



**TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ**



GEBELİĞİN BEDEN VE GENİTAL ALGI İLE CİNSEL İŞLEVLER ÜZERİNE ETKİSİNİN ORTAYA KONULMASI

Nur ERSAN ISRAFILOV

**KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM ANABİLİM DALI
TIPTA UZMANLIK TEZİ**

DANIŞMAN

Prof. Dr. Fulya DÖKMECİ

ANKARA

2023

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

**GEBELİĞİN BEDEN VE GENİTAL ALGI İLE CİNSEL
İŞLEVLER ÜZERİNE ETKİSİNİN ORTAYA KONULMASI**

Nur ERSAN ISRAFILOV

**KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM ANABİLİM DALI
TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**DANIŞMAN
Prof. Dr. Fulya DÖKMECİ**

**ANKARA
2023**

ETİK BEYAN

Ankara Üniversitesi
Tıp Fakültesi Dekanlığı'na,

Tıpta Uzmanlık Tezi olarak hazırlayıp sunduğum “**Gebeliğin Beden ve Genital Algı ile Cinsel İşlevler Üzerine Etkisinin Ortaya Konulması**” başlıklı tez; bilimsel ahlak ve değerlere uygun olarak tarafımdan yazılmıştır. Tezimin fikir/hipotezi tümüyle tez danışmanım ve bana aittir. Tezde yer alan araştırma tarafımdan yapılmış olup, tüm cümleler, yorumlar bana aittir.

Bu tez çalışmasıyla ilgili tüm süreçler İnsan Araştırmaları Etik Kurulu tarafından, 21.05.2021 tarihinde, İ5-312-21 numaralı kararla onaylanmıştır.

Yukarıda belirtilen hususların doğruluğunu beyan ederim.

Dr. Nur ERSAN ISRAFILOV

Tarih:

İmza:

ÖZGÜNLÜK RAPORU



Turnitin Orijinallik Raporu

Gebeliğin Beden ve Genital Algı ile Cinsel İşlevler Üzerine Etkisinin Ortaya Konulması
Nur Ersan tarafından

Nur Ersan Tez (Asistan Tezleri) den

22-Oca-2023 16:32 +03' de işleme
kondu

NUMARA: 1996906364

Kelime Sayısı: 12129

Benzerlik Endeksi	Kaynağa göre Benzerlik
%8	Internet Sources: %8 Yayınlar: %4 Öğrenci Ödevleri: %3

KABUL VE ONAY

ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TEZ SINAVI TUTANAĞI

I. UZMANLIK ÖĞRENCİSİNİN		
Adı, Soyadı	: Dr.Nur ERSAN	Sınav tarihi: 31 /01 / 2023
Anabilim/Bilim Dalı	: Kadın Hastalıkları ve Doğum	
Tez Danışmanı	: Prof.Dr.Fulya DÖKMECİ	

II. TEZ İLE İLGİLİ BİLGİLER	
Tezin Başlığı: Gebeliğin Beden ve Genital Algı İle Cinsel İşlevler Üzerindeki Etkisinin Ortaya Konulması.	
Tezin Niteliği:	☒ Ana Dal Uzmanlık Tezi ☐ Yan Dal Uzmanlık Tezi
Kaçıncı tez sınavı olduğu:	☒ 1 ☐ 2 ☐ 3

III. KARAR	
Yapılan tez sınavı sonucunda yukarıda belirtilen tezin “Tıpta Uzmanlık Tezi” olarak	
☒ Kabulüne	
☐ Reddine	
☐ Düzeltmeler yapıldıktan sonra tekrar değerlendirilmesine	
☐ Oy birliği	☐ Oy çokluğu
ile karar verilmiştir.	

IV. AÇIKLAMALAR
Lütfen, tezin reddi veya düzeltme istenmesi durumunda gerekçeli açıklamalarınızı buraya yazınız

Prof.Dr.Fulya DÖKMECİ
Jüri Başkanı
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim/Bilim Dalı

Prof.Dr.Ruhşen AYTAÇ
Jüri Üyesi
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim/Bilim Dalı

Prof.Dr.Yaprak ÜSTÜN
Jüri Üyesi
Zübeyde Hanım Etik
Kadın Hastalıkları ve Doğum

ÖNSÖZ

2010 yılından beri bir üyesi olduğum Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi ailesinde, bana hekimlik sanatının en ince ayrıntılarını öğreten ve bu mesleği yapmamda bana ilham olan tüm hocalarıma,

Uzmanlık eğitimim süresince desteğini ve tecrübelerini esirgemeyen; her konuda bana kattığı bilgelikle yoluma ışık tutan; bugünlere gelmemde çok büyük emeği olan ve tezimin her aşamasında sabırla bana yol gösteren danışman hocam Prof. Dr. Fulya Dökmeci'ye,

Uzmanlık eğitimimiz süresince, sabırla bize bilgi ve tecrübelerini aktaran, asistanı olmaktan gurur duyduğum Prof. Dr. Ruşen Aytaç'a,

Varlığını ve sevgisini bizlere daima hissettiren saygıdeğer Prof. Dr. Feride Söylemez'e,

Hem stajyer doktorken hem intern doktorken hem de asistan doktorken birlikte çalışma fırsatı bulduğum, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi ihtisası yapmamda bana en büyük ilhamı veren, asistanlığım sırasında klinik tecrübeleriyle bana yol gösteren Doç. Dr. Esra Çetinkaya'ya,

Tez hasta verilerinin kaydedilmesi sırasında pratikliği ve tecrübelerini benimle paylaşan Doç. Dr. M. Murat Seval'e ve uzmanlık eğitimim sırasında bana yol gösteren hocalarım Prof. Dr. Fırat Ortaç, Prof. Dr. Cem Atabekoğlu, Prof. Dr. Murat Sönmezer, Prof. Dr. Batuhan Özmen, Prof. Dr. Bülent Berker, Doç. Dr. Salih Taşkın, Doç. Dr. Emre Şükür'e ve anabilim dalı başkanımız Prof. Dr. Acar Koç'a

Klinik ve klinik dışı her daim bize bir telefon kadar uzak olan, abiliğini her zaman hissettiren Uzm. Dr. Bulut Varlı'ya ve başta Uzm. Dr. Gülşah Aynaoğlu ve Uzm. Dr. Çağatay Öztürk olmak üzere çalışma fırsatı bulduğum tüm uzman abi ve ablalarıma,

Klinikte beraber çalıştığımız ve aynı gemide yol aldığımız kıymetli asistan arkadaşlarıma,

Tez hastalarımı toplamam konusunda bana destek olan gebe polikliniği hemşireleri Alev Hem. ve Satı Hem. başta olmak üzere çalışma ortamımızda desteklerini bizden esirgemeyen tüm hemşire ve personellere,

Orta okuldan beri birlikte büyüdüğümüz, kâh gülüp kâh ağladığımız can dostlarım Aslı ve Jülide'ye,

Tüm hayatım boyunca maddi ve manevi her an yanımda olan canım annem, babam ve kardeşlerime,

Bana olan sevgisi, şefkati ve ilgisiyle her an yanımda olan eşim Nurlan İsrailov'a,

Sonsuz teşekkür ederim.

Dr. Nur Ersan İsrailov

Ocak 2023

İÇİNDEKİLER

Özgünlük Raporu	iii
Kabul ve Onay	iv
Önsöz	iv
İçindekiler	vi
Simgeler ve Kısaltmalar	ix
Şekiller Dizini	x
Tablolar Dizini	xi
1. ÖZET	1
2. ABSTRACT	3
3. GİRİŞ VE AMAÇ	5
4. GENEL BİLGİLER	7
4.1. Cinsellik Kavramı ve Cinsel Sağlık	7
4.2. Kadın Dış Genitalya	7
4.2.1. Vulva	8
4.2.1.1. Mons Pubis	8
4.2.1.2. Labium Majör	8
4.2.1.3. Labium Minör	8
4.2.1.4. Vajinal Vestibül	9
4.2.2. Klitoris	9
4.2.3. Kadın Dış Genital Sinirsel İnnervasyonu	10
4.3. Cinsel Yanıt Döngüsü	11
4.3.1. Arzu Evresi	14
4.3.2. Uyarılma Evresi	14
4.3.3. Orgazm Evresi	14
4.3.4. Çözülme Evresi	15
4.4. Kadın Cinsel İşlev Bozuklukları	16
4.4.1. Kadın Cinsel İlgi/ Uyarılma Bozukluğu	17
4.4.2. Kadın Orgazm Bozukluğu	17
4.4.3. Genitopelvik Ağrı / Penetrasyon Bozukluğu	18
4.4.4. Cinsel İşlev Bozuklukları Tedavisi	19
4.5. Gebelikte Cinsellik	20

4.5.1. Gebelik Döneminde Cinsel Hayatı Etkileyen Fizyolojik, Hormonal ve Psikolojik Faktörler	20
4.5.1.1. Gebelik Döneminde Cinsel Mitler	22
4.5.2. Birinci Trimesterde Cinsel Yaşam	22
4.5.3. İkinci Trimesterde Cinsel Yaşam	23
4.5.4. Üçüncü Trimesterde Cinsel Yaşam	23
4.5.5. Gebelikte Cinsel İşlev Siklusunda Oluşan Değişiklikler	24
4.5.5.1. Arzu Evresi	24
4.5.5.2. Uyarılma Evresi	24
4.5.5.3. Orgazm Evresi	25
4.5.5.4. Çözülme Evresi	25
4.6. Beden Algısı	25
4.6.1. Beden Algısını Etkileyen Faktörler	25
4.6.2. Gebelikte Beden Algısı	26
4.6.3. Beden Algısı ve Cinsel İşlevler	27
4.7. Genital Benlik İmajı	27
4.7.1. Kadın Genital Benlik İmajını Etkileyen Faktörler	28
4.7.2. Gebelikte Genital Benlik İmajı	28
4.7.3. Genital Benlik İmajı ve Cinsel İşlevler	29
5. GEREÇ VE YÖNTEM	30
5.1. Araştırma Planı ve Çalışmaya Dahil Edilecek Katılımcıların Belirlenmesi	30
5.2. Kullanılan Anket ve Ölçekler	32
5.2.1. Kadın Cinsel İşlev İndeksi (Female Sexual Function Index, FSFI)	32
5.2.2. Beden Algısı Ölçeği (Body-Cathexis Scale, BCS)	32
5.2.3. Kadın Genital Benlik İmajı Ölçeği (The Female Genital Self-Image Scale, FGSIS)	32
5.2.4. Pelvik Taban Bozukluk Envanteri (Pelvic Floor Distress Inventory-Short Form, PFDI-20)	33
5.3. Örneklem Büyüklüğü Hesabı	33
5.4. İstatistiksel Analiz	33
6. BULGULAR	35
6.1. Demografik Veriler	35
6.2. Gebelik Sürecinde Gebelerin Cinsel Mitlere İnanma Durumu	37
6.3. Kadın Cinsel İşlev İndeksi	38
6.4. Beden Algısı Ölçeği	39
6.5. Kadın Genital Benlik İmajı Ölçeği	40
6.6. Pelvik Taban Bozukluk Envanteri	41

6.7. Primigravid Gebe Grubunda Cinsel İşlevlerin Eğitim Durumu ve Hipotiroidi Hastalığına Göre Değişimi	42
6.8. Primigravid Gebelerde Gebelik Boyunca Kadın Cinsel İşlevlerinin, Kadın Genital Benlik İmajı ve Beden Algısı ile İlişkisi	42
6.9. Primigravid Gebelerde Gebelik Boyunca Kadın Cinsel İşlevlerinin, Pelvik Taban Fonksiyonları ile İlişkisi	45
7. TARTIŞMA	47
8. SONUÇ VE ÖNERİLER	52
9. KAYNAKLAR	53
10. EKLER	67
Ek-1: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	67
Ek-2: Ankara Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Hasta Takip Formu	68



SİMGELER VE KISALTMALAR

- DSÖ** : Dünya Sağlık Örgütü
- DSM-IV** : Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayısal El Kitabı Beşinci Baskı Dördüncü Baskı (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fourth Edition)
- DSM-V** : Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayısal El Kitabı Beşinci Baskı (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fifth Edition)
- FDA** : Amerika Birleşik Devletleri Gıda ve İlaç Dairesi (Amerikan Food and Drug Administration)
- FSFI** : Kadın Cinsel İşlev İndeksi (Female Sexual Function Index)
- BCS** : Beden Algısı Ölçeği (Body-Cathexis Scale)
- FGSIS** : Kadın Genital Benlik İmajı Ölçeği (The Female Genital Self-Image Scale)
- PFDI-20** : Pelvik Taban Sıkıntı Envanteri- Kısa Formu (Pelvic Floor Distress Inventory-Short Form)
- UDI-6** : Üriner Bozukluk Envanteri (Urinary Distress Inventory-6)
- POPDI-6** : Pelvik Organ Prolapsusuna Ait Bozukluk Envanteri (Pelvic Organ Prolapse Distress Inventory; Colorectal-Anal Distress Inventory-6)
- CRADI-8** : Kolorektal-Anal Fonksiyon Bozukluğu Envanteri (Colorectal-Anal Distress Inventory)
- VKİ** : Vücut Kitle İndeksi

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Klitoris anatomisi.....	10
Şekil 2. Kadın dış genitalya duyuşal innervasyonu	11
Şekil 3. Wenger, Jones ve Arkadaşları'nın trifazik cinsel yanıt modeli	12
Şekil 4. EPOR ve DEOR modeli	12
Şekil 5. Basson modeline göre dairesel cinsel tepki döngüsü.....	13
Şekil 6. Çalışmaya dahil edilen çalışma grubu ve kontrol grubu.....	31
Şekil 7. Gebelerde artan gebelik haftasıyla VKİ değişimi	37



TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1.	Kontrol ve Primigravid Gebe Gruplarının Demografik Özellikleri.....	36
Tablo 2.	Çalışma Grubuna Dair Obstetrik Özellikler	36
Tablo 3.	Cinsel Mitlere İnanma Bakımından Gebelerin Verdiği Cevapların Karşılaştırması	37
Tablo 4.	Kontrol Grubu ve Primigravid Gebelerde Kadın Cinsel İşlevleri	38
Tablo 5.	FSFI Ölçeğine Göre Cinsel İlişkiye Giren ve Girmeyen Kişilerin Dağılımı.....	38
Tablo 6.	Primigravid Gebelerde Gebelik Boyunca Cinsel İşlevlerdeki Değişim	39
Tablo 7.	Kontrol grubu ve Primigravid gebelerde Beden Algısı	39
Tablo 8.	Primigravid Gebelerde Gebelik Boyunca Beden Algısı Değişimi	40
Tablo 9.	Kontrol Grubu ve Primigravid Gebelerde Kadın Genital Benlik İmajı.....	40
Tablo 10.	Primigravid Gebelerde Gebelik Boyunca Kadın Genital Benlik İmajı Değişimi.....	40
Tablo 11.	Kontrol Grubu ve Primigravid Gebelerde Pelvik Taban Fonksiyonları	41
Tablo 12.	Primigravid Gebelerde Gebelik Boyunca Pelvik Taban Fonksiyonları Değişimi.....	41
Tablo 13.	Cinsel İşlevlerin Eğitim Durumu ve Hipotiroidi Hastalığı ile İlişkisi	42
Tablo 14.	Primigravid Gebelerde Gebelik Boyunca Kadın Cinsel İşlevlerinin, Kadın Genital Benlik İmajı ve Beden Algısı ile İlişkisi.....	44
Tablo 15.	Primigravid Gebelerde Gebelik Boyunca Kadın Cinsel İşlevlerinin, Pelvik Taban Fonksiyonları ile İlişkisi	46

1. ÖZET

“Gebeliğin Beden ve Genital Algı ile Cinsel İşlevler Üzerine Etkisinin Ortaya Konulması”

Amaç: Biz bu çalışma ile öncelikle, ilk gebeliğin kadın cinsel işlevleri üzerine olan etkisini ve gebelik süresi boyunca gösterdiği değişimi ortaya koymayı amaçladık. İkincil olarak, pelvik taban işlevleri, beden algısı ve genital benlik imajının, ilk gebelik boyunca gösterdiği değişimlerin her birinin, kadın cinsel işlevleri üzerine etkilerini araştırmayı hedefledik

Gereç ve Yöntem: Prospektif longitudinal kontrollü olarak tasarlanan bu çalışmaya Ankara Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Gebe Polikliniği’ne 2021 Nisan-2022 Ağustos ayları arasında takipli primigravid gebeler (n=330) ve kontrol grubu olarak Ankara Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Jinekoloji Polikliniği’ne başvuran daha önce gebe kalmamış cinsel aktif kadınlar (n=130) dahil edilmiştir. Araştırmaya katılan gönüllülerin sosyo-demografik ve klinik özelliklerine ilişkin çalışma takip formları, yaş, boy, kilo, vücut kitle indeksi, meslek, eğitim durumu, alışkanlıkları, öz ve soy geçmişine ait özellikler, cinsel ilişkilerinin eşleriyle ilgili özelliklerine dair veriler kaydedilmiştir. Kontrol grubu olan daha önce gebe kalmamış kadınların beden algısı, genital benlik imajı, pelvik taban fonksiyonları ve cinsel işlevleri analiz edilip primigravid gebe grubunun ilk trimester ölçümleri ile karşılaştırılmıştır. Gebelikte her üç trimester için saptanan tüm ölçümlerin trimesterler arası farklılığı analiz edilip, cinsel işlevlerin trimesterler arası farklılığı ortaya konmuş ve gebelik boyunca her trimester için ölçülen beden algısı, genital benlik imajı ve pelvik taban fonksiyonlarının cinsel işlevlere olan etkisi her trimester için ayrı ayrı analiz edilmiştir. Gönüllü olup çalışmaya dahil edilen primigravid gebelerde her üç trimesterde ve kontrol grubu olan cinsel aktif daha önce hiç gebe kalmamış gönüllülerde beden algısını, kadın genital benlik imajını, pelvik taban fonksiyonlarını ve cinsel işlevleri değerlendirmek için sırasıyla; beden algısı ölçeği (Body-Cathexis Scale; BCS), kadın genital benlik imajı ölçeği (The Female Genital Self-Image Scale; FGSIS), pelvik taban bozukluk envanteri (Pelvik Floor Distress Inventory-Short Form; PFDI-20), kadın cinsel işlev indeksi (Female Sexual Function Index; FSFI) anketlerinin türkçeye valide edilmiş formları doldurtulmuştur.

Bulgular: FSFI skoru, primigravid gebe grubunda, kontrol grubuna göre bozulmuş olarak izlenmiştir ve FSFI skorları, gebeliğin tüm trimesterlerinde azalmıştır (sırasıyla $p<0,001$, $p<0,001$, $p<0,001$, $p<0,001$). İlk gebelikte beden algısının birinci trimesterde azaldığı, ikinci trimesterde hafif arttığı ve üçüncü trimesterde tekrar düştüğü ($p<0,001$), genital benlik imajının

anlamalı bir fark göstermediği ($p=0,859$), PFDI-20 skorlarının da gebelik ilerledikçe yükseldiği gözlemlenmiştir ($p=0,004$).

Birinci ve ikinci trimesterde cinsel işlevlerin beden algısı, genital benlik imajı ve PFDI-20 ile ilişkili olduğu (beden algısı için $p<0,001$, $p=0,001$; genital benlik imajı için $p=0,003$, $p=0,001$; PFDI-20 için $p<0,001$, $p=0,046$); üçüncü trimesterde sadece beden algısı ile ilişkili olduğunu tespit edilmiştir ($p=0,010$).

Sonuç: Cinsel işlevler ilk gebelikten olumsuz etkilenir. Çalışmamızda ilk gebelik sürecinde meydana gelen beden algısı, genital benlik imajı ve pelvik tabanın fonksiyonlarının değişiminden cinsel işlevlerin etkilendiği tespit edilmiştir.

Anahtar kelimeler: Gebelikte cinsel işlevler, Beden algısı, Genital benlik imajı, FSFI, PFDI-20



2. ABSTRACT

“The Effect of Pregnancy on Sexual Functions with Body Image And Genital Self-Image”

Aim: We aimed to reveal the effect of the first pregnancy on female sexual functions and the change during pregnancy. Secondly, we aimed to investigate the effects of each of the changes in pelvic floor functions, body image and genital self-image during the first pregnancy on female sexual functions.

Materials and Method: In this study, which was designed as a prospective longitudinal controlled study, primigravid pregnant women (n=330) followed up at Ankara University, Department of Obstetrics and Gynecology Pregnancy Polyclinic between April 2021 and August 2022, and Ankara University, Obstetrics and Gynecology Department Gynecology Polyclinic sexually active women who did not become pregnant before (n=130) as a control group were included. Data on study follow-up forms, age, height, weight, body mass index, occupation, educational status, habits, personal and family history, and characteristics of sexual relations with their spouses were recorded regarding the socio-demographic and clinical characteristics of the volunteers participating in the study. Body image, genital self-image, pelvic floor functions and sexual functions of the women who were not pregnant before were analyzed and compared with the first trimester measurements of the primigravid pregnant group. The differences between trimesters of all measurements determined for all three trimesters of pregnancy were analyzed, the difference of sexual functions between trimesters was revealed, and the effects of body image, genital self-image and pelvic floor functions measured for each trimester during pregnancy on sexual functions were analyzed separately for each trimester. In order to evaluate body image, female genital self-image, pelvic floor functions and sexual functions in all three trimesters in primigravid pregnant women who were volunteers and included in the study, and in the control group, sexually active volunteers who had never been pregnant before; The Turkish-validated forms of the Body-Cathexis Scale (BCS), The Female Genital Self-Image Scale (FGSIS), Pelvic Floor Distress Inventory-Short Form (PFDI-20), Female Sexual Function Index (FSFI) questionnaires were filled in.

Results: The FSFI score was observed to be impaired in the primigravid pregnant group compared to the control group, and FSFI scores decreased in all trimesters of pregnancy ($p<0.001$, $p<0.001$, $p<0.001$, $p<0.001$). In the first pregnancy, it was observed that body image satisfaction decreased in the first trimester, increased in the second trimester and decreased again in the third trimester ($p<0.001$), genital self-image did not show a significant difference ($p=0.859$), and PFDI-20 scores increased as the pregnancy progressed ($p=0.004$). In the first

and second trimesters, sexual functions were associated with body image, genital self-image and PFDI-20 ($p < 0.001$, $p = 0.001$ for body image; $p = 0.003$, $p = 0.001$ for genital self-image; $p < 0.001$, $p = 0.046$ for PFDI-20); It was found that it was only related to body image in the third trimester ($p = 0.010$).

