gebelik psikolojik korkular birbiriyle ilişkilidir. Bazı kadınlar gebeliğin ilk döneminde gebe kalma korkusu taşımadıkları için cinsel aktivitede daha rahat davranırlar ve buna bağlı olarak bu süreç bir memnuluk dönemidir. İkinci trimesterde kadın heyecanını kaybeder ve kısmen bebeğe zarar verme korkusu, kısmen cinsel ilişkiyi günah ve annelikle bağdaşmaz, ahlaksızlık gibi görmesi nedeniyle kafası karışmaktadır. Çelişkili olarak, bazı kadınların bu kaygılar tarafından indüklenen artmış cinsel gereksinimleri vardır. Hiç çocuk doğurmamış genç kadınlar anneliğin bir yaşlılık belirtisi olduğunu ve gebeliğin gençliklerini götürebileceğine inanabilirler, çocukları kendilerine ayak bağı ve zaman tüketici gibi düşünebilirler, gebeliğe özgürlüklerini kısıtlıyor gözüyle bakabilirler (Gillian 1997).

Beden imajındaki değişiklikler kadının gebeliğe ve cinselliğe karşı tutumunu etkileyen diğer bir faktördür. Kadın kendi vücudu genişledikçe, bir taraftan gururu okşanır bir taraftan da güzelliğini kaybetme korkusunu yaşar. Kitzinger, bazı kadınların gebelikte vücut görünümelerini abarttıklarını, kendilerini daha iri hissettiklerini veya partnerlerinin onları çirkin bulduğuna inandıklarını belirtmektedir. Buna karşın bazı erkeklerin eşlerini

çekici ve güzel bulduklarını ifade etmektedir. Bir kadının gebelikte vücudunu algılayışı cinselliğini etkileyebilir. Bazı kadınlar vücut imajları konusunda çok olumlu hisler taşıırken bazıları ise, özellikle gebeliğin son trimesterinde, çoğunlukla olumsuz hisler taşımaktadır. Kadın gebelik boyunca uyku ve yeme düzenindeki değişikliklerle, bulantı-kusmayla, cildindeki renk değişiklikleriyle, büyüyen memeler ve kilo artışıyla baş etmeye çalışır; kendini şişman hissedebilir ve fiziksel olarak tekrar eski haline dönüp dönmeyeceği konusunda endişe taşıyabilir. Çoğul gebeliği olan kadınların vücut imajı konusundaki kaygı ve anksiyeteleri daha fazladır (Kitzinger 1977, Gillian 1997).

Gebe kadının doğum eylemi ve bebeğin sağlıklı olup olmayacağı konusunda endişesi vardır. Bu endişelere cinsel çekiciliğini, eşinin sevgisini ve ilgisini kaybetme korkusu da eklenir. Aynı zamanda kadının içe dönüklüğü ve kendi içine yönelimi, çiftler arasında soğukluk yaratır. Kariyer sahibi kadınlarda annelik durumu ikilem yaratabilir; çocuğun doğumu ile kariyerin nasıl etkileneceği konusunda kaygılanabilir. Bazı kadınlar azalmış cinsel istek ve eşlerini cinsel aktiviteden yoksun bırakmaları nedeniyle suçluluk hissedebilir. Bu durum gebeliğin reddedilmesine veya kıskanılmasına neden olacağını düşünerek endişelenirler (Marcus ve ark 2003, Alam 2006).

Janes ve Jones 1991’de ve Pines 1993’teki çalışmalarında çocuklar kadınlara çok fazla mutluluk ve sevinç getirebilir ancak, gebelik ve doğum eyleminin çok yorucu ve stresli olabileceğini bildirmiştir. Gebeler psikosomatik yakınmalar, duygu dalgalanmaları, anksiyete ve ilişkilerinde zorluk deneyimleyebilirler. Bu endişe ve kaygılar kendini baş ağrısı, bel ağrısı şeklindeki psikosomatik yakınmalarla dışa vurabileceği gibi, bu yakınmalar erkeğin eşiyle birlikte hamilelik belirtilerini yaşaması olan Couvade sendromu’na kadar gelişebilir. Couvade sendromu dışarıdan birinin fark edemeyeceği kadar hafif seyredebileceği gibi gerçek bir ruhsal bozukluk görüntüsü de olabilir. İleri durumlarda nedeni açıklanamayan baş ağrıları, kolay sinirlenmek, gerginlik, yerinde duramamak, kilo almak, gaz sancıları, bel ağrıları gibi semptomlarla birlikte tam bir depresyon tablosu ortaya çıkabilir (Marcus ve ark 2003, Gökyıldız ve Beji 2005, Pilliteri 2009).

Çiftler gebelik ilerledikçe ve uterus büyüdükçe, fetüsün daha fazla farkına varırlar, bazen cinsel ilişki sırasında fetüsün hareketlerini hissedirler ve bebeğe zarar vermekten

korkarlar. Altmış orta sınıf şehirli ailenin gebelikte reaksiyonlarının incelendiği bir çalışmada özellikle fetüsün hareketleri sırasında erkeklerin %50'si bebeğe zarar verme korkusu nedeniyle koitustan kaçınmıştır (Marcus ve ark 2003).

Gebelik süresince erkeğin ruhsal durumu da cinsellik üzerinde bir etki oluşturur. Erkek için gebeliğin kabulü yalnızca gebeliğin kesinliğini ve kabul etme anlamı değil; aynı zamanda kadının değişen durumunu da kabul etmeyi içerir. Kadınlar gibi erkeklerin de bu süreçte çeşitli hisleri vardır; sıklıkla gururlu ve mutludurlar. Babanın, fiziksel olarak görülmeyen ancak cinsel partnerinin zamanını ve düşüncesinin büyük kısmını alan fetüsü kıskanması ender değildir. Baba cinsellik, gebelik ve kadın sağlığı konusunda yanlış bilgilere sahipse gebeliği kabul etmesi zorlaşabilir. Bir erkek emzirmenin eşinin memelerini bozacağını düşünerek emzirmeye karşı çıkabilir, doğumun eşinin vajinasını genişleteceğine ve cinsel yaşamlarının bozulacağına inanabilir ve sezaryen taraftarı olabilir (Gökyıldız ve Beji 2005, Efe 2006).

Bazı erkekler sadece eşiyile değil bebeğinin annesi olacak kadınla seks yapmak konusunda hisleriyle pazarlık yapar ve bu konuda karışık duygular içine girer. Bazı erkekler eşleri ile cinsel ilişki istese bile gebe bir kadına dokunmanın kutsal bir şeyi kirletmek gibi olduğunu düşünebilir. Yine bazıları, gebe kadınla seks yapmanın ahlaksızca olduğuna inandıklarından cinsel ilişkiden kaçınabilirler. Bu düşünceye özellikle cinsel ilişkinin sadece döllenmenin sağlanması amacıyla gerektiğine inanılan dinlerde rastlanmaktadır. Bazıları ise gebelik süresince eşlerine daha fazla yakınlık ve dostluk duyarak mutluluklarının arttığını düşünürler (Naim ve Bhutto 2000). Masters ve Johnson (1994), yetmiş dokuz erkek ile görüşme yapmıştır. Bunların yetmiş birinin eşine doktor tarafından gebeliğin iki-altıncı ayları arasında cinsel ilişki yasağı konmuş, yalnızca yirmi biri bunu anlamış, kabul etmiş ve uygulamış, onsekizi ise evlilik dışı cinsel ilişki yaşadığını belirtmiştir.

Gebelik sürecinde bazı erkekler için pasif kadınsılık aktivite oluşabilir. Latent homoseksüellik yüzeye çıkabilir ve eşinin değişen vücuduna ilgisini paylaşmaktan erkek kendini alamayabilir. Gebe kadının değişen genital bölgesi, giderek büyüyen memeleri erkeği korkutabilir ve cinsel yeterlilik konusunda anksiyetesini yükseltebilir (Sharpe 2003).

Bir grup erkek eşlerinin gebelik dönemindeki endişelerinden dolayı cinsel zorluklar belirtmişlerdir. Bir erkek cinsel isteğini kaybedebilir, zamanın büyük bölümünde iktidarsızlık yaşayabilir, orgazm öncesi ereksiyonu kaybedebilir veya ereksiyonu sağlamakta zorlanabilir, orgazm olduğunda anne ve bebek için sonuçlar onu çok korkutabilir. Erkek, eşi kendisine alımlı görüldüğünde, onu cinsel aktiviteye cesaretlendirdiğinde, gebeliğe zarar vermekten korktuğundan dolayı kızabilir, cinselliği ve bu konudaki hislerini şiddetle reddedebilir. Bazı erkekler eşleri gebeyken masturbasyon yapabilir ve bazı çiftler medikal olarak cinsel birleşmeye kısıtlama getirilen bu sürede kadının masturbasyona katılmasıyla kendilerini rahat hisseder. Bununla birlikte bazı erkekler masturbasyon konusunda kendilerini suçlu hisseder; bir yetişkin olarak masturbasyon yaptıklarında davranışlarını çocukça-adölesanca hissederler ve yasak şeyler yaptıklarını düşünürler (Sharpe 2003).

Gebelikte psikolojik durum, depresif yapı, labil kişilik varlığı ve emzirme süresi uzadıkça cinsel ilişkiye girme süresi de uzamaktadır. Bununla birlikte doğumdan üç-dört ay sonra %80 olguda cinsel birleşmede sorun görülmemektedir (Gülsün ve ark 2009).

1.3.8. Gebelikte Cinselliği Etkileyen Sosyokültürel Faktörler

Cinsel sorunlara yönelik yapılan bazı çalışmalarda sosyodemografik ve sosyokültürel özelliklerin kadınların cinsel yaşamına etkileri incelenmiştir. Çalışmalarda yaş, eğitim düzeyi (Jokinen ve ark 2003, Abdo ve ark 2004, Demirezen 2006), gelir düzeyi, çalışma durumu (Çayan ve ark 2004, Demirezen 2006, Elnashar ve ark 2007), etkin aile planlaması yöntemi kullanımı (Çayan ve ark 2004, Sidi ve ark 2007), eş ve evliliğe ilişkin özellikler (Fahami ve ark 2007, Aslan ve ark 2008, Aygin ve Aslan 2008), beden kitle indeksi (Kolotkin ve ark 2006, Assimakopoulos ve ark 2006) gibi sosyodemografik özellikler ile toplumun kültürel yapısı, yaşam koşulları, kişisel, ailevi ve dini değerler arasındaki çatışmalar, cinsel konulara ilişkin eğitim yetersizliği ya da yanlış bilgilendirme, geleneksel ve tutucu yetiştirilme biçimi ve sosyal tabular gibi pek çok sosyokültürel etmenin kadınların cinsel yaşamını etkilediği saptanmıştır.

1.3.8.1. Cinsel rol

Toplumumuzda kız çocukları yetiştirilirken cinsellikle ilgilenmemeleri öğretilir. Cinsel ilgi ve aktiviteler kınanır ve kısıtlanır. Mesela masturbasyon yapmaları istenmez ve hoş karşılanmaz. Kadınlardan beklenen sadece eşine yanıt verebilir olmalarıdır. Birçok araştırmada kadınların önemli bir bölümünün ön sevişme sırasında eşlerine çok az katıldıkları ya da hiç katılmadıkları, birleşme sırasında ise çoğunlukla hareketsiz kaldıkları gösterilmiştir. Kadınlar erkeklere neyi cinsel olarak uyarıcı bulduklarını söylemekten kaçınırlar, yeteri kadar uyarılmadıklarında cinsel birleşmeyi reddetmezler, hazlarını artıracak daha aktif tutumlar almaktan kaçınırlar. Duygusal yakınlık daha önemli olduğu için yakınlık, yumuşaklık hissetmediklerinde ya da kırgınlıkları olduğunda, incindiklerinde cinsel işlevleri daha çabuk olumsuz olarak etkilenir (İncesu 2004).

Geleneksel kadın cinsel rolünü benimsemiş olanlar için Moulton (1976)'ın tarafından tanımlanan “iyi kız” sendromu, edilgenlik, boyun eğme, yumuşak başlılık, incelikli olmakla birliktedir. O' Connor (1979) 600 kadın üzerinde yaptığı bir araştırmada orgazm olamayan kadınların %88'inin çocukluklarında veya genç kızlıklarında kendilerini “iyi-kız” olarak tanımladıklarını orgazm olan kadınlarda ise bu oranın sadece %30 olduğunu göstermiştir. Geleneksel kadın rolünün anorgazmi ile ilgili mesajları şunlardır:

- a - Cinsellikle ilgili her türlü duygu ve davranışlarını kontrol etmelidirler.
- b- Cinselliklerini sadece eşlerine yanıt vermekle sınırlamalıdır.
- c- Orgazm olup olmamaları, hatta cinsellikten haz almaları önemli ve beklenen bir şey değildir.

Erkek çocuklarının yetiştirilirken erkek olmakla ilgili toplumsal olarak öğrendikleri şeylerin önemli bir kısmını her zaman seks isteyebilen ve sekse hazır olan bir seks makinesi olmak oluşturur. Erkekler kadınları ele geçirmek ve arzularını doyumak üzere eğitilirler ve cinsellikle sevgiyi genellikle birbirinden ayırmak zorunda kalırlar. Erkekler yatılacak kadınlarla saygı duyulup evlenilecek kadınları birbirinden ayırma eğilimindedirler. Bir kadını sevdiklerinde ve içselleştirdiklerinde ise onunla tutkulu bir cinsellik yaşama konusunda zorluk yaşarlar. Geleneksel erkek cinsel rolü, erkekleri eşleriyle genel ilişkilerinde olduğu gibi cinsel yaşamda da aktif ve belirleyici olmaya iter. Ayrıca erkeğin her zaman seks yapabileceğini ve kadını reddetmemesi gerektiğini

düşündürür. Gerçekler böyle olmadığı için birçok erkek geleneksel erkek rolünü oynamak için kendisini zorlar ve ortaya çıkan sorunları “başarısızlık” olarak algılar. Hızla gelişen “başarısızlık korkusu” ise performans anksiyetesine neden olduğu için cinsel sorunlara neden olabilir (Gökyıldız ve Beji 2005).

Birçok kadın cinsel kimlik ve rolüyle gurur duyar ve kabul eder fakat cinsel rollerinden hoşnut olmayanlar kadınlığı reddeder. Özellikle gebelik planlı değilse partnerini suçlar ve cinsel aktivitede bulunmazlar. Psikodinamik olarak kadın, gebe olmak erkeklerin yapamayacağı bir şey gibi düşünür, bilinçsizce penis yoksunluğunu hisseder ve erkeklik karakteristiklerini kıskanır, fetüsü bir erkek organı gibi hayal ederek kadın olmayı tamamlamaya çalışır. Romantik babalar, ebeveynlik sorumluluğunu korku ve merakla karışık bir saygıyla karşılarken, kariyer yapan erkekler ise bir yük gibi görür ve ‘keşke sonra olsaydı’ diye düşünür. Evcimen erkekler gebeliği bir armağan gibi görür ve eşiyle yakın ilişkisinin artacağı hissine kapılır. Babalığı benimseyenler ise bu süreçte mutlu ve uyumlu davranırlar (Hogan 1980, Gökyıldız ve Beji 2005).

1.3.8.2. Cinsel davranışların kültürel yönü

Bütün kadınlar için fizyolojik mekanizma aynı olmasına rağmen kültürel normlar çok çeşitlidir. Gebelikte cinsellik konusundaki tutumlar toplumdan topluma ve tarih boyunca inanılmaz çeşitlilik göstermektedir. Bazı toplumlarda gebe kadının cinsel ilişkide bulunması yasaklanırken, bazı toplumlarda bebeğin daha iyi gelişebilmesi için eşlerin özellikle gebeliğin başlangıcında sık sık cinsel ilişkide bulunması desteklenir. Bazı toplumlarda sık sık cinsel birleşmenin ikiz gebeliğe neden olduğu kanısı varken, bazılarında ise bir sakınca görülmemektedir. Eski bir Hindu inancına göre gebeliğin sağlıklı sürmesi için meni gereklidir ve bu yüzden gebelik boyunca düzenli cinsel ilişkide bulunulması gerekir. Yeni Gine yerlileri gebeliğin anlaşıldığı ilk andan çocuk yürümeye başlayıncaya kadar geçen süre içerisinde cinsel ilişkiyi yasaklar. Birçok kültürde gebelik cinsel yeterliliğin bir işareti olarak görülür (Gökyıldız ve Beji 2005, Efe 2006).

Yerel ve bireysel farklılıklar olmakla birlikte ülkemizde de gebelik sırasında cinsel ilişkide bulunmak en hafifinden bir tür ‘kontROLSÜZLÜK’ olarak değerlendirilmekte, fetüse

zarar vereceğinden korkulmakta ve doğumdan sonraki ilk 40 günde cinsel ilişkide bulunmanın zararlı olacağına yaygın olarak inanılmaktadır. Benzer yargılar tıbbi dayanağı olmasa da hekimlerin bir kısmı tarafından da paylaşılmakta ve hastalarına aktarılmaktadır. Gebelikte cinsel davranışlar konusunda yapılan çalışma sayısı kısıtlı sayıda olmasına ve çalışmanın yapıldığı toplumsal grubun kültüründen çok etkilenmesine rağmen, çiftlerin gebelik sırasında da cinsel ilişkide bulunmaya devam ettikleri bildirilmektedir. Modern doğum bilimi birkaç tıbbi durum dışında gebelikte cinselliği kısıtlamamaktadır (Oruç ve ark 1999, Eryılmaz ve ark 2004, Van Brummen ve ark 2006).

Çeşitli toplum ve kültürlerde yapılan çalışmalar, cinsel işlev bozukluklarının rastlanma sıklığı konusunda birbirine benzer sonuçlar vermektedir. Ancak, kültürel ve toplumsal etkenlerle ortaya çıkan bazı farklılıklar da vardır. Örneğin, bizim gibi muhafazakar toplumlarda cinselliğin yasaklanması, formel bir cinsel eğitimin olmaması, cinselliğin bir tabu olarak algılanması ve bekaretin önemsenmesi gibi etkenler kadınlarda vajinismusun ve cinsel isteksizliğin, erkeklerde ise çeşitli ejakülasyon bozukluklarının, cinsel liberalizmin egemen olduğu toplumlara göre daha yüksek oranlarda rastlanmasına yol açmaktadır. Yine cinsel deneyimin yetersiz olduğu toplumsal kesim ya da gençlerde, erkeklerde erken boşalma, kadınlarda ise çeşitli orgazm güçlüklerinin diğer kesimlere oranla daha sık rastlandığı gözlenmektedir (İncesu 2004) .

1.3.8.3. Ekonomik faktörler

Gebelik ne kadar istenirse istensin birçok çift gebeliğin getireceği ekonomik sorunlar açısından endişe içerisinde olup bu durumla baş etme yetersizliği hissi deneyimlemektedir. Gebelik planlanmamış ve ekonomik kaynaklar azsa, eşler birbirini suçlama eğiliminde olabilir ve cinsel yaşamlarında problemler ortaya çıkabilir (Gökyıldız ve Beji 2005).

1.3.8.4. Evlilik durumu

Adölesan ebeveynlerde gebelik ve doğum daha fazla destek gerektirir. Gebe bir adölesan gebeliği sonlandırmak isteyebilir. Buna rağmen gebelik sonlandırmak birçok aile

için kabul edilebilir bir durum değildir. Bununla beraber birçok adölesan ikinci trimesterin sonuna kadar gebeliği kabullenmeyebilir (Orji ve ark 2002).

Evlenmemiş adölesanların gebeliği, yalnız kız için değil, ailesi için de bir kriz durumudur. Gebenin annesi, genellikle gebeliği bir ebeveyn olarak kendi yetersizliğinin bir işareti, geçmiş yaşam ve deneyimlerine bir tepki olarak görebilir. Anne utanır ve kendini suçlar. Gebelik, annenin kendi cinsel davranışlarını bir adölesan gibi düşünmesine ve cinsel aktif ve inaktif olma ile ilişkili kendi çözümlenmemiş çatışmalarını su yüzüne çıkarmasını sağlayabilir (Orji ve ark 2002).

1.3.9. Gebelikte Cinsel Sağlık Problemleri

Gebelikte görülen bazı sağlık problemleri stres yaratıp cinsel sağlığı etkileyebilmektedir. En sık karşılaşılan sağlık sorunları kandidiyazis, üriner sistem enfeksiyonları, hemoroidler, dispareni ve erkekte erektil disfonksiyondur (Ertem ve Sevil 2009).

1.3.9.1. Kandidiyazis

Kandida Albicans en sık vulvar irritasyon ve vajinal rahatsızlık yapan mantar enfeksiyonudur. Kandida enfeksiyonu sıklıkla gece kötüleşen yaygın bir kaşıntı ile karakterizedir. Enfeksiyon kadının uykusuz kalmasına ve çok yorgun düşmesine neden olabilir, vajina ve vulva kızarmış ve kabarmıştır. Bu durum cinsel aktiviteyi etkiler (Le ve ark 2004).

1.3.9.2. Üriner sistem enfeksiyonları

Gebelikte üriner sistemde fonksiyonel ve fizyolojik değişiklikler olur. Pelvik organlar yer değiştirir. Hormonal faktörler değişikliklere neden olur, uterus ve fetüs

üretelere baskı yapar. Bu değişiklikler gebe kadınlarda üriner sistem enfeksiyonlarına yol açar. Gebe kadınlarda sık idrara çıkmak ve stres inkontinans yaygın şikayetlerdendir. Noktüri uykuyu bozar, yorgunluk ve rahatsızlık verir. Üriner inkontinans sosyal ve psikolojik etkiler yaratarak cinsel işlevi etkileyebilir. Gerçek stres inkontinansında cinsel ilişki sırasında yaygın olarak penetrasyon anında idrar sızması vardır (Le ve ark 2004).

1.3.9.3. Hemoroidler

Hemoroidler anal bölgedeki variköz venlerdir ve gebelikte yaygındır. Gebelikte venöz dilatasyon ve progesteronun periferik rezistansı azaltması nedeniyle hemoroidler gelişebilir. Diğer faktörler, önceki hemoroidler, konstipasyon ve kilodur. Hemoroidler doğumun ikinci aşamasında kötüleşebilir ve lohusalıkta sıkıntı yaratabilir. Rektal kanama, anüs etrafındaki rahatsızlık, kaşıntı ve mukozal değişiklikler cinsel yaşamı etkiler (Le ve ark 2004).

1.3.9.4. Disparoni

The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)'ne göre bu bozukluk cinsel eylem öncesinde, sırasında veya ardından yineleyici veya devamlı genital ağrının olması ile belirlidir. Hem erkekte hem de kadında olabilir. Ancak erkekte nadirdir. Özellikle penetrasyon ve ejakülasyon sırasında olabilmekle birlikte devamlı değildir. Klinik olarak kadın disparonisi daha önemlidir. Cinsel yönden aktif dönemde görülme sıklığı %46 olarak verilmektedir. Kadın disparoni olgularının %15 kadarında organik pelvik bir bozukluk bulunmaktadır. (Stuart ve Sundeen 2005, Yüksel 2006).

Gebelikte disparoni artışı tartışmalıdır. Gebeliklerin %22-50'sinde görülebilmektedir (Naim ve Bhutto 2000). Gebelik öncesi var olan disparoninin de etkisi vardır. Aslan ve arkadaşlarının yaptığı ulusal bir çalışmada özellikle üçüncü trimesterde disparoninin arttığı bildirilmiştir (Aslan ve ark 2005).

1.3.9.5. Gebelikte erkekte erektil disfonksiyon

Hemen hemen bütün erkekler eşlerinin gebelik döneminde bir kez ereksiyon problemi yaşar. Bu bir erektil disfonksiyon işareti değildir. Bu durum genellikle yoğun üzüntü, yorgunluk ve çok alkol almak ile ilişkili olabilir. Bazen erkekler eşleri gebeyken ereksiyon olamaz ve ereksiyonu sürdüremez. Gebelik esnasında büyük bir emosyonel değişiklik yaşarsa sekse ilgi azalır. Eşi çekici gelmiyorsa cinsel işlev bloke olabilir. Ayrıca anneye ve bebeğe zarar verme korkusu cinsel işlevi etkileyebilir. Performans beklentisi erkekler üzerinde büyük bir baskı yaratır ve sıklıkla yetersizlik korkusu oluşur. Bu, cinsel işlevi etkiler, ereksiyonu ve ereksiyonu sürdürmeyi zorlaştırır (Gökyıldız ve Beji 2005, Efe 2006).

1.3.10. Gebelikte Koitus ve Yasaklandığı Durumlar

Cinsellik, cinsel birleşme ile sınırlı değildir; geniş bir aktiviteler dizisidir. Başka zamanlarda olduğu gibi gebelikte de sadece vajina-penis ilişkisi biçiminde ele alınmamalı, yakınlık, kucaklama, okşama, öpme vb. ile sürdürülebilen çok geniş bir alan olduğu unutulmamalıdır. Gebelikte cinsel aktivite, gebelikte deneyimlenen cinsel davranışlar ve fetal sağlık üzerine negatif veya pozitif etkileri konusunda bilgi yetersizliği nedeniyle engellenir. Birçok araştırmada cinsel birleşme, uterin kontraktilite ve preterm doğum arasında çelişkili sonuçlar bildirilmektedir. Gebe kadınlar sıklıkla cinsel birleşmenin abortus veya preterm doğumu provoke edeceği veya fetüse zarar vereceğinden korkarlar ve cinsel aktiviteden kaçınma gereği hissederler (Efe 2006).