Conclusion: Sexual functions are negatively affected from the first pregnancy. In our study, it was determined that sexual functions were affected by the changes in body image, genital self-image and pelvic floor functions that occurred during the first pregnancy period.

Keywords: sexual functions during pregnancy, body image, genital self-image, FSFI, PFDI-20



3. GİRİŞ VE AMAÇ

Cinsellik bireylerin geçmiş yaşam tecrübelerinden ve varolan yaşantısından etkilenen bir fonksiyondur (1). Cinsel işlev bozukluğu, cinsel istekte azalma, orgazm bozuklukları, dispareni gibi cinsel işlevlerin kesintiye uğramasıdır (1). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), cinsel sağlığı, hastalık ve sakatlığın olmaması değil, duygusal ve zihinsel olarak tam bir iyilik hali olarak tanımlamıştır (2).

Bu konudaki veriler kadının yaşam evrelerinden olan ergenlik, gebelik, doğum, laktasyon, menopoz gibi dönemlerde yaşanan değişikliklerin cinsel işlevleri olumsuz etkilediğini bildirmektedir (3-5). Gebelik süreci de cinsel işlevlerin birçok değişimden etkilendiği bir dönemdir. Gebelikteki cinsel işlevler ile ilgili yapılan çalışmalarda cinsel işlevlerin özellikle 3. trimesterde etkilendiği gözlenmiştir (6-10).

Bulantı, kusma, kilo alma, memelerde hassasiyet ve ağrı gebelikte karşılaştığımız fiziksel ve hormonal değişikliklerden bazılarıdır. Bu değişimlere bağlı kişide ortaya çıkan annelik duygusu, değişen fiziksel özelliklere uyum sağlama problemleri, beden algısında bozulma yaşanabilmektedir ve bunlar cinsel işlevleri etkileyebilmektedir.

Gebelik sürecinde cinsel işlevleri irdeleyen araştırmalar özellikle üçüncü trimesterde olmak üzere cinsel işlevlerin gebelikten olumsuz etkilendiğini açıklamaktadır (11). Gebeliğe bağlı olarak büyüyen uterus ve bel çevresi nedeniyle cinsel ilişki pozisyonlarında sorun yaşanabilmektedir. Sağlıklı bir gebelikte yaşanan cinsellikte dahi düşüğe veya erken doğuma sebep olabileceği, bebeğe zarar verebileceği, enfeksiyona ve kanamaya yol açabileceği gibi cinsel mitler bulunmaktadır (12). Gebelik nedeniyle meydana gelen fiziksel ve hormonal değişiklikler dolayısıyla kadınlar, olumsuz benlik imajına bağlı kendini çekici hissetmeme düşünceleriyle cinsel ilişkiden uzak durmak isteyebilmektedir (13).

Sonuç olarak gebelikte, kadın birçok fiziksel, hormonal ve psikolojik değişimlerden geçmektedir. Kadınların ilk gebelikle birlikte vücutlarında deneyimledikleri tüm bu değişimlerin, gebeliğe özgü yaşadığı sorunların, geçmiş yaşantısından getirdiği deneyimlerin, inanışların ve sağlıklı bir gebelik geçirip geçirmeyeceği yönündeki kaygıların, kadın cinsel işlevlerini çok yönlü olarak etkileyebilecek faktörler olduğu belirtilmektedir. Ancak bu varsayımı destekleyen, bu alanda yapılmış çalışmalar çok sınırlı veya yetersizdir.

Gebelikte yaşanan cinsel hayat çok faktörlü yapısıyla anlaması zor ve karmaşıktır. Gebelik ve cinsellik ilişkisi geniş bir perspektifte incelenmeye ve kadın cinsel işlevlerinin

gebelik boyunca değişen hangi faktörlerden etkilenecek değişim gösterdiği araştırmaya açık bir alandır.

Biz bu çalışma ile öncelikle, ilk gebeliğin kadın cinsel işlevleri üzerine olan etkisini ve gebelik süresi boyunca gösterdiği değişimi ortaya koymayı amaçladık. İkincil olarak, pelvik taban işlevleri, beden algısı ve genital benlik imajının, ilk gebelik boyunca gösterdiği değişimlerin her birinin, kadın cinsel işlevleri üzerine etkilerini araştırmayı hedefledik.

Bu hipotez doğrultusunda tasarladığımız prospektif longitudinal çalışma ile;

1. İlk gebeliğin cinsel işlevlere etkisini araştırmak amacıyla Ankara Üniversitesi Tıp Fakóltesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Gebe Poliklinięine başvuran, birinci trimesterdeki primigravid gebelerin ve Ankara Üniversitesi Tıp Fakóltesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Jinekoloji Polikliniği'ne başvuran daha önce gebe kalmamış cinsel aktif kadınların cinsel işlevlerini karşılaştırmak,
2. Primigravid kadınların ilk trimesterden başlayarak her üç trimesterdeki beden algılarını, genital benlik imajlarını, pelvik taban fonksiyonlarını ve cinsel işlevlerini, Türkçeye valide edilmiş ölçeklerle (FSFI, PFDI-20, BCS, FGSIS) değerlendirerek gebelik takibi boyunca nasıl değişim gösterdiklerini ortaya koymak ve her faktörün değişiminin trimesterler arası farkını belirleyip, cinsel işlevler üzerine olan etkilerini üç trimester için ayrı ayrı araştırmak amaçlanmıştır.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. Cinsellik Kavramı ve Cinsel Sağlık

Cinselliği ifade etmek gerekirse, tutumlar, değerler, düşünceler, hisler ve davranışlarımızdan etkilenen; birey olarak bizi temsil eden bir davranıştır. Duyuya dayalı bir deneyim olan cinsellik sadece cinsel organları içermez aynı zamanda tüm vücudu ve zihni içerir (14). Cinsel doyum bazı durumlarda etkilenmektedir. Bu durumlara sosyal kurallar, inançlar ve değerler örnek verilebilir (15).

Dünya Sağlık Örgütü cinsel sağlığı, “cinsellik, duygusal, fiziksel, sosyal ve zihinsel bir iyi olma hali olup, sadece hastalık veya sakatlığın olmaması değildir. Cinsel sağlık, cinselliğe ve cinsel ilişkilere saygılı ve olumlu bir yaklaşımın yanı sıra, ayrımcılık, zorlama ve şiddetten uzak olmalı, güvenli bir cinsellik yaşamayı gerektirir. Cinsel sağlığın sağlanabilmesi ve devam ettirilebilmesi için tüm bireylerin cinsel haklarına saygı duyulması, korunması ve yerine getirilmesi gerekir.” şeklinde tanımlar. Bu tanımla cinselliğin bedensel, psikolojik ve sosyal koşulları da içine alan bir eylem olduğu vurgulanmaktadır (2).

Kişinin içinde bulunduğu yaşam şartları, psikolojik durum, fiziksel özellikler, cinsel yaşam öyküsü, aile, toplumsal değerler ve roller gibi faktörler cinsel ilişki sırasında alınan doyuma etki edebilmektedir. Aynı zamanda cinsel sağlık sorunların ortaya çıkmasına etki edebilen faktörler içinde gebelik, doğum, menopoz, ileri yaş, infertilite, kronik hastalıklar sayılabilmektedir (16).

4.2. Kadın Dış Genitalya

Kadınlarda genital sistem, dış genital sistem ve iç genital sistem olmak üzere iki kısımdan oluşmaktadır. Dış genital sistemde mons pubis, labia majör, labia minör, klitoris, üretral ve vajinal açıklığın yer aldığı vestibül bulunur. İç genitalya ise vajina, serviks, uterus, tuba uterinale ve overleri kapsar.

Kadın dış genitalyası, birkaç bileşenden oluşan karmaşık bir organdır. Bununla birlikte, her bir parçanın etkileşimi ve fizyolojik önemi tartışmalıdır. Kadın dış genital yapılarında belirli bir fiziksel ideale uyma konusunda ortaya çıkan toplumsal baskı, kadınların özgüvenine zarar verebilir ve vücut imajını düşürebilir (17).

4.2.1. Vulva

Vulvayı oluşturan yapılar, pubik arktan aşağıya doğru uzanır ve erektile olmayan ve erektile kısımlar olarak incelenebilir. Erektile olmayan kısımlar arasında mons pubis, labia majora ve vajinal vestibül kısmı bulunur. Erektile yapılar da labia minör ve klitoristir.

4.2.1.1. Mons Pubis

Mons pubis, kasık kemiğinin ön yüzünü kaplayan, kıl içeren deriyle kaplı, ters çevrilmiş üçgen şeklinde olan ön karın duvarından Camper ve Scarpa fasyasının bir devamı niteliğinde olan fasyayı örten yağ dokusudur. (17)

4.2.1.2. Labium Majör

Labium major, mons pubisin aşağısından uzanan ve posterior forchette olarak bilinen perineal gövdeye uzanım gösteren, kıllı deri ve yağ dokusundan meydana gelen kutanöz lateral kıvrımlardır. (18)

Labium major, cilt altı oluşumları karın ön duvarını andırır; superficial tabakada yağ dokusundan zengin Camper fasyası ve derin tabakada karın duvarındaki Scarpa fasyasına karşılık gelen Colles fasyası bulunur. Colles fasyası, altta iskiopubik dallara ve arkada ürogenital diyaframa yapışık, ancak ön bağlantılardan yoksundur; bu klinik olarak önemli olabilir, çünkü hematomlar ve enfeksiyonlar uyluk bölgesine uzanamaz, ancak ön karın duvarına gidebilir. (19) Klitoris en üst noktasından arka fourchette'e kadar olan labium majorun ortalama uzunluğu 7 ila 12 cm arasında değişmektedir.

4.2.1.3. Labium Minör

Labia minor, pigmentli, tüysüz cilt kıvrımlardır, yağdan yoksundur, ancak sinir sonlanmaları ve duyu reseptörleri bakımından zengindir. Vestibülün hemen bitişğinde labia majoranın medialinde yer alırlar. Önde, her biri klitoris başının altından ve üstünden geçen 2 kata ayrılır. Üst kıvrımlar orta hatta birleşerek prepusu veya klitoral kaputu oluşturur. Alt kıvrımlar, frenulumu oluşturmak için klitoris alt tarafına girer. Her iki labia minörün alt uçları, posterior fourchette labia major ile birleşir. Hart çizgisi, labia minorun keratinize epiteli (embriyolojik olarak ektodermden türeyen) ile vajina vestibülünün keratinize olmayan epiteli (embriyolojik olarak endodermden türeyen) arasındaki geçiş sınırları.

Labia minoranın dermisi, elastik lifler ve küçük kan damarları içeren kalın bağ dokusundan oluşur. Labia minör, tüm yüzeyi boyunca yüksek miktarda reseptöre sahiptir. Yakın tarihli bir çalışma, labia minoradaki serbest sinir uçlarının, Meissner reseptörlerinin ve Pacinni reseptörlerinin karakteristik boyama modellerini göstermiştir. Bu innervasyon kalıpları

nedeniyle cinsel duyum ve uyarılmada rol oynayabilirler. Ayrıca labia minoranın klitoris baş kısmında sonlanması nedeniyle, labianın herhangi bir traksiyonu veya manipülasyonu klitorisi uyarabilir. Bu hareket cinsel işleve katkıda bulunabilir ve labia minör revizyonunu takiben azalabilir (20). Labia minör boyutlarında büyük farklılıklar vardır; klitoris frenulumundan posterior fourchette'e kadar ölçülen ortalama uzunluk 2 ila 10 cm arasında değişirken, genişlik 0.7 ila 5 cm arasında değişir. Asimetrik veya tek taraflı olabilir (21).

4.2.1.4. Vajinal Vestibül

Labium minuslar arasında kalan aralığa vajinal vestibulum denilir. Vajinal vestibül sınırları, lateralde hymen ile Hart hattı arasındaki alanı, superiorda klitoris başının alt kısmı ve inferiorda fourchetti içerir. Dış üretral meatus, vajinanın girişinde, vajinal açıklığın üstünde yer alır. İki paraüretral Skene bezi üretral meatusun posterolateral tarafında yer alır, üretrayı uzunlamasına sıralar ve lubrikasyona yardımcı olur. Bartholin bezleri, yaklaşık olarak saat 5 ve 7 pozisyonlarında vestibülün arka-yan tarafına açılır (22).

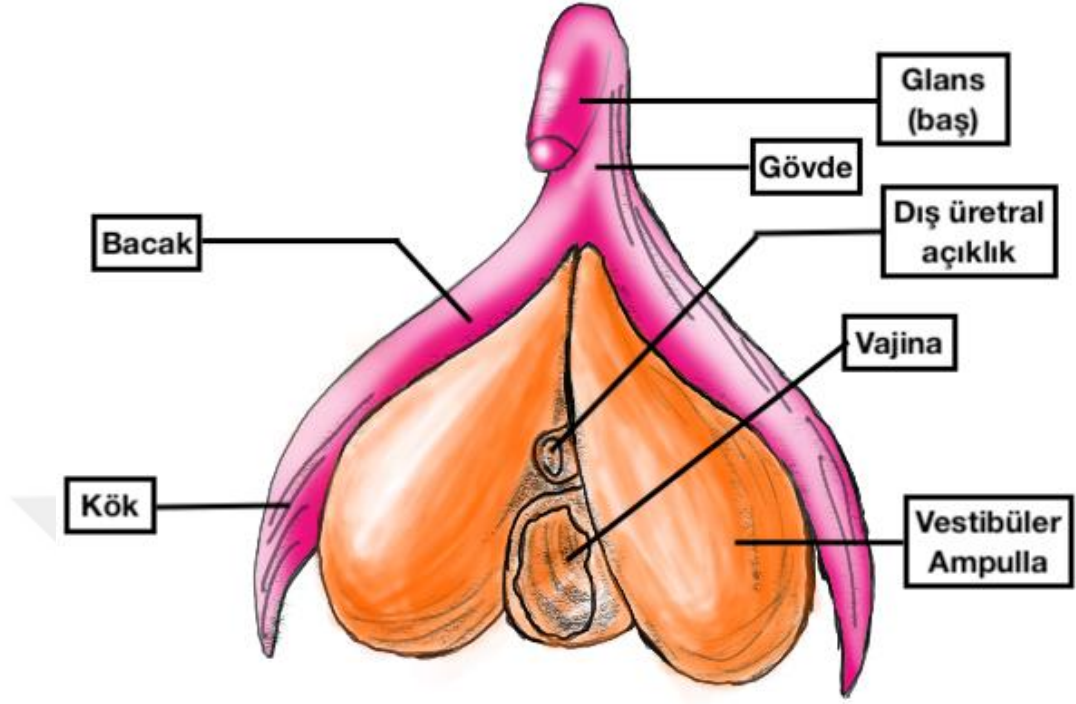
Vajinal vestibül, vulvar ağrı ve dispareni ile başvuran hastalarda bir miktar öneme sahip bir alandır. Her ne kadar yeterince anlaşılamamış olsa da bu şikayetlere sahip hastalar sıklıkla vestibülde provoke edilmiş veya edilmemiş olarak ortaya çıkabilen lokalize ağrı tarif ederler. Vulvar ağrısı veya vestibulodinisi olan hastaların, bu bölgede yüksek yoğunlukta sinir uçlarına sahip olduğu gösterilmiştir. Ayrıca, bu bölgenin üretra ve mesane ile embriyolojik benzerliği, ağrılı mesane ve intertisyel sistitte komorbiditeyi açıklamada yardımcı olabilir (23).

4.2.2. Klitoris

Kadın cinsel uyarılması ve orgazm için en kritik anatomik yapı olarak kabul edilir. Klitoris, 6 ana bileşenden oluşur: glans, ligamentum suspensorium, gövde (corpora), kök, bacak ve vestibüler ampuller (Şekil 1.). Genel olarak, klitoris, labia minör yağ ve damar sisteminin derinliklerine gömülü olan ve pubik ark ve simfizisten daha aşağı olan dış ve iç bileşenlere sahiptir. Klitoris dış bileşeni, önde prepus tarafından örtülen ve arkada frenulum ile sınırlanan glanstaki oluşur. Klitoris daha derindeki iç yapıları gövde, bacak ve vestibüler ampullerdir. Ancak hem fizyolojik hem de anatomik olarak klitoris distal üretra ve vajina ile yakın bir ilişkiye sahiptir. Klitoris distal üretrayı kısmen çevreler, vestibüler derinin altında uzanır ve distal lateral vajinal duvarlara bitişiktir. Bu önemli alanı tanımlamak için klitoral üretral kompleks terimi ve diğer varyasyonlar kullanılmıştır. Bu yapıların damarlanması ve innervasyonu ortaktır ve cinsel aktivite sırasında uyum içinde hareket eder (24-26).

Glans, klitoris tek dış kısmıdır ve bu nedenle anatomik olarak diğer kısımlardan daha sık tanımlanmıştır. Girişin üst kısmında bulunan kısa silindirik erektile bir organdır. Uzunluğu 1

ile 2 cm arasında, çapı ise 0,5 ile 1 cm arasında değişmektedir. Glansın somatik innervasyonuna pudental sinirin bir dalı olan klitoris dorsal siniri aracılık eder.



Şekil 1. Klitoris anatomisi

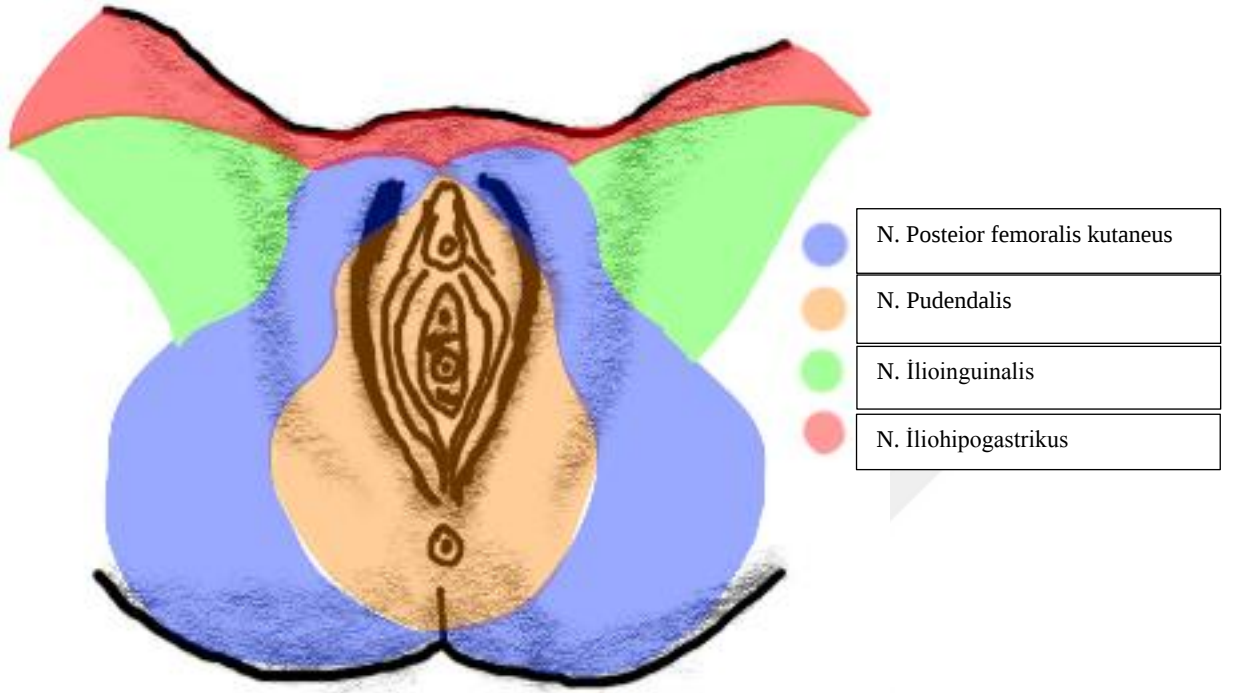
4.2.3. Kadın Dış Genital Sinirsel İnnervasyonu

Pudental sinir, perinenin ana duysal ve motor siniridir. S2 ve S4 santral sinir köklerinin ön dallarından kaynaklanır, piriformisin altından geçer ve büyük siyatik foramenden pelvisten çıkar. Daha sonra iskiyumun arkasından geçer ve küçük siyatik foramenlerden pelvise yeniden girer. Pudental sinir daha sonra obturator fasyadaki Alcock kanalında (pudental kanal) ve sakrotüberöz ligamanın ventralinde ilerler. Pudental sinir perineye girerken iskiorektal fossanın lateral duvarında yer alır ve 3 dala ayrılır: İnferior rektal, perineal, klitoris dorsal siniri.

Klitoris dorsal siniri, iskiopubik ramus boyunca perineal membran üzerinde ve klitoris anterolateral yüzeyinde ilerler. Perineal sinir birkaç dala ayrılır ve eksternal üretral sfinkter, bulbokavernoz, iskiokavernoz, yüzeysel transvers perineal kaslar ve labia major, labia minor ve vestibülün medial bölümünün derisinden duyu alır. İnferior rektal ise sinir perianal cildi ve dış anal sfinkterden duyu alır.

Pudental sinirin dallarına ek olarak, innervasyon ilioinguinal sinirin kutanöz dalı, genitofemoral sinirin genital dalı ve posterior femoral kutanöz sinirin perineal dalı tarafından da sağlanır. Levator ani sinirini ve perineal kaslara ve perianal deriye giden aksesuar siniri içeren ek

dallar farklı araştırıcılar tarafından bildirilmiştir. Bulbokavernosus refleksi, S2'den S4'e kadar olan sinir köklerini içerir. Labium majore hafifçe vurulunca, anal sfinkter kasılır. Yine klitoral refleks için de klitorisin baş kısmına dokunulduğu zaman anal sfinkter kasılır (27-29).

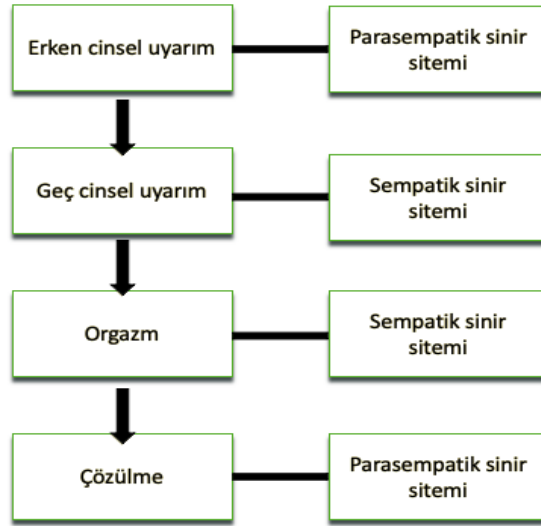


şekil 2. Kadın dış genitelya duyusal innervasyonu

4.3. Cinsel Yanıt Döngüsü

Cinsel yanıt, biyolojik ve psikososyal faktörler arasındaki karmaşık etkileşimlerin sonucudur. Bu faktörler, zamana, ortama ve koşullara bağlı olarak kültürler, bireyler ve hatta aynı birey içinde değişebilir. Hem erkek hem de kadınlarda cinsel bozuklukların kavramsallaştırılmasına, teşhisine ve tedavisine yardımcı olmak için bu tür karmaşıklıkları karakterize etmeyi amaçlayan farklı modeller önerilmiştir.

Wenger, Jones ve Arkadaşları'nın trifazik modeli 1956 yılında yayınlanmış ve cinsel yanıt siklusunun  fazı olduğunu bu fazların parasempatik sinir sistemi ile başlayıp sempatik sinir sistemi ile devam ederek tekrar parasempatik sinir sistemi ile sonlandığını savunmuşlardır(şekil). Bu model desteklenmemiştir çünkü spesifik olarak nörolojik sistemi fazlara ayırmanın zorluğu savunulmuştur (30).

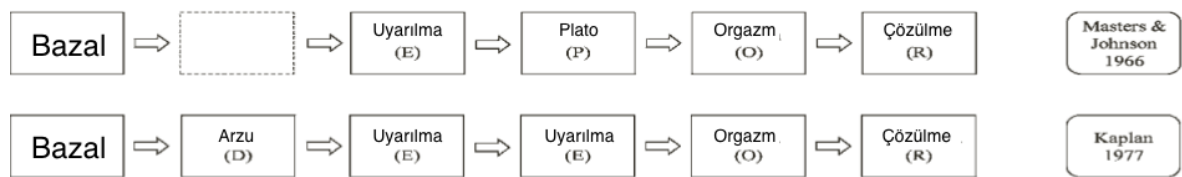


Şekil 3. Wenger, Jones ve Arkadaşları'nın trifazik cinsel yanıt modeli

1966 yılında, Master ve Johnson cinsel tepkiye ilişkin modellerini oluştururken bunu kendinden öncekiler gibi zihinsel kavramlaştırmadan öte laboratuvar ortamında kendi fizyolojik ve gözlemsel çalışmalarını yaparak oluşturmuşlardır. Bu laboratuvar gözlemlerine dayanarak, uyarılma (E), plato (P), orgazm (O) ve çözülme (R) olarak dört aşamalı EPOR modeli tanımlamışlardır (31).

EPOR modeli kavramsal olarak yararlı olsa da erkek ve kadın cinsel döngülerinin psikojenik yönlerinin değerlendirilmesi için yetersizdir ve plato fazı olarak adlandırılan aşama uyarılma aşamasının geç dönemi olduğu savunulmuştur (32). Modelin daha yeni versiyonu böylece EOR modeli olmuştur. Master ve Johnson bu tanımlamaları yaparken 'cinsel tepki döngüsü' olarak adlandırsalar da bu model 'doğrusal model' olarak kabul görmüştür.

EPOR modelinin başlıca zayıf yönü, cinsel aktivite arzusu aşamasının olmamasıdır. Cinsel terapist olan, Helen Kaplan kadın hastalarından bazılarının sevdikleri kişilerle bile cinsel aktiviteye girme arzusunun olmadığını bildirmiştir ve uyarılma evresi olarak adlandırılan evreden önce kişinin cinsel aktiviteye girme ihtiyacı hissettiği bir dönem olması gerektiğini düşünerek ve bu evreyi "arzu evresi" olarak adlandırmıştır. Model daha sonra DEOR modeli haline gelmiştir; yani arzu (D), uyarılma (E), orgazm (O) ve çözülme (R) (33) (Şekil 4).



Şekil 4. EPOR ve DEOR modeli

cinsel tepki modelinin onaylandığını ayrıntılı olarak araştırmışlar (38). Kadınlar söz konusu olduğunda, %34'ü EOR modelini (Kaplan), %28'i doğrusal EPOR modelini (Masters ve Johnson), %25,6'sı dairesel Basson modelini ve %12,5'i hiçbir model sunmamış. Cinsel işlev bozukluğu gösteren ve en önemlisi de sıkıntı çeken kadınlar, döngüsel Basson modelini onaylamışlardır. Cinsel işlev bozukluğu olmayan ve cinsel yaşamlarından memnun olan kadınların doğrusal EPOR modelini onayladıkları sonucuna varmışlar.

4.3.1. Arzu Evresi

Cinsel istek, dürtü veya arzu, kadınların cinsel ilişkiyi başlatmasının veya kabul etmesinin birçok nedeninden biridir (39). Yaşları 20 ile 70 arasında değişen 125 kadından elde edilen veriler, tüm kadınların duygusal bağ, erotizm, romantizm ve fiziksel yakınlık alanlarında cinsel arzuyu tetiklediğini belirtmiştir (40). Arzu ve uyarılmayı ayrı varlıklar olarak ayırt etmek zordur ve arzu her zaman uyarılmadan önce gelmez. Arzu, cinsel aktivitenin başlangıcında bile olmayabilir ve daha sonra gerçek cinsel karşılaşma sırasında tetiklenebilir. Aslında, Nation Across the Nation'ın temel çalışması, Kuzey Amerika'daki 3262 çok ırklı orta yaşlı kadının çoğunun, fiziksel cinsel zevklerinden orta derecede veya aşırı derecede memnun olduklarını, ancak hiçbir zaman veya nadiren arzu hissettiklerini bildirmiştir (41). Arzu evresinin, dopamin sisteminin aktivasyonu ile hipotalamustan tetiklendiği düşünülmektedir (42-44). Araştırmalar, dopamin sisteminin artan aktivitesinin cinsel yanıtın erken döneminde meydana geldiğini ve limbik sistem de dahil olmak üzere beynin diğer bölgelerine yayılabileceğini ve aktive edebileceğini göstermektedir (45).

4.3.2. Uyarılma Evresi

Yukarıda anlatıldığı üzere farklı cinsel yanıt döngülerinden hareketle uyarılma evresi cinsel aktivitenin başlangıcında olabileceği gibi arzu evresinden sonra da gelebilir. Kadınlarda cinsel uyarılma, genital kan akışının artması, labia ve vajinal duvarların şişmesi, genital kanaldan kayganlaştırıcı salgıların salınması ve subepitelyal damar sisteminden transüstasyon ile sonuçlanır. Noradrenerjik sistemin, artan kalp hızı ve kan basıncı (hem sistolik hem de diyastolik) ile sonuçlanan otonomik heyecan duyularının başlatılması yoluyla cinsel uyarılmaya dahil olduğu düşünülmektedir (46,47).

4.3.3. Orgazm Evresi

Orgazm, yoğun zevkin geçici bir zirve noktasıdır ve serebral korteksi de ilgilen bir refleks olarak tanımlanabilir. Yeterli uyarılma orgazma yol açarsa, sempatik lifleri T12'den L1'e aktive eden bir refleks oluşur ve iskelet kaslarının kasılma dalgalarına aracılık edilebilir. Perineal,

bulbokavernoz ve pubokoksigeus kaslarının ritmik kasılmaları, endojen opioidler, serotonin, prolaktin ve oksitosinin ani salınımı ile ortaya çıkar. Orgazma ulaşmak için klitoral stimülasyon gerekli olmasa da, bunun ayrılmaz bir parçası olduğu gösterilmiştir. Klitoral uyarım, orgazma ulaşmanın en kolay ve en yaygın yolu olabilir (48).

Orgazm refleksi arkının 5 bileşeni:

1. Klitoral kompleks ve vulva reseptörleri,
2. Pudental sinirlerin somatik afferentleri, klitorisin dorsal siniri ve perineal dallar,
3. Omurilik sinir kökleri S2 S4,
4. Visseral parasempatik efferent lifler
5. Eretil dokunun son organı: klitoral kompleks, subbulbar ve üretral bezler (49).

Bununla birlikte 1976'da Cohen ve arkadaşlarının EEG kullanarak mastürbasyon sırasındaki beyin fonksiyonlarını inceledikleri bir çalışmada orgazmın sadece spinal bir refleksi olmadığını aynı zamanda serebral korteksi de kapsayabileceğini ortaya koymuşlardır (50).

2009'da yapılan farklı bir çalışmada ise pozitron emisyon tomografisi ile cinsiyetler arasındaki biyolojik farklılıklar araştırılmış ve hem erkek hem de kadınlarda serebellar vermisin ön lobunda ve derin serebellar çekirdeklerde aktivasyonlar ve sol ventromedial ve orbitofrontal kortekste deaktivasyonlar orgazm sırasında en belirgin olarak izlenmiş. Dokunsal genital stimülasyon sırasında, her iki cinsiyet için de sağ amigdala ve sol fusiform girusta deaktivasyonlar kaydedilmiştir (51).

4.3.4. Çözülme Evresi

Cinsel yanıtın son evresidir. Yeterli uyarım sonrası gerçekleşen orgazm evresinden sonra genital sistemde ve tüm vücutta, cinsel aktivite öncesi bazal vücut haline dönme evresi çözülme evresi olarak tanımlanmıştır. Süresi değişken olmakla birlikte cinsiyete, cinsel uyarının sürmesine, orgazmın gerçekleşip gerçekleşmemesine göre değişir. Orgazm ile sonuçlanan uyarılmadan sonra, çözülme evresi dakikalar içinde meydana gelirken, orgazm gerçekleşmemiş uyarılma sonrasında saatler sürebilir. Kadınlar erkeklerin aksine çözülme evresinde, cinsel uyarımla yeniden uyarılıp orgazm olabilme potansiyeline sahiptir. Çözülme evresi, artan serotonerjik aktivite ve azalan dopamin salınımı ile ilişkilendirilmiştir. Çözülme, sempatik arteriyel daralma ve venöz dekonjesyon ile sonuçlanır. Kas sistemi daha sonra bazal haline döner (44).

4.4. Kadın Cinsel İşlev Bozuklukları

Kadın cinsel işlevleri genel sağlığın ayrılmaz bir parçasıdır. Kişinin sağlığını sekteye uğratan her durum cinsel sağlığı da etkileyebilir ve cinsel işlev bozukluklarına yol açabilir. Yukarıda anlatılan cinsel yanıt siklusu evrelerinden herhangi birinde ya da birkaçında ortaya çıkan sorunlar sebebiyle ortaya çıkan kadın cinsel işlev bozuklukları, bireyin hayat kalitesini düşüren çok faktörlü problemlere yol açabilmektedir. (52). Amerikalı kadınların yaklaşık %43'ü cinsel sorunlar yaşadığını bildirirken, %12'si bu sorunun kişisel sıkıntıya yol açacak kadar can sıkıcı olduğunu düşünmektedir. Kadınlarda cinsel sıkıntı prevalansı orta yaş boyunca artar, 18-44 yaş arası kadınlar arasında yaklaşık %10'dan 45-64 yaş arası kadınlar arasında %15'e ulaşır ve daha sonra yaşlılıkta %9'a geriler (53). Türkiye'de yapılan bir çalışmada kadınlarda cinsel işlev bozukluğunun %48,3 olduğu tespit edilmiştir. Bu cinsel işlev bozukluklarının %40,9'u lubrikasyon, %35,9'u uyarılma, %45'inin tatmin, %42,7'si orgazm, %42,9'unun ağrı bozuklukları olduğu saptanmıştır (5). Master ve Johnson 1970'de cinsel işlev bozukluklarının sınıflandırılması üzerine çalışmalar yapmıştır. Bu çalışmalarla birlikte Kaplan ve Arkadaşları da cinsel yanıt modeli oluşturmaya öncülük etmiştir. Master ve Johnson ile Kaplan modellerinin özünde cinsel yanıt siklusunun istek, uyarılma ve orgazm fazlarının birbirini takip eder nitelikte olduğu görüşü üzerinde durur. 1992'de Dünya Sağlık Örgütü'nün öncülüğünde yapılan sınıflandırmada cinsel fonksiyon bozuklukları; cinsel istek azlığı ya da kaybı, cinsel tiksinti bozuklukları, genital yanıt eksikliği, orgazm disfonksiyonu, vajinismus, dispareni ve aşırı cinsel dürtü olarak yer almaktadır (55). Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayısal El Kitabında, Amerikan Psikiyatri Birliği (American Psychiatric Association) ise DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fourth Edition) cinsel fonksiyon bozukluklarını; cinsel uyarılma bozuklukları, cinsel istek bozuklukları, cinsel ağrı bozuklukları, orgazm ile ilgili bozukluklar, genel bir tıbbi duruma bağlı cinsel işlev bozukluğu, madde kullanımının yol açtığı cinsel işlev bozukluğu ve başka türlü adlandırılmayan cinsel işlev bozuklukları olarak sınıflandırmaktadır. Aynı zamanda bu gruplar için alt tipler belirlenmiştir: Edinsel tip, yaşam boyu tip, , yaygın tip, durumsal tip, psikolojik etkenlere bağlı, bileşik etkenlere bağlı gibi (56). Kadın cinsel işlev bozuklukları sınıflandırması için DSM-IV'te psikojenik ve organik patolojileri ayırmadığı ve sübjektif kriterleri olması nedeniyle yeni ve uygulanabilir bir sınıflandırmaya ihtiyaç duyulmuştur.

Kadın cinsel işlev bozuklukları DSM-V'te 3 ana başlığa ayrılmıştır. Yaşam boyu, edinilmiş ve yaygın/durumsal gibi alt belirteçlere, partner etkeni, ilişkiden kaynaklanan etkenler, bireysel, kültürel/ dinsel etkenler ve son olarak tanı ve tedavi ile ilgili bilimsel etkenler gibi daha kapsayıcı ve tanımlayıcı alt belirteçler eklenmiştir. Ayrıca DSM-V'te cinsel

fonksiyon bozukluklarının tanılanabilmesi için semptomlara süre, sıklık ve şiddet gibi ölçütler de eklenmiştir (57).

DSM-V'e göre kadın cinsel disfonksiyonu sınıflandırması:

4.4.1. Kadın Cinsel İlgi / Uyarılma Bozukluğu

4.4.2. Kadın Orgazm Bozukluğu

4.4.3. Genitopelvik Ağrı / Penetrasyon Bozukluğu

4.4.1. Kadın Cinsel İlgi/ Uyarılma Bozukluğu

“Kadın cinsel ilgi/uyarılma bozukluğu”, DSM-IV te ayrı ayrı tanımlanan “hipoaktif cinsel istek bozukluğu” ve “kadın cinsel uyarılma bozukluğu”nun yerini alan yeni bir sınıflandırmadır. Kadınların yaşam seyri boyunca cinsel ilgi ve uyarılmalarında dalgalanma olabilir. Bunun sebepleri arasında bireysel veya partner faktörleriyle ilişkili olarak; stres, beden algısı, vücut ağırlığı, gebelik, emzirme, sedanter yaşam tarzı, alkol veya madde bağımlılığı olarak sayılabilir (58-63).

Tanı koymak için semptomlardan en az 3 tanesini olmalıdır ve en az 6 ay boyunca devam etmelidir ayrıca altta yatan organik bir sebebe bağlı olmamalıdır bu şikayetler kişide sıkıntıya sebep olmalıdır (57). Bu semptomlar; cinsel ilginin, düşüncelerin azalması; aktiviteye başlarken ya da sırasında sorun olması, heyecan ve zevkin olmaması; cinsel uyarılara yanıtın yetersiz olması ve cinsel ilişki sırasında genital organ duyularının azalmış hissedilmesidir.

4.4.2. Kadın Orgazm Bozukluğu

Kadın orgazm bozukluğu, orgazmın belirgin gecikmesi, orgazm olmaması veya yokluğu ya da orgazm duyularının yoğunluğunun belirgin şekilde azalması olarak tanımlanır. Tanı koymak için orgazm olmaması veya gecikmesi ile orgazm sırasında yaşanan hislerin azalması gerekir (57). Primer orgazm bozukluğu olan kadınların cinsel istekleri genellikle normal düzeydedir (64). Orgazm bozukluklarının büyük bir kısmı diğer cinsel işlev bozuklukları ile birlikte görülür ve altta yatan organik veya psikolojik bir durumla ilişkili olabilir.

Kadın orgazm bozukluğu, orgazmla ilgili birçok fizyolojik, psikofizyolojik ve/veya psikolojik süreçten herhangi birinin bozulmasını içerebilir (65).

Bazı kadınlar, genital olmayan bölgelerin uyarılmasıyla (ve bazı durumlarda yalnızca görüntüden) orgazm olabilse de çoğu durumda orgazm, klitoral ve/veya vajinal stimülasyondan kaynaklanır. Bununla birlikte, vajinal ve klitoral uyarımın farklı nörofizyolojik yolları vardır

ve vajinal uyarıya karşı klitoral uyarım tarafından tetiklenen orgazmların da farklı psikofizyolojik, psikolojik ve kişilerarası bağıntıları vardır (66).

4.4.3. Genitopelvik Ağrı / Penetrasyon Bozukluğu

Genitopelvik ağrı ve penetrasyon bozukluğu, cinsel ilişkide zorluk, genito-pelvik ağrı, vajinal penetrasyon korkusu ve pelvik taban kaslarında gerginlik semptomları ile sebat eder.

Ağrının yeri ve şiddetine göre, yüzeysel (vulvovajinal veya penetrasyon sırasında ortaya çıkan) veya derin (pelvik; yani daha derin penetrasyona kadar hissedilmeyen) olarak karakterize edilebilir (67).

DSM-IV sınıflandırmasında bulunan vajinismus ve disparoni, DSM-V sınıflamasında yerini genito-pelvik ağrı ve penetrasyon bozukluğuna bırakmıştır.

Tanımlama cinsel ilişki başlangıcında veya sırasında penetrasyon ile ilgili zorluk yaşanması; ağrı ve bu ağrının neden olduğu anksiyete olması bundan ötürü pelvik taban kaslarının ilişkiye girerken çok sıkı olması gerekir (57).

Disparoninin etiyojisi karmaşıktır ve tüm ağrı sendromlarında olduğu gibi, genellikle kadının hormonal durumuna ve ağrı yerine göre ayırt edilebilen bir veya daha fazla biyolojik etiyojistik faktöre sahiptir (65, 68)

Koital ağrı, çok faktörlü, multisistemik ve karmaşık olarak kabul edilebilir:

Çok faktörlü: Koital ağrıdan şikâyet eden bir kadında biyolojik, psikoseksüel ve ilişkisel faktörler bir arada bulunabilir. Zamanla, bu farklı faktörler cinsel ağrı bozukluklarına zemin hazırlayıcı, hızlandırıcı veya kalıcı hale getirebilir (69, 70)

Multisistemik: Cinsel işlev, nörolojik, endokrinolojik, vasküler, kas ve immünolojik sistemleri ve vajinal ekosistemin bütünlüğünü içerir. Dolayısıyla koital ağrının patofizyolojisi bu çeşitli biyolojik sistemleri de içerir (71, 72).

Karmaşık: Cinsellik deneyimi, her bir fiziksel veya duygusal faktörün toplamından daha fazladır. Benzer şekilde, koital ağrı deneyimi, koital ağrının nosiseptif bileşeni (ağrı reseptörleri aracılığıyla deneyimlenen) başlangıçta tetiklenen basit periferik doku hasarından daha fazladır. Genito-pelvik ağrı ve penetrasyon bozukluğu kronik hale geldiğinde, ağrının patofizyolojisi, kendini koruma ve savunmayı indüklemesi gereken bir uyarı sinyali olan nosiseptif duyudan, kademeli olarak, merkezi sinir sisteminin ilerleyici tutulumuyla birlikte, başlı başına bir kronik ağrı sendromu olan nöropatik hale gelebilir (73).

4.4.4. Cinsel İşlev Bozuklukları Tedavisi

Cinsel işlev bozuklukları dünyada %22 ile %43 arasında görülmekte olup en sık premenopozal ve menopozdaki kadınlarda karşımıza çıkar (74). Türkiye’de ise kadın cinsel işlev bozukluğu prevalansının %46,9-52,5 arasında olduğu ve önemli sağlık problemlerine neden olduğu anlaşılmaktadır (54, 75, 76).

Kadınların hayatlarında belirgin rahatsızlığa yol açan cinsel işlev bozuklukları, multifaktöriyel olması nedeniyle tedavi de cinsel işlev bozukluğunun altta yatan nedenlerine göre seçilmelidir.

Cinsel ilgi/ uyarılma bozukluğunda farkındalık temelli psikoterapiler ön planda olmalıdır. Psikolojik tedavi seçeneklerinden fayda görmeyen hastalarda farmakolojik tedavi ajanlarından faydalanılabilir. Bu bağlamda östrojen ve testosteronun faydalı etkileri bildirilmiştir. Amerikan Food and Drug Administration (FDA) tarafından onaylanmış flibanserin premenopozal dönemde cinsel ilgi/uyarılma bozukluğu için kullanılabilir (77).

Genitopelvik ağrı/ penetrasyon bozukluğu, DSM-V’te dispareni ve vajinismus tanılarının birleştirilmiş şeklidir. Kadınlarda görülen, cinsel ilişki sırasında meydana gelen ağrının en sık üç nedeni, genitoüriner sendrom, provoke pelvik taban hipertonusu ve vulvodinidir. Tedavide multidisipliner bir yaklaşım gerekir. Cinsel ilişki sırasında meydana gelen ağrı, anksiyete, kas sıkılığı haricinde cinsel memnuniyeti de iyileştirmek amaçlanmalıdır. Dispareni için latta yatan neden hipoöstrojenik zeminde gelişen vajinal atrofi ise vajinal kayganlaştırıcılar, nemlendiriciler, vajinal östrojenin yarar sağlayabileceği bilinmektedir (78). Cinsel terapi, biofeedback uygulamaları, bilişsel davranışçı terapi de bu hastalarda uygulanabilir (79, 80).