Normal bir gebelikte orgazm ile birlikte görülen uterus kontraksiyonlarının hiçbir zararı ve tehlikesi yoktur. Bu kasılmalar erken doğum eyleminin başlamasına neden olmamaktadır. Onbin dört yüz yetmiş yedi kadının cinsel aktivitesinin incelendiği araştırmada, gebeliğe cinsel birleşmenin zararlı olmadığı gösterilmiştir (Nagrath ve Singh 2012). Gebelik boyunca cinsel aktiviteye devam eden kadınlarda fetal distressin arttığına dair bir işaret bildirilmemiştir (Gillian 1997, Efe 2006).

Cinsel ilişkinin gebelikte enfeksiyona neden olup fetüse zarar vereceği inancı yanlıştır. Çünkü servikal kanal kalın bir mukus plakla kapalıdır, bakterilerin uterusu girişine izin vermez. Fetüs amnios kesesi içinde bakterilerden izole biçimde yaşamaktadır. Amnios kesesi, amnion sıvısı ile birlikte travmalara ve basınçlara karşı son derece dayanıklıdır, cinsel ilişki sırasında eşin ağırlığından zarar görmez. Kurki ve Ylikorkala'nın 1993'te yaptıkları araştırmada sağlıklı kadınlarda, gebelikte koitus ve bakteriyel vajinozis arasında ilişki bulunamamış ve preterm doğum için predispozan olmadığını belirtmişlerdir. Gebelikte sık cinsel ilişkinin preterm doğum riskini arttırmadığı ancak spesifik mikroorganizma kolonileri olan ve sık koitus yapan kadınlarda riskin arttığı rapor edilmiştir (Efe 2006).

Klasik olarak, eski literatürlerde ilk üç ayda düşükleri önlemek, son haftalarda da enfeksiyonu önlemek için cinsel birleşme yasaklanmaktaydı. Günümüz literatür bilgilerinde cinselliğe engel oluşturacak tıbbi problemler olmadıkça gebelik süresince hatta son güne kadar cinsel ilişki devam edebilir şeklindedir. Gebelikte cinsel birleşmenin kısıtlanmasının gerekli olduğu durumlar; önceki gebelikte tekrarlayan düşük, erken doğum, servikal yetmezlik, şimdiki gebeliğinde düşük tehdidi, erken doğum tehdidi, erken membran rüptürü, vajinal kanama, genital bölgede enfeksiyon, eşte cinsel yolla bulaşan enfeksiyon olmasıdır. Bebeklerinde ağır gelişme geriliği veya başka nedenlerle fetal distress gelişme riski yüksek olan anne adaylarının da doktorlarının belirlediği bir dönemden itibaren cinsel ilişkide bulunmamaları gerekmektedir (Gökyıldız ve Beji 2005).

1.3.10.1. Vajinal kanama

İlk trimesterdeki kanama spontan abortus başlangıcı olabilir. Çiftler aktif kanama olduğunda koitustan kaçabilir. Bu durum normale döndüğünde çiftler normal yaşamlarına dönebilir (Efe 2006).

Spontan abortus tekrarları varsa genetik anomaliler, enfeksiyon veya plasental defektler araştırılmalıdır. Cinsel ilişki bu durumların çoğunu etkileyemeyecektir, faktörler değerlendirilmeli ve çiftle tartışılmalıdır. Konjenital uterin anomaliler veya fibroid

distorsiyonlar kanama ve birinci trimester abortusuna neden olabilir. Bu cinsel ilişki ve orgazma karşı en iyi savunmadır (Gökyıldız ve Beji 2005).

İkinci ve üçüncü trimesterde kanama, uterin anomaliler, plasenta previa, ablatio plasenta veya bilinmeyen nedeni olabilir. Plasenta previa durumunda cinsel ilişkinin mekanik etkisi ya da uterusu kasıcı etkisi kanamaya neden olabilir. Bu nedenle plasenta previa saptandığı andan itibaren cinsel ilişki yasaklanabilir (Kocatepe 2013).

1.3.10.2. Erken doğum tehdidi

Gebeliğin başından sonuna kadar özellikle son iki ayda orgazmla ve orgazmsız uterin kontraksiyonlar olduğu bildirilmiştir. Goodlin (1971) tarafından yapılan bir çalışmada orgazm olan kadınların %55'i orgazm sonrası uterin kontraksiyonlar, pelvik ve sırt ağrısı veya round ligamente baskı şeklinde şikayet bildirilmiştir. Perkins (1987), multiparların koitus sırasındaki uterin irritabiliteyi nulliparlardan daha kolay hissettiklerini bildirmiştir. Birçok yazar koitus ve orgazm sırasında oluşan kontraksiyonların doğumu başlatacak kadar güçlü olmadığı görüşüne katılır (Efe 2006).

Prostoglandin ve enzimler açısından zengin olan seminal sıvı doğuma yol açacak yeterlilikte değildir. Buna karşın, bebek miad aşımıysa doğumu stimüle etmek düşüncesiyle cinsel ilişkiye cesaretlendirilir. Bununla birlikte maternal orgazm ve prematür doğum arasında bağlantı saptanmamıştır. Yoğun meme başı uyarısı da kontraksiyonları başlatabilen bir etken olduğundan cinsel ilişki esnasında meme başı uyarısında şiddetli kasılmalar hisseden ve/veya erken doğum yapma riski yüksek olan gebelerin bu eylemden kaçınmaları gerekir (Gökyıldız ve Beji 2005).

1.3.10.3. Erken membran rüptürü (EMR)

Genellikle enfeksiyon temelinde gelişen bir bulgudur. Dahası enfeksiyona bağlı gelişen erken membran rüptürü sonrası fetüs ve amnios sıvısı vajinadan gelen tüm bakteriler

ve diğer enfeksiyon etkenleri karşısında korumasız hale gelir. Bu yüzden EMR gelişen gebelerin hekimlerin önerdiği şekilde aktif cinsel ilişkiden kaçınmaları gerekir (Kocatepe 2013).

1.3.11. Cinsel Yaşam ve Hemşirelik Yaklaşımı

Cinsel yaşam fizyolojik, psikolojik, sosyal, kültürel, ekonomik ve dini inanışlar gibi birçok faktörden olumsuz yönde etkilenebilmektedir. Bu nedenle cinsel fonksiyonlara ilişkin yaşanan sorunların görülme sıklığı ülkeler ve hatta aynı ülkenin bölgeleri arasında dahi farklılıklar gösterebilmektedir. Cinsel fonksiyon bozukluğu görülme sıklığının ABD’de %43 olarak belirlenmiş olmasına karşın (Laumann ve ark 1999) İngiltere’de %33, İzlanda’da ise %22 olduğu belirtilmiştir (Demirezen 2006). Elnashar ve ark (2007)’nin yaptığı çalışma sonucunda Mısır’da kadınların %68,9’unda, Safarinejad (2006) tarafından İran’da yapılan çalışmaya katılan kadınların %31,5’inde cinsel sorunlar yaşandığı bildirilmiştir. Ülkemizde ise kitle iletişim araçlarındaki gelişmelere paralel olarak cinselliğe ilişkin alınan uyarıların ve bilgilerin etkisiyle değer yargılarında bazı değişiklikler olmasına karşın, kadın ve erkeğin algılarında çok büyük değişikliklerin olmadığı görülmektedir. Toplumsal, kültürel, sosyal etmenlerin ve dini inançların etkisi nedeniyle cinsellik, rahatça soru sorulamayan, konuşulamayan bir konu olmaya devam etmekte ve halen tabu olarak kabul edilmektedir (Tuğrul 1999, Kaya ve ark 2007). Bu nedendir ki cinsellik ile ilgili yapılan çalışmalar sınırlı sayıdadır (Demirezen 2006). Demirezen ve ark. (2006)’nin birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuran kadınlar ile yaptıkları çalışmada, kadınların %67,5’nin cinsel yaşamlarına ilişkin sorunlar yaşadıklarını belirlemişlerdir. Oksuz ve Malhan (2006) tarafından yapılan çalışmada kadınların % 48,3’ünde cinsel sorunlar bildirilmiştir. Çayan ve ark (2004) cinsel problemler görülme sıklığının yaşla birlikte artış gösterdiğini (18-27 yaş arası kadınlarda % 21,7; 28-37 yaş arası kadınlarda % 25,5; 38-47 yaş arası kadınlarda % 53,5; 48-57 yaş arası kadınlarda % 65,9 ve 58-67 yaş arası kadınlarda % 92,9) belirlemişlerdir.

Bireysel yaşamın sürdürülebilmesi için mutlaka doyurulması zorunlu olmayan, fakat türün sürekliliği için gerekli olan cinsellik, 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, Aygin ve Aslan 2008). Bu nedendir ki cinsel fonksiyonlara ilişkin yaşanan sorunlar kadınlar için son derece özel, rahatsız edici, fiziksel ve sosyal açıdan yıkıcı bir durum olup; emosyonel strese, eş ile uyumsuzluklara ve boşanmalara yol açabilmektedir. Yaşanan bu sorunlar da kadınların kendine olan güvenlerini ve yaşam kalitelerini düşürmekte, ruhsal durumlarını da önemli derecede etkilemektedir (Laumann ve ark 1999, Aygin ve Aslan 2008). Kadınlar üzerinde oldukça yıkıcı etkileri olan ancak toplumsal, kültürel, dini ve sosyal etmenlerin etkisi ile bastırılan, mahrem kabul edilip ifade edilemeyen cinsel sorunların, sağlık çalışanları tarafından da çok fazla irdelenmediği ve bakımda ele alınmadığı görülmektedir. Steinke ve Patterson- Midgley (1996) tarafından yapılan çalışmada hemşirelerin sadece %15'inin hastalarına cinsel konularda bilgi vermeyi teklif ettiği belirlenmiştir (Steinke ve Patterson-Midgley 1996). Başka bir çalışmada taburculuk öncesi olguların %97,1'ine cinsel ilişki ile ilgili bilgi verilmediğini, ancak olguların %57,8'inin kendilerine bu konuda bilgi verilmesini istediklerini belirlemişlerdir (Yıldız ve Pınar 2004). Cinselliğin sağlık bakımının önemli bir parçası olduğu tüm sağlık profesyonelleri tarafından benimsenmiş olmasına karşın (Haboubi ve Lincoln 2003) sağlık çalışanlarının zaman sınırlılığı, cinsel fonksiyonlara ilişkin bilgi-eğitim eksikliği (Stokes ve Mears 2000) kişisel anksiyete düzeylerinin artması sonucu cinsel sorunları görüşmede zorluk yaşamaları gibi nedenlerden dolayı bakımda ele alınmadığı görülmektedir. Oysaki kadın sağlığının gelişmesi ve yaşam kalitelerinin yükseltilmesinde kadınların cinsel yaşama ilişkin deneyimledikleri sorunların erken safhada saptanıp çözüme ulaştırılmasının etkili olabileceği düşünülmektedir.

Kadın cinselliği bio-psikososyal - kültürel faktörlerden etkilenebilmekte ve bu nedenle multidisipliner bir ekip yaklaşımı gerektirmektedir. Şüphesiz ki bu ekip içerisinde hemşireler kadın cinsel sağlığının korunması ve geliştirilmesinde önemli roller üstlenmektedirler (Ohl 2007). Ancak cinsellik bütüncül sağlık bakımı kavramının önemli bir unsuru olarak kabul edilmesine karşın, çok az hemşire bu alanda değerlendirme yapabilmekte ve uygun girişimlerde bulunabilmektedir. Buna neden olarak hemşirelerin cinselle ilgili danışmanlık için yeterli bilgiye sahip olmadığına inanmaları, utanmaları, önemsememeleri, iş yoğunluğu, cinselliğe ilişkin kişisel baskıcı tutumları ve cinselle ilgili konuları tartışırken anksiyete yaşamaları gibi faktörler (Steinke ve Patterson-Midgley 1996, Parish ve ark 2007) gösterilmektedir. Oysaki hemşireler, hastalarla en fazla vakit

geçiren ve onları en doğru biçimde gözlemleyebilen sağlık profesyonelleridir ki yaptıkları gözlem ve değerlendirmeler cinsel fonksiyonlara ilişkin sorunların saptanmasında oldukça önemli yer tutmaktadır.

Kadınların cinsel sorunlarına yönelik hemşirelik yaklaşımı; cinsel sağlığın değerlendirilmesi, sorunun belirlenmesi, uygun hemşirelik girişimleri ile sorunun çözümlenmesi ve cinsel sağlığın sürdürülmesi aşamalarını içermektedir. Tüm bu aşamalardaki hemşirelik girişimlerinin amacı;

- ✓ Kadının bireysel cinsel sağlığını güçlendirmek,
- ✓ Kadınların cinsel sorunlarını ifade edebilmeleri için cesaretlendirmek ve cinsel sorunların nedenlerini ve özelliklerini belirlemek,
- ✓ Belirlenen sorunların çözümü için uygun girişimlerde bulunmak ve kadınların yaşam kalitesini yükseltmektir.

Hemşirelik girişimleri;

I. Kadınların cinsel fonksiyon durumlarını değerlendirme ve cinsel yaşama ilişkin sorunları belirlemeye yönelik girişimler

II. Belirlenen sorunların çözümüne ve cinsel sağlığın sürdürülmesine yönelik girişimler olarak sıralanabilir.

I. Kadınlarda cinsel işlevlerin belirlenmesine yönelik hemşirelik girişimleri

- ✓ Kadının davranışsal ya da sözel ifadelerini temel alarak (Aşk hayatım devam edecek mi? gibi) cinselliği tartışmaya hazır olup olmadığı değerlendirilir.
- ✓ Kadın ile görüşme için yüz yüze oturlan, rahat, iyi aydınlatılmış, özel bir ortam hazırlanır.
- ✓ Kadının kendini ifade etme yöntemleri değerlendirilir.

Kadınlar, cinsel yaşamlarında oluşan değişiklikleri ve yaşadığı sorunları ifade etmesi için cesaretlendirilir. Bu amaçla;

- ❖ Görüşmeci rahat, doğal ve güvenilir bir ortam oluşturur.

- ❖ Cinsel işlevler hakkında rahatlıkla konuşabileceğini belirtir.
- ❖ Yalnızca alınan bilgilerin kayıt edileceği ve görüşmenin gizli tutulacağı garanti edilir.
- ❖ Sorun ne olursa olsun ciddiyetle ele alıp ilgilenileceği belirtilir.
- ✓ Hemşire gözlemi yapılır;
- ❖ Kadının fiziki özellikleri,
- ❖ Eşi ile sözlü/sözsüz iletişim kurma yöntemleri,
- ❖ Eşine karşı davranışları,
- ❖ Sosyal çevresi ile ilişkileri belirlenir.
- ✓ Kapsamlı öykü alınır;
- ❖ Sosyo-demografik ve sosyokültürel özellikleri,
- ❖ Cinsel gelişim öyküsü,
- ❖ Cinsel işlev aşamalarının (istek, uyarılma, lubrikasyon, orgazm, tatmin) sorgulanması,
- ❖ Mevcut fiziksel ve ruhsal hastalıkları,
- ❖ Kronik hastalıkları,
- ❖ Cinsel yaşama ilişkin yakınmalarının öyküsü değerlendirilir.
- ✓ Kadının cinsel gelişim öyküsü alınır. Bu kapsamda;
- ❖ Cinsel konulardaki bilgi düzeyi,
- ❖ Ergenliğe giriş yaşı,
- ❖ İlk adete gösterdiği tepki,
- ❖ Cinsellikle ilgili bilgilerin öğrenilme yaşı ve kimlerden alındığı,
- ❖ Masturbasyonu nasıl değerlendirdiği,
- ❖ Geleneksel kadın rolünü benimseme durumu,
- ❖ Toplumda yaygın olan cinsel mitler ve tabular hakkındaki görüşleri,
- ❖ Cinsel taciz, travma öyküsünün olup olmadığı, varsa ayrıntıları,
- ❖ Karşı cins ile ilk yakınlaşma yaşı,
- ❖ İlk cinsel birleşme yaşı ve partneri,
- ❖ Evlilik öncesi cinsel yaşam öyküsü değerlendirilir.
- ❖ Eşi ile evlilik/ilişki durumu değerlendirilir. Bu kapsamda;
- ❖ Evlenmeden önce eşi ile görüşme süresi,
- ❖ Eşi ile akrabalık/yakın aile ilişkisi olup olmadığı,
- ❖ Evlilik şekli,
- ❖ Evlilikte ilk gece uyulması gereken gelenek ve görenekler,

- ❖ Evliliğini/ilişkisini nasıl değerlendirdiği,
- ❖ Eşinin cinsel konulardaki bilgi düzeyi,
- ❖ Eşi ile duygusal yakınlığının ve cinsel yaşamının tatmin edicilik düzeyi
- ❖ Eşi ile cinsel uyumu,
- ❖ Eşinin varsa sağlık sorunlarının cinsel yaşamlarına etkisi değerlendirilir.
- ✓ Kadının fizik muayene bulguları değerlendirilir;
- ❖ Genital organların yapısı,
- ❖ Üreme organlarına yönelik yapılan ameliyatlara,
- ❖ Fizik muayeneye hastanın tepkileri değerlendirilir.
- ❖ Kadın cinsel işlev aşamaları değerlendirilir;
- ❖ Cinsel istek sıklığı ve bu sıklıktan memnuniyeti,
- ❖ Kadının cinsel isteklerini rahat ifade edip edemediği,
- ❖ Yeterli uyarılma yaşama durumu,
- ❖ Cinsel birleşmeye ilişkin özellikleri,
- ❖ Cinsel birleşme sırasında ve sonrasında ağrı yaşama durumu,
- ❖ Orgazm olabilme durumu ve sıklığı,
- ❖ Cinsel ilişkiden sonra utanma, korku, iğrenme, suçluluk duyguları yaşama durumu değerlendirilir.
- ✓ Cinsel fonksiyonlara ilişkin yaşanan sorunların özellikleri belirlenir. Cinsel disfonksiyonun;
- ❖ Başlangıcı,
- ❖ Süresi,
- ❖ Arttıran ya da azaltan faktörler,
- ❖ Cinsel disfonksiyona neden olduğu düşünülen olaylar ya da hastalıklar,
- ❖ Yaşanılan sorunu eş ile konuşabilme durumu belirlenir.
- ✓ Toplumun sosyokültürel özelliklerine uygun, kullanımı kolay, anlaşılır, cinsel işlev aşamalarını kapsayan bir ölçme aracı ile kadının cinsel fonksiyonları değerlendirilir.
- ✓ Cinsel disfonksiyonun kadının günlük yaşamına, eşi ve çocukları ile ilişkisine, sosyal aktivitelerine ve yaşam kalitesine olan etkisi değerlendirilir.
- ✓ Tüm bu aşamalar sonrasında elde edilen bilgiler doğrultusunda bütüncül yaklaşım çerçevesinde yapılacak olan değerlendirme, cinsel sorunların çözümü için temel oluşturur.

- ✓ Cinsel sorunların belirlenmesine yönelik yapılan değerlendirmenin her aşamasında, bireysel farklılıklar dikkate alınarak öncelikler belirlenir ve sorunun çözümüne yönelik girişimler planlanır.

II. Belirlenen sorunların çözümüne ve cinsel sağlığın sürdürülmesine yönelik girişimler

- ✓ Hasta birey ile görüşme için yüz yüze oturulan, rahat, iyi aydınlatılmış, özel bir ortam hazırlanır.
- ✓ Görüşmeye kadın ile birlikte eşin de katılımı sağlanır.
- ✓ Görüşmeci eşlerin rahatlamasını sağlayabilmek ve cesaretlendirmek için cinselliğin doğal bir ihtiyaç olduğunu ve bu konudaki sorunların konuşulabileceğini belirtir.
- ✓ Kadının ve eşinin üreme organlarının yapı ve fonksiyonları ile cinsel işlev aşamaları hakkındaki bilgi düzeylerine göre cinsel eğitim programları hazırlanır. (Eğitimler maketler ya da yardımcı araçlar kullanılarak partnerlerin eğitim seviyesine uygun anlaşılır bir dille yapılmalıdır).
- ✓ Kadının durumuna uygun (pelvik cerrahi sonrası, gebelik ve doğum sonrası, kalp krizi sonrası, kanser, MS) eğitici bir takım faaliyetlerde (broşür, seminer vs) ve spesifik önerilerde bulunulabilir.
- ✓ Kadının cinsel yaşamındaki sorunlarıyla baş etmede destek kaynaklarını belirlemesine yardım edilir (McCloskey ve Bulechek 2000, Hordern 2000).
- ✓ Cinsel yaşamdaki değişimlerin ya da sorunların eşler üzerindeki etkisi ve cinselliğin kadın için önemi tartışılır.
- ✓ Cinsel sorunların nedenleri tartışılır ve belirlenen nedenler doğrultusunda girişimler planlanır.
- ✓ Fiziksel ve psikolojik rahatsızlıkların, diyabet, hipertansiyon gibi kronik hastalıkların ve kullanılan ilaçların cinsel fonksiyonlara etkisini anlatmaya yönelik eğitim programları planlanır.
- ✓ Eşlere duyulara odaklanma egzersizleri önerilerek kendi his ve duygularından emin olmaları sağlanabilir. Duyulara odaklanma egzersizinin ilk aşamasında yüz yüze oturma, sarılma ve beden incelemesine izin verilir. Cinsel ilişkiye, cinsel organlara ve memelere dokunmaya izin verilmez. İkinci aşamada cinsel organlar ve memelere dokunma ile birlikte beden incelemesi yapılır. Cinsel ilişkiye izin verilmez. Üçüncü aşamada ise cinsel ilişki ile birlikte beden incelemesine izin verilir. Böylelikle duyulara odaklanma egzersizleri ile birlikteliğin kaybedilen

özel anlarının yeniden kazanılması sağlanabilir (Albaugh ve Kellogg-Spadt 2002).

- ✓ Eşlerin inandığı cinsel mitler ve önyargıların geçerlik ve etkileri, bilimsel veriler ve bireyin sosyo-kültürel düzeyine uygun olarak yapılacak açıklamalarla ortadan kaldırılmaya çalışılır.
- ✓ Cinsel doyum için alternatif cinsel ifadelerin kullanımı (okşama, kucaklama gibi) tartışılır.
- ✓ Partnerlere cinsel birleşme için uygun yer ve zaman seçiminin önemi vurgulanır.
- ✓ Stresin, özellikle de cinsel konularda yaşanan stresin cinsel yaşam üzerine etkisi tartışılır.

Stresle etkili baş etme yöntemlerini öğrenmesine yardım edilir. Bu yöntemler;

- ❖ Derin nefes alma egzersizleri,
- ❖ Fiziksel egzersiz,
- ❖ Gevşeme teknikleridir.
- ✓ Kadının yaşadığı cinsel sorunların kendi yaşam şekline, eşi ve çocukları ile ilişkilerine, sosyal yaşamına etkisi hakkındaki görüşlerini ifade etmesi sağlanır. Bu düşüncelerini eşi ile de paylaşması için desteklenir.
- ✓ Eşi ile ilişkilerinde yaşadığı sorunların çözümü için etkili baş etme yöntemleri (eşi ile vakit geçirme, sorunları paylaşma ve birlikte çözüm yollarını bulma) geliştirmesi için destek olunur. Eşi ile iletişimini sürdürmesi için cesaretlendirilir (Çam ve Gümüş 2006).
- ✓ Beden imajı, benlik saygısı, özgüveni, ilişkileri, görünümünü nasıl algıladığı, kendini çekici bulma durumu gibi cinselliğe ilişkin duygularını ifade etmesi sağlanır ve bu duygularını yeniden yapılandırması için destek olunur. Bu amaçla;
 - ❖ Bireysel aktiviteler desteklenir ve bu aktivitelere eşin de katılımı sağlanır.
 - ❖ Yaşamında değişiklik yapması önerilebilir (fiziksel görünümde değişiklikler, sosyal aktiviteler, hobilerin desteklenmesi ya da yeni hobiler edinmesi gibi)
 - ❖ Kendine zaman ayırması önerilir.
- ✓ Özel tedavi gerektiren cinsel sorunlar saptanmışsa, sorunun çözümü için ilgili birimlere yönlendirilir.

- ✓ Cinsel ilişki sırasında ya da sonrasında ağrı yaşıyorsa nedeninin araştırılması için uzmanlara yönlendirilir (Kütmeç 2009).

1.3.12. Gebelikte Cinsel Yaşam ve Hemşirelik Bakımı

Gebelikte cinsel sağlık, gebelikteki seks hakkındaki inançlar ve fiziksel ve emosyonel değişikliklerden etkilenir. Çiftlerin, gebelikteki fiziksel ve emosyonel dinamikleri anlamasında yetersizlik, mitler ve yanlış bilgiler nedeniyle zorluklar ortaya çıkabilir. Birçok çiftin gebelikte cinsel yaşamla ilgili sorunları vardır (Gökyıldız, 2001).

Profesyonel organizasyonlar cinselliğin ele alınmasının bütüncül hemşirelik bakımı için pratik standartlar içinde bir ana komponent olduğunun farkına varmışlardır (Altendeder ve Hartzell 1997). Hemşireler gebe ya da çifte danışmanlık için birçok fırsata sahiptir. Ebeveyn eğitim sınıflarında görev alır, klinikte veya ofiste çalışır, ev ziyaretleri yapar, hastanede doğum servisinde gece gündüz bakım verir (Gökyıldız 2001).

Tanımlama, genellikle gebenin veya çiftin ilk prenatal viziti ile başlar. Anamnez cinselliği etkileyen biopsikososyal değişkenler hakkında bilgi toplamaya odaklanır. Hemşire gebelik boyunca her iki partnerin davranışlarını, gebeliği isteme, gebelik konusunda hissettikleri, gebelik ve cinselliğe etkisi konusunda bilgilerini değerlendirir.

Anamnez alırken, cinsel deneyimler ve endişeler hakkındaki şu sorular yer alabilir:

- Gebelikte cinsel yaşam konusunda ne düşünüyorsunuz?
- Gebelik yaşamınızda ve cinsel ilişkinizde değişiklik yaptı mı?
- Gebelikte cinsellik konusunda eşiniz ve yakınlarınız neler söyledi?
- Evli insanlar masturbasyon yapar mı?
- Gebelik ve cinsel ilişki hakkında hiç endişe veya kaygınız var mı?
- Her ikinizin gebelikte yaşadığı deneyimler konusunda ne düşünüyorsunuz?
- Görünümünüzdeki değişiklikler hakkında ne hissediyorsunuz?
- Gebelik giysileri kadını çekici yapar mı?

- Bebek sahibi olmanın yaşamınızı nasıl değiştireceğini dūřunuyorsunuz?
- Son dōnemde sağlığınızda değişiklik oldu mu?

Daha sonra çiftin gebelik öncesi ve gebelik süresince cinsel aktivite durumu, koital veya nonkoital aktivite sıklığı, orgazm durumu, eşe ilgisi, gizli ve açık cinsel gereksinimleri hakkında bilgi toplanır. Bu bilgiler geçmiş obstetrik anamneze eklenir. Muhtemel doğum tarihinin yakınlığı, cinsel ilişki pozisyonlarının bilinmesi kadının “Gebelikte aşk yapması doğru mu?” sorusunu cevaplayabilmek için önemlidir (Hogan 1980, Gillian 1997, Gökyıldız 2001).

Hemşire gebe kadın ve eşine cinsellikle ilgili gereksinimlerine yönelik bakımı şu amaçlar doğrultusunda planlar:

- Gebe ve eşine cinsel deneyim ve ilişkilerini geliştirmede yardım
- Gebelikten önce, gebelik sırasında ve gebelikten sonraki cinsel fonksiyon konusunda bilgi verme
- Emosyonel destek verme

Hemşire, çiftin gereksinimleri doğrultusunda bakımı planlar; normal yanıt ve yanıtta farklılıkların açıklanması anksiyetenin azalmasına yardım eder ve cinsel uyumu destekler. Disparoni, gebelik süresince her iki partnerin cinsel isteğinde dalgalanmalar ve anneye zarar verme endişesi yerinde açıklamalarla azaltılabilir veya engellenebilir (Hogan 1980, Altendeder ve Hartzell 1997).

Gebelik boyunca kadın ve eşine eğitim ve danışmanlık yapılır. Her iki partneri içeren danışmanlık ve öğretim en yararlıdır. Biopsikososyal yapı içinde her çift eşsiz kabul edilir. Çiftlere danışmanlık yanlış bilgileri düzeltmeyi; güven vermeyi ve alternatif davranışlar önermeyi içerir. Hemşirenin cinsel danışmanlıktaki rolü cinsel problemin şiddeti ve kaynağına göre değişir (Gökyıldız 2001).

Annon tarafından 1976’da geliştirilen PLISSIT modeli cinsellik konusunu uygulamaya dahil etme yöntemlerinden biri olan, yaygın olarak kullanılan ve uygulaması

kolay olan bir modeldir. Model, cinsellik ve cinsel sağlık bakım gereksinimlerinin karşılanması amacı ile geliştirilmiştir (Annon 1976) ve 2006 yılında Davis ve Taylor tarafından yeniden gözden geçirilmiştir (Taylor 2006).

PLISSIT modeli, bireyin mevcut problemlerine yaklaşım için kavramsal bir şemadır. P-LI-SS-IT modeli bireyin her sorununa dört yaklaşım seviyesi sağlar. Bu model, cinselliği değerlendirme için bir yaklaşım tarzıdır ve açık uçlu soruları içerir. Model, birey ile işbirliğini sağlar, hastanın inançları, değer sistemi, kararlarını anlama ve saygı duyma kuralını destekler. Bu modelin her aşaması, farklı düzeyde eğitim almış hemşireler için müdahale ve değerlendirme için rehber oluşturur (Annon 1976).

Modelin aşamaları ve her bir aşamada ne yapılacağı aşağıda açıklanmıştır.

İzin verme (Permission=P): Gebenin cinsellekle ilgili konulara girmesini sağlar. Gebenin bireysel cinsel aktivitesi, hisleri ve düşüncelerinin normal olduğu ve zararlı duygusal ve fiziksel davranışların olmaması konusunda güvence sağlar. Gebe ve hemşire arasındaki iletişimin bu evresi bakım planının toplama aşamasına denk gelmektedir (Altendeder ve Hartzell 1997, Gökyıldız 2001, Yangın 2004).

Sınırlandırılmış bilgi (Limited Information=LI): Modelin ikinci aşamasıdır. Gebelikte fizyolojik değerikliklerle ilgili basit açıklamalar yapılır ve normal yaşam konuları tartışılır. Mitler ortaya çıkabilir ve bilgilendirme gebenin vücudunda neler olduğunun farkına varmasını sağlar. İlişkiler tartışılır ve kısa bilgiler davranış değerikliklerini yaratabilir (Altendeder ve Hartzell 1997, Gökyıldız 2001, Yangın 2004, Taylor ve Davis 2006).

Gebelik ve cinsellekle ilgili birçok mitler ve yanlış bilgiler vardır. Örneğin; fetüsün uterusu görme ve işitme yeteneği hakkında bir soru, bebeğin sevişmenin gözlemcisi olduğu konusunda bir soruyu arkasından getirebilir. Danışman, emosyonel bölgede danışmanlık yaparken böyle soruların arkasındaki sorulara çok duyarlı olmalıdır (Gökyıldız 2001).

Fetal kalp hızı orgazm sırasında azalır. Bununla birlikte fetal distres belirtilmemiştir. Cinsel aktivite sırasında gebede salgılanan oksitosin, orgazmik kontraksiyonlar ve ejakülattaki prostaglandinler erken doğuma neden olabilir, ancak araştırmalar bu hipotezleri onaylamamaktadır (Altendeder ve Hartzell 1997).

Hemşirenin empatik bir dinleyici olması, çiftin cinsel aktivite, vücut imajı, gebelikle ilgili korkuları ve aile içindeki değişen rollerini tartışmalarını sağlayabilir. Hemşirenin çift arasında iletişimi kolaylaştıran biri gibi rol alması, çiftin problemleri paylaşmalarını ve çözümler bulmalarına yardımcı olabilir. Mümkünse çift birbirine öneri yapar. Ebeveyn eğitim sınıfları, grupla paylaşmayı sağlama ve destekleme nedeniyle endişeleri gidermede efektif bir yol olabilir (Altendeder ve Hartzell 1997, Gökyıldız 2001).

Özel öneriler (Specific Suggestion=SS): Bireysel stratejiler, problemler veya endişelerle ilgili önerilen davranışları içerir. Eşler cinsel sorunları ve kaygıları konusunda bilgilendirilirler. Bunun sonucu olarak eşlerin cinsel davranışlarını ya değiştirmeleri ya da ek davranış stratejileri geliştirmeleri sağlanır. Gebelik döneminde, gebelik ilerlerken pozisyonları örneklerle açıklama, eğitim materyalinin paylaşımı anlamına gelir (Altendeder ve Hartzell 1997, Gökyıldız 2001, Yangın 2004).

Cinsel aktivite konusunda danışmanlık yaparken bireyin durumuna göre yanıt verilir. Kadının abort öyküsü varsa, çiftlere ilk haftalardan (plasental destek tam oluşuncaya kadar) birinci trimesterin sonuna kadar orgazmdan kaçınmaları yönünde bilgi verilir. Gebelik olaysız devam ediyor, kanama veya ağrı yoksa orgazmın kısıtlanmasına gerek yoktur. Koitus nedenli enfeksiyonlar kolayca çözülebilir, ancak EMR söz konusuysa kısıtlama yapılmalıdır (Gökyıldız 2001).

Gebelik devam ederken alternatif pozisyonlar önerilir. Kadına veya çifte muhtemel koital pozisyonların resimlerini göstermek sıklıkla yardımcı olur. Kadın üstte, yan yana, arkadan giriş (köpek pozisyonu), dizüstü, spoon (kaşık şeklinde) ve scissors (makas şeklinde) pozisyon erkek üstte pozisyona alternatif pozisyonlardır. Kadın üstte pozisyon penil penetrasyonun derinliğini ve açısının kontrolünü sağlar, memelere ve abdomene baskıyı önler. Yan yana ve arka giriş pozisyonlar gebe abdomene daha az baskı yaptığı ve

daha az enerji gerektirdiği için özellikle üçüncü trimesterde tercih edilir. Kadının abdomeni desteklendiğinde erkeğin ağırlığını üzerinde hissetmez. Gebelikte farklı teknikler ve koital pozisyonların keşfi doğum sonrasında da çiftin ilişkisini geliştirmelerine yardımcı olabilir. Yeni pozisyonların keşfi tat verir ve orgazmlar daha yoğun ve daha kolay olur (Hogan 1980, Gillian 1997, Gökyıldız 2001, Yangın 2004).

Yorgunluk, sık idrara çıkma, ligament ağrısı, solunum kısıtlılığı vajinal girişi engeller. Kucaklama, öpme, karşılıklı masaj, sarılma sevginin ifadesi için hoştur ki her zaman cinsel birleşmeye öncülük etmez. Penil vajinal ilişkiye alternatif olarak çiftler oral-genital ilişki, bireysel ve karşılıklı masturbasyon deneyebilir. Cunnulingustan (oral seks) hoşlanan erkekler, gebelikte artan vajinal salgı ve koku nedeniyle bunu kesmeyi isteyebilir. Oral seks sırasında, özellikle gebeliğin son birkaç haftasında vajinaya hava üflenmemelidir. Serviksin parsiyel dilatasyonu sırasında üflenen hava uterusu girebilir ve plasenta yoluyla maternal dolaşıma katılabilir. Cinsel ilişkinin kısıtlanması gerekiyorsa nedenlerinin açıklanması ve endişelerinin giderilmesi önemlidir (Gillian 1997, Kocatepe 2013, Gökyıldız 2001).

Yoğun tedavi (Intensive Therapy=IT): Bireyselleştirilmiş ve cinsel tedavi sağlayabilecek ve danışmanlık yapabilecek uzmana sevk aşamasıdır. Psikoterapi için çiftlere uygun bir yaklaşım sağlanabilmelidir (Altendeder ve Hartzell 1997, Gökyıldız 2001, Yangın 2004, Kaplan 2011, Tuğut ve Gölbaşı 2013).

PLISSIT modeli, hemşirenin gebe ve partnerinin neye gereksinimi olduğunu, hangi bilgilerin yararlı olacağını ve bakım planında hangi önerilerin olacağını doğrudan anlamaları için kullanılabilir (Altendeder ve Hartzell 1997, Gökyıldız 2001, Yangın 2004).

Değerlendirme aşamasında hemşireleri yönlendirilecek sonuç kriterleri şunlardır:

Çift:

- Gebelikte cinsel yanıtındaki değişiklikleri tanımlar,
- Seksüel aktivite sıklığı, roller ve ilişkilerdeki değişiklikleri tanımlar,
- Endişeleri ve zorlukları ifade eder,

- Cinsel ilişkinin uygun formlarını ve alternatif pozisyonları tarif ve modifiye eder,
- Gebelikteki biopsikososyal değişikliklerle baş eder (Hogan 1980, Gökyıldız 2001).

Ex- PLISSIT Modeli

Taylor ve Davis (2006) PLISSIT modelinin bir uzantısı olarak Ex- PLISSIT modelini geliştirmişlerdir. PLISSIT modelinin girişim aşamaları ilerledikçe, daha kapsamlı bilgi, eğitim ve beceri gerektirmektedir. Ex-PLISSIT, PLISSIT modelinin genişletilmiş bir modeli olup, primer bakımdan sorumlu hemşireler için bireylerin cinsellik ve cinsel sağlık ihtiyaçlarını karşılamada ve endişelerini gidermek için bir çerçeve oluşturmaktadır (Taylor ve Davis 2006, Tuğut ve Gölbaşı 2013).

PLISSIT modelinde bir aşamadan diğer aşamaya doğrusal geçilebilirken, Ex-PLISSIT modelinde izin verme aşaması, diğer aşamalarının merkezinde bulunmaktadır. Modelde sınırlı bilgi, özel öneriler ve yoğun terapi aşamaları izin verme temeline dayanmaktadır. Bu modelin her aşamasında bireylere “Başka sorularınız var mı? Bu konuda konuşmak ister misiniz?” gibi sorular yöneltilerek her aşamada bireye endişelerini ifade etme fırsatı verilmektedir. Ex-PLISSIT modeli, hemşirelerin yalnızca bireylere cinsel sağlık ile ilgili kendilerini ifade etme fırsatı vermelerini değil aynı zamanda birey ile açık iletişim kurmalarını, etkileşimlerini tekrar incelemelerini ve böylece bireyin bireysel gereksinimlerinin karşılanmasını kapsamaktadır. Hemşireler bireylere bu konuda konuşmak için istekli olduklarını hissettirmelidirler (Taylor ve Davis 2006, Tuğut ve Gölbaşı 2013).

Cinsellik hala çok açık konuşulan bir konu değildir, cinsellik üzerine konuşma ve tartışma tabular arasındadır. Araştırmalar, hemşirelerin gebe/çiftle cinsel konuları tartışmada çekimser olduklarını göstermiştir. Bu çekimserliğin çoğu; utangaçlık, pratikteki sağlık bakım politikalarının yetersizliği, personelin yetersizliği ve güvensizlik nedeniyledir. Cinsellik konusunu sorgulamak için yeterli zaman ayırdıklarında daha pozitif yaklaşımlar benimsenir. Sağlık profesyonellerinin bireysel bakım vermeleri önemlidir. Birçok sağlık profesyoneli bu konuda kendini yetersiz hisseder. Rollerinin bu yönünü sık yetersiz hisseden sağlık bakım çalışanları için hizmet içi eğitim/ mezuniyet sonrası eğitim

gereklidir. Sağlık profesyonellerinin müfredat eğitim programlarındaki cinsel sağlık ve cinsellik içeriğinin araştırılması için bir gereksinim vardır. Müfredat güncelleştirilmeli, sadece bilgi değil, beceri ve davranış geliştirme de eğitim programlarında sağlanmalıdır (Gökyıldız 2001).

Çizelge 1.1. Gebelikte Cinsel Endişeler ve Hemşirelik Uygulamaları

Birinci Trimester		
Cinsel İlişkiyi Arttıran Nedenler	Cinsel İlişkiyi Azaltan Nedenler	Hemşirelik Uygulamaları
<ol style="list-style-type: none"> 1. Gebe kalma endişesinin olmaması 2. Yeni pozisyonların keşfi 3. Pelvik bölgedeki artmış sirkülasyon nedeniyle cinsel organlarda artmış duyarlılık 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Endişe 2. Fetüse zarar verme korkusu 3. Sabah bulantı kusmaları 4. Spontan abortus korkusu 5. Yorgunluk ve uyku düzensizlikleri 6. Fizyolojik değişiklikler: Pelvik konjesyon, artmış vajinal sekresyon, memelerde hassasiyet 7. Azalmış cinsel istek 	<p>P: Normal bir gebelikle sekse izin verme</p> <p>LI: Cinsel ilişkinin spontan abortusa yol açtığına dair bir kanıt olmadığını bildirme</p> <p>Mitleri tartışma</p> <p>Cinsel istek ve beden imajındaki değişiklikleri tartışma</p> <p>SS: Partnerler arasındaki iletişimi açma</p> <p>Beden imajındaki değişiklikleri tartışma</p> <p>Kucaklamayı destekleme</p> <p>Vajinaya hava üfleme ile hava embolisinin tehlikesini tartışma</p> <p>IT: Çok fazla endişe durumunda refere etme</p>

(Altendeder ve Hartzell 1997)

İkinci Trimester		
Cinsel İlişkiyi Arttıran Nedenler	Cinsel İlişkiyi Azaltan Nedenler	Hemşirelik Uygulamaları
<ol style="list-style-type: none"> 1. İyi olma dönemi 2. Enerjideki artışla cinselliğe yeniden ilgi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Disparoni 2. Fetal hareketlerin hissedilmesi 3. Vücut değişiklikleri: Abdomende büyüme, muhtemel pelvik rahatsızlık 4. Ambivalan duygular 5. Fetüse zarar verme korkusu 6. Partnerin ilgisinde azalma 	<p>P: Normal bir gebelikte sekse izin verme</p> <p>LI: Gebe pasif ve içe dönük olabilir, bilgilendirme</p> <p>Hislerini ifade etmeleri için destekleme</p> <p>Disparoni nedenleri hakkında bilgi verme</p> <p>Ambivalan duyguları tartışma</p> <p>SS: Pozisyon değişikliklerini, Kegel egzersizlerini tartışma</p> <p>Servikal yetersizlik, ikinci trimester kayıpları öyküsü varsa seksten kaçınma konusunda bilgi verme</p> <p>IT: Gerekirse refere etme</p>

(Altendeder ve Hartzell 1997)

Üçüncü Trimester		
Cinsel İlişkiyi Arttıran Nedenler	Cinsel İlişkiyi Azaltan Nedenler	Hemşirelik Uygulamaları
<p>1. Yeni pozisyonların keşfi 2. Memnuniyet için yeni yollar bulma</p>	<p>1. Cinsel istekte azalma 2. Çekici olmadığımı hissetme 3. Fetüse zarar verme korkusu 4. Doğumu stimüle etme korkusu 5. Membranları rüptüre etme korkusu 6. Üçüncü kişinin varlığı 7. Sağlık bakım verenlerinin tabuları</p>	<p>P: Normal bir gebelikse membranlar rüptüre olana veya doğum eylemi başlayana kadar seksin serbest olduğu konusunda bilgilendirme LI: Pozisyon değişikliklerini tartışma Preterm doğum öyküsü varsa cinsel aktivitenin kısıtlanması (son altı-sekiz haftalar) gerekebilir. SS: Yakınlığı destekleme Miad aşımında doğumu stimüle etmek için cinsel ilişki önerilebilir IT: Problemler devam ederse refere etme</p>

(Altendeder ve Hartzell 1997)

2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Antenatal Bakım Polikliniği'nde gebelikte eşlerin cinsel yaşamının ve etkileyen etmenlerin incelenmesi amacıyla kesitsel olarak yapılmıştır.

2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Bu araştırma Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Antenatal Bakım Polikliniği'nde yapılmıştır. Araştırmanın ilk durumda 01.10.10–31.12.10 tarihleri arasında yapılması planlanmıştır. Fakat etik kurulun izin yazısı olmadan çalışmayı başlatmaması ve çalışma yapılacak birimde etik kurul onay formu olmadan çalışmaya izin vermemesinden dolayı çalışmamıza bu tarihlerde başlanamamıştır. Çalışmamıza 15.06.2011-15.09.2011 tarihleri arasında Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Antenatal Bakım Polikliniği'ne başvuran gebeler ve eşleri dahil edilmiştir.

Araştırmayla ilgili olarak yapılan işlemlerin zamanı Çizelge 2.1'de gösterilmiştir.

2.3. Zaman Çizelgesi

Çizelge 2.1. Zaman çizelgesi

İşlemler	Tarih
Araştırma konusunun seçimi	15.04.2010
Soru formunun oluşturulması	10.06.2010- 20.06.2010
Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden izin alınması	12.01.2011
Adnan Menderes Üniversitesi Etik Kurul Başkanlığı ön onayının alınması	21.04.2011
Adnan Menderes Üniversitesi Etik Kurul Başkanlığı onayının alınması	10.06.2011
Soru formunun ön uygulamasının yapılması	15.06.2011
Araştırma verilerinin toplanması	15.06.2011-15.09.2011
Verilerin analizi, araştırma raporunun hazırlanması	15.10.2011-29.04.2014

2.4. Araştırmanın Evreni

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Antenatal Bakım Polikliniği'ne yıllık 1000 gebe başvurmaktadır. Kesitsel tipteki araştırmanın evrenini 15.06.11–15.09.11 tarihleri arasında Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Antenatal Bakım Polikliniği'ne başvuran gebeler ve eşleri oluşturmaktadır.

2.5. Araştırmanın Örnekleme

Araştırmanın örnekleminde olasılıksız örnekleme yöntemlerinden gelişigüzel örnekleme yöntemi (Convenience Sampling, Accidental Hap Sampling) seçilmiş olup, araştırma Antenatal Bakım Polikliniği'ne 15.06.11–15.09.11 tarihleri arasında başvuran, katılım kriterlerine uyan ve çalışmaya gönüllü olan 28 hafta ve üzeri 105 gebe ve eşleri ile gerçekleştirilmiştir.

Belirtilen tarihlerde polikliniğe 300 gebe başvuru yapmıştır. Başvuru yapan 300 gebenin 135'i katılım kriterlerine uymakta olup bu kişilerin 105'i eşleriyle birlikte çalışmaya katılmaya gönüllü olmuştur. Araştırmada 165 gebe katılım kriterlerine uymamaktadır. 103 gebe polikliniğe yalnız gelmiştir, 62 gebede ise cinsel yaşamı olumsuz etkileyen faktörler mevcuttur. Bu nedenle geriye kalan 135 çiftle çalışma yapılmak istenmiş fakat 30 çift çalışmaya katılmayı kabul etmemiştir.

Aynı zamanda çalışmamızın sonucunda örneklem büyüklüğünün yeterli olup olmadığını göstermek amacıyla power (güç) analizi yapılmıştır. Kadınlarla erkekler arasındaki farklılığın tespiti için uygulanan bağımsız örneklem t testi için yapılan güç analizi sonucunda, test 20'şer kişilik gruplarla uygulandığında %84,6 güç üretmektedir. Bu sayının üstündeki örneklerde daha güçlü sonuçlar elde edilmektedir. Buna göre her grupta 105'er kişi olan çalışmamız yeterli güç üretmektedir.

2.6. Araştırmaya Alma Kriterleri

Araştırmaya; sağlıklı iletişim kurabilen, gebelik sürecinde risk faktörü (düşük tehdidi, enfeksiyon, son trimester kanamaları, erken membran rüptürü, erken doğum tehdidi) olmayan, doktor tarafından cinsel yaşamına kısıtlama getirilmemiş olan gebeler, 28 hafta ve üzeri gebeliği olanlar, 15 yaşını doldurmuş, 16 yaşından gün almış gebeler ve eşleri dahil edilmiştir.

2.7. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

Polikliniğe yalnız gelen gebeler ve okuma yazma bilmeyen çiftler araştırmadan dışlanmıştır.

2.8. Veri Toplama Aracı

Araştırma verileri araştırmacılar tarafından geliştirilen ve kadın ve erkek için ayrı ayrı oluşturulan anket formu ve Api ve ark (1997) tarafından geçerlik ve güvenilirliği yapılan libido skorlama sistemi ile toplanmıştır.

Anket formu kadınlar ve erkekler için iki ayrı bölümden oluşmaktadır. Kadınlar için hazırlanan anket formu sosyodemografik özellikleri, obstetrik öyküleri, gebelikte ve öncesindeki cinsel yaşamlarına yönelik 28 sorudan oluşmaktadır. Erkekler için hazırlanan anket formu ise sosyodemografik özellikleri, gebelikte eşlerini cinsel açıdan nasıl algıladıkları ve cinsel yaşamlarına yönelik 19 sorudan oluşmaktadır.

Libido skorlama sistemi (LSS), ilk kez Api ve ark (1997) tarafından geliştirilmiş olup, geçerlilik ve güvenilirlik testleri, doğal menopoza girmiş kadınlarda (n=238), kendi kendine doldurma yöntemi ile uygulanmıştır. Konvansiyonel yöntemlerle LSS sonuçları Cronbach α ve korelasyon katsayıları karşılaştırılmıştır. Güvenilirlik analizinde Cronbach α katsayısı 0.83 bulunurken gözlemciler arası ve gözlemci içi değişimin kappa değerleri sırasıyla 0.67 ve 0.77 bulunmuştur. Araştırmamızda güvenilirlik analizinde Cronbach α hesaplaması yapılmış ve sonuç 0,41 bulunmuştur. Cronbach α güvenilirlik katsayısının bulunabileceği aralıklar ve buna göre ölçeğin güvenilirlik durumuna bakıldığında 0,40-0,60 aralığı sonuçların güvenilir olduğunu göstermektedir (Akgül ve Çevik 2003).