Kadın orgazm bozukluğu, orgazmda kalıcı/tekrarlayan gecikme veya yokluk olarak tanımlanmaktadır (57). Genellikle orgazm bozuklukları diğer cinsel işlev bozuklukları ile birlikte ortaya çıkar. Kadın orgazm bozukluğunun tedavisindeki amaç stimülasyonu artırmak ve inhibisyonu azaltmaktır (80). Tedavide hasta ve partner eğitimi, psikososyal destek ve vibratörlerin kullanımı vardır. Psikolojik tedavide kişideki cinsel ilişkiye dair fikirlerde farklılık yaratmaya, anksiyeteyi azaltmaya ve orgazm olma yeteneğini arttırmaya odaklanan bilişsel davranışçı terapinin ön plana çıkmaktadır (81). Psikolojik tedaviden fayda görmeyen hastalar için farmakolojik tedavi ajanları düşünülebilir. Yapılan Cochrane derlemesinde bupropion ile hastaların plaseboya göre artmış cinsel istek, uyarılma ve orgazm skorlarına sahip olduğuna dikkat çekilmiştir (82).

Sonuç olarak, kadın cinsel işlev bozukluğu tedavisinin bir parçası olarak bilişsel-davranışçı terapi (ilaçlı veya ilaçsız), farkındalık temelli terapi ve çift terapisi dahil olmak üzere psikolojik müdahaleler önerilir. Cinsel mitleri ve inançları belirlemeye ve değiştirmeye odaklanan grup temelli veya çift temelli bilişsel-davranışçı terapi, düşük cinsel ilgiyi iyileştirmek için yararlı olabilir (78).

Bilişsel ve davranışsal psikoterapiden fayda görmeyen hastalar için farmakolojik tedaviler düşünülebilir. Reprodüktif dönemde kanıta dayalı farmakolojik ajanlar olarak bupropion, flibanserin; postmenapozal hastalar için düşük doz sistemik hormon tedavileri, lokal östrojen uygulamaları kullanılabilir.

4.5. Gebelikte Cinsellik

Gebeliğin her trimesterindeki spesifik değişiklikler, cinsel ifadeyi önemli ölçüde etkileyebilir. Gebeliğin cinsel sağlık üzerindeki etkisine ilişkin kanıtlar, cinsel işlevlerin gebelik boyunca, özellikle üçüncü trimesterde azaldığı sonucuna varmaktadır. Gebe kadınlarda cinselliği etkileyebilecek faktörler, hormonal ve fiziksel değişiklikler ve bu değişikliklerin yol açtığı beden algısı ve genital benlik imajındaki değişimlerle alakalı ve cinsel aktiviteye olan ilginin kaybolmasına neden olan duygusal ve psikolojik değişikliklerle ilgili olabilmektedir (83).

4.5.1. Gebelik Döneminde Cinsel Hayatı Etkileyen Fizyolojik, Hormonal ve Psikolojik Faktörler

Gebelik, başarılı bir gebelik sağlamak için gerekli olan maternal anatomik, fizyolojik ve metabolik değişiklikler ile karakterizedir. Hormonal değişiklikler maternal fizyolojiyi önemli ölçüde değiştirir ve hem gebelik hem de postpartum dönemde devam eder. Bu değişiklikler gebe kadında ve partnerinde cinsel işlevleri etkileyebilecek organ değişikliklerini de içerir.

Gebelikte normal kilo artışının çoğu uterus ve içeriği, büyüyen meme dokusu ve artmış kan ve ekstrasvasküler hücre dışı sıvı hacimlerine atfedilebilir. Daha küçük bir fraksiyon anne rezervleri olarak adlandırılan hücresel su, yağ ve protein birikimini destekleyen metabolik değişimlerden kaynaklanır. Uterusun gebeliğin devamında boyutunun artması ve oksitosine duyarlı hale gelmesi nedeniyle, cinsel ilişki sırasında meydana gelebilecek uterin kasılmalardan etkilenebilir ve bu kişide rahatsızlığa sebep olabilir. Ancak bu kontraksiyonlar ne servikal olgunlaşmayı ne de erken doğumu tetiklemez (84).

Pelvik taban kuvvetleri gebelikte mekanik ve hormonal etkilerden etkilenmektedir. Büyüyen uterus ve fetusun mekanik etkisi, progesteronun gevşetici etkisi, relaksin hormonunun alt genitoüriner sistemdeki epitel ve bağ dokusu üzerindeki etkileri gebelikteki pelvik taban kuvvetlerini olumsuz etkilemektedir (85). Cinsel işlevlerin de bir pelvik tabanın bir fonksiyonu olduğu için bu değişimlerden etkilenebilmektedir.

Gebelik sırasında perine ve vulva derisinde ve kaslarında artmış vaskülerite ve hiperemi gelişir. Bu durum vulva, vajina ve serviksin mavimsi veya morumsu renklenmesine neden olabilir. Vajinadaki bu menekşe renkteki görüntü, Chadwick belirtisi olarak adlandırılır. (86).

Memeler, gebeliğin ilk trimesterinin ortalarından itibaren östrojen, progesteron ve prolaktin etkisi altında değişmeye başlar. Gebeliğin ilk haftalarından itibaren meme hassasiyeti ve parestezi meydana gelir. İkinci aydan sonra terme kadar, memeler büyür ve hassas damarlar cildin hemen altında izlenebilir. Meme uçları belirginleşir, daha pigmentli ve erektile hale gelir. Memelerin boyutunun ve hassasiyetini artması; vulvar ve vajinal dokuda venöz konjesyon, renk değişikliği ve boyut artışı kadın cinsel yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilecek organ değişiklikleridir.

Bulantı ve kusma gebelerin %70'ini etkiler. Tipik başlangıcı 4 ve 8. gebelik haftaları arasındadır. Semptomatik gebelerde yorgunluk, kilo kaybı, ketonemi ve elektrolit bozuklukları gelişebilir. Etiyolojisi net olarak aydınlatılamamakla birlikte yüksek östrojen ve progesteron seviyeleri sorumlu tutulmaktadır (87). Gebeliğin ilk üç ayında görülen mide yanması, bulantı/kusma, yorgunluk, kokulara karşı hassasiyet gibi semptomlar cinsel işlevler üzerinde olumsuz etkiye neden olabilir (88).

Hücrel bağışıklığın baskılanması ve östrojen seviyelerinin artması nedeniyle, gebelikte tekrarlayan vajinal candidiozis riski artarak, dispareni ve lubrikasyon sorunlarına yol açabilir (89).

Relaksin hormonu, vajinal doku üzerinde etki göstererek vajinal lümeni genişletir ve epitel hücrelerini artırır, bu da vajinal duyuda azalmaya yol açabilir (68). Yine relaksin hormonu serviks üzerinde gevşetici etkiye sahiptir (90). Relaksin etkisiyle kemik pelvis eklemleri ve pelvik bağ dokuda gevşeme meydana gelir (91).

Gebelik sırasında meydana gelen cinsel işlev sorunları, değişen duruma duygusal bir tepki olarak ortaya çıkan psikolojik kökenli de olabilir. Bir gebelik planlanmış ve istenmiş olsa bile, bu süreçte kararsızlıklarla karşılaşılabilir (92). Doğum ve annelik kaygısı, çiftlerin ilişkisindeki değişiklikler, düşük yapma düşüncelerinin olumsuz psikolojik sonuçları, cinsel suçluluk ve kaygılar gibi kadınların cinsel isteklerini etkileyebilecek gebelikle ilgili birçok psikojenik

faktör vardır. Büyüyen bir uterusla ilgili bilinçlilik, bazı cinsel pozisyonları gerçekleştirmede fiziksel sınırlamalar getirirken, gebe bir kadının kendine olan güvenini etkileyebilecek beden imajında kademeli bir değişikliğe yol açabilir (93).

4.5.1.1. Gebelik Döneminde Cinsel Mitler

Gebelik ve doğumla ilgili halk arasında doğru bilinen yanlışlar yani mitler dediğimiz, bilimsel geçerliliği olmayan varsayımlar karşımıza çıkabilmektedir. Gebelik sürecinde bu cinsel mitlere maruz kalınması cinsel işlevleri önemli ölçüde etkileyebilmektedir.

Gebelik döneminde karşımıza çıkan cinsel mitlerden bazıları şu şekilde sıralanabilir (94-96).

- Gebelik sırasında meydana gelen vajinal birleşme düşük veya erken doğuma neden olabilir,
- Gebelik sırasında meydana gelen vajinal birleşme fetüs ve/veya gebeye zarar verir,
- Gebelik sırasında meydana gelen vajinal birleşme bebeğin su kesesi yırtılabilir,
- Gebelik sırasında meydana gelen vajinal birleşme bebeğe zarar verir ve doğumu başlatır,
- Gebeyken cinsel ilişki yaşamak günahtır,
- Gebe kadın cinsel ilişkiye girerse enfeksiyon kapar.

4.5.2. Birinci Trimesterde Cinsel Yaşam

Birinci trimester, gebeliğin on ikinci haftasına kadar olan zamanı kapsar. Bu üç aylık dönemde, normal cinsel aktivitenin devamı ya da cinsel aktivitenin tamamen bitmesi ve cinsel ilişki sıklığı ile ilgili büyük farklılıklarla karşılaşabiliriz. Gebeliğin ilk trimesterinde cinsellik, gebeliğe bağlı fiziksel ve hormonal değişiklikler ve buna bağlı değişen beden algısı ve eşlerin yeni duruma uyum sağlamaya çalışmaları nedeniyle olumsuz yönde etkilenebilmektedir. Gebeliğin ilk üç ayında, gebelik döneminde meydana gelebilecek değişikliklere ve anne babanın rolüne uyum sağlamak için bir uyum süreci başlamaktadır. Hormonal değişiklikler, duygusal değişkenlik durumuna neden olur; bu nedenle kadın, eşi adına daha fazla ilgi talep edebilir (97,98). Özellikle birinci trimesterde meydana gelen bulantı ve kusma, yorgunluk, sık idrara çıkma isteği, memelerde ve vajende hassasiyet gibi durumlar kadınlardaki cinsel işlevleri olumsuz etkileyebilmektedir (99). Bu dönemde ortaya çıkan duygular bazen depresif duyguduruma sebep olabilir bu nedenle de gebelerin cinsel isteklerinde bir azalma görülebilmektedir. Cinsel tutumlar, kişinin büyüdüğü ve içinde yaşadığı çevre, değer yargıları,

cinsel mitler, yaşam biçimi, gelenekler, dini inanç, kültür ve ahlaki tutumlar gibi durumlara göre şekillenmektedir. Gebelik döneminde ortaya çıkan bebeğe zarar verme düşüncesi, düşük yapma korkusu gibi cinsel mitler birinci trimesterde cinsel yaşamı olumsuz etkilemektedir. Fok ve arkadaşları, Hong Kong'da yaptıkları kesitsel çalışmada, kadınların üçte birinden fazlasının gebelik sırasında vajinal ilişkiye girmediklerini raporlamışlardır. Bunun nedeni muhtemelen gebelik sırasında vajinal ilişkinin düşük, erken doğum veya fetüse zararlı olabileceğine dair inanışlardır. Aynı çalışmada, sonuçlar ilk trimesterdeki kadınların %55,6'sının vajinal ilişki gerçekleştirdiğini göstermektedir (12).

Corbacioglu ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmada ise erken gebelikte, hamileliğini farkında olmayan kadınlarda, hamileliğini bilenlere göre anlamlı derecede daha yüksek cinsel ilişki sıklığı saptanmıştır (100).

4.5.3. İkinci Trimesterde Cinsel Yaşam

13 ila 26 hafta süren gebeliğin ikinci trimesteri, kadının, gebeliğin tüm fiziksel değişikliklerine uyum sağladığı dönemdir ve genellikle cinsel ilişki sıklığının arttığı saptanmıştır (101). Çoğu araştırmacı, cinsel işlevin gebeliğin ikinci trimesterinde ilk trimestere kıyasla düzeldiğini iddia etmektedir (10, 102-106). Bununla birlikte, Erol ve arkadaşlarının 589 sağlıklı gebede kesitsel olarak yaptıkları çalışmada ikinci trimesterde FSFI skorlarının birinci trimesterle benzer olduğu ortaya konmuştur. Bu durumun, cinselliğe daha fazla ilgi olması, gebeliğin fiziksel semptomlarında azalma, kendini daha iyi hissetme ile bağlantılı olabileceği ileri sürülmüştür (7).

Chang ve arkadaşlarının yaptıkları kesitsel bir çalışmada ise gebelerin, ikinci trimesterde kadın cinsel işlev indeksi skorlarının, vücut algısı skorları ile negatif ilişkili olduğunu saptamışlardır (103).

4.5.4. Üçüncü Trimesterde Cinsel Yaşam

27. haftadan doğuma kadar süren gebeliğin son aşaması, en düşük cinsel aktivite sıklığı ile karşımıza çıkmaktadır. Gebeliğin önceki trimesterleri ile karşılaştırıldığında kadınlarda en düşük cinsel arzu seviyesi izlenmektedir (106) Uterin kontraksiyonlar, büyüyen uterusun etkisiyle pozisyonel kısıtlılıklar, gebeye ve fetüse zarar verme korkusu, yorgunluk, ağrılı cinsel birleşme, vajinal salgılar, libido eksikliği, erken membran rüptürü riski, plasenta previa vs gibi faktörler cinsel birleşmeden uzak durmak için üçüncü trimesterdeki temel sebeplerdir (107). Ayrıca kadının vücut şeklindeki ve anatomisindeki değişiklikler çiftin cinsel ilişkiye girmesini engelleyebilir veya farklı cinsel ilişki pozisyonlarını deneyimlemelerini gerektirebilmektedir.

Erol ve arkadaşları kadın cinsel işlev ölçeği skorunun önceki her iki trimester ile karşılaştırıldığında üçüncü trimesterde azaldığını gözlemlemişlerdir (7).

4.5.5. Gebelikte Cinsel İşlev Siklusunda Oluşan Değişiklikler

Gebelikteki hormonal değişiklikler ve duygusal, sosyoekonomik, kültürel ve dini inançlar gibi hormonal olmayan etkilerin, gebe kadınlar arasındaki cinsel davranıştaki değişikliklerle ilişkili olduğu düşünülmektedir. Gebe kadınların cinselliği yorgunluk, sırt ağrısı, sık idrara çıkma, mide yanması, memelerde hassasiyet ve baş ağrısı gibi fiziksel şikayetler sonucunda da etkilenebilir. Sıklıkla ilk trimesterde bulantı ve kusma, üçüncü trimesterde yorgunluk ve fiziksel rahatsızlıkların yanı sıra psikolojik faktörlere bağlı olarak cinsel istek ve uyarılmada azalma görülmektedir (108). Cinsel işlev siklusunun fazları gebelikte farklılık gösterir ve aşağıda bunlar ile ilgili detaylı bilgi verilmiştir.

4.5.5.1. Arzu Evresi

Kadınların gebelik sırasında cinsel istekleri ilk trimesterde genellikle değişmez veya hafifçe azalır ve üçüncü trimesterin sonunda keskin bir şekilde azalırken özellikle ikinci trimesterde değişken olabilir (107). Koitus gerektirmeyen cinsel aktiviteler gebelik sırasında ve doğumdan sonra değişmeden kalma eğilimindedir. Gebelerde mastürbasyon etkinliğinin seyri ile ilgili sonuçlar çelişkilidir. Kadınların gebelik sırasında %8-31'i ve doğumdan sonraki 3-6. aylarda %5-20'si mastürbasyon yapmaktadır (109).

4.5.5.2. Uyarılma Evresi

Gebelik sırasında meydana gelen pelvik bölgedeki artmış vajokonjesyon nedeniyle cinsel uyarılmada vajinal ve servikal salgıların miktarında artış olabilir. Bu artan salgılar cinsel birliktelik sırasında cinsel yaşamı pozitif yönde etkileyebilmektedir. Daha önce doğum yapmamış ilk gebeliği olan kadınlarda uyarılma sırasında labia majorler gebelik öncesindeki gibiyken, daha önce doğum yapmış kadınlarda labium major daha büyük ve ödemli olabilir. Uyarılma sırasında labia minorler primigravid ve multigravidlerde büyüyelebilmektedir. Son trimesterde labia minörler, artmış vazokonjesyon nedeniyle daha da büyümüştür. Gebelikte artmış vazokonjesyon nedeniyle cinsel birleşme olmaksızın vajinal ve servikal salgıların miktarında artış meydana gelmektedir. Sonuç olarak lubrikasyon gebelikte cinsel uyarılma sonucunda gebe olamayan kadınlara göre daha fazla olmaktadır (110).

4.5.5.3. Orgazm Evresi

Gebelerde orgazm fazı farklı şekillerde olabilir. Orgazm sonrasında meydana gelen ritmik kasılmalar vajenin distal 1/3'ünde ve uterusu meydana gelir. Goodlin ve Arkadaşları'nın yaptığı bir çalışmada gebelerin %16'sı cinsel birliktelik orgazm ile sonuçlanmasa da uterusu kontraksiyon hissedebildikleri raporlanmıştır. Katılımcılar değişen sıklıklarda orgazmı ağrı duyduklarını belirtmiş ve birleşme sonrası ağrının devam ettiği vurgulanmıştır (111). Sonuç olarak bu çalışma ile pelvik vazokonjesyon nedeniyle bazı gebelerde cinsel deneyim ve orgazm artabilir; hatta orgazmı ilk kez gebelikte yaşayanlar olabilir

4.5.5.4. Çözülme Evresi

Cinsel işlev siklusunun son evresi olan çözülme fazı, tüm organ ve sistemlerin cinsel ilişki öncesi olduğu hale dönme evresidir. Gebelikte yaşanan orgazm sonrasında pelvik vazokonjesyon tam olarak tamamlanamayabilir ve gebelik haftası ilerledikçe pelvik dokuların eski haline gelmesi daha uzun sürede meydana gelir. Bu durum da cinsel uyarılmanın süre olarak artmasıyla sonuçlanır. Gebeler bu uzun süreli yanıtı dolaylı orgazma ulaştıkları halde memnuniyetsizlik duygusuna kapılabilmektedir (110).

4.6. Beden Algısı

Beden algısı ilk kez Schilder ve Head'in gözlemlerinde, bacakta amputasyon sonucu fantom ağrısının görülmesiyle birlikte fark edilmiştir. Beden şeması terimini 1920'li yıllarda Head ileri sürmüştür. Bu ileri sürdüğü beden şeması duygusal kortekste projekte olan geçmiş tecrübeler ve şimdiki duyulardan oluşan bir bütün şeklinde açıklanmıştır (112).

Schilder beden imajını, bireyin aklında oluşan bedeninin resmi olarak tanımlamıştır. Yani beden imajı, kişinin kendi zihninde bedeninin nasıl görüldüğü ve vücudu hakkındaki algısı, düşüncesi ve duygusunu içermektedir. Beden algısı bireyin gerçek görüntüsünden oldukça uzak olabilir. Bireyin kendi bedeniyle ilgili duygularını, yargılarını ve özelliklerini, içeren çok faktörlü ve karmaşık bir kavramdır (113). Beden algısı, temelde fizyolojik durumları içermesine rağmen psikolojik, duygusal ve sosyal deneyimlerle alakalıdır (114).

4.6.1. Beden Algısını Etkileyen Faktörler

Beden algısı Schilder'e göre üç unsurdan etkilenir. Bu unsurlar; bireyler arası etkenler, zamansal etkenler ve çevresel etkenlerdir. Yani yaş, cinsiyet, diğer bireylerin kişinin görüntüsüne dair fikirleri ve kişinin bunlara verdiği tepkiler, bireyin yaşadığı ve büyüdüğü çevre, gelenek ve göreneklerinden ileri gelen farklılıklar, kişinin yaşamındaki önemli olabilecek olayların ne zaman ve nasıl gerçekleştiği gibi durumlar beden algısının gelişmesinde

etkili bulunmuştur. Beden algısının sübjektif doğası nedeniyle kişinin kendi bedenine dair fikirlerinin tahmin edilebilmesinin mümkün olmadığı vurgulanmaktadır (115).

Beden algısı, fiziksel olaylardan ve zihinsel süreçlerden etkilendiği için hayatın farklı evrelerinde değişiklik gösterebilir. Kadınların ergenlik, gebelik, postpartum ve menapoz gibi ciddi fizyolojik ve hormonal değişikliklerin etkilendiği yaşam evrelerinde beden algısı değişmektedir (116).

Ergenlik, gebelik, menapoz, gibi fizyolojik değişiklikler, akut hastalıklar, yaralanma, amputasyon, kronik hastalıklar, cerrahi girişimler, psikiyatrik durumlar, kişinin yaşamındaki insanların hastalık ve vefat durumları beden algısını etkileyen faktörlerden bazılarıdır. Beden algısının etkilenmesiyle kişinin tüm psikolojik durumu etkilenebilir (117).

4.6.2. Gebelikte Beden Algısı

Gebelik, kadınların vücutlarına odaklandığı ve beden algısının etkilendiği bir süreçtir. Gebeliğe bağlı oluşan bulantı ve kusmalar, cilt yapısındaki değişiklikler, stria gravidarum ve linea nigra oluşması, memelerde büyüme ve hassasiyet artışı, vücut ağırlığı artışı gibi durumlar beden algısını değiştirirken, doğumdan sonra eski haline dönmeyeceği fikrinden dolayı kadınlar kaygı yaşayabilmektedir (118).

Mehta ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada, gebelikte beden algısı ile kilo alımı arasındaki ilişki incelenmiş ve gebelik sürecinde meydana gelen kilo alımının kişinin beden algısını etkilediği anlaşılmıştır (119).