Libido skorlama sistemi 4 sorudan oluşmaktadır ve toplam 12 puan üzerinden değerlendirilmektedir. Cinsel istek sıklığı, masturbasyon, cinsel ilişkiyi kimin başlattığı ve orgazmla ilgili soruları içeren bir skorlama sistemidir. Cevaplar 0, 1, 2, 3 puan olarak değerlendirilmektedir. Toplam skorlama sonucunda 0-2 puan arası çok düşük, 3-4 arası düşük, 5-7 arası iyi, 8-12 arası yüksek libidoyu tanımlamaktadır. Libido skorlama sistemi daha önce Türkiye’de gebeliğin cinsel yaşam üzerine etkilerinin araştırıldığı çalışmalarda da kullanılmıştır (Efe 2006, Arıca ve ark 2011).

Anket formlarının anlaşılabilirlik ve uygulanabilirliğini test etmek için 10 çift ile ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonrası; anket formlarında anlaşılmayan sorular olmadığı için tekrar düzenlemeye gidilmeye gerek kalmamıştır.

2.8.1. Verilerin Toplanması

Gebe izlem polikliniğine başvuran 28 hafta ve üzeri gebelerle ve eşleri ile görüşülmüş, çalışma hakkında bilgilendirilme yapılmış ve çalışmaya katılıp katılmayacakları sorulmuştur. Çalışmayı kabul ettikleri takdirde görüşme odasında tekrardan konu hakkında detaylı bilgi verilmiş ve konunun önemi anlatılmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden çiftlerden yazılı onamları (onayları) alındıktan sonra araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak soru formları doldurulmuştur. Soru formlarının doldurulması yaklaşık 15-20 dakika sürmüştür. Veri toplama işlemi 15.06.2011–15.09.2011 tarihleri arasında tamamlanmıştır. Ayrıca araştırma sırasında gebelikte cinsel yaşam hakkında bilgi eksikliği olan çiftlere danışmanlık verilmiş, çiftler tarafından konuyla ilgili gelen sorular cevaplandırılmıştır.

2.8.2. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen verilerin analizi Statistical Package for Social Science (SPSS) 22.0 paket programında gerçekleştirilmiştir. Analizlerde sosyodemografik özelliklerde tanımlayıcı istatistikler (sayı, yüzde, aritmetik ortalama), libido skorları ile tanıtıcı özelliklerde ve libido skorları ile cinselliğe ilişkin bilgi ve görüşlerin incelenmesinde varyans analizi ve t testi kullanılmıştır. Ayrıca varyans analizleri sonucunda, gruplar arası fark olduğu durumda, farklılığın hangi gruptan kaynaklı olduğunu test etmek için post-hoc istatistik testi kullanılmıştır. Değerlendirmelerde $p < 0.05$ düzeyi anlamlı olarak kabul edilmiştir.

2.9. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Güçlükleri

Araştırma verileri yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Bu nedenle verilerin güvenilirliği görüşmecilerin verdiği bilgiler ile sınırlıdır. Araştırma Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Polikliniği'nde çalışmaya gönüllü olarak katılan çiftler ile yapıldığı için elde edilen veriler örneklem ile sınırlıdır ve tüm çiftlere genellenemez.

Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği'nden izin alınması ve Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi etik kurul onayı alınması sırasında Başhekimlik etik kurul onayı; etik kurul da Başhekimlik onayı beklediği için sıkıntı yaşanmıştır. Çiftlerin mahrem konuları paylaşmak istememesi, gebelerin polikliniğe eşleri ile değil de yalnız gelmeleri gibi nedenlerle veri toplama aşamasında sıkıntı yaşanmıştır.

2.10. Araştırmada Etik

Araştırmanın verilerinin toplanabilmesi için Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği'nden (Tarih: 12 01 2011 No: 605.01-233) yazılı izin alınmıştır (Ek 6).

Araştırmanın protokolü ile ilgili Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Danışma Komisyonu'ndan (Tarih: 10 06 2011 No: 050.04-34) (Ek 7) onay alınmıştır. Araştırmaya katılan bireylere araştırma hakkında bilgi verilmiş ve bireylerden yazılı onamları alınmıştır.

3. BULGULAR

3.1. Çiftlerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulguları

Çizelge 3.1. Çiftlerin sosyodemografik özellikleri

Çiftlerin Sosyo-Demografik Özellikleri	Kadın (N=105)				Erkek (N=105)			
	Ort	SS	Min	Max	Ort	SS	Min	Max
Yaş	25,45	4,51	15	44	27,32	5,12	16	72
Evlilik yaşı	22,73	5,21	14	37	27,51	6,43	15	69
Evlilik süresi	10,82	6,82	1	25				

Çizelge 3.1'in devamı

Çiftlerin Sosyo-Demografik Özellikleri	Kadın (N=105)		Erkek (N=105)	
	Sayı	%	Sayı	%
Eğitim durumu	Sayı	%	Sayı	%
Okur Yazar Değil	8	7,6	2	1,9
İlkokul Mezunu	47	44,8	46	43,8
Ortaokul Mezunu	15	14,3	20	19,0
Lise Mezunu	17	16,2	18	17,1
Üniversite Mezunu	16	15,2	18	17,1
Yüksek lisans/doktora	2	1,9	1	1,0

Çizelge 3.1'in devamı

Yaş grubu	Sayı	%	Sayı	%
15-24 Yaş	23	21,9	3	2,9
25-34 Yaş	62	59,0	61	58,1
35-44 Yaş	20	19,0	37	35,2
45 Yaş ve Üstü	-	-	4	3,8
İş	Sayı	%	Sayı	%
Ev Hanımı	84	80,0	-	-
Memur	8	7,6	13	12,4
İşçi	10	9,5	45	42,9
Emekli	-	-	3	2,9
Serbest Meslek	3	2,9	41	39,0
Diğer	-	-	3	2,9
Uzun süre yaşadığı yer	Sayı	%	Sayı	%
Köy-kırsal alan	29	27,6	22	21,0
Kasaba	29	27,6	34	32,4
Şehir	47	44,8	49	46,7
Çocuk sayısı	N	%		
Çocuk Yok	36	34,3		
1 Çocuk	45	42,9		
2 Çocuk	14	13,3		
3 Çocuk	8	7,6		
4 Çocuk	2	1,9		
Aileniz dışında sürekli birlikte yaşadığınız biri var mı?	N	%		
Evet	21	20,0		
Hayır	84	80,0		
TOPLAM	105	100		

Araştırmaya katılan kadınların yaş ortalaması $25,45 \pm 4,51$, erkeklerin yaş ortalaması $27,32 \pm 5,12$ 'dir. Araştırmaya katılan kadınların %59'u 25-34 yaşında iken, %21,9'u 15-24 yaşında ve %19'u 35 yaş ve üstündedir. Erkeklerin %58,1'i 25-34 yaşında iken, %35,2'si

35-44 yaşında, %2,9'u 15-24 yaşında ve %3,8'i ise 45 yaş ve üstündedir. Araştırmaya katılan kadınların %44,8'i ilkokul mezunu iken, %16,2'si lise mezunu, %15,2'si üniversite mezunu, %14,3'ü ortaokul mezunu, %7,6'sı okur-yazar değil ve %1,9'u yüksek lisans ve doktora mezunudur. Erkeklerin %43,8'i ilkokul mezunu iken, %19'u ortaokul mezunu, %17,1'i lise mezunu, %17,1'i üniversite mezunu, %1,9'u okur-yazar değil ve %1'i ise yüksek lisans mezunudur. Araştırmaya katılan kadınların %80'i ev hanımı, %9,5'i işçi %7,6'sı memur ve %2,9'u serbest meslek sahibidir. Erkeklerin %42,9'u işçi , %39'u serbest meslek sahibi, %12,4'ü memur, %2,9'u emekli ve %2,9'u ise diğer mesleklerde çalışmaktadır.

Araştırmaya katılan kadınların %44,8'i hayatlarının uzun bir dönemini şehirde geçirmişken, %27,6'sı kasabada ve %27,6'sı ise köy-kırsal alanda geçirmiştir. Erkeklerin %46,7'si hayatlarının uzun bir dönemini şehirde geçirmişken, %32,4'ü kasabada geçirmiş ve %21'i ise köy-kırsalda geçirmiştir.

Kadınların evlilik yaşı ortalaması $22,73 \pm 5,21$, erkeklerin evlilik yaş ortalaması $27,51 \pm 6,43$ 'tür. Çiftlerin evlilik süresi ortalaması $10,82 \pm 6,82$ 'dir. Araştırmaya katılan çiftlerin %42,9'unun 1 çocuğu var iken, %34,3'ünün çocuğu yok, %13,3'ünün 2 çocuğu, %13,3'ünün 3 çocuğu ve %1,9'unun 4 çocuğu vardır. Araştırmaya katılan çiftlerin %20'sinin ailesi dışında sürekli olarak birlikte yaşadığı birileri var iken, %80'inin yoktur.

3.2. Çiftlerin Gebelikte Cinselliğe İlişkin Bilgi ve Görüşleri

Çizelge 3.2. Çiftlerin gebelikte cinselliğe ilişkin bilgi ve görüşleri

Cinselliğe ilişkin bilgi ve görüşler	Kadın (N=105)		Erkek (N=105)	
	Sayı	%	Sayı	%
Gebelikte cinsel ilişkinin güvenli bulunması				
Güvenli	40	38,1	38	36,2
Güvenli Değil	45	42,9	47	44,8
Fikrim Yok	20	19,0	20	19,0

Çizelge 3.2'nin devamı

Gebelikte cinsel ilişkiden korku durumu				
Evet	54	51,4	49	46,7
Hayır	51	48,6	56	53,3
Gebelikte cinsel yaşamla ilgili bilgi alma				
Evet	39	37,1	38	36,2
Hayır	66	62,9	67	63,8
TOPLAM	105	100	105	100
Cinsel yaşama ilişkin bilgi alınan kişi	Kadın (N=39)		Erkek (N=38)	
Medya	1	2,5	4	10,5
Doktor	20	50	18	47,4
Ebe	13	35	10	26,3
Hemşire	1	2,5	-	-
Diğer	4	10	6	15,8
TOPLAM	39	100	38	100
Gebelik öğrenildikten sonra ilk cinsel ilişkiye girme zamanı (n:79)	N	%		
1 Haftada	31	39,2		
2-6 Haftada	22	27,8		
7 Hafta ve daha sonra	26	32,9		
TOPLAM	79	100		

Araştırmaya katılan kadınların %42,9'u gebelikte cinsel ilişkiyi güvenli bulmamakta iken, %38,1'i güvenli bulmakta ve %19'unun ise konuyla ilgili fikri bulunmamaktadır. Erkeklerin %44,8'i gebelikte cinsel ilişkiyi güvenli bulmamakta iken, %36,2'si güvenli bulmakta ve %19'unun ise konuyla ilgili fikri bulunmamaktadır. Ayrıca kadınların %51,4'ü erkeklerin ise %46,7'si gebelikte cinsel ilişkiden korktuğunu belirtmiştir.

Araştırmaya katılan kadınların %37,1'i, erkeklerin ise %36,2'si gebelikte cinsel yaşamla ilgili bilgi aldığını belirtmiştir. Gebelikte cinsel yaşamla ilgili bilgi alan kadınların, %50'si doktordan, %35'i ebeden, %2,5'i medyadan, %2,5'i hemşireden ve %10'u diğer kişilerden bilgi almıştır. Erkeklerin %47,4'ü doktordan, %26,3'ü ebeden,

%10,5'i medyadan ve %15,8'i diğer kişilerden bilgi almıştır. Erkeklerde hemşireden bilgi alan kişi bulunmamaktadır. Gebelik öğrenildikten sonra cinsel ilişkiye giren çiftlerin %39,2'si 1 haftada, %32,9'u ise 7 haftada ve daha sonra ve %27,8'i 2-6 haftada cinsel ilişkiye girmişlerdir.

Çizelge 3.3. Kadınların gebelik öncesi ve gebelikte cinsel yaşamlarına ilişkin özellikleri

Gebeliği istemiş miydiniz? (n: 105)	Sayı	%
Evet	98	93,3
Hayır	7	6,7
Gebelikten önce cinsel istek duyar mıydınız?		
Evet	98	93,3
Hayır	7	6,7
Cinsel istek duyma sıklığı (n:98)		
Haftada birden az	9	8,7
Haftada bir kez	33	34,8
Haftada iki kez	38	39,1
Haftada üç kez	10	9,8
Haftada dört ve daha fazla	8	7,6
Gebelikte cinsel istek duyuyor musunuz?		
Evet	63	60,0
Hayır	42	40,0
Gebelikten önce cinsel ilişkiden korkar mıydınız?		
Evet	9	8,6
Hayır	96	91,4
Gebelik boyunca cinsel ilişki sırasında sorun yaşadınız mı?		
Evet	17	16,2
Hayır	88	83,8
Sorun çözüldü mü? (n: 17)		
Evet	8	47,1
Hayır	9	52,9
Gebelikte korunmasız cinsel ilişki olması cinsel yaşamınızı etkiledi mi?		
Evet	5	4,8
Hayır	100	95,2

Araştırmaya katılan kadınların %93,3'ü gebeliği istediklerini, %6,7'si istemediklerini belirtmişlerdir. Araştırmaya katılan kadınların %93,3'ü gebelikten önce cinsel istek

duydıklarını, %6,7'si ise duymadıklarını belirtmiştir. Cinsel istek duyan kadınların %39,1'i haftada iki kez, %34,8'i haftada bir kez, %9,8'i haftada üç kez, %8,7'si haftada birden az ve %7,6'sı ise haftada dört kez ve daha fazla cinsel istek duymaktadır. Kadınların %60'ı gebelikte cinsel istek duydıklarını, %40'ı gebelikte cinsel istek duymadıklarını ifade etmişlerdir. Araştırmaya katılan kadınların %8,6'sı gebelikten önce cinsel ilişkiden korktuklarını, %91,4'ü cinsel ilişkiden korkmadıklarını ifade etmişlerdir. Kadınların %16,2'si gebelik boyunca cinsel ilişki sırasında sorun yaşadıklarını, %83,3'ü ise sorun yaşamadıklarını belirtmişlerdir. Gebelik boyunca cinsel ilişki sırasında sorun yaşadıklarını belirten kadınların %47,1'i sorunun çözüldüğünü, %52,9'u sorunun çözülmediğini belirtmiştir. Kadınların %4,8'i gebelikte korunmasız cinsel ilişki olmasının cinsel yaşamı etkilediğini, %95,2'si ise cinsel yaşamı etkilemediğini ifade etmiştir.

Çizelge 3.4. Erkeklerin gebelikte cinselliğe ilişkin görüşleri

Gebe kadın seksi midir?	Sayı	%
Evet	39	37,1
Hayır	66	62,9
Gebelik cinsel yaşamınızı etkiledi mi?		
Evet	38	36,2
Hayır	67	63,8
Nasıl bir etkisi oldu? (n:38)		
Olumlu	4	10,5
Olumsuz	34	89,5

Araştırmaya katılan erkeklerin %37,1'i gebe kadını seksi bulduklarını, %62,9'u ise gebe kadını seksi bulmadıklarını belirtmişlerdir. Araştırmaya katılan erkeklerin %36,2'si gebeliğin cinsel yaşamlarını etkilediğini, %63,8'i ise gebeliğin cinsel yaşamlarını etkilemediğini belirtmiştir. Gebeliğin cinsel yaşamlarını etkilediğini ifade eden erkeklerin %10,5'i olumlu bir etki olduğunu, %89,5'i ise olumsuz bir etki olduğunu ifade etmiştir.

3.3. Katılımcıların Libido Durumları İle İlgili Bulguları

Çizelge 3.5. Katılımcıların libido skor ortalamaları

	Libido Skoru	Min	Max	Ortalama	SS	t	p
Kadın	Gebelikten Önceki	2	7	4,43	1,41	9,103	0,000**
	Dönemde						
Erkek	Gebelikteki	0	8	2,86	1,70	6,360	0,000**
	Gebelikten Önceki	3	11	6,35	1,68		
	Dönemde	0	10	4,88	2,39		

Gebelik öncesi dönem için kadınların libido skor ortalaması $4,43 \pm 1,41$ gebelik döneminde ise $2,86 \pm 1,70$ 'dır. Kadınların gebelik öncesi dönemdeki libido skor ortalamaları ile gebelik dönemindeki libido skor ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ($p < 0,05$). Buna göre kadınların gebelik öncesi dönemdeki libido skor ortalamaları, gebelik dönemindeki libido skor ortalamalarından daha yüksektir. Gebelik öncesi dönem için erkeklerin libido skor ortalamaları $6,35 \pm 1,68$, gebelik döneminde ise $4,88 \pm 2,39$ 'dir. Erkeklerin gebelik öncesi dönemdeki libido skor ortalamaları ile gebelik dönemindeki libido skor ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ($p < 0,05$). Erkeklerin gebelik öncesi dönemdeki libido skor ortalamaları, gebelik dönemindeki libido skor ortalamalarından daha yüksektir.

Çizelge 3.6. Katılımcıların libido skor ortalamalarının karşılaştırılması

Libido Skoru		Min	Max	Ortalama	SS	t	p
Gebelikten Önceki	Kadın	2	7	4,43	1,41	-11,622	0,000**
Dönemde	Erkek	3	11	6,35	1,68		
Gebelikteki	Kadın	0	8	2,86	1,70	-8,559	0,000**
	Erkek	0	10	4,88	2,39		

Gebelik öncesi dönem için kadınların libido skor ortalaması $4,43 \pm 1,41$, erkeklerin libido skor ortalaması $6,35 \pm 1,68$ 'tir. Gebelik öncesi dönemde kadınlar ile erkeklerin libido skor ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ($p < 0,05$). Erkeklerin gebelik öncesi dönemdeki libido skor ortalamaları kadınların libido skor ortalamalarından daha yüksektir.

Gebelik dönemi için kadınların libido skor ortalaması $2,86 \pm 1,70$, erkeklerin libido skor ortalaması $4,88 \pm 2,39$ 'dir. Gebelik döneminde kadınlar ile erkeklerin libido skor ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ($p < 0,05$). Erkeklerin gebelik dönemi libido skor ortalaması kadınların libido skor ortalamasından daha yüksektir.

Çizelge 3.7. Katılımcıların gebelik öncesi ve gebelik dönemlerinde libido skorları

Libido Skoru	Gebelik Öncesi Dönem		Gebelik Dönemi		
	Sayı	%	Sayı	%	
Kadın	Çok Düşük	9	8,7	43	41,3
	Düşük	44	42,3	43	41,3
	Normal	52	49,0	18	16,3
	Yüksek	-	-	1	1,1
	Toplam	105	100	105	100
Erkek	Çok Düşük	-	-	14	13,6
	Düşük	13	12,6	23	22,3
	Normal	70	67,0	57	54,4
	Yüksek	22	20,4	11	9,7
	Toplam	105	100	105	100

Gebelik öncesi dönemde kadınların %8,7'sinin libido skoru çok düşük iken, %42,3'ünün düşük ve %49'unun ise normaldir. Gebelik döneminde ise kadınların %41,3'ünün libido skoru çok düşük, %41,3'ünün libido skoru düşük, %16,3'ünün libido skoru normal ve %1,1'inin libido skoru ise yüksektir. Gebelik öncesi dönemde erkeklerin %12,6'sının libido skoru düşük iken, %67'sinin normal ve %20,4'ünün ise yüksektir.

Gebelik döneminde ise erkeklerin %13,6'sının libido skoru çok düşük, %22,3'ünün libido skoru düşük, %54,4'ünün libido skoru normal ve %9,7'sinin libido skoru ise yüksektir.

3.4. Kadınların Libido Skorları Bakımından Tanıtıcı Özellikleri Arasında Farklılık Olup Olmadığının İncelenmesi

Çizelge 3.8. Libido skorları bakımından farklı yaş gruplarındaki kadınlar arasında farklılık olup olmadığının incelenmesi

	Yaş	Sayı	Ortalama	SS	F	p	Fark
Gebelik dönemi	15-24	23	3,70	1,52	3,869	0,024*	1-2,3
	25-34	62	2,69	1,67			
	35-44	20	2,45	1,73			

Gebelik dönemi için 15-24 yaşındaki kadınların libido skoru $3,70 \pm 1,52$ iken, 25-34 yaşındaki kadınların skoru $2,69 \pm 1,67$ ve 35-44 yaşındaki kadınların skoru ise $2,45 \pm 1,73$ 'tür. Farklı yaş gruplarındaki kadınlar arasında gebelik dönemi libido skorları bakımından anlamlı farklılık bulunmuştur ($p < 0,05$). Buna göre; 15-24 yaşındaki kadınların gebelik dönemi libido skoru, 25-34 ve 35-44 yaşındaki kadınların skorundan anlamlı derecede daha yüksektir.

Çizelge 3.9. Libido skorları bakımından farklı eğitim düzeyindeki kadınlar arasında farklılık olup olmadığının incelenmesi

	Eğitim Düzeyi	Sayı	Ortalama	SS	F	p	Fark
Gebelik dönemi	İlkokul Mezunu	55	2,85	1,72	0,504	0,681	-
	Ortaokul Mezunu	15	3,33	1,49			
	Lise Mezunu	17	2,71	1,75			
	Üniversite Mezunu	18	2,67	1,81			

Gebelik dönemi için ilkokul mezunu veya daha alt bir eğitim düzeyindeki kadınların libido skoru $2,85 \pm 1,72$ iken, ortaokul mezunu kadınların skoru $3,33 \pm 1,49$, lise mezunu kadınların skoru $2,71 \pm 1,75$ ve üniversite mezunu veya daha üst bir eğitim düzeyindeki kadınların skoru ise $2,67 \pm 1,81$ 'dir. Araştırmada farklı eğitim düzeylerindeki kadınlar arasında gebelik dönemi libido skorları bakımından anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Çizelge 3.10. Libido skorları bakımından ev hanımı ve çalışan kadınlar arasında farklılık olup olmadığının incelenmesi

	İş	Sayı	Ortalama	SS	t	p
Gebelik dönemi	Ev Hanımı	84	2,99	1,66	1,469	0,145
	Çalışıyor	21	2,38	1,80		

Gebelik dönemi için ev hanımı kadınların libido skoru $2,99 \pm 1,66$ iken, çalışan kadınların skoru $2,38 \pm 1,80$ 'dir. Araştırmada ev hanımı ve çalışan kadınlar arasında gebelik dönemi libido skorları bakımından anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Çizelge 3.11. Libido skorları bakımından farklı yerlerde yaşamış kadınlar arasında farklılık olup olmadığının incelenmesi

	Yaşanılan Yer	Sayı	Ortalama	SS	F	p	Fark
Gebelik dönemi	Köy-Kırsal Alan	29	3,14	1,97	0,511	0,601	-
	Kasaba	29	2,76	1,30			
	Şehir	47	2,76	1,75			

Gebelik dönemi için geçmişte uzun süre köy-kırsalda yaşamış kadınların libido skoru $3,14 \pm 1,97$ iken, kasabada yaşamış kadınların skoru $2,76 \pm 1,30$ ve şehirde yaşamış kadınları skoru ise $2,76 \pm 1,75$ 'tir. Araştırmada uzun süre farklı yerlerde yaşamış kadınlar arasında gebelik dönemi libido skorları bakımından anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Çizelge 3.12. Libido skorları bakımından farklı yaşlarda evlenmiş kadınlar arasında farklılık olup olmadığının incelenmesi

	Evlilik Yaşı	Sayı	Ortalama	SS	F	p	Fark
Gebelik dönemi	18 Yaş ve Altı	23	2,70	1,49	0,256	0,857	-
	19-22 Yaş	36	3,06	1,74			
	23-27 Yaş	27	2,85	1,56			
	28 Yaş ve Üstü	19	2,74	2,10			

Gebelik dönemi için 18 yaş ve altında evlenmiş kadınların libido skoru $2,70 \pm 1,49$ iken, 19-22 yaşında evlenmiş kadınların skoru $3,06 \pm 1,74$, 23-27 yaşında evlenmiş kadınların skoru $2,85 \pm 1,56$ ve 28 yaş ve üstünde evlenmiş kadınların skoru ise $2,74 \pm 2,10$ 'dur. Araştırmada farklı yaşlarda evlenmiş kadınlar arasında gebelik dönemi libido skorları bakımından anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Çizelge 3.13. Libido skorları bakımından kadınların evlilik süreleri arasında farklılık olup olmadığının incelenmesi

	Evlilik Süresi	Sayı	Ortalama	SS	F	p	Fark
Gebelik dönemi	1 Yıllık Evli	23	3,57	1,53	2,902	0,039*	1-3,4
	2-3 Yıllık Evli	24	3,17	2,12			
	4-9 Yıllık Evli	34	2,56	1,44			
	10 Yıl ve Daha Fazla	24	2,30	1,52			

Gebelik dönemi bir yıllık evli olan kadınların libido skoru $3,57 \pm 1,53$ iken, 2-3 yıldır evli kadınların skoru $3,17 \pm 2,12$, 4-9 yıldır evli kadınların skoru $2,56 \pm 1,44$ ve 10 yıl veya daha fazla süredir evli kadınların skoru ise $2,30 \pm 1,52$ 'dir. Araştırmada farklı sürelerde evli olan kadınlar arasında gebelik dönemi libido skorları bakımından anlamlı farklılık bulunmuştur ($p < 0,05$). Buna göre; bir yıllık evli kadınların gebelik dönemi libido skoru, 4-9 yıllık ve 10 yıl veya daha fazla süredir evli kadınların skorundan anlamlı derecede daha yüksektir.

Çizelge 3.14. Libido skorları bakımından farklı sayılarda çocuğu olan kadınlar arasında farklılık olup olmadığının incelenmesi

	Çocuk Sayısı	Sayı	Ortalama	SS	F	p	Fark
Gebelik dönemi	Çocuk Yok	36	3,14	1,83	0,736	0,482	-
	Bir Çocuk	45	2,76	1,72			
	İki veya Daha Fazla Çocuk	24	2,65	1,43			

Gebelik dönemi için çocuğu olmayan kadınların libido skoru $3,14 \pm 1,83$ iken, bir çocuğu olan kadınların skoru $2,76 \pm 1,72$ ve iki veya daha fazla çocuğu olan kadınların skoru ise $2,65 \pm 1,43$ 'tür. Araştırmada farklı sayıda çocuğu olan kadınlar arasında gebelik dönemi libido skorları bakımından anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Çizelge 3.15. Libido skorları bakımından aile dışında sürekli beraber yaşayan biri olan ve olmayan kadınlar arasında farklılık olup olmadığının incelenmesi

	Aileniz dışında sürekli birlikte yaşadığınız biri var mı?	Sayı	Ortalama	SS	t	p
Gebelik dönemi	Evet	21	2,71	1,27	-0,454	0,651
	Hayır	84	2,90	1,79		

Gebelik döneminde ailesi dışında sürekli birlikte yaşadığı biri bulunan kadınların libido skoru $2,71 \pm 1,27$ iken, sadece ailesi ile yaşayan kadınların skoru $2,90 \pm 1,79$ 'dur. Araştırmada ailesi dışında sürekli birlikte yaşadığı biri bulunan ve bulunmayan kadınlar arasında gebelik dönemi libido skorları bakımından anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Çizelge 3.16. Libido skorları bakımından gebeliği isteyen ve istemeyen kadınlar arasında farklılık olup olmadığının incelenmesi

	Gebeliği istemiş miydiniz?	Sayı	Ortalama	SS	t	p
Gebelik dönemi	Evet	98	2,92	1,73	1,166	0,247
	Hayır	7	2,14	0,90		

Gebeliği isteyen kadınların gebelik döneminde libido skoru $2,92 \pm 1,73$ iken, gebeliği istemeyen kadınların skoru $2,14 \pm 0,90$ 'dır. Araştırmada gebeliği isteyen ve istemeyen kadınlar arasında gebelik dönemi libido skorları bakımından anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p > 0,05$).

3.5. Kadınların Libido Skorları Bakımından Cinselliğe İlişkin Bilgileri ve Görüşleri Arasında Farklılık Olup Olmadığının İncelenmesi

Çizelge 3.17. Libido skorları bakımından gebelikte cinsel ilişkiyi güvenli bulan ve bulmayan kadınlar arasında farklılık olup olmadığının incelenmesi

	Gebelikte Cinsel İlişki	Sayı	Ortalama	SS	F	p	Fark
Gebelik dönemi	Güvenli	40	3,63	1,27	13,883	0,000*	2-1,3
	Güvenli Değil	45	1,95	1,47			
	Fikrim Yok	20	3,35	2,00			

Gebelikte cinsel ilişkiyi güvenli bulan kadınların gebelik döneminde libido skoru $3,63 \pm 1,27$ iken, riskli bulan kadınların skoru $1,95 \pm 1,47$ ve bu konuda fikri bulunmayan kadınların skoru ise $3,35 \pm 2,00$ 'dir. Gebelikte cinsel ilişki konusunda farklı görüşlere sahip kadınlar arasında gebelik dönemi libido skorları bakımından anlamlı farklılık bulunmuştur ($p < 0,05$). Buna göre; gebelikte cinsel ilişkiyi riskli bulan kadınların gebelik dönemi libido skoru, güvenli bulan ve bu konuda fikri olmayan kadınların skorundan anlamlı derecede daha düşüktür.

Çizelge 3.18. Libido skorları bakımından gebelikten önce cinsel istek duyan ve duymayan kadınlar arasında farklılık olup olmadığının incelenmesi

	Gebelikten Önce Cinsel İstek Duyma	Sayı	Ortalama	SS	t	p
Gebelik dönemi	Evet	98	2,97	1,66	2,365	0,020*
	Hayır	7	1,43	1,61		

Gebelikten önce cinsel istek duyan kadınların gebelik döneminde libido skoru $2,97 \pm 1,66$ iken, gebelikten önce cinsel istek duymayan kadınların skoru $1,43 \pm 1,61$ 'dir. Gebelikten önce cinsel istek duyan ve duymayan kadınlar arasında gebelik dönemi libido skorları bakımından anlamlı farklılık bulunmuştur ($p < 0,05$). Buna göre; gebelikten önce cinsel istek duyan kadınların gebelik dönemi libido skoru, gebelikten önce cinsel istek duymayan kadınların skorundan anlamlı derecede daha yüksektir.

Çizelge 3.19. Libido skorları bakımından gebelikte cinsel istek duyan ve duymayan kadınlar arasında farklılık olup olmadığının incelenmesi

Gebelikte Cinsel İstek Duyma		Sayı	Ortalama	SS	t	p
Gebelik dönemi	Evet	63	3,38	1,60	4,117	0,000*
	Hayır	42	2,07	1,55		

Gebelikte cinsel istek duyan kadınların gebelik döneminde libido skoru $3,38 \pm 1,60$ iken, cinsel istek duymayan kadınların skoru $2,07 \pm 1,55$ 'tir. Gebelikte cinsel istek duyan ve duymayan kadınlar arasında gebelik dönemi libido skorları bakımından anlamlı farklılık bulunmuştur ($p < 0,05$). Buna göre; gebelikte cinsel istek duyan kadınların gebelik dönemi libido skoru, cinsel istek duymayan kadınların skorundan anlamlı derecede daha yüksektir.

Çizelge 3.20. Libido skorları bakımından gebelikten önce cinsel ilişkiden korkan ve korkmayan kadınlar arasında farklılık olup olmadığının incelenmesi

Gebelikten Önce Cinsel İlişkiden Korkma		Sayı	Ortalama	SS	t	p
Gebelik dönemi	Evet	9	2,33	1,65	-0,981	0,329
	Hayır	96	2,92	1,70		

Gebelikten önce cinsel ilişkiden korkan kadınların gebelik döneminde libido skoru $2,33 \pm 1,65$ iken, korkmayan kadınların skoru $2,92 \pm 1,70$ 'tir. Araştırmada gebelikten önce cinsel ilişkiden korkan ve korkmayan kadınlar arasında gebelik dönemi libido skorları bakımından anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Çizelge 3.21. Libido skorları bakımından gebelikte cinsel ilişkiden korkan ve korkmayan kadınlar arasında farklılık olup olmadığının incelenmesi

	Gebelikte Cinsel İlişkiden Korkma	Sayı	Ortalama	SS	t	p
Gebelik dönemi	Evet	54	2,74	1,60	-0,790	0,431
	Hayır	51	3,00	1,80		

Gebelikte cinsel ilişkiden korkan kadınların gebelik dönemi için libido skoru $2,74 \pm 1,60$ iken, korkmayan kadınların skoru $3,00 \pm 1,80$ 'dir. Araştırmada gebelikte cinsel ilişkiden korkan ve korkmayan kadınlar arasında gebelik dönemi libido skorları bakımından anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Çizelge 3.22. Libido skorları bakımından gebelikte cinsel yaşamla ilgili bilgi alan ve almayan kadınlar arasında farklılık olup olmadığının incelenmesi

	Gebelikte Cinsel Yaşamla İlgili Bilgi Alınması	Sayı	Ortalama	SS	t	p
Gebelik dönemi	Evet	39	3,15	1,75	1,345	0,182
	Hayır	66	2,69	1,65		

Gebelikte cinsel yaşam hakkında bilgi alan kadınların gebelik dönemi için libido skoru $3,15 \pm 1,75$ iken, bilgi almayan kadınların skoru $2,69 \pm 1,65$ 'tir. Araştırmada gebelikte cinsel yaşam hakkında bilgi alan ve almayan kadınlar arasında gebelik dönemi libido skorları bakımından anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p > 0,05$).

3.6. Erkeklerin Libido Skorları Bakımından Tanıtıcı Özellikleri Arasında Farklılık Olup Olmadığının İncelenmesi

Çizelge 3.23. Libido skorları bakımından farklı yaş gruplarındaki erkekler arasında farklılık olup olmadığının incelenmesi

	Yaş Grup	Sayı	Ortalama	SS	t	p
Gebelik dönemi	25-34 Yaş	64	4,73	2,35	-0,814	0,417
	35-44 Yaş	41	5,13	2,47		

Gebelik dönemi için 34 yaş ve altındaki erkeklerin libido skoru $4,73 \pm 2,35$ iken, 35 yaş ve üzerindeki erkeklerin libido skoru $5,13 \pm 2,47$ 'dir. Araştırmada farklı yaş gruplarındaki erkekler arasında gebelik dönemi libido skorları bakımından anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Çizelge 3.24. Libido skorları bakımından farklı eğitim düzeyindeki erkekler arasında farklılık olup olmadığının incelenmesi

	Eğitim	Sayı	Ortalama	SS	F	p	Fark
Gebelik dönemi	İlkokul	48	5,70	2,11	3,758	0,013*	1-3,4
	Orta Okul	20	4,58	1,98			
	Lise	18	3,78	2,36			
	Üniversite	19	4,32	2,94			

Gebelik dönemi için ilkokul mezunu erkeklerin libido skoru $5,70 \pm 2,11$ iken, ortaokul mezunu erkeklerin skoru $4,58 \pm 1,98$, lise mezunu erkeklerin skoru $3,78 \pm 2,36$ ve üniversite veya yüksek lisans mezunu erkeklerin libido skoru ise $4,32 \pm 2,94$ 'tür. Araştırmada farklı eğitim düzeylerindeki erkekler arasında gebelik dönemi libido skorları bakımından anlamlı farklılık bulunmuştur ($p < 0,05$). Buna göre; ilkokul mezunu erkeklerin gebelik dönemi libido skorları, lise ve üniversite veya yüksek lisans mezunu erkeklerin skorlarından anlamlı derecede daha yüksektir.

Çizelge 3.25. Libido skorları bakımından farklı meslek grubundaki erkekler arasında farklılık olup olmadığının incelenmesi

	Meslek	Sayı	Ortalama	SS	F	p	Fark
Gebelik dönemi	Memur	13	3,46	2,66	2,440	0,069	-
	İşçi	45	5,16	2,16			
	Serbest Meslek	41	5,20	2,31			
	Diğer	6	3,83	3,12			

Gebelik dönemi için memurların libido skoru $3,46 \pm 2,66$ iken, işçilerin skoru $5,16 \pm 2,16$, serbest meslek sahiplerinin skoru $5,20 \pm 2,31$ ve diğer meslek sahiplerinin skoru

ise $3,83\pm 3,12$ 'dir. Araştırmada farklı mesleklere sahip erkekler arasında gebelik dönemi libido skorları bakımından anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çizelge 3.26. Libido skorları bakımından farklı yerlerde yaşamış erkekler arasında farklılık olup olmadığının incelenmesi

	Yaşanılan Yer	Sayı	Ortalama	SS	F	p	Fark
Gebelik dönemi	Kırsal-Köy	22	4,86	2,18	0,296	0,745	-
	Kasaba	34	4,65	2,25			
	Şehir	49	5,06	2,60			

Gebelik dönemi için geçmişte uzun süre kırsal-köyde yaşamış erkeklerin libido skoru $4,86\pm 2,18$ iken, kasabada yaşamış erkeklerin skoru $4,65\pm 2,25$ ve şehirde yaşamış erkeklerin skoru ise $5,06\pm 2,60$ 'tır. Araştırmada farklı yerlerde yaşamış erkekler arasında gebelik dönemi libido skorları bakımından anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çizelge 3.27. Libido skorları bakımından erkeklerin evlilik yaşı arasında farklılık olup olmadığının incelenmesi

	Evlilik Yaşı	Sayı	Ortalama	SS	F	p	Fark
Gebelik dönemi	19-22 Yaş	17	4,80	1,69	0,152	0,859	-
	23-27 Yaş	49	4,78	2,38			
	28 Yaş ve Üstü	39	5,05	2,66			

Gebelik dönemi için 19-22 yaşında evlenen erkeklerin libido skoru $4,80\pm 1,69$ iken, 23-27 yaşında evlenen erkeklerin skoru $4,78\pm 2,38$ ve 28 yaş ve daha üstünde evlenen erkeklerin skoru ise $5,05\pm 2,66$ 'dır. Araştırmada farklı yaşlarda evlenmiş erkekler arasında gebelik dönemi libido skorları bakımından anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

3.7. Erkeklerin libido skorları bakımından cinselliğe ilişkin bilgileri ve görüşleri arasında farklılık olup olmadığının incelenmesi

Çizelge 3.28. Libido skorları bakımından gebelikte cinsel ilişkiyi güvenli bulan ve bulmayan erkekler arasında farklılık olup olmadığının incelenmesi

	Gebelikte Cinsel İlişki	Sayı	Ortalama	SS	F	p	Fark
Gebelik dönemi	Güvenli	38	5,43	1,65	3,146	0,047*	1-2
	Riskli	47	4,24	2,77			
	Fikrim Yok	20	5,35	2,34			

Gebelik dönemi için gebelikte cinsel ilişkiyi güvenli bulan erkeklerin libido skoru $5,43 \pm 1,65$ iken, riskli bulan erkeklerin skoru $4,24 \pm 2,77$ ve bu konuda fikri olmayan erkeklerin skoru ise $5,35 \pm 2,34$ 'tür. Gebelikte cinsel ilişki konusunda farklı görüşlere sahip erkekler arasında gebelik dönemi libido skorları bakımından anlamlı farklılık bulunmuştur ($p < 0,05$). Buna göre, gebelikte cinsel ilişkiyi güvenli bulan erkeklerin gebelik dönemi libido skorları, riskli bulan erkeklerin skorundan anlamlı derecede daha yüksektir.

Çizelge 3.29. Libido skorları bakımından gebelikte cinsel ilişkiden korkan ve korkmayan erkekler arasında farklılık olup olmadığının incelenmesi

	Gebelikte Cinsel İlişki	Sayı	Ortalama	SS	t	p
Gebelik dönemi	Korkuyor	49	4,56	2,71	-1,275	0,205
	Korkmuyor	56	5,16	2,06		

Gebelik dönemi için gebelikte cinsel ilişkiden korkan erkeklerin libido skoru $4,56 \pm 2,71$ iken, korkmayan erkeklerin skoru $5,16 \pm 2,06$ 'dır. Araştırmada gebelikte cinsel ilişkiden korkan ve korkmayan erkekler arasında gebelik dönemi libido skorları bakımından anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Çizelge 3.30. Libido skorları bakımından gebe kadını seksi bulan ve bulmayan erkekler arasında farklılık olup olmadığının incelenmesi

	Gebe kadın seksi midir?	Sayı	Ortalama	SS	t	p
Gebelik dönemi	Evet	39	5,36	1,85	1,585	0,116
	Hayır	66	4,59	2,64		

Gebelik dönemi için gebe kadını seksi bulan erkeklerin libido skoru $5,36 \pm 1,85$ iken, seksi bulmayan erkeklerin skoru $4,59 \pm 2,64$ 'tür. Araştırmada gebe kadını seksi bulan ve bulmayan erkekler arasında gebelik dönemi libido skorları bakımından anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Çizelge 3.31. Libido skorları bakımından erkeklerin gebelikte cinsel yaşamlarının etkilenmesi arasında farklılık olup olmadığının incelenmesi

	Gebeliğin cinsel yaşama etkisi	Sayı	Ortalama	SS	t	p
Gebelik dönemi	Etkiledi	38	4,49	3,00	-1,264	0,209
	Etkilemedi	67	5,11	1,96		

Gebelik dönemi için gebelikte cinsel yaşamı etkilenen erkeklerin libido skoru $4,49 \pm 3,00$ iken, etkilenmeyen erkeklerin skoru $5,11 \pm 1,96$ 'dır. Araştırmada gebeliğin, cinsel yaşamlarını etkileyen ve etkilemeyen erkekler arasında ve gebelik dönemi libido skorları bakımından anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Çizelge 3.32. Libido skorları bakımından gebelikte cinsel yaşamla ilgili bilgi alan ve almayan erkekler arasında farklılık olup olmadığının incelenmesi

	Gebelikte Cinsel Yaşamınızla İlgili Bilgi Alınması	Sayı	Ortalama	SS	t	p
Gebelik Dönemi	Evet	38	4,76	2,00	-0,401	0,690
	Hayır	67	4,95	2,59		

Gebelik dönemi için gebelikte cinsel yaşam hakkında bilgi alan erkeklerin libido skoru $4,76 \pm 2,00$ iken, bilgi almayan erkeklerin libido skoru $4,95 \pm 2,59$ 'dur. Araştırmada gebelikte cinsel yaşam hakkında bilgi alan ve almayan erkekler arasında gebelik dönemi libido skorları bakımından anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p > 0,05$).

4. TARTIŞMA

Gebelik, anne adayında çeşitli bedensel ve ruhsal değişikliklerin meydana geldiği bir dönemdir. Libido bu değişikliklere göre gebeliğin bazı dönemlerinde azalabilir, bazı dönemlerinde normale dönebilir ve hatta artış gösterebilir. Libidodaki değişiklikler, anne adayında oldukça belirginken baba adayında ya hafiftir ya da gözlenmez. Bu bölümde Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Antenatal Bakım Polikliniği'nde gebelikte eşlerin cinsel yaşamının ve etkileyen etmenlerin incelendiği araştırmadan elde edilen bulguların literatür eşliğinde tartışılması yer almaktadır.

Araştırmada kadın katılımcıların %42,9'u ve erkek katılımcıların %44,8'i gebelikte cinsel ilişkiyi güvenli bulmadıklarını ifade etmiştir. Eryılmaz ve arkadaşlarının çalışmalarında gebelerin %61,4'ü gebelikte cinsel ilişkiyi riskli bulmaktadırlar (Eryılmaz ve ark 2004). Gebelerde yapılan yurtiçi başka bir çalışmada gebelikte cinsel ilişkinin bebeğe zarar vereceği düşüncesine sahip olan gebelerin oranı %59,0 saptanmıştır (Koyun 2012). Bartellas ve arkadaşlarının çalışmasında da gebelerin %49,0'unun cinsel ilişkinin gebeliğe zarar verebileceği konusunda endişeli oldukları bulunmuştur (Bartellas ve ark 2000). Tayland'ta yapılan bir çalışmada, gebelerin %47,0'sinin cinsel ilişkinin fetüs için zararlı olabileceği düşüncesine sahip oldukları tespit edilmiştir (Kerdarunsuksri ve Manusirivithaya 2010).

Çalışmada kadınların %8,6'sı gebelikten önce cinsel ilişkiden korkarken bu durum gebelikte %51,4'e yükselmiştir. Ulusal bir çalışmada gebelerin %49,2'si cinsel ilişki sırasında bebeğe zarar verme endişesi, %45,0'i ise düşük korkusu, %34,0'ü ise cinsel

ilişkinin erken doğumu başlatacağı korkusunu taşıdığı bildirilmiştir (Eryılmaz ve ark 2004). Başka bir çalışmada üçüncü trimesterde koital aktivite sırasında bebeğe zarar verme korkusu, orgazmik uterus kontraksiyonları nedenli korkuların katılımcıların %6,62'sinde görüldüğü bildirilmiştir (Sydow 1999). Bu çalışmada gebelikte cinsel ilişkiden korkma durumu erkeklerde %46,7'dir. Çiftler gebelik ilerledikçe ve uterus büyüdükçe, fetüsün daha fazla farkına varırlar, bazen cinsel ilişki sırasında fetüsün hareketlerini hissederler ve bebeğe zarar vermekten korkarlar. Efe'nin de (2006) çalışmasında belirttiği gibi Pauline Shereshesky ve Leon Yarrow altmış orta sınıf şehirli ailenin gebelikte reaksiyonlarını incelemiştir. Özellikle fetüsün hareketleri sırasında erkeklerin %50'si bebeğe zarar verme korkusu nedeniyle koitustan kaçınmıştır. Gebelik, kadında olduğu gibi erkek için de bir çatışma dönemi olabilmektedir. Şefkat, sevecenlik, empati gibi emosyonel yanıtlar annelik gibi babalık için de vardır. Erkek baba olma sürecinde çoğunlukla anksiyete yaşar, bu konuda karısından daha az konuşur, destekleyen ve daha az konuşan durumuna geçebilir. Babalık sürecinde deneyimlenen bazı duyguların; ambivalans, partnere cinsel yaklaşımdan kaçınma, gebeliğe zarar verme korkusu, bebeğin eşinin yaşamındaki yerini kıskanma, yetersizlik konusunda anksiyete ve depresyon olduğu bildirilmiştir (Gökyıldız ve Beji 2005, Alam 2006).

Araştırmaya katılan kadınların %37,1'i, erkeklerin ise %36,2'si gebelikte cinsel yaşamla ilgili bilgi aldığını belirtmiştir. Gebelikte cinsel yaşamla ilgili bilgi alan kadınların, %50'si doktordan, %35'i ebeden, %10'u diğer kişilerden, %2,5'i medyadan ve hemşireden bilgi almıştır. Erkeklerin %47,4'ü doktordan, %26,3'ü ebeden, %15,8'i diğer kişilerden ve %10,5'i medyadan bilgi almıştır. Gökyıldız (2001)'in yapmış olduğu çalışmasında gebelerin %40,6'sının gebelik ve cinsel yaşamla ilgili bilgileri eşinden, %33,3'ünün arkadaşlarından, %24'ünün kitaplardan, %15,4'ünün sağlık personelinen, %7,3'ünün diğer kişilerden ve %6,6'sının annesinden öğrendiği bulunmuştur. Eryılmaz ve arkadaşlarının (2004) yaptıkları çalışmada, gebe katılımcıların %31,9'unun gebelikte cinsellikle ilgili bilgi almadığı saptanmıştır. Işık ve arkadaşlarının (2010) yaptıkları çalışmada ise katılımcıların %53,9'u gebelikte cinsel ilişki uygunluğu ve sıklığı, sakıncalı olabileceği aylar ve riskli durumlar konusunda uzmanlardan bilgi aldığı rapor edilmiştir. Başka bir çalışmada ise gebelerin %35,5'inin gebelikte cinsel ilişki hakkında bilgilerinin olmadığı tespit edilmiştir (Oruç ve ark 1999). Eşlerin gebelikte cinsel yaşamla ilgili konunun uzmanından bilgi almamış olması gebelikte cinsel ilişki sayısının azalmasına ve

çiftlerin yanlış düşünceler taşımasına neden olmaktadır. Bir çalışmada bilgi eksikliğine bağlı olarak gebelerin %49'u cinsel ilişkinin gebeliğe zarar verebileceği konusunda endişe taşıdıkları belirtilmiştir (Bartellas ve ark 2000). Çiftlerin gebelikte cinsel yaşamla ilgili doğru ve güvenilir bilgiye ulaşması sağlık çalışanlarını da ilgilendirmektedir. Kadınlar üzerinde oldukça yıkıcı etkileri olan ancak toplumsal, kültürel, dini ve sosyal etmenlerin etkisi ile bastırılan, mahrem kabul edilip ifade edilemeyen cinsel sorunların, sağlık çalışanları tarafından da çok fazla irdelenmediği ele alınmadığı görülmektedir (Steinke ve Patterson-Midgley 1996). Steinke ve Patterson - Midgley (1996) tarafından yapılan çalışmada hemşirelerin sadece %15'inin hastalarına cinsel konularda bilgi vermeyi teklif ettiği belirlenmiştir. Cinselliğin, sağlık bakımının önemli bir parçası olduğu tüm sağlık profesyonelleri tarafından benimsenmiş olmasına karşın (Haboubi ve Lincoln 2003) sağlık çalışanlarının zaman sınırlılığı, cinsel fonksiyonlara ilişkin bilgi-eğitim eksikliği (Stokes ve Mears 2000) kişisel anksiyete düzeylerinin artması sonucu cinsel sorunları görüşmede zorluk yaşamaları gibi nedenlerden dolayı bakımda ele alınmadığı görülmektedir. Oysaki kadın sağlığının gelişmesi ve yaşam kalitelerinin yükseltilmesinde kadınların cinsel yaşama ilişkin deneyimledikleri sorunların erken safhada saptanıp çözüme ulaştırılmasının etkili olabileceği düşünülmektedir. Bu bakımdan bu konudaki bilgi aktarımının geleneksel çekingenlik engelini aşarak daha yüksek oranlarda gerçekleşmesi gerekmektedir.