Yapılan çalışmalar, kadınların yaşadıkları değişiklikleri "geçici ve kendilerine özgü" olarak gördükleri için, gebelik sırasında beden algısı standartlarının değişebileceğini öne sürmüşlerdir. Gebelik, bir kadının vücut ağırlığının artışının, sosyal olarak kabul edilebilir olduğu tek dönem olduğu ileri sürülmüştür çünkü üreme rolüne ve bebeğin sağlıklı olmasına fiziksel görünümünden daha fazla değer verilmektedir (120). Bununla birlikte, bazı araştırmalar ise gebeliğin beden algısını olumsuz etkilediğini savunmaktadır. Leifer ve arkadaşları, gebelikte beden algısı değişikliklerinin, kadınların gebelikten önce vücutlarından ne kadar memnun olduklarına bakılmaksızın, olumsuz duygular uyandırdığını bulmuşlardır (121). Benzer şekilde Fairburn ve Welch de örneklemelerindeki gebelerin %40'ının gebelikte kilo almaktan korktuklarını ve %72'sinin gebelik öncesi vücut ağırlıklarına geri dönemeyeceklerinden korktuklarını belirtmişlerdir (122).

4.6.3. Beden Algısı ve Cinsel İşlevler

Cinsel işlevsellik söz konusu olduğunda, kişinin kendi fiziksel çekiciliğinin veya bir cinsel partner olarak arzu edilebilirliğinin genel değerlendirmesi için bir terim olarak beden algısı ile kişinin kendi cinsel organları veya erojen bölgeleri hakkında nasıl hissettiği arasında önemli bir ayrım olabilir. Cinsel işlevsellik, kişinin vücudunun cinsel uyarılmaya fiziksel olarak nasıl tepki verdiğini veya kişinin deneyimlediği cinsel zevk veya tatmin derecesini ve hatta sahip olduğu cinsel deneyimin miktarını ve türlerini içerebilir. Muhtemelen, şu andaki cinsel işlev, kişinin geçmişte yaşadığı cinsel deneyimlerin niceliklerinden ve niteliklerinden etkilenebilir (123).

Beden algısı düşük olan kadınların, cinsel isteklerinin daha az olduğu ve ilişki sırasında vücutlarına dokunulmaktan hoşnutsuz oldukları bilinmektedir. Yapılan bir çalışma, beden algısı düşük kadınların, cinsel ilişki sırasında bedenleriyle daha ilgili olduklarını ve kendilerine daha az güvendiklerini ve bu durumun cinsel isteklerini düşürdüğünü göstermiştir (124).

4.7. Genital Benlik İmajı

Kadın sağlığı için önemli bir faktör olan genital benlik imajı, genital organları doğrudan veya dolaylı olarak ilgilendiren özel etkileşimler ve deneyimler sonucu oluşan benlik tutumu ve bunu takip eden duygu olarak tanımlanmıştır.

Genital benlik imajı, kişinin genital görünümüne ve işlevine yönelik öznel düşünce ve duygularını içerir ve genital benlik imgesinin temelini oluşturur. Beden imajı çalışmalarının bir alt alanı da genital benlik imajıdır ve bireylerin genital organlarına yönelik tutumlarını, subjektif duygularını ve deneyimlerini ifade eder (125). Başka bir tanımla, cinsel organlardan algılanan fiziksel sağlığın davranışsal ve psikolojik yönlerinin bir parçasıdır. (126).

Genital benlik imajı kavramı ilk kez genital kimlikle birlikte ortaya çıkmıştır. Waltner, genital kimliği “genital organları içeren özel etkileşim ve deneyimlerden doğrudan veya dolaylı olarak ortaya çıkan ego tutumu ve bunu takip eden duygu” olarak ifade etmiştir (127). Genital kimlik ve cinsel kimliğin genital benlik imajı terimiyle ilişkili olduğu ileri sürülmüştür. İmaj terimi Berman ve arkadaşları tarafından kadınların genital algılarını duygu ve davranışlar açısından ifade etmek için kullanılmıştır (128).

Genital benlik imajı, kadının hem cinsel işlevlerinde hem de dış görünüş algısında önemli bir yere sahiptir. Son araştırmalar, kadınların genital benlik algısının cinsel sağlıkla ilişkili olduğunu göstermektedir (129). Olumlu genital benlik imajının cinsel işlevsellik ve tatmin ile güçlü bir şekilde ilişkili olduğu bulunmuştur (130).

4.7.1. Kadın Genital Benlik İmajını Etkileyen Faktörler

Genital benlik imajını etkileyen birçok faktör vardır. Bu faktörlerden bazıları; beden algısı, organ kaybı, cinsel işlevsellik, genital hijyen uygulamaları, vajinal enfeksiyonlar, kültürel normlar, obezite ve medya olarak sıralanabilir (131).

Kadınların beden imajı memnuniyetsizliği psikolojik alanda yeni bir kavram olmamakla birlikte son zamanlarda genital benlik algısı ile bağlantıları açıklanmaktadır. Genital benlik imajı, beden algısının cinsel açıdan ortaya çıkan yönüdür. (132).

Histerektomi, mastektomi gibi cerrahi operasyonlar kadınların annelik, kadınlık ya da çekicilik duygularında değişikliğe neden olur. Bu cerrahi operasyonlar kadının benlik saygısını ve beden algısını tehdit ederken dolaylı olarak genital benlik imajını da etkilemektedir. Vulvektomi gibi kadın genital organlarının görünümünü doğrudan etkileyen cerrahi operasyonlar, genital benlik imajını doğrudan etkiler (133).

Tam ve doğru yapılmayan genital hijyen uygulamaları kadınlarda enfeksiyona neden olabilmekte ve bunun sonucunda kadın sağlığı ve genital benlik imajı olumsuz etkilenebilmektedir (134). Bazı toplumlarda birçok kadın, cinsel organlarının kirli olduğu inancıyla yetiştirilmektedir. Kadınların genital organlarını nasıl algıladıkları önemlidir çünkü ona yönelik yapılan davranış ve seçimler genellikle sosyal ve kültürel olarak etkilendiği için genital hijyen ile ilgili davranışları etkileyebilir (135). Vajinal enfeksiyonun varlığı, bir kadının genital benlik imajını ve genel vücut imajını olumsuz etkileyebilir. Ayrıca cinsel işlevlerde azalma, koku almada artış, cinsel işlevler üzerinde olumsuz etki, cinsel ilişkiden tikslenme, fiziksel ve zihinsel yorgunluğa neden olabilirler (136).

İdeal kilo, sosyal etkileşim yoluyla başkalarıyla karşılaştırmalar yaparak kadının beden algısını ve genital benlik imajını etkiler. Yüksek genital benlik imajının, kadınların düşük vücut kitle indeksi ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Kadınlar arasında fazla kilolu olmak olumsuz genital benlik imajına neden olmaktadır (137) .

4.7.2. Gebelikte Genital Benlik İmajı

Genital bölge, gebelik sırasında fizyolojik değişikliklere uğrayan vücudun önemli bölgelerinden biridir (137). Her ne kadar genital benlik imajı, beden algısının bir alt nesnesi olarak görülse de gebelik sırasında genital benlik imajının değişimini araştırma sayısı kısıtlıdır.

Jawed-Wessel ve arkadaşlarının primigravid gebeler üzerinde beden imajı, genital benlik imajı ve cinsel işlev arasındaki ilişkiyi incelemiş, katılımcıların %39,9'unda zayıf genital benlik

imajı saptanmış ve bu durumun doğumdan, emzirmeden, cinsel deneyimlerden ve vücut ağırlığındaki değişikliklerden etkilendiği belirtilmiştir (138).

Keramat ve arkadaşlarının gebeler üzerinde kesitsel olarak yaptıkları bir çalışmada gebelerde negatif beden algısı ve genital benlik imajının, depresyon ve anksiyete ile ilişkili olduğunu bunun da dolaylı olarak cinsel işlevleri etkileyebileceğini raporlamışlardır (139).

4.7.3. Genital Benlik İmajı ve Cinsel işlevler

Genital benlik imajının cinsel sağlık üzerinde önemli etkileri vardır. Kadınların cinsel işlev bozukluğu yaşamasına neden olan ilişki dinamikleri incelendiğinde cinsel partnerlerle uyum ön plana çıkmaktadır. Cinsel partneri ile uyumlu ve özgüveni yüksek kadınların genital benlik imajının olumlu olduğu görülmektedir. Kadın genital benlik imajının cinsel doyum ve cinsel işlev üzerinde etkili olduğu da bilinmektedir (131). Başkaları tarafından olumsuz değerlendirilmekten duyulan kaygının, genital benlik imajında memnuniyetsizliğe neden olduğu düşünülmektedir (140).

Komarnicky ve arkadaşları, beden algısı, cinsel işlev ve genital benlik imajı arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla 3222 kadın ve 3006 erkek, gönüllü katılımcı ile yaptıkları çalışmada, katılımcıların genital benlik imajları, cinsel tatminleri, beden imajları ve cinsel işlevleri değerlendirilmiştir. Kadın katılımcılarda genital benlik imajı arttıkça cinsel doyumun arttığı bulunmuştur (141).

Sonuç olarak, cinsellik kadının yaşam döngülerinden, geçmiş tecrübelerinden, varolan kaygılarından, aynı kişi içinde zamanla değişebilen bir süreçtir. Bu süreci tanımak ve kavramsallaştırmak için çeşitli cinsel yanıt döngüleri tasarlanmıştır. Cinsel yanıt döngülerindeki patolojik süreçler kişide cinsel işlev bozukluğuna yol açabilir. Gebelik de cinsel işlevlerin bozulduğu bir dönemdir ve bu bozulmanın nedenleri henüz tam olarak aydınlatılabilmemiş değildir. Gebelikle fiziksel, hormonal ve psikolojik değişiklikler meydana gelir. Bu değişiklikler pelvik taban desteğini olumsuz etkiler. Ancak cinsel işlevlerin bozulmasını sadece bozulan pelvik taban desteği ile açıklamamız mümkün değildir çünkü bu süreçte psikolojik faktörler, kişinin kendisini ve etrafındaki çevreyi algılayış şekli, gebeliğe ait cinsel mitler ve partner faktörleri de olumsuz bir çevre yaratabilir.

5. GEREÇ VE YÖNTEM

5.1. Araştırma Planı ve Çalışmaya Dahil Edilecek Katılımcıların Belirlenmesi

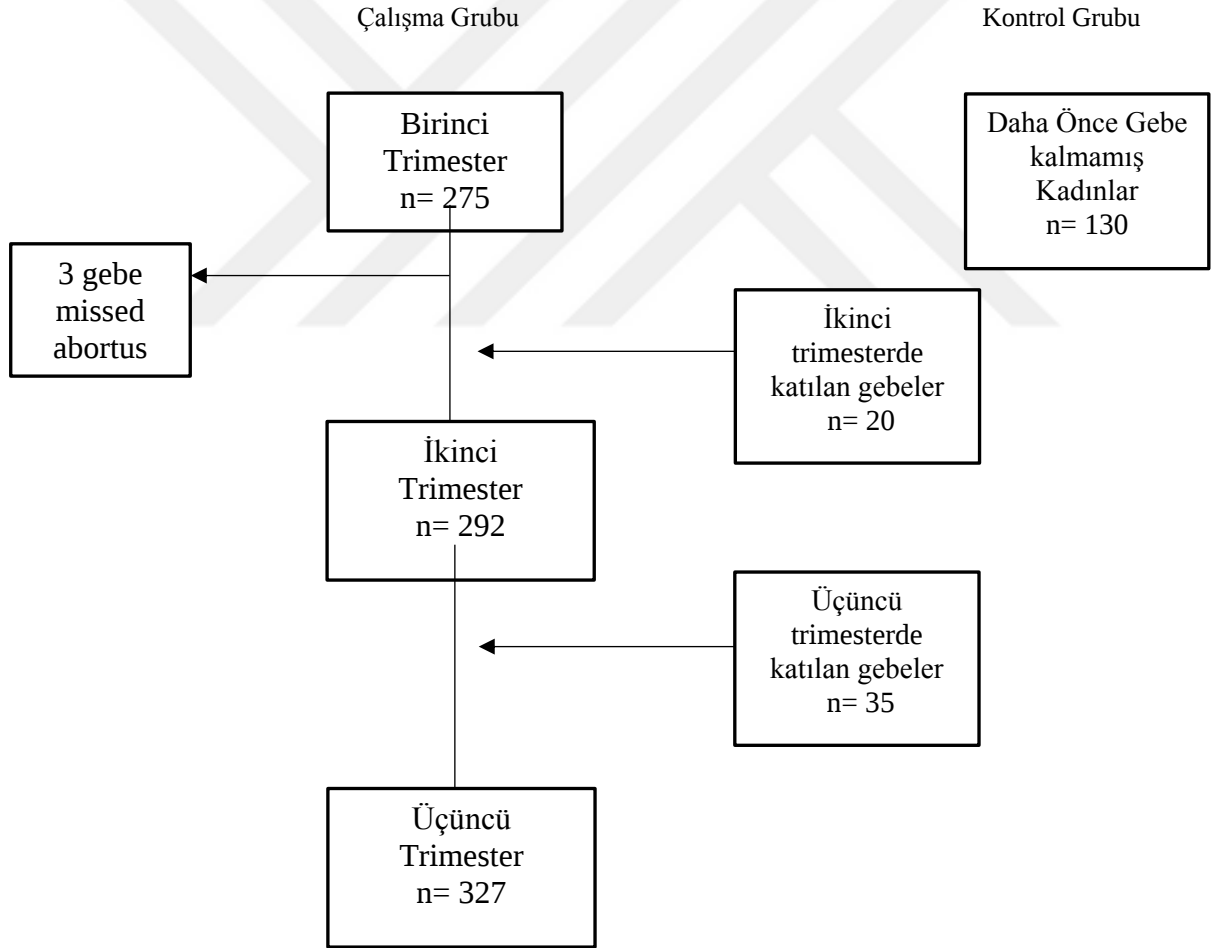
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Gebe Polikliniği'ne 2021 Nisan-2022 Ağustos ayları arasında başvuran gebelerden, primigravid olup, gönüllü olan (n=330) kadın çalışmaya dahil edilmiştir. Bu gebelerin çalışmaya dahil edilme dönemlerine göre dağılımına baktığımızda, 1. Trimesterde (11-14. gebelik haftaları arası) takibe alınan (n=275), 2. Trimesterde (24-27 gebelik haftaları arası) takibe başlanan (n=20) ve 28. gebelik haftasından sonra çalışmaya dahil edilen (n=35) tüm primigravid gebeler (n=330), longitudinal olarak izlenmiştir. Bu gebelerin cinsel işlevleri, pelvik taban fonksiyonları, beden algıları ve genital benlik imajları her trimesterde ayrı ayrı ölçülmüştür. Kadınlarda, ilk gebeliğin, ilk trimester sonuçları daha önce gebe kalmamış (kontrol grubu) kadınlardan elde edilen sonuçlar ile karşılaştırılmıştır. Çalışmaya, kontrol grubu olarak Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Jinekoloji Polikliniğinde takipli cinsel olarak aktif daha önce gebe kalmamış (gravida 0) kadınlar (n=130) dahil edilmiştir. Çalışmaya dahil edilen tüm, gebelerden ve kontrol grubundaki kadınlardan, gönüllü katılımlarıyla ilgili yazılı aydınlatılmış onamları alınmıştır (EK-1).

Çalışmaya 1. Trimesterde dahil edilen primigravid gebelerden (n=275), 3 gebe missed abortus nedeniyle çalışmayı tamamlayamamıştır. 272 gebenin her üç trimester için takibi yapılmış ve anketler üç kez uygulanmıştır. İkinci trimesterde çalışmaya dahil olan gebelerin (n=20), tamamına ikinci ve üçüncü trimesterde olmak üzere iki kez anketler uygulanmıştır. Çalışmaya üçüncü trimesterde dahil olan gebelere de (n=35) bir kez anketler uygulanmıştır. Pelvik taban cerrahisi geçirmiş gönüllüler çalışmadan hariç tutulmuştur. Örneklem grubumuzdaki 10 katılımcı (abortus imminens n=8, erken doğum eylemi n=2) gebe takipleri sırasında vajinal ilişkiye girmemeleri açısından bilgilendirilmiştir. Bu katılımcılardan 3 gebe missed abortus olması nedeniyle takiplerden çıkmıştır. Kalan 7 gebenin, vajinal ilişkiye girmemelerine rağmen gebeliğin etkisiyle meydana gelen değişimlerinin izlenmesi amacıyla takiplerine devam edilmiştir.

Kontrol grubu olan daha önce gebe kalmamış kadınların beden algısı, genital benlik imajı, pelvik taban fonksiyonları ve cinsel işlevleri analiz edilip primipar gebe grubunun ilk trimester ölçümleri ile karşılaştırılmıştır. Gebelikte her üç trimester için saptanan tüm ölçümlerin trimesterler arası farklılığı analiz edilip, cinsel işlevlerin trimesterler arası farklılığı ortaya konmuş ve gebelik boyunca her trimester için ölçülen beden algısı, genital benlik imajı

ve pelvik taban fonksiyonlarının cinsel işlevlere olan etkisi her trimester için ayrı ayrı analiz edilmiştir. Gönüllü olup çalışmaya dahil edilen primigravid gebelerde her üç trimesterde ve kontrol grubu olan cinsel aktif daha önce hiç gebe kalmamış gönüllülerde beden algısını, kadın genital benlik imajını, pelvik taban fonksiyonlarını ve cinsel işlevleri değerlendirmek için sırasıyla; beden algısı ölçeği (Body-Cathexis Scale; BCS), kadın genital benlik imajı ölçeği (The Female Genital Self-Image Scale; FGSIS), pelvik taban bozukluk envanteri (Pelvik Floor Distress Inventory-Short Form; PFDI-20), kadın cinsel işlev ölçeği indeksi (Female Sexual Function Index; FSFI) anketlerinin türkçeye valide edilmiş formları doldurtulmuştur.

Araştırmaya katılan gönüllülerin sosyo-demografik ve klinik özelliklerine ilişkin çalışma takip formları, yaş, boy, kilo, vücut kitle indeksi, meslek, eğitim durumu, alışkanlıkları, öz ve soy geçmişine ait özellikler, cinsel ilişkilerinin eşleriyle ilgili özelliklerine dair veriler kaydedilmiştir (EK-2).



Şekil 6. Çalışmaya dahil edilen çalışma grubu ve kontrol grubu

5.2. Kullanılan Anket ve Ölçekler

5.2.1. Kadın Cinsel İşlev İndeksi (Female Sexual Function Index, FSFI)

Rosen ve arkadaşları, kadınların cinsel fonksiyonlarını ölçmek amacıyla bu ölçeği oluşturulmuştur (148). Türkçe validasyonu Aygin ve Aslan tarafından yapılmıştır (149).

Bu ölçek 6 alt bölümden oluşur. Bunlar; cinsel istek, uyarılma, lubrikasyon, orgazm, memnuniyet ve ağrıdır. Puanlama her soru için farklıdır. Cinsel istek sorgulanan ilk iki soru dışında diğer soruların ilk şıkkı 'Hiç cinsel aktivitede bulunmadım' olup bu şık 0 puana karşılık gelir. Cinsel isteği ölçen ilk iki soruda puanlar şıkların sırasına göre 5'ten başlayıp 1'e doğru düşer ve toplam puan 0,6 katsayı ile çarpılır; uyarılmayı ölçen sorular 3 ile 6 arasındadır ve bu soruların ilk şıkkı 0 puan olup ikinci şıktan itibaren 5 ile 1 arası puanlanır toplam puan 0,3 katsayısı ile çarpılır. Lubrikasyonu ölçen sorular 7 ve 10. Sorular arasındadır 8. ve 10. soru hariç uyarılma soruları gibi puanlandırılırken bu iki soruda puanlar ilk şıkta 0 puan olup ikinci şıktan itibaren 5 ile 1 arası puanlanır. Toplam puan 0,3 ile çarpılır. Memnuniyet için olan sorular uyarılma ile aynı şekilde puanlanır. Ağrı alt grubu için olan sorular da son üç soru olup 10. soru gibi puanlanır. Memnuniyet, orgazm ve ağrı gruplarının puanları 0,4 katsayısı ile çarpılır. Bu ölçekten alınabilecek en yüksek puan 36 iken en düşük puan 1,2'dir. Ölçek puanındaki azalma cinsel işlev bozukluğunun arttığını göstermektedir.

5.2.2. Beden Algısı Ölçeği (Body-Cathexis Scale, BCS)

Beden algısı ölçeği, Secord ve Jourard tarafından geliştirilmiştir. Bu ölçek, kişilerin bedenlerindeki bölümlerinden ve işlevlerinden memnuniyetlerini ölçmeyi hedefleyen likert tarzı bir ölçektir (142). Beden algısı ölçeğinin Türkçe'de geçerlik ve güvenirlik çalışması Hovardaoğlu ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilmiştir (143).

Bu ölçek 40 maddeden oluşan likert tarzı bir ölçektir. Her maddenin puanı 1-5 arasındadır. Ölçekten elde edilen puan arttıkça beden algısı olumlu olarak yorumlanır. Bu ölçekten alınabilecek en yüksek puan 200 iken en düşük puan 40'tır.

5.2.3. Kadın Genital Benlik İmajı Ölçeği (The Female Genital Self-Image Scale, FGSIS)

Herbenick ve Reece tarafından geliştirilen Kadın genital benlik imajı ölçeğinin amacı kadın genital benlik algısını ölçmektir (144). Türkçe validasyonu Kaya ve Arkadaşları tarafından 2018 yılında gerçekleştirilmiştir (145).

7 maddeden oluşan likert özellikte bir ölçek olan bu ölçekte sorular 1-4 arası puanlanmıştır. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 28'dir. Ölçek skoru yüksek olması, olumlu genital benlik imajı varlığının göstergesidir.

5.2.4. Pelvik Taban Bozukluk Envanteri (Pelvik Floor Distress Inventory-Short Form, PFDI-20)

2001 yılında Barber ve Arkadaşları tarafından geliştirilen Pelvik Taban Bozukluk Envanteri (PFDI) ölçeği, pelvik taban sorunlarını ortaya koymayı amaçlamaktadır. Yine Barber ve arkadaşları tarafından aynı ölçeğin kısa formu (PFDI-20) valide edilmiştir (146). PFDI-20 ölçeğinin Türkçe validasyonu 2012 yılında Kaplan ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilmiştir (147).