Çalışmamızda gebelik öğrenildikten sonra cinsel ilişkiye giren çiftlerin %39,2'si 1 hafta içinde, %32,9'u ise 7 hafta içinde veya daha sonra ve %27,8'i 2-6 hafta içinde cinsel ilişkiye girmişlerdir. Gökyıldız (2001)'in çalışmasında çiftlerin %53,3'ü hemen %16,7'si 1-2 hafta içinde ve %6'sı 4 hafta sonra cinsel ilişkiye girmişlerdir. Her iki çalışmada da çiftlerin çoğunluğunun kısa süre içerisinde cinsel ilişkiye girdikleri görülmektedir. Araştırmaya katılan kadınların %93,3'ü mevcut gebeliği istediklerini belirtmiştir. Bu durum çalışmada kadınların %6,7'sinin istenmediği halde gebe kaldığını göstermektedir. Kadınların çoğunun isteyerek gebe kalmış olması olumlu bir sonuçtur.

Kadın katılımcıların %93,3'ü gebelikten önce cinsel istek duyduklarını ifade ederken bu durum gebelikte %60'a düşmüştür. Cinsel istek duyan kadınların büyük çoğunluğu (%68,0) haftada bir veya iki kez cinsel istek duymaktayken yaklaşık beşte biri haftada üç ve daha fazla kez cinsel istek duymaktadırlar. Özkan ve arkadaşlarının (2009) yaptıkları bir çalışmada gebelerin cinsel ilişki sıklıkları incelenmiş ve büyük çoğunluğunun (%61,7)

benzer şekilde haftada 1-2 kez cinsel ilişkiye girdiği rapor edilmiştir. Nijeryalı gebe kadınlarda yapılan bir çalışmada ise cinsel ilişki sıklığının gebelik sırasında haftada bir kez olduğunu ve katılımcıların %73,9'unun gebelik sırasında cinsel aktivitenin azaldığını ifade etmişlerdir (Onah ve ark 2002). Pakistanlı gebe kadınlarda yapılan bir çalışmada ise gebelik sırasında cinsel ilişki sıklığının haftada ortalama 1,6 kez olduğu bildirilmiştir (Naim ve Bhutto 2000). Çalışmada kadın katılımcıların %6,7'si gebelikten önce cinsel istek duymadıklarını belirtirken bu durum gebelik döneminde artış göstererek %40'a ulaşmıştır. Gebelikte cinsel isteğin azaldığı yapılan birçok çalışmayla gösterilmiştir. Gökyıldız ve Beji (2005)'nin de belirttiği gibi Masters ve Johnson, cinsel istekte birinci trimesterde azalma bildirirken, ikinci trimesterde artış ve üçüncü trimesterde tekrar bir azalma bildirmiştir. Başka bir çalışmada, gebelik tespit edildiği andan itibaren cinsel isteğin doğrusal bir şekilde azaldığı saptamıştır (Erenel ve ark 2011). Seksen bir çifti içeren yurtdışı bir çalışmada gebeliğin her üç trimesterinde de libidoda azalma bildirmiştir (Pauleta ve ark 2010). Oruç ve arkadaşları (1999) da gebeliğin seks üzerine etkilerini araştırdığı çalışmalarında gebelik boyunca libidoda bir azalma saptamışlardır. Gökyıldız ve Beji (2005)'nin Türk gebe kadınlar üzerindeki çalışmasında da benzer sonuçlar bulunmuştur. Gebelik döneminde öncesine göre cinsel isteğin azalmasının nedeni olarak, üçüncü trimesterde ileri derecede büyümüş bir uterus nedeniyle hareket kısıtlılığının gelişmesi, yaklaşan doğum eyleminin endişesi, pelvik basıya bağlı ağrının artması, fetüse zarar verme veya fetüsü kaybetme korkusu gibi faktörler gösterilebilir.

Çalışmada kadın katılımcıların büyük kısmı (%91,4) gebelikten önce cinsel ilişkiden korkmadıklarını ifade etmişlerdir. Gökyıldız (2005)'in çalışmasında da gebelerin %89,3ü gebelik öncesi dönemde korku yaşamadıklarını belirtmişlerdir. Gebelik boyunca cinsel ilişki sırasında sorun yaşadıklarını ifade eden kadın katılımcıların yüzdesi ise 16,2'dir. Gökyıldız'ın çalışmasında da gebelerin % 37,3ü sorun yaşamışlardır. Pakistan'da yapılan çalışmada gebe katılımcıların %37,3'ü cinsel ilişkinin ağrılı olduğunu ifade etmiştir (Naim ve Bhutto 2000). Eryılmaz ve arkadaşlarının (2004) kadınların gebelikleri sırasında cinsel yaşamlarını etkileyen faktörleri saptamak ve çözüm önerileri getirmek amacıyla yaptıkları çalışmada, gebelerin %49,2sinin koitusta ağrı nedeniyle cinsel ilişkiden uzaklaştıklarını bulmuşlardır. Adınma (1995) çalışmasında gebelerin %22,7sinin koitusta her zaman ağrı deneyimlediklerini bulmuştur. Gebelik boyunca cinsel ilişki sırasında sorun yaşadıklarını

belirten kadınların %47,1'i sorunun çözüldüğünü belirtmiştir. Gökyıldız (2005)'in çalışmasında da gebelerin %36,7si sorunun çözümlendiğini belirtmiştir.

Kadınların %95,2'si gebelikte korunmasız cinsel ilişkiye girdiklerini ve bu durumun cinsel yaşamlarını etkilemediğini ifade etmiştir. Bazı kadınlar gebeliğin ilk döneminde gebe kalma korkusu taşımadıkları için cinsel aktivitede daha rahat davranırlar ve buna bağlı olarak bu süreç bir memnuluk dönemidir. Korunmasız cinsel ilişki olduğu için çiftlerde cinsel istekte artış görülebilir ve bu durum orgazmı olumlu yönde etkileyebilir.

Erkek katılımcıların %36,2'si gebeliğin cinsel yaşamlarını etkilediğini ve bunların %89,5'i bu etkinin olumsuz bir etki olduğunu ifade etmiştir. Can Gürkan ve arkadaşlarının (2007) yüz altmış üç gebe kadınla yaptıkları bir çalışmada katılımcıların %55,6'sı gebelik döneminde cinsel ilişki yaşamının doğal ve normal bir süreç olduğunu belirtmiş, %44,4'ü ise gebelikte ilişki yaşamaya olumlu bakmadığını belirtmiştir. Olumlu bakmayanların %27,5'i gebelikte cinsel ilişki yaşamının berbat bir şey olduğunu ifade ederken, %6,9'u da bebeğe zarar verebileceği için cinsel ilişki yaşanmaması gerektiğini belirtmişlerdir (Can Gürkan 2007). Araştırmaya katılan erkeklerin yaklaşık üçte biri (%37,1) gebe kadını seksi bulduklarını ifade etmiştir. Gökyıldız (2001)'in çalışmasında gebelerin eşlerinin %40,9'unun gebelikte eşlerini güzel gördükleri bulunmuştur. Reamy ve White (1981), toplumsal normların gebe kadınların çekici görünmediklerini, gebelikte cinsel istek ve aktivitenin olmaması gerektiğini savunduğunu açıklamışlardır (Reamy ve ark 1981). Wallace'ın (1989) görüşü de bu düşüncüyü desteklemektedir. Gebe kadının cinsellik konusunda ne hissettiği ile toplumun ne düşündüğü arasında birçok fark vardır. Gebe kadınlar kendilerini şişman, alımsız, yorgun, halsiz, çok kırılgan ve nörotik hissettikleri yönde ağır basan bir görüş vardır ancak, pek az da olsa kendilerini seksi hissedebilenler de vardır (Gillian 1997).

Kadınların gebelik öncesi dönemdeki libido skorları ile gebelik dönemindeki libido skorları arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Buna göre kadınların gebelik öncesi dönemdeki libido skorları, gebelik dönemindeki libido skorlarından daha yüksektir. Gebelikte ve postpartum dönemdeki cinsellikle ilgili elli dokuz çalışmanın meta analizinde cinsel ilişki sıklığının gebelik öncesi döneme göre birinci trimesterde biraz azaldığı veya değişmediğini, ikinci trimesterde çok değişken iken, üçüncü trimesterde aniden azaldığını

belirtmiştir (Connolly ve ark 2005). Aslan ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada da benzer şekilde gebelik dönemi libido skorları daha düşük bulunmuştur (Aslan 2006). Gene yurtiçi yapılan bir çalışmada gebelik öncesi libido skoru trimesterlerde tek tek karşılaştırıldığında, tüm trimesterlerde libido skorunun istatistiksel olarak belirgin bir şekilde azaldığı rapor edilmiştir (Efe 2006). Çinli gebe kadınlarda yapılan bir çalışmada kadınların gebelik sırasında cinsel aktivitelerinin ve isteklerinin azaldığı bildirilmiştir. Gene bu çalışmada cinsel istek, orgazm sıklığı, seksten duyulan memnuniyet ve ilişkiyi başlatmadaki katkının gebelik sırasında azaldığı rapor edilmiştir (Fok ve ark 2005). Gebelik döneminde libido birçok faktörden etkilenmektedir ve gebelik öncesi döneme göre ciddi bir şekilde düşüş göstermektedir. Fizyolojik, psikolojik ve sosyokültürel faktörler, mitler ve yanlış bilgiler libido azalmasına neden olabilmektedir.

Erkeklerin gebelik öncesi dönemdeki libido skorları ile gebelik dönemindeki libido skoru arasında kadınlardaki gibi anlamlı farklılık bulunmuştur. Erkeklerin gebelik öncesi dönemdeki libido skorları, gebelik dönemindeki libido skorlarından daha yüksektir. Onah (2002)'in çalışmasında da benzer şekilde gebelikte erkeklerin %41,9'unda libido azalması bildirilmiştir. Gebelik öncesi dönemde kadınların %8,7'sinin libido seviyesi çok düşük iken, bu durum gebelik döneminde %41,3'e yükselmiştir. Gebelik öncesi dönemde libido skoru çok düşük olan erkek katılımcı ise bulunmamaktadır. Yapılan çalışmalar ve çalışmamızda da kadınlarda olduğu gibi erkeklerde de libidonun gebelik döneminde olumsuz etkilendiği ve azaldığı görülmektedir. Kadınların değişen görüntüsü, gebe kadını çekici bulmama, gebeliğe zarar verme korkusu ve cinsel birleşme sırasında fetüs onları algıyormuş gibi düşünülmesi erkeklerde libido azalmasına neden olabilmektedir.

Erkeklerin gebelik öncesi ve gebelik dönemdeki libido skoru kadınların skorundan anlamlı derecede daha yüksektir. Yurtiçi yapılan bir çalışmada da benzer şekilde, gebelikten önce genellikle ve her zaman cinsel ilişkiyi başlatan; erkek %94,5 ve kadın %5,3 iken, bu oranlar gebelik döneminde sırasıyla %88,4 ve %6,2 olarak bulunmuştur (Efe 2006). Cinselliği başlatma konusunda, gebelik öncesi ve gebelikte erkek partnerin belirgin olarak baskın olduğu anlaşılmaktadır. Bunun sebebi toplumun kültürel yapısı, kadının doğal biyolojik yapısı olabilir. Gökyıldız ve Beji (2005)'nin yüz elli Türk gebe kadında yaptıkları çalışmada ise, gebelik öncesi dönemde en fazla 'eşler eşit sıklıkta' yanıt verenler %51 iken, bu yanıt birinci trimesterde %32, ikinci trimesterde %24, üçüncü

trimesterde ise %28 olarak bulunmuştur. Gebelik ayları ilerledikçe cinsel ilişkiyi başlatan kişinin 'eşler eşit sıklıkta' yanıtından, 'genellikle erkek' yanıtına kaydığı tespit edilmiştir. Toplumumuzda kadına ve erkeğe yüklenen cinsel rol çok farklıdır. Kız çocukları yetiştirilirken cinsellikle ilgilenmemeleri öğretilir. Erkekler kadınları ele geçirmek ve arzularını doyumak üzere eğitilirler. Bu nedenlerden dolayı erkeklerin libidoları kadınların libidolarından daha yüksek olabilir.

Araştırmada gebelik dönemi libido skorları bakımından yaş grupları arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Buna göre 15-24 yaşındaki kadınların gebelik dönemi libido skoru, 25-34 ve 35-44 yaşındaki kadınların skorundan anlamlı derecede daha yüksektir. Gökyıldız (2001)'in yapmış olduğu çalışmada gebelerin yaşları ile gebelik dönemi libido durumları arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Her üç trimesterde 19-29 yaş grubunun libido durumlarının daha fazla olduğu belirlenmiştir. Ulusal yapılan bir çalışmada da benzer şekilde yaş gruplarının libido üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu bildirilmiştir. Ayrıca 21-29 yaş grubundaki gebelerin lubrikasyon, orgazm ve doyum puanlarının 30 ve üzeri yaş grubundakilere göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Özkan ve ark 2009). Literatür incelendiğinde genel olarak artan gebelik yaşı ile birlikte cinsel aktivitelerin de azaldığı görülmektedir. Cinsel istek, cinsel ilişki sıklığı, orgazm, cinsel tatmin fonksiyonlarında genel olarak azalma söz konusudur (Al Bustan ve ark 1995, De Judicibus ve McCabe 2002). Bu çalışmanın bulguları da literatür bulgularına paralellik göstermektedir. Araştırmada erkeklerde de durum incelenmiş ancak gebelik dönemi libido skorları bakımından yaş grupları arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Onah (2002)'in çalışmasında ise erkek yaşının 40'ın altında olması gebelikte koital ilişki sıklığında en önemli belirleyici olarak bulunmuştur.

Gebelik dönemi libido skorları bakımından farklı öğrenim durumlarındaki kadınlar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Yurtiçi yapılan bir çalışmada, gebe kadınların öğrenim durumlarının cinsel fonksiyonlarını etkilemediği bildirilmiştir (Özkan ve ark 2009). Haines ve arkadaşlarının (2006) yaptıkları çalışmada da öğrenim durumunun gebelerin cinsel yaşamı ile ilişkili olmadığı belirtilmiştir. Eryılmaz ve arkadaşlarının (2004) yaptığı çalışmada ise öğrenim durumunun gebelerde cinsel yaşam ile ilişkili olduğu belirlenmiştir. Al Bustan ve arkadaşlarının (1995) yaptıkları çalışmada ise öğrenim durumu düşük olan gebelerin cinsel yaşamlarının daha olumlu olduğu ifade edilmiştir. Eğitim

düzeyi arttıkça kadının cinselliğe bakışı ve aldığı haz olumlu yönde artmaktadır. Araştırma sonucumuza göre eğitimin gebelik döneminde cinsel yaşamı etkilemediği görülmüştür. Gebelikte eğitim durumunun cinsel yaşamı etkilememesi bu konuda yeterince bilgi sahibi olunmamasına, sağlık personelinin yeterince bilgi vermemesine, gebelikte cinselliğe ilişkin tabuların olmasına, mitlerin ve yanlış inanışların olmasına bağlı olabilir. Araştırmada libido skorları bakımından farklı öğrenim durumundaki erkekler arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Buna göre, ilkokul mezunu erkeklerin gebelik dönemi libido skorları, lise ve üniversite veya yüksek lisans mezunu erkeklerin skorundan anlamlı derecede daha yüksektir. Öğrenim düzeyi yüksek olan erkeklerin gebelikte cinsel yaşamla ilgili oluşabilecek sorunlarla ilgili bilgi düzeyinin daha yüksek olması libido seviyesini düşürmüş olabilir.

Araştırmada gebelik dönemi libido skorları bakımından çocuk sayısı arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Özkan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada canlı doğum sayısının cinsel fonksiyonları etkilemediği bildirilmiştir. Eryılmaz ve arkadaşlarının (2004) yaptığı çalışmada ise çocuk sayısının gebelerde cinsel yaşam ile ilişkili olduğu ifade edilmiştir.

Gebelik dönemi libido skorları bakımından kadınların çalışma durumları arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Haines ve arkadaşları (1996), çalışma durumu ile cinsel davranışların hem gebelik öncesi hem de gebelik sırasında tutarlı bir ilişki göstermediğini belirtmişlerdir. Özkan ve ark (2009)'nın yapmış olduğu çalışmada gebe kadınların mesleğinin cinsel fonksiyonlarını etkilemediği bulunmuştur. Eryılmaz ve arkadaşlarının (2004) araştırmasında, gebelik sırasında çalışma durumunun cinsel yaşamla ilişkili olmadığı belirtilmiştir. Araştırmada gebelik dönemi libido skorları bakımından erkeklerin de meslekler arası farklılığı incelenmiş ancak anlamlı farklılık bulunmamıştır. Erkeklerin çalışma durumunun cinselliklerini etkilemediği düşünülebilir. Çalışmada her iki cinsiyette de gebelik dönemi libido skorları bakımından yaşanan yer arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Yaşanılan yerin bireyin cinselliğini etkilemediği söylenilebilir.

Araştırmada gebelik dönemi libido skorları bakımından farklı evlilik süreleri arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Buna göre evlilik süresi uzun olan gebe kadınlarda libido skorları, evlilik süresi kısa olan gebelere göre daha düşük bulunmuştur. Gökyıldız'ın (2001) çalışmasında gebelikte evlilik süreleri ve cinsel ilişki sıklığı incelenmiş, her bir

trimesterde evlilik süresi arttıkça cinsel ilişkide bulunma sıklığının anlamlı düzeyde azaldığı bildirilmiştir. Benzer çalışmalarda da, evlilik süresi arttıkça libido düzeylerinin negatif etkilendiği rapor edilmiştir (Şahin 2003, Kadioğlu ve ark 2004, Gökyıldız ve Beji 2005).

Çalışmada gebeliğin istenmesi libido skorları bakımından incelenmiş ancak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. İsteyerek gebe kalma libidoyu etkilememiştir. Cinsel ilişkiyi güvenli bulan kadınların gebelik dönemindeki libido skorları güvenli bulmayanlara göre anlamlı ölçüde daha yüksektir. Gebelik dönemi cinsel ilişkinin güvenli bulunması libidoyu olumlu yönde etkilemektedir. Gebelikte cinsel ilişkiyi güvenli bulan erkeklerin gebelik dönemi libido skorları, riskli bulan erkeklerin skorundan anlamlı derecede daha yüksektir. Gebelikte cinsel ilişkiyi güvenli bulmanın libidoyu olumlu etkilediği görülmüştür. Gebelikten önce cinsel ilişkiden korkan ve korkmayan kadınlar arasında gebelik dönemi libido skorları bakımından anlamlı farklılık bulunmamıştır. Araştırmada gebelikte cinsel ilişkiden korkan ve korkmayan erkekler arasında da gebelik dönemi libido skorları bakımından anlamlı farklılık bulunmamıştır. Korku gebelik döneminde libidoyu etkilememiştir.

Gebelikte cinsel yaşam hakkında bilgi alan ve almayan kadınlar ve erkekler arasında gebelik dönemi libido skorları bakımından anlamlı farklılık bulunmamıştır. Hem kadınlarda hem erkeklerde cinsellik hakkında yeterli bilgiye sahip olma libidoda değişiklik oluşturmamıştır.

Gebe kadını seksi bulan ve bulmayan erkekler arasında gebelik dönemi libido skorları bakımından anlamlı farklılık bulunmamıştır. Erkeklerin gebelik sırasında eşlerini seksi bulmaları libidoyu etkilememiştir.

5. SONUÇ ve ÖNERİLER

5.1. Sonuçlar

Gebe kadın ve eşlerinin cinsel yaşamlarına ilişkin durumlarını saptamak ve hem gebelerin hem de eşlerinin bu konuda cinsel gereksinimlerini belirlemek amacıyla 105 evli çiftte yapılan araştırmada elde edilen sonuçlar şunlardır;

Araştırmaya katılan kadınların yaş ortalaması $25,45 \pm 4,51$, erkeklerin yaş ortalaması $27,32 \pm 5,12$ 'dir (Çizelge 3.1).

Araştırmaya katılan kadınların %44,8'i ilkokul mezunu iken, erkeklerin %43,8'i ilkokul mezunudur (Çizelge 3.1).

Araştırmaya katılan kadınların %80'i ev hanımı, erkeklerin %42,9'u işçidir (Çizelge 3.1).

Araştırmaya katılan kadınların %42,9'u gebelikte cinsel ilişkiyi güvenli bulmamakta iken, erkeklerin %44,8'i gebelikte cinsel ilişkiyi güvenli bulmamaktadır. Ayrıca kadınların %51,4'ü erkeklerin ise %46,7'si gebelikte cinsel ilişkiden korktuğunu belirtmiştir (Çizelge 3.2).

Araştırmaya katılan kadınların %37,1'i, erkeklerin ise %36,2'si gebelikte cinsel yaşamla ilgili bilgi aldığını belirtmiştir. Gebelikte cinsel yaşamla ilgili bilgi alan kadınların

%2,5'i hemşireden bilgi almıştır. Erkeklerde hemşireden bilgi alan kimse yoktur (Çizelge 3.2).

Araştırmaya katılan kadınların %93,3'ü gebeliği istediklerini belirtmişlerdir (Çizelge 3.3).

Araştırmaya katılan kadınların %8,6'sı gebelikten önce cinsel ilişkiden korktuklarını, %16,2'si gebelik boyunca cinsel ilişki sırasında sorun yaşadıklarını belirtmişlerdir. Gebelik boyunca cinsel ilişki sırasında sorun yaşadıklarını belirten kadınların %52,9'u sorunun çözülmediğini belirtmiştir (Çizelge 3.3).

Araştırmaya katılan erkeklerin %37,1'i gebe kadını seksi bulduklarını belirtmişlerdir (Çizelge 3.4).

Araştırmaya katılan erkeklerin %36,2'si gebeliğin cinsel yaşamlarını etkilediğini belirtmiştir. Gebeliğin cinsel yaşamlarını etkilediğini ifade eden erkeklerin %89,5'i olumsuz bir etki olduğunu ifade etmiştir (Çizelge 3.4).

Gebelik öncesi dönem için kadınların libido skor ortalaması $4,43 \pm 1,41$, erkeklerin $6,35 \pm 1,68$; kadınların gebelik döneminde libido skor ortalaması $2,86 \pm 1,70$, erkeklerin $4,88 \pm 2,39$ 'dir. Çiftlerin gebelik öncesi dönemdeki libido skor ortalamaları ile gebelik dönemindeki libido skor ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Buna göre çiftlerin gebelik öncesi dönemdeki libido skor ortalamaları, gebelik dönemindeki libido skor ortalamalarından daha yüksektir (Çizelge 3.6).

Gebelik öncesi dönemde kadınların %8,7'sinin, erkeklerin %12,6'sının libido skoru çok düşük iken, gebelik döneminde kadınların %41,3'ünün, erkeklerin %13,6'sının libido skoru çok düşüktür (Çizelge 3.7).

Araştırmada kadınların gebelik dönemi libido skorları bakımından eğitimleri, yaşanılan yer, evlilik yaşı, çalışma durumları, çocuk sayısı, aile dışından sürekli beraber

yaşanan birinin olması ve gebeliğin istenmesi arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Yaş ve evlilik süreleri arasında ise anlamlı farklılık bulunmuştur (Çizelge 3.8, Çizelge 3.9, Çizelge 3.10, Çizelge 3.11, Çizelge 3.12, Çizelge 3.13, Çizelge 3.14, Çizelge 3.15, Çizelge 3.16).

Araştırmada kadınların gebelik dönemi libido skorları bakımından gebelikte cinsel ilişkiyi güvenli bulma, gebelikten önce cinsel istek duyma ve gebelikte cinsel istek duyma arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Gebelikten önce cinsel ilişkiden korkma, gebelikte cinsel ilişkiden korkma ve gebelikte cinsel yaşamla ilgili bilgi alma durumu arasında ise anlamlı farklılık bulunmamıştır (Çizelge 3.17, Çizelge 3.18, Çizelge 3.19, Çizelge 3.20, Çizelge 3.21, Çizelge 3.22).

Araştırmada erkeklerin gebelik dönemi libido skorları bakımından eğitim dışındaki tüm tanıtıcı özellikler arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Erkeklerde gebelik dönemi libido skorları bakımından sadece eğitim durumları arasında anlamlı farklılık bulunmuştur (Çizelge 3.23, Çizelge 3.24, Çizelge 3.25, Çizelge 3.26, Çizelge 3.27).

Araştırmada erkeklerin gebelik dönemi libido skorları bakımından gebelikte cinsel ilişkiyi güvenli bulma dışındaki tüm cinselliğe ilişkin bilgileri arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Erkeklerde gebelik dönemi libido skorları bakımından sadece gebelikte cinsel ilişkiyi güvenli bulma arasında anlamlı farklılık bulunmuştur (Çizelge 3.28, Çizelge 3.29, Çizelge 3.30, Çizelge 3.31, Çizelge 3.32).

5.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda şu önerilerde bulunulabilir; Çalışma grubundaki çiftlerin hemen hemen yarısı gebelikte cinsel ilişkiyi güvenli bulmamakta ve cinsel ilişkiden korkmaktadır. Gebelik süresince hem kadınların hem de erkeklerin libido skorları gebelikte düşüş gösterdiği sonucuna dayalı olarak çiftlere hemşireler tarafından gebelikte cinsel yaşamın nasıl olması gerektiği hakkında danışmanlık hizmeti verilmeli ve bu konuda eğitim materyalleri hazırlanmalı, gebelikte cinsel ilişki ve

cinsel aktiviteler hakkında teknik ve detaylar içeren bilgi veya broşürler çiftlere verilmelidir.

Çalışma grubundaki çiftlerin büyük çoğunluğu cinsel yaşam konusunda doktor, kitap, dergi, gazete, internet, televizyon gibi kaynaklardan bilgi aldıklarını ifade etmiştir. Yapılan çalışmalarda ve çalışmamızda çiftlerin, cinsel yaşam konusunda hemşirelerden yeterince yararlanmadığı görülmektedir. Cinsellik bütüncül sağlık bakımı kavramının önemli bir unsuru olarak kabul edilmesine karşın, çok az hemşire bu alanda değerlendirme yapabilmekte ve uygun girişimlerde bulunabilmektedir. Buna neden olarak hemşirelerin cinsellikle ilgili danışmanlık için yeterli bilgiye sahip olmamaları, utanmaları, iş yoğunluğu, cinselliğe ilişkin kişisel baskıcı tutumları ve cinsellikle ilgili konuları tartışırken anksiyete yaşamaları gibi faktörler gösterilmektedir. Oysaki hemşirelerin, çiftlerin bu önemli yaşam deneyimlerinde eğitim ve danışmanlıkta son derece uygun pozisyonda oldukları bilinmektedir. Bu nedenle hemşirelerin hem eğitim süreçlerinde hem de mezuniyet sonrası eğitim programlarında cinsellik, kapsamlı olarak ele alınmalı, gebelik gibi özel durumlarda cinsellik incelenmelidir.

Çiftlerin çoğu için gebelik döneminde cinsellik, önemli bir sorun olabilmektedir. Çiftlerin gebelik öncesi dönemdeki libido skorlarının, gebelik dönemindeki libido skorlarından daha yüksek olduğu, gebelik döneminde cinsel ilişki sıklığının azaldığı ve cinselliğin, çiftlerin cinsel işlev durumu ve yaşam kalitesini etkileyen bir sorun olduğu görülmektedir. Gebelik dönemindeki cinsel yaşam sürecinde hemşireler, bütüncül bir yaklaşımla çiftlerin durumlarını değerlendirmeli, sorun ve gereksinimlerini belirlemeli, çiftlerin cinsel işlevlerini ve yaşam kalitesini yükseltmede profesyonel bir rol almalıdır. Hemşireler, çiftlere üreme sistemi, anatomi ve fizyolojisi, gebelik ve cinsellik konusunda sağlık eğitimi vererek yanlış ve eksik bilgilerini gidermelidir.

Gebelikte cinsel yaşamın nasıl olması gerektiği ve cinsel yaşamı nelerin etkilediği ile ilgili daha fazla araştırma gerekmektedir. Bunları belirlemeye yönelik hemşireler ve sağlık profesyonelleri tarafından konuyla ilgili araştırmalar yapılmalı ve araştırmaların sonuçlarına göre doğru ve güvenilir bilgiye ulaşım sağlanmalıdır.

Gebelikte cinsel yaşam konusunda halkın medya iletişim araçlarıyla aydınlatılması önerilebilir.

Bütüncül hemşirelik yaklaşımı çerçevesinde gebelik boyunca ve tüm yaşamlarında çiftlerin cinsel sorunlarını rahatlıkla ifade edebilmelerini sağlayacak uygun ortamların oluşturulması, cinsel fonksiyonlarının değerlendirilmesi ve bakım planında ele alınması, çiftlerin eğitimlerinde cinsel sağlığın korunmasına yönelik eğitimlere daha geniş yer verilmesi önerilebilir.

Cinselliğin sağlık bakımının önemli bir parçası olduğu düşünüldüğünde çiftlerin cinsel yaşama ilişkin deneyimledikleri sorunların erken safhada saptanıp çözüme ulaştırılmasının çiftlerin cinsel sağlığının gelişmesi ve yaşam kalitelerinin yükseltilmesinde daha etkili olabileceği düşünülmektedir.

Etkili bir şekilde planlanacak ve uygulanacak antenatal eğitimler çiftleri destekleyerek daha doyumlu bir gebelik dönemi ve cinsellik yaşanmasını sağlayacaktır.

Ülkemizde cinsel disfonksiyon yaşanmasına rağmen sağlık personelinin yardım alan kişilerin sayısı oldukça azdır. Bu nedenle sağlık kurumuna başvuran her gebenin sağlık personeli tarafından bu yönde sorgulanması, çiftleri cesaretlendirerek yaşadıkları sorunları açıklamasına fırsat sağlanması gerekir.

Son olarak şu ana kadar yapılan çalışmalarda ve bu çalışmada da görülmüştür ki; gebelik döneminde çiftler cinsel ilişkiden korkmakta ve cinsel ilişki sıklığı azalmaktadır. Ayrıca çiftler gebelikte cinsel yaşamla ilgili bilgiyi en az oranla sağlık personelinin edinmiştir. Bu doğrultuda sağlık personelinin konuyla ilgili duyarlılığını arttıran hizmet içi programların yapılması önerilebilir.

ÖZET

Bilen Sadi Z, Gebelikte Eşlerin Cinsel Yaşamı ve Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi.

Bu araştırma gebelikte eşlerin cinsel yaşamının ve etkileyen etmenlerin incelenmesi amacıyla planlanmıştır. Kesitsel tipteki araştırmanın örneklemini 15.06.11–15.09.11 tarihleri arasında Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Antenatal Bakım Polikliniği'ne başvuran gebeler ve eşleri oluşturmaktadır. Araştırmaya 105 çift katılmaya gönüllü olmuştur. Araştırma verileri araştırmacı tarafından geliştirilen ve kadın ve erkek için ayrı ayrı oluşturulan anket formları ve Api ve ark (1997) tarafından geçerlik ve güvenilirliği yapılan libido skorlama sistemi ile toplanmıştır. Verilerin analizi SPSS 22.0 paket programında gerçekleştirilmiştir. Analizlerde tanımlayıcı istatistikler(sayı, yüzde, aritmetik ortalama), libido skorları ile tanıtıcı özelliklerde ve libido skorları ile cinselliğe ilişkin bilgi ve görüşlerin incelenmesinde varyans analizi ve t testi kullanılmıştır. Ayrıca varyans analizleri sonucunda, gruplar arası fark olduğu durumda, farklılığın hangi gruptan kaynaklı olduğunu test etmek için post-hoc istatistik testi kullanılmıştır. Araştırma için gerekli etik kurul izini Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Danışma Komisyonu'ndan alınmıştır.

Araştırmaya katılan kadınların yaş ortalaması $25,45\pm 4,51$, erkeklerin yaş ortalaması $27,32\pm 5,12$ 'dir. Araştırmaya katılan kadınların %44,8'i ilkokul mezunu iken, %1,9'u yüksek lisans ve doktora mezunu, erkeklerin %43,8'i ilkokul mezunu, %1'i ise yüksek lisans mezunudur. Araştırmaya katılan kadınların %80'i ev hanımı, erkeklerin %42,9'u işçidir. Çiftlerin evlilik süresi ortalaması $10,82\pm 6,82$ 'dir. Araştırmaya katılan çiftlerin %20'sinin ailesi dışında sürekli olarak birlikte yaşadığı birileri var iken, %80'inin yoktur.

Kadın katılımcıların %42,9'u gebelikte cinsel ilişkiyi güvenli bulmamakta iken, erkek katılımcıların %44,8'i gebelikte cinsel ilişkiyi güvenli bulmadıklarını ifade etmiştir. Çalışmada kadınların %8,6'sı gebelikten önce cinsel ilişkiden korkarken bu durum

gebelikte %51,4'e yükselmiştir. Araştırmaya katılan kadınların %37,1'i, erkeklerin ise %36,2'si gebelikte cinsel yaşamla ilgili bilgi aldığını belirtmiştir. Gebelikte cinsel yaşamla ilgili bilgi alan kadınların %2,5'i erkeklerin ise hiçbiri hemşireden bilgi almıştır.

Gebelik öncesi dönem için kadınların libido skor ortalamaları $4,43 \pm 1,41$ gebelik döneminde ise $2,86 \pm 1,70$ 'dır. Kadınların gebelik öncesi dönemdeki libido skor ortalamaları ile gebelik dönemindeki libido skor ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Buna göre kadınların gebelik öncesi dönemdeki libido skor ortalamaları, gebelik dönemindeki libido skor ortalamalarından daha yüksektir. Gebelik öncesi dönem için erkeklerin libido skor ortalaması $6,35 \pm 1,68$, gebelik döneminde ise $4,88 \pm 2,39$ 'dir. Erkeklerin gebelik öncesi dönemdeki libido skor ortalamaları ile gebelik dönemindeki libido skor ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Erkeklerin gebelik öncesi dönemdeki libido skor ortalamaları gebelik dönemindeki libido skor ortalamalarından daha yüksektir. Gebelik dönemi için kadınların libido skor ortalamaları $2,86 \pm 1,70$, erkeklerin libido skor ortalamaları $4,88 \pm 2,39$ 'dir. Gebelik döneminde kadınlar ile erkeklerin libido skor ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Erkeklerin gebelik dönemi libido skor ortalamaları kadınların libido skor ortalamalarından daha yüksektir.

Gebelikte çiftlerin libido skorları bakımından yaş, evlilik süreleri, eğitim, gebelikte cinsel ilişkiyi güvenli bulma, gebelikten önce cinsel istek duyma ve gebelikte cinsel istek duyma arasında anlamlı farklılık bulunmuştur.

Sonuç olarak gebelikte karşılaşılan cinsel değişimler hakkında danışmanlık hizmeti verilmeli ve bu konuda eğitim materyalleri hazırlanarak çiftler bilgilendirilmelidir. Gebelikte cinsel yaşamın nasıl olması gerektiği ve cinsel yaşamı nelerin etkilediği ile ilgili daha fazla araştırma gerekmektedir. Bunları belirlemeye yönelik hem hemşireler ve hem de diğer sağlık profesyonelleri tarafından konuyla ilgili araştırmalar yapılmalı, araştırmaların sonuçlarına göre doğru ve güvenilir bilgiye ulaşım sağlanmalıdır.

Anahtar kelimeler; Cinsel yaşam, gebe, gebelik, hemşirelik bakımı, libido skora sistemi.

SUMMARY

Bilen Sadi Z, The Sexual Life Of Partners In Pregnancy and Examine Of Affecting Factors

This research has been planned to examine the sexual life of partners and the factors affecting it in pregnancy. The pregnant women and their husbands who applied to Adnan Menderes University Faculty of Medicine Gynaecology and Obstetrics Department Antenatal Care Polyclinic between the dates 15.06.11 and 15.09.11 constitute the sample survey of this cross-sectional research. 105 couples were volunteer to participate in the research study. Research data is gathered with questionnaire forms improved by the researcher drawn up separately for the females and the males and with a libido scoring system whose validity and reliability tested by Api and Ark (1997). The analysis of the data was realised on the SPSS 22.0 packaged software. The variance analysis and t-test were used to analyze the descriptive statistics (number, percent and arithmetic average), libido scores with descriptive characteristics and libido scores with information and opinions about sexual life on the research. Moreover in the case that there is a difference between the variant analyzes results of the groups the post-hoc statistics test was used to test that the difference is resulted from which group. The research ethics committee approval was obtained from Adnan Menderes University Faculty of Medicine Advisory Commission on Clinical Researches.

The average age of women who participated in the research is $25,45 \pm 4,51$ and the average age of men is $27,32 \pm 5,12$. 44,8% of the women who participated in the research are primary school graduate and 1,9% of them have master degree and doctorate, 43,8 % of

the men are primary school graduate and 1% of them have master degree. 80% the women who participated in the research are housewives and 42,9 % of the men are labourers. The average of the marriage length of the couples is $10,82 \pm 6,82$. 20 % of the couples who participated in the research have some people whom they have to live together with, 80 % do not have any one.

42,9% of the female participants stated that sexual intercourse was not safe during the pregnancy and 44,8% of the male participants stated that sexual intercourse was not safe during the pregnancy. 8,6% of the women in the research afraid of sexual intercourse before the pregnancy and this case hits 51,4% during the pregnancy. %37,1 of the female participants and 36,2 male participants stated that they got information on sex life during the pregnancy. 2,5% of the women who get information on sex life during the pregnancy, none of the men get information from nurses.

The libido score averages of the women are $4,43 \pm 1,41$ during the preconception period and $2,86 \pm 1,70$ during the pregnancy period. A significant difference between the libido score averages of the women during the preconception and the libido score averages of the them during the pregnancy have been found out. Hereunder the libido score averages of the women during the preconception are higher than the libido score averages during the pregnancy. The libido score averages of the men during preconception period are $6,35 \pm 1,68$ and during the pregnancy period are $4,88 \pm 2,39$. A significant difference between the libido score averages of men during the preconception period and during the preconception period have been found out. The libido score averages of men during the preconception period are higher than the libido score averages during the pregnancy period. The libido score averages of the women are $2,86 \pm 1,70$, the libido score averages of men are $4,88 \pm 2,39$ during the pregnancy period. A significant difference between the libido score averages of men and women during the pregnancy have been found out. The libido score averages of the men during the pregnancy period are higher than the women's libido score averages.

In terms of the couples' libido scores in the pregnancy, a significant difference between the age, duration of marriage, education, finding safe the sexual intercourse

during pregnancy, the sexual desire before the pregnancy and the sexual desire in pregnancy have been found out.

Consequently the consultancy services must be provided about the sex life changes in the pregnancy and education materials about this issue must be developed and couples must be informed. The further researches are needed about how should the sex life be and which factors affects the sex life in the pregnancy. In order to determine these, related researches should be done by nurses and other medical professionals and according to the results of those researches reaching to the valid and reliable information must be provided.

Key Words: Sexual life, pregnancy, pregnant, nursing care, libido scoring system.

KAYNAKLAR

Abdo CH, Oliveira WM, Moreira ED, Fittipaldi JA. Prevalence of sexual dysfunctions and correlated conditions in a sample of Brazilian women results of the Brazilian study on sexual behavior (BSSB). *International Journal of Impotence Research* 2004; 16(2): 160-166.

Addis IB, Van Den Eeden SK, Wassel-Fyr CL, Vittinghoff E, Brown JS, Thom DH. Reproductive risk factors for incontinence study at kaiser study group. Sexual activity and function in middle-aged and older women. *Obstetrics and Gynecology* 2006; 107 (4): 755-764.

Adinma JIB. Sexuality in Nigerian pregnant women: perception and practice. *Aust NZJ Obstet Gynaecol* 1995; 35 (3): 290-293.

Akgül A, Çevik O. İstatistiksel Analiz Teknikleri: SPSS'te İşletme Yönetimi Uygulamaları. 2. Baskı. Ankara: Emek Ofset; 2003. p:72.

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.

Alam A. *Fundamentals of Obstetrics and Gynaecology*. 8nd Ed. United Kingdom: Mosby Elsevier; 2006. p:61

Albaugh JA, Kellogg-Spadt S. Duyulara odaklanma ve bunun cinsel disfonksiyon tedavisindeki rolü. *Urology Nursing* 2002; 22 (6): 402-403.

Altendeder RR, Hartzell, D. Adressing couples' sexuality concerns during the childbearing period: use of the PLISSIT Model. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing (JOGNN)*1997; 26 (6): 651-658.

Annon J.S. The PLISSIT model: a proposed conceptual scheme for the behavioral treatment of sexual problems. *Journal of Sex Education* 1976; 4 (6): 81-88.

Api M, Api O, Görge H, Çetin A, Yayla M. New diagnostic instrument for sexual function assess in menopausal women, *Journal of the Turkish- German Gynecological Association* 2005; 6 (1): 24-29.

Arıca SG, Alkan S, Bali S, Mansuroğlu YE, Özer C. The effect of pregnancy over sexual life. *Turkish Family Physician* 2011; 2 (3): 19-24.

Aslan E, Beji NK, Güngör İ, Kadioğlu A, Dikencik BK. Prevalence and risk factors for low sexual function in women: a study of 1009 women in an outpatient clinic of a university hospital in İstanbul. *Journal of Sexual Medicine* 2008; 5 (9): 2044-2052.

Aslan G. Gebelerde cinsel yaşam ve cinsel sağlık. *Androloji Bülteni* 2005; 23: 359-362.

Aslan G, Aslan D, Kızılyar A, İspahi Ç, Esen A. Prospective analysis of sexual functions during pregnancy. *International Journal of Impotence Research* 2005; 17 (2): 154-157.

Assimakopoulos K, Panayiotopoulos S, Iconomou G, Karaivazoglou K, Matzaroglou C, Vagenas K, Kalfarentzos F. Assessing sexual function in obese women preparing for bariatric surgery. *Obesity Surgery* 2006; 16 (8): 1087-1091.

Aygin D, Aslan FE. Meme kanserli kadınlarda cinsel işlev bozukluklarının incelenmesi. *Meme Sağlığı Dergisi* 2008; 4 (2): 105-114.

Baram DA, Basson R, Kazancı G. Cinsellik, Cinsel İşlev Bozukluğu ve Cinsel Saldırı. Berek JS (Eds). *Berek&Novak Jinekoloji*. 14. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2011. s: 313-350.

Bartellas E, Crane JMG, Daley M, Bennett KA, Hutchens D. Sexuality and sexual activity in pregnancy. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2000;107 (8): 964-968.

Basson R, Berman J, Burnett A, Derogatis L, Ferguson D, Fourcroy J, Goldstein I, Graziottin A, Heiman J, Laan E, Leiblum S, Padmanathan H, Rosen R, Segraves K, Segraves RT, Shabsıgh R, Sıpskı M, Wagner G, Whipple B. Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications. *The Journal of Urology* 2000; 163 (3): 888-893.

Black DA, Makar H, Sanders S, Taylor L. The effects of sexual orientation on earnings. *Industrial and Labor Relations Review* 2003; 56 (3): 449-469.

Bozdemir N, Özcan S. Cinselliğe ve cinsel sağlığa genel bakış. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care (TJFMPC)* 2011; 5 (4): 37-46.

Brott AA, Ash J. *The Expectant Father-Facts, Tips, and Advice for Dads-to-Be*. New York: Abbeville press; 1995. p: 114-115.

Chodorow N, Contratto S. The fantasy of the perfect mother. In: Thorne B, Yalom M. (Eds), *Rethinking the Family: Some Feminist Questions*. Boston: Northeastern University Press; 1992. p: 191-214.

Connolly A, Thorp 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. In: Crenshaw TL, Goldberg JP (Eds), Sexual pharmacology: drugs that affect sexual function. New York: Norton; 1996. p: 37-61.

Çam O, Gümüş AB. Meme kanserli kadınlar için duygusal destek odaklı hemşirelik girişimleri. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2006; 10 (3): 52-60.

Çayan S, Akbay E, Bozlu M, Canpolat B, Acar D, Ulusoy E. The prevalence of female dysfunction and potential risk factors that may impair sexual function in Turkish women. Urologia Internationalis 2004; 72 (1): 52-57.

De Judicibus MA, McCabe MP. Psychological factors and the sexuality of pregnant and postpartum women. Journal of Sex Research 2002; 39 (2): 94-103.

Demirezen E. Hipertansif kadınlarda cinsel yaşam. Androloji Bülteni 2006; 26: 261-263.

Doumas M, Tsiodras S, Tsakiris A, Douma S, Chounta A, Papadopoulos A, Kanellakopoulou K, Giamarellou H. Female sexual dysfunction in essential hypertension: a common problem being uncovered. Journal of Hypertension 2006; 24 (12): 2387-2392.

Dwyer JM. High-risk sexual behaviours and genital infections during pregnancy. International Nursing Review 2001; 48 (4): 233.

Efe H. Gebeliğin kadın cinselliği üzerindeki etkileri. Uzmanlık Tezi. T.C. Sağlık Bakanlığı Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul, Türkiye. 2006.

Eliot ML. The use of "impotence" and "frigidity": why has "impotence" survived?. Journal of Sex & Marital Therapy 1985; 11 (1): 51-56.

Elnashar AM, El-Dien Ibrahim M, El-Desoky MM, Ali OM, El-Sayd Mohamed Hassan M. Female sexual dysfunction in Lower Egypt. BJOG An International Journal of Obstetrics and Gynaecology 2007; 114 (2): 201-216.

Erenel AS, Eroğlu K, Vural G, Dilbaz B. A pilot study: in what ways do women in Turkey experience a change in their sexuality during pregnancy?. Sexuality and Disability 2011; 29 (3): 207-216.

Erol B, Sanli O, Korkmaz D, Seyhan A, Akman T, Kadioğlu A. A cross-sectional study of female sexual function and dysfunction during pregnancy. Journal of Sexual Medicine 2007; 4 (5): 1381-1387.

Ertem G, Sevil Ü. Gebeliğin cinselliğe etkisi. Dirim Tıp Gazetesi 2009; 85 (1): 40-47.

Eryılmaz E, Ege E, Zincir H. Gebelikte cinsel yaşamı etkileyen faktörlerin incelenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2002; 5 (1): 11-18.

Eryılmaz G, Ege E, Zincir H. Factors affecting sexual life during pregnancy in eastern Turkey. Gynecologic and Obstetric Investigation 2004; 57 (2): 103-108.

Fahami F, Beygi M, Zahraei RH, Arman S. Sexual dysfunction in menopausal women and the socioeconomic state. *Iranian Journal of Nursing & Midwifery Research (IJNMR)* 2007; 12 (2): 61-64.

Fatemi SS, Taghavi SM. Evaluation of sexual function in women with type 2 diabetes mellitus. *Diabetes & Vascular Disease Research: Official Journal of The International Society of Diabetes and Vascular Disease* 2009; 6 (1): 38-39.

Fok WY, Chan LY, Yuen PM. Sexual behavior and activity in Chinese pregnant women. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 2005; 84 (10): 934-938.

Foucault M. Cinselliğin Tarihi. İstanbul: Ayrıntı Yayınları, 2003.

Fourcroy JL. Customs, culture and tradition-what role do they play in a woman's sexuality?. *Journal Sexual Medicine* 2006; 3 (6): 954-959.

Gillian A. Womens's Sexual Health. In: Andrews G, Tindall B. (Eds). London: 1997. p: 111-131.

Gökyıldız Ş, Beji NK. Gebeliğin cinsel yaşam üzerindeki etkileri. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Türkiye. 2001.

Gökyıldız Ş, Beji NK. The effects of pregnancy on sexual life. *Journal of Sex & Marital Therapy* 2005; 31 (3): 201-215.

Göl K. Gebelik Fizyolojisi Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanlar TUS Serisi, Atlas Kitapçılık, Ankara: 2002. s: 231-238.

Gülsün M, Ak M, Bozkurt A. Marriage and sexuality from a psychiatric point of view. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar Current Approaches in Psychiatry* 2009; 1 (1): 68-79.

Gürkan ÖC. Gebelik döneminde cinsellik nasıl etkileniyor?. *Androloji Bülteni* 2007; 28: 80-85.

Gürsoy E. Gebe ve jinekoloji polikliniklerinde çalışan hemşireler ve ebelerin kızlık zarı muayenesine ilişkin görüş ve yaklaşımları. Bilim Uzmanlığı Tezi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, Türkiye. 1999.

Haboubi NH, Lincoln N. Views of health professionals on discussing sexual issues with patients. *Disability and Rehabilitation* 2003; 25 (6): 291-296.

Haeberle EJ. Cinsel Atlas, çev: Akın M, 3. Baskı, İstanbul: Say Yayınları, 2006.

Haines CJ, Shan YO, Kuen CL, Leung DH, Chung TK, Chin R. Sexual behavior in pregnancy among Hong Kong Chinese women. *Journal of Psychosomatic Research* 1996; 40 (3): 299-304.

Hallward A, Ellison JM. Sexual dysfunction. In: Antidepressants and Sexual Function. London: Harcourt Health Communications; 2001. p:28-57.

Henson HK. Meme kanseri ve cinsellik. *Sexuality and Disability* 2002; 20 (4): 261-275.

Hogan RM. *Human Sexuality A Nursing Perspective*. Newyork: Appleton-Century-Crofts; 1980. p: 469-484.

İşık MT. Gebelik sürecinde tıbbi aydınlatma. Doktora Tezi. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tıp Tarihi Ve Etik Anabilim Dalı, Adana, Türkiye. 2010.

İncesu C. Cinsel işlev bozukluklarında ilk basamak değerlendirme ve ayırıcı tanı. *Psikiyatri Dünyası* 1999; 2: 39-48.

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

İnanç N, Coşkun A, Okumuş H. Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı. İstanbul: Birlik Ofset Ltd. Sti.; 1996. s: 31-70.