Pelvik taban bozukluk envanterinin kısa formu olan ve üç alt bölümden oluşan bu ankette (PFDI-20), pelvik taban fonksiyonlarından alt üriner sistem, anorektal bölge ve pelvik organ prolapsusunun yarattığı bozukluklarının ayrı ayrı ölçülmesi ile edilen alt puanlar ile genel pelvik taban fonksiyon bozukluğuna yönelik total puanlama elde edilmektedir. Bu ölçek 20 soru ve 3 alt gruptan oluşur; üriner bozukluk envanteri (Urinary Distress Inventory; UDI-6), pelvik organ prolapsusuna ait bozukluk envanteri (Pelvic Organ Prolapse Distress Inventory; POPDI-6), kolorektal-anal fonksiyon bozukluğu envanteri (Colorectal-Anal Distress Inventory; CRADI-8). Alt ölçekler 0 ile 100 arasında puanlanır. Böylece toplam PFDI-20 skoru 0 ile 300 arasında değişir. Pelvik tabana dair bozukluğun şiddeti arttıkça puan artar.

5.3. Örneklem Büyüklüğü Hesabı

Pauls ve arkadaşlarının longitudinal olarak gebelikte cinsel işlevlerin değişimini araştırdığı çalışmadaki (83) FSFI skorlarının değişimi baz alınarak yapılan istatistiksel analizde trimester 1, trimester 2 ve trimester 3 arasındaki 0,34 büyüklüğündeki etkiyi 0,05 anlamlılık düzeyinde 0,80 güç ile saptamak için çalışma ve kontrol grubunda en az 130'ar kişi toplam 260 kişi olması gerektiği hesaplanmıştır. Örneklem büyüklüğü hesabı G*Power (versiyon 3.1.9.2) hesabı ile gerçekleştirilmiştir.

5.4. İstatistiksel Analiz

Verilerin analizinde SPSS 11.5 programından faydalanıldı. Tanımlayıcı olarak nicel değişkenler için ortalama±standart sapma ve ortanca (minimum-maksimum), nitel değişkenler için ise hasta sayısı (yüzde) kullanıldı. Nicel değişken bakımından iki kategoriye sahip nitel değişkenin kategoriler arasında fark olup olmadığına, normal dağılım varsayımları sağlanmadığı için Mann Whitney U testi kullanılarak bakıldı. Nicel değişken bakımından

ikiden fazla kategoriye sahip nitel değişkenin kategoriler arasında fark olup olmadığına, normal dağılım varsayımları sağlanmadığı için Kruskal Wallis H testi kullanılarak bakıldı. İki nitel değişken arasındaki ilişki incelenmek istendiğinde ise Ki-kare ve Fisher exact testleri kullanıldı. İki nicel değişken arasındaki ilişki incelenmek istendiğinde, normal dağılım varsayımları sağlanmadığı için Spearman Korelasyon Katsayısı testi kullanıldı. Tekrarlı ölçümler arasındaki farka bakmak için ise Repeated Measures ANOVA testi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi 0,05 olarak alındı.



6. BULGULAR

6.1. Demografik Veriler

Çalışmaya dahil edilen 330 primigravid gebenin ve 130 kontrol grubunun demografik verilerinin karşılaştırmaları Tablo 1’ de verilmiştir. Yaş, eğitim durumu ve hipotiroid hastalığı iki grup arasında anlamlı fark gösterdi (sırasıyla $p=0,003$, $p=0,002$ ve $p<0,001$).

Kontrol grubu kabul edilen gebe olmayan kadınlarda yaş ortalaması $26,81\pm4,77$ iken bu ortalama primigravid gebe grubunda $25,29\pm4,10$ olarak bulundu ($p=0,003$). Kontrol grubunda 13 kadın (%10,2) ortaokul, 74 kadın (%57,8) lise ve 41 kadın (%32,0) lisans mezunuyken, primigravid grubunda 9 gebe (%2,7) ortaokul, 225 gebe (%68,4) lise ve 95 gebe (%28,9) lisans mezunuydu ($p=0,002$). Kontrol grubundaki hastaların %39,1’inde hipotiroid hastalığı varken, bu oran gebe grubunda %13 bulundu ($p<0,001$). Primigravid gebelerin birinci trimesterdeki vücut kitle indeksi (VKİ) ile kontrol grubunun VKİ grupları arası farklılık yönünden karşılaştırıldı. VKİ ortalaması kontrol grubunda daha yüksek olarak bulundu. İki grup arasında anlamlı fark izlenmedi ($p=0,267$).

Çalışmaya dahil olan gebelerde sigara veya alkol kullanımı bulunmamaktaydı. 3 gebede yardımcı üreme tekniği kullanılmış ve 1 gebede çoğul gebelik ile sonuçlanmıştır. 1 gebede de spontan çoğul gebelik meydana gelmiştir. Gebelerden 2’sinde Tip 1 diyabetes mellitus, 2’sinde diyabetes mellitus; 1’inde kronik hipertansiyon; 1 kişide nefrolitiazis; 1 kişide hemoroid bulunmaktadır. Takiplerde 43 gebede bulantı kusma, 37 gebede kasık ve bel ağrısı şikâyeti bulunmaktadır. 10 gebede takiplerinde gestasyonel diyabetes mellitus tanısı almış olup 3 kişide medikal tedavi uygulanmıştır. 7 gebe takiplerinde preeklampsi tanısı almış olup 4 gebede medikal tedavi uygulanmıştır. 10 gebe abortus imminens ile takip edilmiş bu gebelerden 3 kişi missed abortus nedeniyle çalışmadan çıkmıştır. 2 gebe erken doğum eylemi ile takip edilmiş ve geç preterm dönemde ($35*4$ ve $36*2$) doğumları gerçekleşmiştir (Tablo 2).

Çalışmamıza katılan kontrol grubu gönüllülerin evlilik süreleri 3 ay ile 5 yıl arasındadır. Katılımcıların 25’inde sigara kullanımı olup 12’sinde alkol kullanımı mevcuttur. Katılımcılardan 4 kişide Tip 1 diyabetes mellitus, 9 kişide Tip 2 diyabetes mellitus, 2 kişide hipoparatiroidi, 1 kişide kronik hipertansiyon bulunmaktadır.

Tablo 1. Kontrol ve Primigravid Gebe Gruplarının Demografik Özellikleri

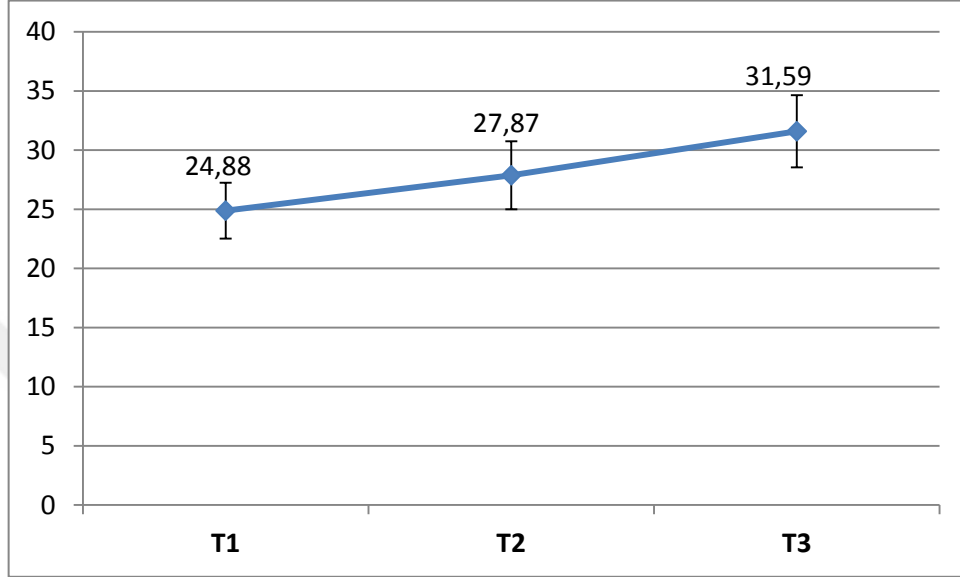
Demografik Özellikler		Kontrol Grubu	Primigravid Gebe Grubu	p değeri
Yaş	Ort.±SS	26,81±4,77	25,29±4,10	0,003
VKİ (Kg/m2)	Ort.±SS	25,10±4,61	24,88±2,36	0,267
Eğitim Durumu, n(%)	Ortaokul	13 (%10,2)	9 (%2,7)	0,002
	Lise	75 (%57,8)	225 (%68,4)	
	Lisans	41 (%32,0)	96 (%28,9)	
Hipotiroidi, n(%)		50 (%39,1)	43 (%13,0)	<0,001
Diyabetes Mellitus, n (%)	Tip 1	4 (%3)	2 (%0,6)	
	Tip 2	9 (%6,9)	2 (%0,6)	
Kronik Hipertansiyon, n (%)		1 (%0,7)	1 (%0,3)	
Sigara, n (%)		25 (%19,2)	-	
Alkol, n (%)		12 (%9,2)	-	
Hipoparatiroidi, n (%)		2 (%1,5)	-	

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma

Tablo 2. Çalışma Grubuna Dair Obstetrik Özellikler

Çalışma Grubuna Dair Demografik Veriler	Primigravid Gebe Grubu
Gestasyonel Diyabetes Mellitus, n (%)	10 (%3)
Preeklampsi, n (%)	7 (%2,1)
Erken doğum eylemi, n (%)	2 (%0,6)
Abortus imminens n (%)	8 (%2,4)
Bulantı / Kusma, n (%)	43 (%13)
Yardımcı Üreme Tekniği, n (%)	2 (%0,6)
Tekil Gebelik, n (%)	328 (%99,3)
Çoğul gebelik, n (%)	2 (%0,6)

Şekil 7’de gebe grubunda VKİ için 3 trimester arası değişimlere bakılmıştır ve zamanlar arası fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$). VKİ için en yüksek ortalama 3. trimesterde bulunurken en düşük ortalama ise 1. trimesterde elde edildi. 3 trimester arası farklılığı yaratan ikili zaman karşılaştırması yapıldığında ise birinci ve ikinci; birinci ve üçüncü; ikinci ve üçüncü trimesterler arası farklar anlamlı bulundu (sırasıyla $p<0,001$, $p<0,001$ ve $p<0,001$).



Şekil 7. Gebelerde artan gebelik haftasıyla VKİ değişimi

6.2. Gebelik Sürecinde Gebelerin Cinsel Mitlere İnanma Durumu

Primigravid gebelere, partnerleriyle olan ilişkilerine dair sorulan sorularda gebelikteki cinsel mitlerle ilgili düşünceleri de irdelendi. Hastaların bu sorulara hangi oranda cevap verdikleri Tablo 3’te verilmiştir.

Tablo 3. Cinsel Mitlere İnanma Bakımından Gebelerin Verdiği Cevapların Karşılaştırması

Sorular	Evet	Bilmiyorum	Hayır
Cinsel ilişki sırasında bebeğinize zarar gelebileceğini düşünür müsünüz?	%58,2 n=193	%19,1 n=63	%22,8 n=75
Cinsel ilişki sırasında kanamanız olmasından korkar mısınız?	%64,7 n=214	%14,0 n=46	%21,3 n=70
Cinsel ilişki sırasında düşük yapmaktan korkar mısınız?	%54 n=178	%17 n= 56	%29,1 n=97
Gebelikte cinsel ilişkiye girmenin günah olduğunu düşünür müsünüz?	%7,5 n=25	%7,9 n= 27	%84,6 n=279

6.3. Kadın Cinsel İşlev İndeksi

Tablo 4’te FSFI ölçeğine ait puanlar bakımından iki grup arası farklara bakıldı. Kadın cinsel işlevleri için uyarılma, lubrikasyon, orgazm, memnuniyet, ağrı ve FSFI toplam puanı bakımından kontrol ve primigravid gebe grupları arası anlamlı fark bulundu ($p<0,05$).

Tablo 4. Kontrol Grubu ve Primigravid Gebelerde Kadın Cinsel İşlevleri

Kadın Cinsel İşlevi	Gruplar		p değeri
	Kontrol Grubu	Primigravid Gebe Grubu	
	Ort.±SS	Ort.±SS	
Cinsel İstek	3,90±0,94	3,79±1,12	0,510 ^a
Uyarılma	4,26±1,00	3,37±1,65	<0,001 ^a
Lubrikasyon	4,44±0,77	3,73±1,73	0,010 ^a
Orgazm	4,37±1,00	3,72±1,81	0,007 ^a
Memnuniyet	4,95±0,91	4,18±2,01	0,020 ^a
Ağrı	4,86±1,18	3,85±1,97	<0,001 ^a
FSFI Toplam Puanı	26,78±4,06	22,64±9,20	<0,001 ^a

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, a: Mann-Whitney U testi

FSFI ölçeğinin ilk sorusu dışındaki sorularda puanlandırmada ilk şık ‘hiç cinsel aktivitede bulunmadım’ olup bu şık 0 puanla puanlandırılır. FSFI ölçeğinin sorularına verilen bu cevap ışığında primigravid gebelerin cinsel ilişkide bulunup bulunmamalarına bakıldığı zaman birinci trimesterde cinsel ilişkiye giren kişi sayısı 209 (%85,7) iken bu sayı ikinci trimesterde 214 (%81,1), üçüncü trimesterde ise 221 (%69,9) olarak bulundu (Tablo 5). Bu gebelerden birinci trimesterde 10 kişi obstetrik nedenlerle (abortus imminens) cinsel ilişkiye girmemiş olup bu sayı ikinci trimesterde 8 (abortus imminens $n=7$, erken doğum eylemi ($n=1$), üçüncü trimesterde 2 (erken doğum eylemi) idi. Obstetrik nedenlerle cinsel ilişkiye girmeyen gebelerin, cinsel ilişkiye girmeyen tüm gebelere oranı trimesterler arasında sırayla %25; %14,5; %2 olarak hesaplandı.

Tablo 5. FSFI Ölçeğine Göre Cinsel İlişkiye Giren ve Girmeyen Kişilerin Dağılımı

Gebelik Trimesterleri	Cinsel İlişki			
	Yok		Var	
	n	%	n	%
Birinci Trimester	40	14,5	235	85,5
İkinci Trimester	55	18,8	237	81,2
Üçüncü Trimester	99	30,2	228	69,8

Tablo 6’da FSFI için primigravid gebelerde trimesterler arası ilişkiye bakıldı. FSFI toplam puanı ve tüm alt boyutları için 3 trimester arası fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,001$). FSFI toplam puanı ve tüm alt boyutları için en yüksek ortalama 1. trimesterde bulunurken en düşük ortalama ise 3. trimesterde elde edildi. 3 trimester arası farklılığı yaratan ikili zaman karşılaştırması yapıldığında ise birinci ve ikinci; birinci ve üçüncü; ikinci ve üçüncü trimesterler arası farklar anlamlı bulundu (sırasıyla $p<0,001$, $p<0,001$ ve $p<0,001$).

Tablo 6. Primigravid Gebelerde Gebelik Boyunca Cinsel İşlevlerdeki Değişim

Cinsel İşlevler		Gebelikte Trimesterler				
		Birinci Trimester	İkinci Trimester	p^{1-2}	Üçüncü Trimester	p^{2-3}
Cinsel İstek	Ort.±SS	3,79±1,12	3,34±1,06	0,001^a	2,73±1,00	<0,001^a
Uyarılma	Ort.±SS	3,37±1,65	3,00±1,69	0,001^a	2,25±1,66	<0,001^a
Lubrikasyon	Ort.±SS	3,73±1,73	3,37±1,79	0,001^a	2,66±1,92	<0,001^a
Orgazm	Ort.±SS	3,72±1,81	3,34±1,84	0,001^a	2,43±1,83	<0,001^a
Memnuniyet	Ort.±SS	4,18±2,01	3,73±2,05	0,001^a	2,62±1,99	<0,001^a
Ağrı	Ort.±SS	3,85±1,97	3,21±1,91	0,001^a	2,25±1,82	<0,001^a
FSFI Toplam	Ort.±SS	22,64±9,20	19,99±9,28	0,001^a	14,93±9,36	<0,001^a

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, a: Repeated Measures ANOVA testi, p^{1-2} : 1. ve 2. trimester arası, p^{2-3} : 2. ve 3. trimester arası

6.4. Beden Algısı Ölçeği

Beden algısı ölçeğinin kontrol ve primigravid gebe grupları arasındaki karşılaştırması Tablo 7’de verilmiştir. Kontrol grubunda beden algısı ölçeği toplam puanı primigravid gebe grubundan anlamlı olarak yüksek bulundu ($p=0,02$).

Tablo 7. Kontrol grubu ve Primigravid gebelerde Beden Algısı

Beden Algısı		Kontrol Grubu	Primigravid Gebe	P değeri
		Ort.±SS	Ort.±SS	
Beden Algısı	Toplam Puan	157,87±24,20	152,26±24,14	0,025^a

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, a: Mann-Whitney U testi

Beden algısı ölçeğinin primigravid gebelerde zamana göre değişimi Tablo 7’de verilmiştir. Beden algısı ölçeği toplam puanı için 3 trimester arası fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,036$). Beden algısı ölçeği toplam puanı için en yüksek ortalama 2. trimesterde bulunurken en düşük ortalama ise 3. trimesterde elde edilmiştir. 3 trimester arası farklılığı yaratan ikili zaman karşılaştırması yapıldığında ise sadece birinci ve ikinci trimester arası fark anlamlı bulundu ($p=0,004$) (Tablo 8).

Tablo 8. Primigravid Gebelerde Gebelik Boyunca Beden Algısı Değişimi

Beden Algısı		Gebelikteki Trimesterler					
		Birinci Trimester	p ¹⁻²	İkinci Trimester	p ²⁻³	Üçüncü Trimester	p ¹⁻³
Beden Algısı Ölçeği	Ort.±SS	152,26±24,14	<0,004 ^a	153,70±23,11	0,861	150,9±26,52	0,036

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, Min: Minimum, Maks: Maksimum, a: Repeated Measures ANOVA testi, p¹⁻²: 1. ve 2. trimester arası, p²⁻³: 2. ve 3. trimester arası, p¹⁻³: 1. ve 3. trimester arası

6.5. Kadın Genital Benlik İmajı Ölçeği

Kadın genital benlik imajı ölçeğinin kontrol ve primigravid gebe grupları arasındaki karşılaştırması Tablo 9’da verilmiştir. Kadın genital benlik imajı ölçeği toplam puanı, istatistiksel olarak kontrol ve primigravid gebe grubu arasında anlamlı değildi (p= 0,831).

Tablo 9. Kontrol Grubu ve Primigravid Gebelerde Kadın Genital Benlik İmajı

Kadın Genital Benlik İmajı		Grup		
		Kontrol Grubu	Primigravid Gebe Grubu	
		Ort.±SS	Ort.±SS	P değeri
Kadın Genital Benlik İmajı Ölçeği	Toplam Puan	20,27±4,23	20,09±3,47	0,831 ^a

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, a: Mann-Whitney U testi

Kadın genital benlik imajı ölçeğinin primigravid gebelerde trimesterlere göre değişimi Tablo 9’da verilmiştir. Kadın genital benlik algısı ölçeği toplam puanı için 3 trimester arası fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (p=0,859). Kadın genital benlik imajı ölçeği toplam puanı için en yüksek ortalama 1. trimesterde bulunurken en düşük ortalama ise 3. trimesterde elde edildi (Tablo 10).

Tablo 10. Primigravid Gebelerde Gebelik Boyunca Kadın Genital Benlik İmajı Değişimi

Kadın Genital Benlik İmajı		Gebelikteki Trimesterler					
		Birinci Trimester	p ¹⁻²	İkinci Trimester	p ²⁻³	Üçüncü Trimester	p ¹⁻³
Kadın Genital Benlik İmajı Ölçeği	Ort.±SS	20,09±3,47	0,697 ^a	19,97±3,44	0,867 ^a	19,66±3,65	0,859 ^a

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, a: Repeated Measures ANOVA testi, p¹⁻²: 1. ve 2. trimester arası, p²⁻³: 2. ve 3. trimester arası, p¹⁻³: 1. ve 3. trimester arası

6.6. Pelvik Taban Bozukluk Envanteri

Tablo 11’de PFDI-20 ve alt gruplarına ait puanlar bakımından iki grup arası farklara bakıldı. UDI-6 alt ölçeği ve PFDI-20 toplam puanı bakımından kontrol ve primigravid gebe grupları arası anlamlı fark bulundu ($p<0,05$). UDI-6 alt ölçeği ve PFDI-20 toplam puanı ortalaması gebe grubunda anlamlı düzeyde yüksekti.

Tablo 11. Kontrol Grubu ve Primigravid Gebelerde Pelvik Taban Fonksiyonları

Pelvik Taban Fonksiyonları	Kontrol Grubu	Primigravid Gebe Grubu	
	Ort.±SS	Ort.±SS	P değeri
POPDI-6	9,86±12,69	12,72±13,66	0,051 ^a
CRADI-8	8,96±13,54	7,10±9,53	0,842 ^a
UDI-6	8,82±13,71	14,79±14,74	<0,001 ^a
PFDI-20 Toplam Puanı	27,64±33,52	34,61±32,49	0,004 ^a

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, a: Mann-Whitney U testi

Tablo 12’de gebe grubunda PFDI-20 ve alt grupları arası 3 trimester arası değişimlere bakıldı. PFDI-20 ölçeği tüm alt boyutlarında ve toplam puanında 3 trimester arası fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,001$). PFDI-20 toplam puanı ve tüm alt gruplar için en yüksek ortalama 3. trimesterde bulunurken en düşük ortalama ise 1. trimesterde elde edildi. 3 trimester arası farklılığı yaratan ikili zaman karşılaştırması yapıldığında ise birinci ve ikinci; birinci ve üçüncü; ikinci ve üçüncü trimesterler arası farklar tüm alt boutlarda anlamlı bulundu (sırasıyla $p<0,001$, $p<0,001$ ve $p<0,001$).