Jokinen K, Rautava P, Makinen J, Ojanlatva A, Sundell J, Helenius H. Experience of climacteric symptoms among 42–46 and 52–56-year-old women. *Maturitas* 2003; 46 (3): 199-205.

Kadioğlu A, Başar B, Semerci B, Orhan İ, Aşçı R, Yaman M Ö, Çayan S, Usta MF, Kendirci M. Erkek ve kadın cinsel sağlığı. İstanbul: Türk Androloji Derneği Yayını; 2004. s: 615-618.

Kaplan HS. The anatomy and physiology of the sexual response. In: Kaplan HS. (Eds). *The New Sex Therapy*. New York: Brunner Mazel; 1974. p: 27-56.

Kaplan HS. Hypoactive sexual desire. *Journal of Sex & Marital Therapy* 1977; 3 (1): 3-9.

Kaplan HS. *Disorders of sexual desire*. New York: Brunner/Mazel; 1979.

Kaya F, Serin Ö, Genç A. Eğitim fakültesi birinci sınıf öğrencilerinin cinsel yaşamlarına ilişkin yaklaşımlarının belirlenmesi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni* 2007; 6 (6): 441-448.

Kerdarunsuksri A, Manusirivithaya S. Attitudes and sexual function in Thai pregnant women. *Journal of the Medical Association of Thailand* 2010; 93 (3): 265-71.

King M, Holt V, Nazareth I. Women's views of their sexual difficulties: agreement and disagreement with clinical diagnoses. *Archives of Sexual Behavior* 2007; 36 (2): 281-288.

Kinsey AC. *Sexual Behavior In The Human Male*. Philadelphia: WB Saunders; 1948. p: 610-666.

Kinsey AC, Pomeroy WB, Martin CE, Gebhard PH. *Sexual Behavior In The Human Female*. Philadelphia: WB Saunders, 1953.

Kitzinger S. Sex during pregnancy and in the puerperium. In: Education and Counselling for Childbirth. London: Bailliere Tindall, 1977.

Kocatepe K. Hamilelikte cinselliğin sakıncalı olduğu durumlar, <http://www.gebelik.org/dosyalar/cinsellik2.html>. Erişim tarihi: 22 Ağustos 2013.

Kolotkin RL, Binks M, Crosby RD, Østbye T, Gres RE, Adams TD. Obesity and sexual quality of life. North American Association For The Study Of Obesity 2006; 14 (3): 472- 479.

Koyun A. Gebelikte cinsel fonksiyonların değerlendirilmesi. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2012; 3 (3): 170-175.

Kütmeç C. Kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu ve hemşirelik bakımı. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2009; 4 (12) :111-136.

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.

Le J, Briggs GG, McKeown A, Bustillo G. Urinary tract infections during pregnancy. The Annals of Pharmacotherapy 2004; 38 (10): 1692-1701.

Lee JT. The meaning of sexual satisfaction in pregnant Taiwanese women. Journal of Midwifery&Womens Health 2002; 47 (4): 278-286.

Marcus SM, Flynn HA, Blow FC, Barry KL. Depressive symptoms among pregnant women screened in obstetrics settings. Journal Of Women's Health 2003; 12 (4): 373-380.

Masters WB, Johnson VE. Human Sexual Behavior. İnsanda Cinsel Davranış. Sayın Ü. (Çev. Eds.). İstanbul: Bilimsel ve Teknik Çeviri Yayınları Vakfı, 1994.

Moseley A. A'dan Z'ye Felsefe. İstanbul NTV Yayınları; 2010. s: 55-58.

Nagrath A, Singh M. Sex during pregnancy. In: Nagrath A, Singh M, Seth S. (Eds.). Progress in Obstetrics and Gynecology-3. 1nd Ed. India: Jaypee Brothers Medical Publishers (p) Ltd.; 2012. p: 156-167.

Naim M, Bhutto E. Sexuality during pregnancy in Pakistani women. Journal of Pakistan Medical Association 2000; 50 (1): 33-38.

Ohl LE. Essentials of female sexual dysfunction from a sex therapy perspective. Urologic Nursing 2007; 27 (1): 57-63.

Onah HE, Iloabachie GC, Obi SN, Ezugwu FO, Eze JN. Nigerian male sexual activity during pregnancy. International Journal of Gynecology & Obstetrics, 2002; 76 (2): 219-223.

Orji EO, Ogunlola IO, Fasubaa OB. Sexuality among pregnant women in South West Nigeria. Journal of Obstetrics & Gynecology 2002; 22 (2): 166-168.

Oruç S, Esen A, Laçın S, Adıgüzel H, Uyar Y, Koyuncu F. Sexual behavior during pregnancy. Australian and New Zealand Journal of Obstetric Gynaecology 1999; 39 (1): 48-50.

Özgüven İE. Cinsellik ve Cinsel Yaşam. 1. Baskı. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım; 1997. s: 2.

Özkan S, Demirhan H, Çınar İÖ. Gebelik ve bazı sosyodemografik özelliklerin cinsel fonksiyon üzerine etkisi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2009; 12 (3): 28-37.

Parish WL, Luo Y, Laumann EO, Kew M, Yu Z. Unwanted sexual activity among married women in urban China. Journal of Sex Research 2007; 44 (2): 158-171.

Parrinder G (Çev: Elçi N.). Dünya Dinlerinde Cinsel Ahlak. 1. Baskı. İstanbul: Say Yayınları; 2003. s: 355-367.

Pauleta JR, Pereira NM, Graça LM. Sexuality during pregnancy. The Journal of Sexual Medicine 2010; 7 (1 Pt 1): 136-142.

Pilliteri A. Maternal and Child Health Nursing: Care Of The Childbearing and Childrearing Family. 6nd Ed. New York: Lippincott; 2009. p: 199-207.

Poroy A. Seks 1. İstanbul: Ad Yayıncılık A.Ş.; 1995. s: 68-84.

Poroy A. Modern Doğum ve Gebelik El Kitabı. İstanbul: Akpomed Tıbbi Hizmetler Ltd. Şti. Yayını; 1996. s: 123-133.

Poroy A. Türkiye’de Cinsellik. İstanbul: Alfa Basım Yayım Dağıtım Ltd. Şti. Yayını; 2005. s: 69-73.

Read J. ABC of sexual health: sexual problems associated with infertility, pregnancy, and ageing. British Medical Journal 1999; 318 (7183): 587-589.

Reamy K, White SE, Daniell WC, LeVine ES. Sexuality and pregnancy: a prospective study. The Journal of Reproductive Medicine 1982; 27 (6): 321-327.

Serrano F, Lima ML. Recurrent miscarriage: psychological and relational consequences for couples. Psychol Psychother 2006; 79 (Pt 4): 585-594.

Sharpe TH. Adult Sexuality. The Family Journal 2003; 11 (4): 420-426.

Sidi H, Puteh SE, Abdullah N, Midin M. The prevalence of sexual dysfunction and potential risk factors that may impair sexual function in Malaysian women. The Journal of Sexual Medicine 2007; 4 (2): 311-321.

Sobolewski A. Sexuality and healthcare: a human dilemma. Morrissey MV(Eds.). London: Mark Allen Publishing; 1998. p: 75- 89.

Stahl SM. Temel Psikofarmakoloji. Taneli B, Taneli Y (Çev. Eds.). İstanbul: Yelkovan Yayınevi, 2003.

Steinke E, Patterson-Midgley P. Sexual counseling following acute myocardial infarction. *Clinical Nursing Research* 1996; 5 (4): 462-472.

Stokes T, Mears J. Sexual health and the practice nurse: a survey of reported practice and attitudes. *The British Journal of Family Planning* 2000; 26 (2): 89-92.

Stuart GW, Sundeen SJ. *Principles and practice of psychiatric nursing*. 8nd Ed. Canada: Mosby Elsevier Publishing; 2005. p:478-495.

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

Şahin NH. Gebelikte seksüel değişiklikler. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu Hemşirelik Dergisi* 2003; 50 (13): 25-36.

Taşkın L. *Doğum ve Kadın Hastalıkları*. 2. Baskı. Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık; 1997. s: 112-113.

Taşkın L. *Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği*. 6. Baskı Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık; 2003. s: 67-80.

Taylor B, Davis S. Using the extended PLISSIT model to address sexual healthcare needs. *Nursing Standard* 2006; 21 (11): 35-40.

Taylor TF. The origins of human sexual culture. *Journal of Psychology & Human Sexuality* 2007; 18 (2): 69-105.

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

Tuğrul C. Cinsel işlev bozukluklarının psikolojik nedenleri. *Cinsel İşlev Bozuklukları Monograf Serisi* 1999; 2: 29-33.

Tuğut N, Gölbaşı Z. Cinselliğin değerlendirilmesinde PLISSIT modeli'nin kullanımı. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2013; 2 (3): 524-534.

Van Brummen HJ, Bruinse HW, van de Pol G, Heintz AP, van der Vaart CH. Which factors determine the sexual function 1 year after childbirth?. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2006; 113 (8): 914-918.

World Health Organization (WHO). *Developing sexual health programmes*. WHO/RHR/HRP/10.22, http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_RHR_HRP_10.22_eng.pdf Erişim Tarihi: 22 Aralık 2011.

Yamaç K, Gürsoy R, Çakır N. *Gebelik ve Sistemik Hastalıklar*. Ankara: MN Medikal&Nobel Tıp Kitabevleri; 2002.

Yangın, H. Gebelikte cinsel davranışların belirlenmesi. *Doktora Tezi*. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, Türkiye. 2004.

Yetkin N, İncesu C. Cinsel işlev bozukluklarında kullanılan terimlerin gözden geçirilmesi. Nöropsikiyatri Arşivi 1997; 34 (4): 214-218.

Yıldız H, Pınar R. Miyokard infarktöslü hastalarda cinsel disfonksiyon. Anadolu Kardiyoloji Dergisi 2004; 4 (4): 309-317.

Yüksel N. Ruhsal Hastalıklar. 3. Baskı. Ankara: MN Medikal&Nobel Tıp Kitabevleri; 2006. s: 447-461.

Zahumensky J, Zverina J, Sottner O, Zmrhalova B, Driak D, Brtnicka H, Halaska M. Comparison of labor course and women's sexuality in planned and unplanned pregnancy. Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology 2008; 29 (3): 157-163.

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgileri

Adı: Zerrin
Soyadı: Bilen Sadi
Doğum Tarihi: 30.10.1986
Doğum Yeri: Milas
e-mail: zerrinbilen48@hotmail.com

Eğitim Bilgileri

İlköğretim: Sakarya İlkokulu 1992-1997
Sakarya İlköğretim Okulu 1997-2000
Lise: Milas Anadolu Lisesi 2000-2004
Lisans: Afyon Kocatepe Üniversitesi Uşak Sağlık Yüksek Okulu 2005-2009
Yüksek Lisans: Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü 2009- ...

İş Deneyimi

İzmir Özel Bornova Şifa Hastanesi Genel Yoğun Bakım Hemşiresi (13.07.2009-27.09.2009)

Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Dahiliye Yoğun Bakım Ünitesi Yoğun Bakım Hemşiresi (17.05.2011-Halen Devam Ediyor)

TEŞEKKÜRLER

Hemşirelik mesleğinin öğrenilmesi ve geliştirilmesinde ara kademelerden biri olan yüksek lisansın sonuna gelmiş bulunuyorum. Mesleğimde ilerlemek ve kendimi geliştirmek için önümde uzun bir yol olduğuna inanarak;

Tezimin planlanması, gerçekleştirilmesi ve sonuçlandırılmasına kadar tüm aşamalarında sabrını ve sevgisini hiç esirgemedi, teşvik edici ve tezime yol gösterici, yalnızca eğitimimde değil başka alanlarda da çok değerli katkılarından dolayı disiplinli ve güçlü duruşuyla değerli hocam, danışmanım Sayın Doç. Dr. Hilmiye AKSU'ya,

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

Çalışma hayatı, ev hayatı ve eğitimimi bir arada götürmemde beni daima motive eden ve destek olan, hiçbir fedakarlıktan kaçınmayan ve uzmanlık eğitimim sürecinde her zaman tecrübelerinden faydalandığım çok sevdiğim canım eşim Murat Özgür SADI'ye,

Varlığı ile beni mutlu ederek motive olmamı sağlayan biricik oğlum Ömer Yağız SADI'ye,

Ayrıca bugünlere gelmemde en büyük paya sahip olan, her an desteklerini hissettiğim, sevgi ve ilgilerini esirgemeyen canım annem Nuray BİLEN, babam Zeki BİLEN ve abim Okan BİLEN'e teşekkürlerimi sunarım.

Zerrin BİLEN SADI

EKLER

EK 1. Kadınlar İçin Anket Formu

Anket no:

Anket tarihi:...../...../.....

Değerli hanımlar,

“ Gebeliğin cinsel yaşam üzerine etkisi” ile ilgili araştırma yapmaktayız. Bu nedenle araştırmamıza gebe kadınları almaktayız. Sizi de araştırmamıza katılmayı davet ediyoruz. Araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Elde ettiğimiz bu bilgiler kimlik belirtilmeden bilimsel yayınlarda kullanılacaktır.

Katkılarınızdan dolayı teşekkür ederim.

1. Kaç yaşındasınız?.....

1. 15-24 2. 25-34 3. 35- 44 4. 45 ve üstü

2.Eğitim durumunuz nedir?

- 1.Okuryazar Değil 2. İlkokul Mezunu 3. Ortaokul Mezunu
4. Lise Mezunu 5. Üniversite Mezunu 6. Yüksek Lisans/Doktora

3. Ne iş yapıyorsunuz?

1. Ev Hanımı 2.Memur 3.İşçi 4.Emekli 5.Serbest Meslek 6.Diğer.....

4.Geçmişte uzun süre yaşadığınız yer?

1. Köy- kırsal alan 2. Kasaba 3. Şehir

5.Evlilik yaşıınız:.....

6.Evlilik süresi:.....

7.Çocuk sayınız:.....

8.Hanenizde eşiniz ve çocuklarınızdan başka sürekli birlikte yaşadığınız kişiler var mı?

- 1.Evet 2.Hayır

9. Nasıl bir evliliğiniz olduğunu düşünüyorsunuz? Neden?

.....

10. Bu gebeliği istemiş miydiniz?

1.Evet 2.Hayır

11.Gebelik ve cinsel yaşam konusunda ne düşünüyorsunuz? Neden?

.....

12.Gebelikte cinsel ilişki güvenli midir?

1.Güvenli 2. Güvenli değil 3.Fikrim yok

13.Gebelikten önce cinsel istek duyar mıydınız?

1.Evet. Ne kadar sıklıkta?.....

2.Hayır. Neden?.....

14.Gebelikte cinsel istek duyuyor musunuz?

1.Evet. Ne kadar sıklıkta?.....

2.Hayır. Neden?.....

15.Gebeliğinizi öğrendikten sonra ilk olarak ne zaman cinsel ilişkiye girdiniz?

.....

16.Gebelikten önce cinsel ilişkiden korkar mıydınız?

1.Evet 2.Hayır

17.Gebelikte cinsel ilişkiden korkuyor musunuz?

1.Evet 2.Hayır

18.Evet ise nedenini açıklayın?

.....

19.Gebelik boyunca cinsel ilişki sırasında sorun yaşadınız mı?

1.Evet 2.Hayır

20.Cevabınız evetse sorun nedir?

.....

21.Sorunun çözümü için ne yaptınız?

.....

22.Sorun çözüldü mü?

1.Evet 2.Hayır

23. Gebelikte korunmasız cinsel ilişki olması cinsel yaşamınızı etkiledi mi?

1.Evet 2.Hayır

24.Cevabınız evetse nasıl etkiledi?

.....

25.Görünümünüzdeki değişiklikler hakkında ne düşünüyorsunuz?

.....

26.Partneriniz görünümünüzdeki değişiklikler hakkında ne ifade ediyor?

.....

27.Gebelikteki cinsel yaşamınızla ilgili bilgi aldınız mı?

1.Evet 2.Hayır

28.Evetse kimlerden aldınız?

1. Medya 2. Doktor 3. Ebe 4. Hemşire 5. Doğum öncesi eğitim kursları 6. Diğer

EK 2. Erkekler İçin Anket Formu

Anket no:

Anket tarihi:...../...../.....

Değerli beyler,

“ Gebeliğin cinsel yaşam üzerine etkisi” ile ilgili araştırma yapmaktayız. Bu nedenle araştırmamıza gebe kadınları ve eşlerini almaktayız. Sizi de araştırmamıza katılmayı davet ediyoruz. Araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Elde ettiğimiz bu bilgiler kimlik belirtilmeden bilimsel yayınlarda kullanılacaktır.

Katkılarınızdan dolayı teşekkür ederim.

1. Kaç yaşındasınız?

1. 15-24 2. 25-34 3. 35- 44 4. 45 ve üstü

2.Eğitim durumunuz nedir?

- 1.Okuryazar değil 2. İlkokul mezunu 3. Ortaokul mezunu
4. Lise mezunu 5. Üniversite mezunu 6. Yüksek lisans/Doktora

3. Ne iş yapıyorsunuz?

1. Memur 2.İşçi 3.Emekli 4.Serbest Meslek 5.Diğer.....

4. Geçmişte uzun süre yaşadığınız yer?

1. Köy- kırsal alan 2. Kasaba 3. Şehir

5.Evlilik yaşıınız:.....

6. Nasıl bir evliliğiniz olduğunu düşünüyorsunuz?

.....

7. Neden?.....

8. Gebelik ve cinsel yaşam konusunda ne düşünüyorsunuz? Neden?

.....

9. Gebelikte cinsel ilişki güvenli midir?

- 1.Güvenli 2. Riskli 3.Fikrim Yok

10.Gebelikte cinsel ilişkiden korkuyor musunuz?

- 1.Evet 2.Hayır

11.Neden?

.....

12.Gebe kadın seksi midir?

1.Evet 2.Hayır

13.Eşinizin gebelikteki görünümü hakkında ne düşünüyorsunuz?

.....

14.Gebelik cinsel yaşamınızı etkiledi mi? (cevabınız hayırsa 18. Soruya geçiniz)

1.Evet 2.Hayır

15.Nasıl bir etkisi oldu?

1.Olumlu 2.Olumsuz

16.Olumsuzsa ne gibi sorunlar yaşadınız?

.....

17. Sorunun çözümü için ne yaptınız?

.....

18. Gebelikteki cinsel yaşamınızla ilgili bilgi aldınız mı?

1.Evet 2.Hayır

19.Evetse kimlerden aldınız?

1.Medya 2.Doktor 3.Ebe 4.Hemşire 5.Doğum Öncesi Eğitim Kursları 6.Diğer

EK 3. Libido Skorlama Sistemi

Libido Skorlama Sistemi				
Skor/puan	0	1	2	3
Cinsel ilişki sıklığı	Hiç	Haftada bir veya daha az	Haftada iki	Haftada iki kezden çok
Masturbasyon	Hayır			Evet
Cinsel ilişkiyi kimin başlattığı	Her zaman eşim	Genellikle eşim	Genellikle ben	Her zaman ben
Orgazm	Hiç	Arasıra	Genellikle	Her zaman
Toplam skor				
0-2 puan: Çok düşük libido				
3-4 puan: Düşük libido				
5-7 puan: İyi libido				
8-12 puan: Yüksek libido				

EK 4. Gönüllü Olur Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ !!!

Bu çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz.

Değerli hanımlar ve beyler,

“Gebelikte Eşlerin Cinsel Yaşamı Ve Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi” başlıklı bir araştırma yapmaktayız. Gebelikte çeşitli endişelerden dolayı ve cinsel istekte azalmaya bağlı olarak cinsel yaşam etkilenmektedir. Bu bilimsel çalışma gebeliğin, gebe kadınların ve eşlerinin cinsel yaşamlarını nasıl etkilediğini incelemek amacıyla planlanmıştır.

Bu çalışmaya dahil edilebilmeniz için 28 hafta ve üzeri gebe olmanız, gebeliğinizde düşük riskinizin olmaması ve doktor tarafından cinsel yaşamınıza kısıtlama getirilmemiş olması gerekir. Bu çalışmada cinsel yaşamınıza yönelik sorulardan oluşan bir anket formu ve libido skorum sistemi denilen bir ölçek kullanılacaktır. Gönüllü olarak katılacağınız bu çalışmada sizinle ilgili bilgileri doğru vermekle ve araştırmacının önerilerine uymakla sorumlusunuz.

Araştırmamıza başladığımız tarihten itibaren, belirlenen tarihler arasında Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Antenatal Bakım Polikliniği'ne başvuran katılım kriterlerine uyan gönüllü kişiler alınacaktır. Bu araştırmada sadece bir kez yer alacaksınız.

Araştırmadan size yönelik tıbbi bir yarar sağlanması söz konusu değildir ancak bu çalışmadan çıkarılan sonuçlar başka insanların yararına kullanılabilir. Bu araştırma süresince size yönelik herhangi bir risk söz konusu değildir. Size bu araştırmada anket soruları sorulacaktır. İlaç uygulaması ya da yan etkileri söz konusu olmayacaktır.

Çalışma programını aksattığınızda, çalışmaya uygun yanıtlar vermediğinizde, size verilen formları eksik bir şekilde doldurduğunuzda araştırma dışı bırakılacaksınız. Araştırmanın sizinle ilgili herhangi bir ekonomik boyutu bulunmamaktadır. Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır ve formları doldurmanız yaklaşık 15-20 dakikanızı alacaktır. Araştırmaya katılmayı reddedebilirsiniz veya herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz.

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve kimlik belirtmeksizin bilimsel yayınlarda kullanılacaktır, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait bilgilere ulaşabilirsiniz. Ancak bilgilerinize verilerin analizinden sonra ulaşabilirsiniz. Siz bilgilendirilmiş olur formunu imzalamakla bunu kabul etmiş olursunuz.

Katkılarınızdan dolayı teşekkür eder, size ve ailenize sağlıklı bir yaşam dileriz.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

GÖNÜLLÜNÜN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

VELAYET VEYA VESAYET ALTINDA BULUNANLAR İÇİN VELİ VEYA VASİNİN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

ARAŞTIRMA EKİBİ DIŞINDAN YETKİN BİR HEKİM		İMZASI
ADI & SOYADI		
TARİH		

GEREKTİĞİ DURUMLARDA TANIK		İMZASI
ADI & SOYADI		
GÖREVİ		
TARİH		

**EK 5. Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği
izin Belgesi**



T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
UYGULAMA VE ARAŞTIRMA HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ



SAYI : B.30.2.ADÜ.0.1H.00.00/605.01-233
KONU : Araştırma İzni

AYDIN
12.01.2011

REKTÖRLÜK MAKAMINA
(Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü)

İLGİ:27.12.2010 tarih ve 302-771 sayılı yazımız.

Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemişireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı öğrencisi Zerrin BİLEN'in "Gebelikte Eşlerin Cinsel Yaşamı ve Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi" isimli tez çalışmasını 15.01.2011-15.04.2011 tarihleri arasında Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğinde yapması ilgili Anabilim Dalı Başkanlığınca uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ederim

Doç. Dr. Yavuz YENİCERİOĞLU
Başhekim V.

Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi
Adres : Merkez Kampus Girişi Aytepe Mevkii / AYDIN 09010
Tel: 0 (256) 214 77 51
Web: <http://www.idari.adu.edu.tr/hastane/>

Faks : 0 (256) 213 60 64
E-mail: hastane@adu.edu.tr

EK 6. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul İzin Belgesi



T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

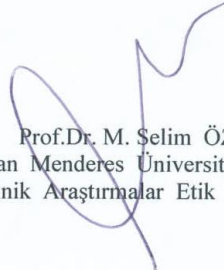


Sayı : B.30.2.ADÜ.0.01.00/050.04-
Konu :

10.06.2011

Sayın, Yrd.Doç.Dr. Hilmiye AKSU
ASYO Hemşirelik Bölümü
Kadın Sağ. ve Hast. AD Öğretim Üyesi

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 09.06.2011 tarihli toplantısında çalışmanızla ilgili alınan 2 nolu karar aşağıda sunulmuştur. Bilgilerinize sunarım.


Prof.Dr. M. Selim ÖZKÖK
Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

KARAR 2

Protokol No : 2011/002
Sorumlu Yürütücü: Yrd.Doç.Dr. Hilmiye AKSU- ASYO

Aydın Sağlık Yüksekokulu –Hemşirelik Bölümü- Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Yrd.Doç.Dr. Hilmiye AKSU'nun sorumluluğunda yapılması planlanan “Gebelikte eşlerin cinsel yaşamı ve etkileyen etmenlerin incelenmesi” isimli klinik araştırmasına 21.04.2011 tarihli kurul kararında istenilen bilgilerin gelmesi şartıyla onay verilmişti. Gelen 12.05.2011 tarihli dilekçesi ve ekleri görüşüldüğünde şartların yerine getirildiği oybirliğiyle kabul edildi.

Adres: Adnan Mend. Üniv. Tıp Fak. Dekanlığı 09100 AYDIN

Tel: 256- 225 31 66

internet adresi: <http://www.site.adu.edu.tr/akaet/>

Faks : 256- 212 31 69

e-nosta: etik@adu.edu.tr