Tablo 12. Primigravid Gebelerde Gebelik Boyunca Pelvik Taban Fonksiyonları Değişimi

Pelvik Taban Fonksiyonları		Gebelikteki Trimesterler				
		Birinci Trimester	İkinci Trimester	p^{1-2}	Üçüncü Trimester	p^{2-3}
POPDI-6	Ort.±SS	12,72±13,66	22,13±15,21	<0,001 ^a	29,19±17,24	<0,001 ^a
KRADE-8	Ort.±SS	7,10±9,53	13,76±12,27	<0,001 ^a	19,28±14,67	<0,001 ^a
UDI-6	Ort.±SS	14,79±14,74	26,99±18,18	<0,001 ^a	37,05±20,60	<0,001 ^a
PFDI-20 Toplam	Ort.±SS	34,61±32,49	62,86±37,55	<0,001 ^a	85,52±43,43	<0,001 ^a

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, a: Repeated Measures ANOVA testi, p^{1-2} : 1. ve 2. trimester arası, p^{2-3} : 2. ve 3. trimester arası

6.7. Primigravid Gebe Grubunda Cinsel İşlevlerin Eğitim Durumu ve Hipotiroidi Hastalığına Göre Değişimi

Tablo 13'te FSFI toplam puanı ve tüm alt grupları için eğitim durumu ve hipotiroidi hastalığına ait karşılaştırmalara bakıldı ancak iki değişken için de anlamlı fark bulunamadı.

Tablo 13. Cinsel İşlevlerin Eğitim Durumu ve Hipotiroidi Hastalığı ile İlişkisi

Cinsel İşlevler		Demografik Değişkenler							
		Eğitim Durumu			p değeri	Hipotiroidi Hastalığı			p değeri
		Ortaokul	Lise	Lisans		Yok	Var		
Cinsel İstek	Ort.±SS	4,46±0,84	3,72±1,10	3,94±1,17	0,064 ^a	3,79±1,10	3,86±1,22	0,770 ^b	
Uyarılma	Ort.±SS	4,33±0,99	3,31±1,65	3,45±1,70	0,297 ^a	3,32±1,65	3,69±1,64	0,285 ^b	
Lubrikasyon	Ort.±SS	4,50±0,46	3,72±1,73	3,69±1,82	0,461 ^a	3,68±1,75	4,12±1,55	0,211 ^b	
Orgazm	Ort.±SS	4,74±0,36	3,68±1,81	3,74±1,92	0,161 ^a	3,67±1,82	4,08±1,75	0,166 ^b	
Memnuniyet	Ort.±SS	5,26±0,78	4,16±2,02	4,13±2,08	0,366 ^a	4,14±2,04	4,47±1,77	0,564 ^b	
Ağrı	Ort.±SS	4,91±0,86	3,77±1,96	3,95±2,08	0,238 ^a	3,81±2,01	4,13±1,72	0,721 ^b	
FSFI Toplam	Ort.±SS	28,20±2,62	22,35±9,06	22,89±9,94	0,080 ^a	22,40±9,30	24,35±8,47	0,336 ^b	

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, a: Kruskal Wallis H testi, b:Mann-Whitney U testi

6.8. Primigravid Gebelerde Gebelik Boyunca Kadın Cinsel İşlevlerinin, Kadın Genital Benlik İmajı ve Beden Algısı ile İlişkisi

Tablo 14'te 3 trimesterde kadın cinsel işlev indeksi ile kadın genital benlik imajı ölçeği ve beden algısı ölçeği arasındaki ilişkiye bakıldı. 1. trimesterde, cinsel istek alt boyutu ile kadın genital benlik imajı ölçeği ve beden algısı ölçeği arasında pozitif yönlü, istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu ($p<0,05$). Kadın genital benlik imajı ölçeği ve beden algısı ölçeği puanı arttıkça cinsel istek puanı da artmaktadır. Uyarılma alt boyutu ile kadın genital benlik imajı ölçeği ve beden algısı ölçeği arasında pozitif yönlü, istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu ($p<0,05$). Kadın genital benlik imajı ölçeği ve beden algısı ölçeği puanı arttıkça uyarılma puanı da artmaktadır. Lubrikasyon alt boyutu ile sadece beden algısı ölçeği arasında pozitif yönlü, istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu ($p<0,001$). Beden algısı ölçeği puanı arttıkça lubrikasyon puanı da artmaktadır. Orgazm alt boyutu ile kadın genital benlik imajı ölçeği ve beden algısı ölçeği arasında pozitif yönlü, istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu ($p<0,05$). Kadın genital benlik imajı ölçeği ve beden algısı ölçeği puanı arttıkça orgazm puanı da artmaktadır. Memnuniyet ve ağrı alt boyutları ile kadın genital benlik imajı ölçeği ve beden algısı ölçeği arasında pozitif yönlü, istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu ($p<0,05$). Kadın genital benlik imajı ölçeği ve beden algısı ölçeği puanı arttıkça memnuniyet ve ağrı puanları da artmaktadır. FSFI toplam puanı ile kadın genital benlik imajı ölçeği ve beden algısı ölçeği

arasında pozitif yönlü, istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu ($p<0,05$). Kadın genital benlik imajı ölçeği ve beden algısı ölçeği puanı arttıkça FSFI toplam puanı da artmaktadır.

2. trimesterde cinsel istek, uyarılma, lubrikasyon, orgazm, memnuniyet alt boyutları ve FSFI toplam puanı ile kadın genital benlik imajı ölçeği ve beden algısı ölçeği arasında pozitif yönlü, istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu ($p<0,05$). Kadın genital benlik imajı ölçeği ve beden algısı ölçeği puanı arttıkça cinsel istek, uyarılma, lubrikasyon, orgazm, memnuniyet ve alt boyutları ve FSFI toplam puanları da artmaktadır (Tablo 14).

3. trimesterde cinsel istek, lubrikasyon, orgazm alt boyutları ve FSFI toplam puanı ile sadece beden algısı ölçeği arasında pozitif yönlü, istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu ($p<0,05$). Beden algısı ölçeği puanı arttıkça cinsel istek, lubrikasyon, orgazm alt boyutları ve FSFI ölçeği toplam puanları da artmaktadır. Sonuç olarak 1. trimesterde FSFI ve tüm alt gruplarında beden algısı ölçeği ile anlamlı ilişki bulunurken kadın genital benlik imajı ile lubrikasyon dışındaki tüm alt gruplar ve toplam FSFI puanı ile ilişki izlendi. 2. trimesterde ağrı alt grubu dışındaki tüm alt gruplarla ve FSFI toplam puanı ile beden algısı ölçeği ve kadın genital benlik imajı ölçeği arasında anlamlı ilişki izlendi. 3. trimesterde ise cinsel istek, lubrikasyon, orgazm ve FSFI toplam puanı ile beden algısı arasında ilişki izlendi.

Tablo 14. Primigravid Gebelerde Gebelik Boyunca Kadın Cinsel İşlevlerinin, Kadın Genital Benlik İmajı ve Beden Algısı ile İlişkisi

Gebelik trimesterleri	FSFI ve Alt Boyutları		Kadın Genital Benlik İmajı	Beden Algısı
1. Trimester	Cinsel İstek	Korelasyon Katsayısı	0,171	0,184
		p değeri	0,008*	0,004*
	Uyarılma	Korelasyon Katsayısı	0,138	0,234
		p değeri	0,032*	<0,001*
	Lubrikasyon	Korelasyon Katsayısı	0,120	0,223
		p değeri	0,060	<0,001*
	Orgazm	Korelasyon Katsayısı	0,145	0,251
		p değeri	0,024*	<0,001*
	Memnuniyet	Korelasyon Katsayısı	0,164	0,244
		p değeri	0,010*	<0,001*
	Ağrı	Korelasyon Katsayısı	0,136	0,199
		p değeri	0,033*	0,002*
2. Trimester	Cinsel İstek	Korelasyon Katsayısı	0,177	0,189
		p değeri	0,004*	0,002*
	Uyarılma	Korelasyon Katsayısı	0,198	0,188
		p değeri	0,001*	0,002*
	Lubrikasyon	Korelasyon Katsayısı	0,151	0,128
		p değeri	0,014*	0,037*
	Orgazm	Korelasyon Katsayısı	0,134	0,180
		p değeri	0,030*	0,003*
	Memnuniyet	Korelasyon Katsayısı	0,155	0,188
		p değeri	0,012*	0,002*
	Ağrı	Korelasyon Katsayısı	0,101	0,098
		p değeri	0,103	0,114
3. Trimester	Cinsel İstek	Korelasyon Katsayısı	0,093	0,167
		p değeri	0,099	0,003*
	Uyarılma	Korelasyon Katsayısı	0,071	0,084
		p değeri	0,206	0,138
	Lubrikasyon	Korelasyon Katsayısı	0,080	0,127
		p değeri	0,158	0,024*
	Orgazm	Korelasyon Katsayısı	0,057	0,125
		p değeri	0,315	0,026*
	Memnuniyet	Korelasyon Katsayısı	0,002	0,057
		p değeri	0,971	0,312
	Ağrı	Korelasyon Katsayısı	0,003	0,109
		p değeri	0,959	0,052
	FSFI Toplam	Korelasyon Katsayısı	0,069	0,144
		p değeri	0,219	0,010*

*Spearman korelasyon testi kullanıldı.

6.9. Primigravid Gebelerde Gebelik Boyunca Kadın Cinsel İşlevlerinin, Pelvik Taban Fonksiyonları ile İlişkisi

Tablo 15’te 3 ayrı trimesterde FSFI ile PFDI-20 arasındaki ilişkiye bakıldı. 1. trimesterde, cinsel istek alt boyutu ile POPDI-6, CRADI-8, UDI-6 alt boyutları ve PFDI-20 toplam puanı arasında negatif yönlü, istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu ($p<0,05$). POPDI-6, CRADI-8, UDI-6 alt boyutları ve PFDI-20 toplam puanı arttıkça cinsel istek puanı azalmaktadır. Uyarılma alt boyutu ile POPDI-6, CRADI-8 alt boyutları ve PFDI-20 toplam puanı arasında negatif yönlü, istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu ($p<0,05$). POPDI-6, CRADI-8 alt boyutları ve PFDI-20 toplam puanı arttıkça uyarılma puanı azalmaktadır. Lubrikasyon alt boyutu ile sadece CRADI-8 alt boyutu arasında negatif yönlü, istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu ($p=0,038$). CRADI-8 puanı arttıkça lubrikasyon puanı azalmaktadır. Orgazm alt boyutu ile sadece CRADI-8 alt boyutu arasında negatif yönlü, istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu ($p=0,017$). CRADI-8 puanı arttıkça orgazm puanı azalmaktadır. Memnuniyet alt boyutu ile sadece CRADI-8 alt boyutu arasında negatif yönlü, istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu ($p=0,033$). CRADI-8 puanı arttıkça memnuniyet puanı azalmaktadır. Ağrı alt boyutu ve FSFI toplam puanı ile POPDI-6, CRADI-8, UDI-6 alt boyutları ve PFDI-20 toplam puanı arasında negatif yönlü, istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu ($p<0,05$). POPDI-6, CRADI-8, UDI-6 alt boyutları ve PFDI-20 toplam puanı arttıkça ağrı alt boyutu ve FSFI toplam puanı azalmaktadır.

2. trimesterde orgazm alt boyutu ile sadece UDI-6 alt boyutu arasında negatif yönlü, istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu ($p=0,047$). UDI-6 puanı arttıkça orgazm puanı azalmaktadır. Memnuniyet alt boyutu ile sadece CRADI-8 alt boyutu arasında negatif yönlü, istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu ($p=0,046$). CRADI-8 puanı arttıkça memnuniyet puanı azalmaktadır. Ağrı alt boyutu ile UDI-6 alt boyutu ve PFDI-20 toplam puanı arasında negatif yönlü, istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu ($p<0,05$). UDI-6 ve PFDI-20 toplam puanı arttıkça ağrı puanı azalmaktadır. FSFI toplam puanı ile sadece PFDI-20 toplam puanı arasında negatif yönlü, istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu ($p=0,046$). PFDI-20 toplam puanı arttıkça FSFI toplam puanı azalmaktadır. 3. trimesterde ise hiçbir ölçek ve alt boyutu için anlamlı fark bulunamamıştır (Tablo 15). PFDI-20 toplam skoru için özetlemek gerekirse sadece birinci ve ikinci trimesterde cinsel işlevlerle ilişkili izlendi. Bunlar da birinci trimesterde cinsel istek, uyarılma, ağrı ve FSFI toplam puanı ile ikinci trimesterde ise ağrı ve FSFI toplam puanıyla idi.

Tablo 15. Primigravid Gebelerde Gebelik Boyunca Kadın Cinsel İşlevlerinin, Pelvik Taban Fonksiyonları ile İlişkisi

Gebelik Trimesterleri	FSFI ve Alt Boyutları		POPDI-6	CRADI-8	UDI-6	PFDI-20 Toplam Puanı
1. Trimester	Cinsel İstek	Korelasyon Katsayısı	-0,230	-0,247	-0,156	-0,252
		p değeri	<0,001*	<0,001*	0,015*	<0,001*
	Uyarılma	Korelasyon Katsayısı	-0,130	-0,169	-0,088	-0,142
		p değeri	0,042*	0,008*	0,173	0,027*
	Lubrikasyon	Korelasyon Katsayısı	-0,081	-0,133	-0,055	-0,100
		p değeri	0,210	0,038*	0,388	0,120
	Orgazm	Korelasyon Katsayısı	-0,049	-0,153	-0,113	-0,114
		p değeri	0,447	0,017*	0,077	0,075
	Memnuniyet	Korelasyon Katsayısı	-0,075	-0,137	-0,042	-0,083
		p değeri	0,241	0,033*	0,510	0,198
	Ağrı	Korelasyon Katsayısı	-0,276	-0,277	-0,165	-0,277
		p değeri	<0,001*	<0,001*	0,010*	<0,001*
2. Trimester	Cinsel İstek	Korelasyon Katsayısı	-0,190	-0,247	-0,154	-0,225
		p değeri	0,003*	<0,001*	0,016*	<0,001*
	Cinsel İstek	Korelasyon Katsayısı	-0,062	-0,081	-0,026	-0,069
		p değeri	0,315	0,187	0,678	0,261
	Uyarılma	Korelasyon Katsayısı	-0,002	-0,027	-0,045	-0,039
		p değeri	0,969	0,663	0,462	0,524
	Lubrikasyon	Korelasyon Katsayısı	-0,025	-0,042	-0,064	-0,057
		p değeri	0,683	0,495	0,301	0,356
	Orgazm	Korelasyon Katsayısı	-0,041	-0,118	-0,122	-0,120
		p değeri	0,505	0,056	0,047*	0,052
	Memnuniyet	Korelasyon Katsayısı	-0,052	-0,123	-0,063	-0,095
		p değeri	0,404	0,046*	0,309	0,124
3. Trimester	Ağrı	Korelasyon Katsayısı	-0,115	-0,071	-0,132	-0,127
		p değeri	0,062	0,252	0,032*	0,038*
	FSFI Toplam	Korelasyon Katsayısı	-0,088	-0,118	-0,098	-0,123
		p değeri	0,153	0,055	0,111	0,046*
	Cinsel İstek	Korelasyon Katsayısı	-0,069	-0,045	-0,072	-0,069
		p değeri	0,220	0,427	0,201	0,224
	Uyarılma	Korelasyon Katsayısı	-0,028	-0,007	-0,015	-0,016
		p değeri	0,624	0,899	0,788	0,770
	Lubrikasyon	Korelasyon Katsayısı	-0,055	-0,031	-0,019	-0,036
		p değeri	0,327	0,586	0,731	0,518
	Orgazm	Korelasyon Katsayısı	-0,046	0,001	-0,027	-0,022
		p değeri	0,415	0,990	0,633	0,701
	Memnuniyet	Korelasyon Katsayısı	0,009	-0,003	-0,003	0,009
		p değeri	0,875	0,956	0,957	0,876
	Ağrı	Korelasyon Katsayısı	-0,063	-0,056	-0,089	-0,072
		p değeri	0,262	0,320	0,115	0,200
	FSFI Toplam	Korelasyon Katsayısı	-0,052	-0,034	-0,057	-0,047
		p değeri	0,356	0,550	0,316	0,407

*Spearman korelasyon testi kullanılmıştır.

7. TARTIŞMA

Gebelik; organizmada fizyolojik ve hormonal değişimlerin meydana geldiği ve bu değişimlerin yol açtığı beden algısı, genital benlik imajı, pelvik taban fonksiyonları ve cinsel işlevlerin değişimini içeren bir süreçtir. Ancak gebeliğin, kişinin beden algısı ve genital benlik imajı üzerinden cinsel işlevlere etkisine dair bilinenler sınırlıdır (103). Cinsel işlevlerin gebelik sürecinde etkilendiği ve hatta bazen cinsel işlev disfonksiyonu boyutuna yaklaştığı bilinmektedir (150). İlk gebeliğin kadın cinsel işlevleri üzerine olan etkisi, cinsel işlevlerin gebelik boyunca değişimi ve bu değişime etki eden VKİ, beden algısı, genital benlik imajı ve pelvik taban fonksiyonlarının değişimiyle ilişkilendirilmesi ve etkilerinin her trimester için ortaya konmasının amaçlandığı bu çalışmada, kontrol grubu ile primigravid gebelerin ilk trimester ölçümleri cinsel işlev, beden algısı, genital benlik imajı ve pelvik taban fonksiyonları açısından ayrı ayrı karşılaştırılmıştır, daha sonra primigravid gebelerin her üç trimester ölçümleri cinsel işlev, beden algısı, genital pelvik imajı ve pelvik fonksiyonların değerlendirilmesi amacıyla longitudinal olarak incelenmiş ve beden algısı, genital benlik imajı ve pelvik fonksiyonların cinsel işlevlerle korelasyonu araştırılmıştır.

Cinsel işlevler, fizyolojik, hormonal ve psikolojik faktörlerden etkilenirken; bireyin yaşam döngüsünde ergenlik, gebelik, postpartum dönem, menopoz gibi süreçlerde değişiklik gösterir. Gebelikte cinsel işlevlerin değişimini araştıran çalışmalar cinsel işlevlerin gebelikte çeşitli biyopsikososyal durumlardan etkilenebildiğine dikkat çekmektedir. (7, 31, 106, 107, 109, 157-159).

1999 yılında Sydow ve arkadaşlarının gebelik ve postpartum dönemde cinsel işlevleri irdelemek amacıyla 59 çalışma ile bir meta analiz yayınlamıştır. Bu derlemeye göre kadınların cinsel ilgi ve ilişki aktivitesinin gebeliğin ilk üç ayında hafif düştüğünü, ikinci trimesterde değişken olduğunu, üçüncü trimesterde de keskin bir düşüş olduğunu ortaya koymaktadır. (107). Sonrasında yapılan çalışmalar da bu meta analizle uyumlu sonuçlar sunmuştur. Ninivaggio ve arkadaşlarının 623 gebe ile kesitsel yaptıkları çalışmada gebelikte FSFI skorlarının birinci trimesterde düştüğünü, ikinci trimesterde birinci trimester ile benzer olduğunu, üçüncü trimesterde de düşüş yaptığını bildirmiştir. Türkiye’de gebelikte cinsel işlevleri değerlendiren çalışmalarda da benzer sonuçlar elde edilmiştir. Aslan ve arkadaşları, 40 sağlıklı cinsel aktivitesi olan gebeyi prospektif longitudinal olarak takip etmiş ve gebelerin bütün trimesterleri boyunca FSFI skorlarında anlamlı düşüş kaydetmiştir. (6). Gebelik sırasında meydana gelen cinsel işlevlerde düşüşü gebe olmayan kadınlarla karşılaştırmak amacıyla bir

araştırma tasarlayan Aydın ve arkadaşları da FSFI skorlarının gebe kadınlarda anlamlı düşük olduğunu, gebe olmayan kadınlarda da FSFI skorlarının gravide ve pariteden olumsuz etkilendiğini ortaya koymuştur (160) İlk gebeliği olan primigravid gebelerde cinsel işlevleri değerlendiren İngiltere’de yapılan prospektif longitudinal bir çalışmada da FSFI toplam skoru birinci trimester median puanı 27,5 , ikinci trimester median puanı 24,7 , üçüncü trimester median puanı 21,4 olup her trimesterde anlamlı düşüş kaydetmiştir ve bu düşüş FSFI alt gruplarının hepsinde izlenmiştir. (161) . Bizim çalışmamız da literatürle uyumluydu. Kontrol grubu ve primigravid gebeler arasında FSFI toplam skoru ve uyarılma, lubrikasyon, orgazm, memnuniyet, ağrı alt gruplarında primigravid gebelerin aleyhine bozulma izlendi. Primigravid gebeler için trimesterler arası farka baktığımız zaman da birinci trimester median puanı 25,4 , ikinci trimester median puanı 22,85 ve üçüncü trimester median puanı 18,6 olarak hesaplandı ve her üç trimesterde de FSFI toplam puanı ve tüm alt gruplarında anlamlı düşüş izlendi. FSFI skorlarındaki bu düşüş demografik verilerle istatistiksel olarak anlamlı izlenmedi.

Fok ve arkadaşlarının gebelik sırasındaki cinsel işlevleri ve davranışları araştırdığı bir çalışmada gebelerin birinci trimesterde %38,6’sının, ikinci trimesterde %33,7’sinin, üçüncü trimesterde de %50’sinin vajinal ilişkiye girmediğini raporlamıştır (12). Bizim çalışmamızda ise birinci trimesterde cinsel ilişkiye girmeyen gebelerin oranı %14,5 iken bu sayı ikinci trimesterde %18,8, üçüncü trimesterde ise %30,2 olarak bulunmuştur. Obstetrik nedenlerle cinsel ilişkiye girmeyen gebelerin, cinsel ilişkiye girmeyen tüm gebelere oranı ise trimesterler arasında sırayla %25; %14,5; %2 olarak hesaplandı. Obstetrik nedenler dışında cinsel ilişkiye girmeyen gebelerin cinsel ilişkiden kaçınma nedenleri sosyal nedenler, eş faktörü, cinsel mitler gibi değişkenler nedeniyle olabilir. Bunlar bizim çalışma örneklemimizde ayırt edilememiş olup çalışmamızın limitasyonudur.

Gebelik sırasındaki varolan cinsel mitler, cinsel işlev bozukluklarının bir diğer nedenidir. Küçükdurmaz ve arkadaşlarının 207 gebe ile yaptıkları çalışmada kadınların cinsel ilişkiye ilişkin en yaygın kaygılarının %35 oranında ilişki sırasında ağrı olmasında korkma, %21,3 oranında düşük yapma korkusu ve %10 oranında dini nedenler olarak bildirilmiştir. Bu mitlerin düşük FSFI skorları ile ilişkisinin olduğu dikkatini çekmiştir (162). Bizim çalışmamızda da gebeler ve partnerleriyle olan cinsel ilişkilerinin özelliklerine dair verilerinin analizinde gebelikte cinsel ilişkiye girmenin %58,2 oranında bebeğe zarar verebileceğini, %64,7 oranında kanama olabileceğini, %54 oranında düşük yapma korkusu hissettikleri belirtilmişti. Bu mitlerin vajinal ilişkiden kaçınmayla ya da cinsel işlevlerde bozulmayla ilişkisi değerlendirilememiştir.

Beden algısı, kadınlarda ergenlik, gebelik ve menopoz gibi yaşamın farklı evrelerinde yapısal, fonksiyonel, hormonal ve dış görünümdeki değişikliklere bağlı olarak değişmektedir

(151). Kadınların bedenlerine odaklandığı ve beden algısının ön plana çıktığı gebelik sürecindeki yapılan çalışmalar gebelikteki beden algısı objesinin değişken olduğunu göstermektedir. Pauls ve arkadaşlarının longitudinal olarak birinci ve üçüncü trimester ve postpartum altıncı ayda 107 gebeyi inceledikleri çalışmada gebelik sırasında beden algısının değişmediğini, postpartum dönemde beden algısı skorlarının düştüğünü bulmuşlardır (83). Erbil ve arkadaşları yaptıkları çalışmada beden algısı skorlarının gebelikte her üç trimester arasında anlamlı fark göstermediğini ve gebelerin %68,7'sinin olumlu beden imajına sahip olduklarını saptamışlardır (152). İngiltere’de gebelik öncesi aşırı kilolu olan gebelerle normal kilolu gebeler arasında yapılan bir çalışmada ise gebelikte birlikte aşırı kilolu gebelerde üçüncü trimesterde beden algılarının olumlu olarak değişirken normal kilolu gebelerin beden algılarının olumsuz etkilendiğini gözlemlemişlerdir (153).

Leifer ve arkadaşları, gebelikte vücut imajı değişikliklerinin, kadınların gebelikten önce vücutlarından ne kadar memnun olduklarına bakılmaksızın, olumsuz duygular uyandırdığını bulmuştur (121). Benzer şekilde Fairburn ve Welch, örneklemelerindeki gebelerin %40'ının gebelikte kilo almaktan korktuklarını ve %72'sinin gebelik öncesi vücut ağırlıklarına geri dönemeyeceklerinden korktuklarını belirtmişlerdir (122). Chou ve arkadaşlarının 113 gebe ile yaptıkları kesitsel çalışmada gebelikte bulantı, kusma ve halsizlik ile beden algısı arasında bir ilişki bulamamıştır (154); aksine, Kamysheva ve arkadaşlarının gebelikte meydana gelen yorgunluk ve mide bulantısının beden algısını olumsuz etkilediğini ve gebelik sırasında ortaya çıkan depresyon belirtilerinin düşük beden algısını öngörebileceğini savunmuşlardır (155). Bizim çalışmamızda ise primigravid gebelerin beden algıları kontrol grubuna göre bozulmuş olarak izlendi. Primigravid gebelerde trimesterler arası beden algısı ikinci trimesterde en yüksekken üçüncü trimesterde en düşük izlendi. Bu durum, ikinci trimesterin gebeler için uyum sağlama dönemi olmasıyla, birinci trimesterdeki bulantı, kusma, yorgunluk semptomlarının azalmasıyla veya kişideki annelik duygusunun gebelikteki fizyolojik değişimlerin önüne geçmesi ile açıklanabilir. Bunun yanında gebeliğin üçüncü trimesterindeki mekanik etkilerin en yüksek olması sebebiyle üçüncü trimesterdeki beden algısı skorlarının düşmesi beklenebilir.

Genital benlik imajı, beden algısının bir alt nesnesi olarak görülse de gebelikte genital benlik imajındaki değişimi irdeleyen çalışma sayısı oldukça sınırlıdır. İran’da 295 sağlıklı primigravid gebe kadın ile kesitsel olarak yapılan bir çalışmada şiddetli anksiyetesi olan gebelerde olumsuz genital benlik imajı arasında ilişki saptanmıştır (139). Bizim çalışmamızda gebe kalmamış kadınlar ve primigravid gebe grubu arasında genital benlik imajı açısından farklılık gözlenmedi. Genital benlik imajı, gebeliğin üç trimesteri için irdelendiğinde de

trimesterler arası değişim izlenmedi. Bizim araştırmamız, primigravid gebelerde genital benlik imajını her üç trimesterde longitudinal olarak değerlendiren ilk çalışmadır.

Gebelik süresince büyüyen uterus ve fetusun etkisiyle pelvik taban kas grubu üzerinde kronik bir baskı oluşturur (156). Bizim çalışmamızda UDI-6 skorları primigravid gebelerde bozulmuş olarak izlendi ve üç trimester boyunca devam etti. Literatüre baktığımız zaman Amerika’da gebeleri birinci, üçüncü trimester ve postpartum dönemde longitudinal olarak takip eden bir çalışmada UDI-6 skorlarının birinci ve üçüncü trimester bozulduğu tespit edilmiştir (83).

POPDI-6 ve CRADI-8 ölçekleri için kontrol grubu ve primigravid gebe grupları arasında anlamlı fark izlenmezken, trimesterler arası karşılaştırmada iki ölçekte de üç trimester boyunca bozulduğu görüldü.

PFDI-20 toplam puanı ise primigravid gebelerde kontrol grubuna kıyasla bozulmuş olarak izlendi. Yine gebeliğin her üç trimesterinde PFDI-20 ölçeği toplam skoru için en yüksek puan üçüncü trimesterde ($85,52\pm43,43$) izlenirken en düşük puan birinci trimesterde ($34,61\pm32,49$) kaydedildi.

Kendi kliniğimizde yapılan bir çalışmada Çetindağ ve arkadaşları 41 primigravid gebeyi her üç trimester ve postpartum dönemde prospektif longitudinal olarak gözlemlemiş ve PFDI-20 anketinin her üç alt grubunda özellikle üçüncü trimesterde olmak üzere trimesterler arası bozulduğu raporlanmıştır (85).

Gebelik sırasında değişen beden algısı, bir kadının cinsel işlevselliğini etkiyebilmektedir. Erbil ve arkadaşları, 179 gebe ile kesitsel olarak gebelerde cinsel işlev, beden algısı ve VKİ’ni arasındaki ilişkiyi incelemiştir. FSFI toplam skoru, uyarılma, lubrikasyon, orgazm, memnuniyet ve ağrı alt gruplarında beden algısı ile ilişki saptanmazken; cinsel istek alt grubu beden algısı ile ilişkili olarak izlenmiş. Yine VKİ’ye göre aşırı kilolu ve obez gebelerin cinsel fonksiyonları olumsuz etkilenmiş olarak raporlanmıştır. (152). Aksine bizim çalışmamızda ise primigravid gebelerde, 1. trimesterde, FSFI toplam skoru, cinsel istek, uyarılma, lubrikasyon, orgazm, memnuniyet ve ağrı alt gruplarında ile beden algısı ölçeği ile. 2. trimesterde cinsel istek, uyarılma, lubrikasyon, orgazm, memnuniyet alt boyutları ve FSFI toplam puanı ile beden algısı ilişkili olarak izlendi. 3. trimesterde ise cinsel istek, lubrikasyon, orgazm alt boyutları ve FSFI toplam puanı ile beden algısı ölçeği ilişkili bulundu.

Genital benlik imajının gebelik sırasında cinsel işlevler üzerine etkisini değerlendiren bir çalışma güncel literatürde bulunmamaktadır. Biz çalışmamızda genital benlik imajının gebelikte ve gebeliğin üç trimesterinde anlamlı olarak değişmediğini gözlemledik. Ancak buna

rağmen ilk iki trimesterdeki genital benlik imajı ile cinsel işlevler arasında korelasyon olduğunu gördük. Bu konuda daha fazla çalışma yapılması gerekmektedir.

Cinsel işlevlerin, pelvik taban fonksiyonlarının bir alt grubu olması yönüyle cinsel işlevleri değerlendirirken diğer pelvik taban fonksiyonlarını da irdelemek, gebelikte değişen pelvik taban fonksiyonlarını anlamak açısından önemlidir. Bu bağlamda Santos ve arkadaşlarının primigravid gebeler ve nullipar kadınlarda pelvik taban kas kuvveti ölçümü ile cinsel işlev bozukluğu arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Gebelerde daha düşük FSFI skorları ve daha düşük pelvik kas kuvveti gözlemlemişlerdir. Aynı zamanda gebe olup olmamasına bakılmaksızın düşük pelvik taban kas gücünün düşük FSFI skoru ile ilişkili olduğunu bulmuşlardır (163). Pauls ve arkadaşları da gebelerin üçüncü trimesterinde FSFI skoru ile UDI-6 skoru arasında negatif korelasyon ortaya koymuştur (83). Bizim çalışmamızda da birinci trimesterde, POPDI-6, CRADI-8, UDI-6 alt boyutları ve PFDI-20 skorları bozulmasıyla cinsel istek puanı azalmaktaydı. POPDI-6, CRADI-8 alt boyutları ve PFDI-20 skorları kötüleştikçe uyarılma olumsuz etkilenmekteydi. CRADI-8 puanı arttıkça lubrikasyon, orgazm ve memnuniyet işlevleri kötüleşmekteydi. POPDI-6, KRADE-8, UDI-6 alt boyutları ve PFDI-20 toplam puanı arttıkça ağrı alt boyutu ve FSFI toplam puanı azalmaktadır. İkinci trimesterde, UDI-6 bozulmasıyla orgazm puanı azalmaktaydı. CRADI-8 kötüleşmesiyle memnuniyet puanı azalmaktaydı. UDI-6 ve PFDI-20 toplam puanlarının bozulmasıyla cinsel işlevin ağrı komponenti kötüleşmekteydi. PFDI-20 toplam puanı arttıkça FSFI toplam puanı azalmaktadır. Üçüncü trimesterde ise PFDI-20 toplam skoru ve alt grupları ile FSFI arasında ilişki izlenmedi.

Çalışmamıza gebelikteki cinsel işlevlerin değişiminin araştırılması için primigravid gebelerin dahil edilmesi ile ilk gebeliğin etkilerinin araştırılmış olması, gebelerin birinci trimesterden itibaren örneklem grubunun %83,1'nin prospektif longitudinal olarak takip edilmiş olması ve ilk gebeliğin etkilerini görmek amacıyla daha önce gebe kalmamış kadınların çalışmaya dahil edilmiş olması çalışmamızın güçlü yönleridir. Cinsellik tek bir kişiyi değil aynı zamanda partnerini de ilgilendiren bir durumdur. Bizim çalışmamızda cinsel işlevlerin değişimi sadece kadın perspektifinden irdelenmiş olup eşlerle ilgili değerlendirme yapılmamıştır. Cinsel mitlerin gebelikteki cinsel işlevlerle ilişkisini ortaya koymamız mümkün olmamıştır. Ayrıca primigravid gebelerdeki, gebelik öncesi dönemde varolan bir cinsel işlev bozukluğunun varlığını ayırt etmemiz mümkün olmamıştır. Bunlar çalışmamızın kısıtlılıklarıdır.

8. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuç olarak gebelik, cinsel işlevlerin bozulduğu bir yaşam dönemi olarak karşımıza çıkmaktadır. Fizyolojik, hormonal ve psikolojik değişikliklerin hem kendisi hem de yol açtığı bozulmuş beden algısı ve genital benlik imajı üzerinden gebelikteki cinsel işlev bozukluğuna yol açabilir. Aynı zamanda gebeliğe bağlı değişen pelvik taban destekleri de yine bir pelvik taban fonksiyonu olan cinsel işlevleri etkileyebilmektedir. Bu etkilerin yanı sıra gebelikte mevcut olan cinsel mitler de gebelerin ve partnerlerinin cinsel işlevlerini etkileyebilmektedir.

Araştırmamızın sonucunda primigravid gebelerdeki cinsel işlevlerin daha önce gebe kalmamış kadınlara göre bozulmuş olduğunu ve bu bozulmanın gebelik sırasında her üç trimesterde artarak devam ettiği saptanmıştır. Cinsel işlevlerdeki bozulmanın birinci ve ikinci trimesterde beden imajı, genital benlik imajı ve pelvik taban bozuklukları ile ilişkili olduğu ancak üçüncü trimesterde sadece beden algısından etkilendiği gösterilmiştir. Gebelik sırasında ortaya çıkan cinsel işlev bozukluklarının daha iyi anlaşılabilmesi ve yönetilebilmesi için bu alanda daha fazla sayıda çalışmaya ihtiyaç duyulduğu bir gerçektir.

9. KAYNAKLAR

1. Lamont J, Bajzak K, Bouchard C, et al. No. 279-Female Sexual Health Consensus Clinical Guidelines. *J Obstet Gynaecol Can.* 2018;40(6):e451-e503. doi:10.1016/j.jogc.2018.04.009.
2. WHO Consolidated Guideline on Self-Care Interventions for Health: Sexual and Reproductive Health and Rights. Geneva: World Health Organization; 2019.
3. Matthies LM, Wallwiener M, Sohn C, Reck C, Müller M, Wallwiener S. The influence of partnership quality and breastfeeding on postpartum female sexual function. *Arch Gynecol Obstet.* 2019;299(1):69-77. doi:10.1007/s00404-018-4925-z.
4. Wallwiener S, Müller M, Doster A, et al. Sexual activity and sexual dysfunction of women in the perinatal period: a longitudinal study. *Arch Gynecol Obstet.* 2017;295(4):873-883. doi:10.1007/s00404-017-4305-0.
5. McCool ME, Zuelke A, Theurich MA, Knuettel H, Ricci C, Apfelbacher C. Prevalence of Female Sexual Dysfunction Among Premenopausal Women: A Systematic Review and Meta-Analysis of Observational Studies. *Sex Med Rev.* 2016;4(3):197-212. doi:10.1016/j.sxmr.2016.03.002.
6. Aslan G, Aslan D, Kizilyar A, Ispahi C, Esen A. A prospective analysis of sexual functions during pregnancy. *Int J Impot Res.* 2005;17(2):154-157. doi:10.1038/sj.ijir.3901288.
7. Erol B, Sanli O, Korkmaz D, Seyhan A, Akman T, Kadioglu A. A cross-sectional study of female sexual function and dysfunction during pregnancy. *J Sex Med.* 2007;4(5):1381-1387. doi:10.1111/j.1743-6109.2007.00559.x.
8. Galazka I, Drosdzol-Cop A, Naworska B, Czajkowska M, Skrzypulec-Plinta V. Changes in the sexual function during pregnancy. *J Sex Med.* 2015;12(2):445-454. doi:10.1111/jsm.12747.
9. Hanafy S, Srour NE, Mostafa T. Female sexual dysfunction across the three pregnancy trimesters: an Egyptian study. *Sex Health.* 2014;11(3):240-243. doi:10.1071/SH13153.
10. Corbacioglu Esmer A, Akca A, Akbayir O, Goksedef BP, Bakir VL. Female sexual function and associated factors during pregnancy. *J Obstet Gynaecol Res.* 2013;39(6):1165-1172. doi:10.1111/jog.12048.

11. L. Silveira Santiago, L. Silva Lara, A. Salata Romão, M. Mata Tiezzi and A. Rosa e Silva, "Impact of Pregnancy on the Sex Life of Women: State of the Art," *International Journal of Clinical Medicine*, Vol. 4 No. 5, 2013, pp. 257-264. doi:10.4236/ijcm.2013.45045.
12. Fok WY, Chan LY, Yuen PM. Sexual behavior and activity in Chinese pregnant women. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2005;84(10):934-938. doi:10.1111/j.0001-6349.2005.00743.x.
13. Radoš SN, Vraneš HS, Šunjic M. Limited role of body satisfaction and body image self-consciousness in sexual frequency and satisfaction in pregnant women. *J Sex Res*. 2014;51(5):532-541. doi:10.1080/00224499.2012.744954.
14. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Üreme Sağlığına Giriş Katılımcı Rehberi. Cinsel Sağlık/Üreme Sağlığı No:1-B, 2009.
15. Lourie MA, Needham BL. Sexual orientation discordance and young adult mental health. *J Youth Adolesc*. 2017;46(5):643-954.
16. Basson R. Human Sexual response. *Handb Clin Neurol*. 2015;130:11-18.
17. Yeung J, Pauls RN. Anatomy of the Vulva and the Female Sexual Response. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2016;43(1):27-44. doi:10.1016/j.ogc.2015.10.011.
18. Healy JC. Female reproductive system. In: Standring S, editor. *Gray's anatomy*. Edinburgh: Churchill Livingstone/Elsevier; 2008. p. 1279–304.
19. Yavagal S, Farias TF, Medina CA, et al. Normal vulvovaginal, perineal, and pelvic anatomy with reconstructive considerations. *Semin Plast Surg* 2011;25(2):121–9.
20. Schober J, Aardsma N, Mayoglou L, et al. Terminal innervation of female genitalia, cutaneous sensory receptors of the epithelium of the labia minora. *Clin Anat* 2015;28(3):392–8.
21. Rouzier R, Louis-Sylvestre C, Paniel BJ, et al. Hypertrophy of labia minora: experience with 163 reductions. *Am J Obstet Gynecol* 2000;182(1 Pt 1):35–40.
22. Moore KL, Dalley AF. *Clinically oriented anatomy*. 4th edition. Baltimore (MD): Lippincott Williams & Wilkins; 1999.
23. Cervigni M, Natale F. Gynecological disorders in bladder pain syndrome/interstitial cystitis patients. *Int J Urol* 2014;21(Suppl 1):85–8.
24. O'Connell HE, Sanjeevan KV, Hutson JM. Anatomy of the clitoris. *J Urol* 2005; 174(4 Pt 1):1189–95.

25. O'Connell HE, Hutson JM, Anderson CR, et al. Anatomical relationship between urethra and clitoris. *J Urol* 1998;159(6):1892–7.
26. Puppo V. Anatomy and physiology of the clitoris, vestibular bulbs, and labia minora with a review of the female orgasm and the prevention of female sexual dysfunction. *Clin Anat* 2013;26(1):134–52.
27. Baskin LS, Erol A, Li YW, et al. Anatomical studies of the human clitoris. *J Urol* 1999;162(3 Pt 2):1015–20.
28. Rees MA, O'Connell HE, Plenter RJ, et al. The suspensory ligament of the clitoris: connective tissue supports of the erectile tissues of the female urogenital region. *Clin Anat* 2000;13(6):397–403.
29. Yucel S, De Souza A Jr, Baskin LS. Neuroanatomy of the human female lower urogenital tract. *J Urol* 2004;172(1):191–5.
30. Wenger MA, Jones FN, Jones MH. *Physiological psychology*. New York, NY: Holt, Rinehart & Winstone Inc.; 1956
31. Masters WH, Johnson VE. *Human sexual response*. Boston: Little Brown; 1966
32. Robinson P. *The modernisation of sex*. London: Paul Elek; 1976.
33. Kaplan HS. *Disorders of sexual desire*. New York: Simon & Schuster; 1979.
34. Basson R. Female sexual dysfunctions the new model. *Br J Diabetes Vasc Dis*. 2002;2:267–70 .
35. Basson R. The female response: a different model. *J Sex Marital Ther*. 2000;26:51–65.
36. Basson R. Sexuality and sexual disorders. *Clin Update Womens Health Care* 2014;XIII(2):1–108. (Level III).
37. Sand M, Fisher WA. Women's endorsement of models of female sexual response: the nurses' sexuality study. *J Sex Med*. 2007;4: 708–19.
38. Giraldi A, Kristensen E, Sand M. Endorsement of models describing sexual response of men and women with a sexual partner: an online survey in a population sample of Danish adults 20-65 years. *J Sex Med*. 2015;12:116–28.
39. Stephenson KR, Ahrold TK, Meston CM. The association between sexual motives and sexual satisfaction: gender differences and categorical comparisons. *Arch Sex Behav* 2011;40(3):607–18.

40. McCall K, Meston C. Differences between pre- and postmenopausal women in cues for sexual desire. *J Sex Med* 2007;4(2):364–71.
41. Cain VS, Johannes CB, Avis NE, et al. Sexual functioning and practices in a multi-ethnic study of midlife women: baseline results from SWAN. *J Sex Res* 2003;40(3):266–76.
42. Gizewski ER, Krause E, Karama S, et al. There are differences in cerebral activation between females in distinct menstrual phases during viewing of erotic stimuli: a fMRI study. *Exp Brain Res* 2006;174(1):101–8.
43. Bartels A, Zeki S. The neural correlates of maternal and romantic love. *Neuroimage* 2004;21(3):1155–66.
44. Lorrain DS, Riolo JV, Matuszewich L, et al. Lateral hypothalamic serotonin inhibits nucleus accumbens dopamine: implications for sexual satiety. *J Neurosci* 1999;19(17):7648–52.
45. Lorrain DS, Arnold GM, Vezina P. Mesoaccumbens dopamine and the self-administration of amphetamine. *Ann N Y Acad Sci* 1999;877:820–2.
46. Jeong GW, Park K, Youn G, et al. Assessment of cerebrocortical regions associated with sexual arousal in premenopausal and menopausal women by using BOLD-based functional MRI. *J Sex Med* 2005;2(5):645–51.
47. Exton MS, Bindert A, Krüger T, Scheller F, Hartmann U, Schedlowski M. Cardiovascular and endocrine alterations after masturbation-induced orgasm in women. *Psychosom Med*. 1999;61(3):280-289. doi:10.1097/00006842-199905000-00005.
48. Meston CM, Levin RJ, Sipski ML, et al. Women's orgasm. *Annu Rev Sex Res* 2004;15:173–257.
49. O'Connell HE, Eizenberg N, Rahman M, et al. The anatomy of the distal vagina: towards unity. *J Sex Med* 2008;5(8):1883–91.
50. Cohen HD, Rosen RC, Goldstein L. Electroencephalographic laterality changes during human sexual orgasm. *Arch Sex Behav* 1976;5(3):189–99.
51. Georgiadis JR, Reinders AA, Paans AM, et al. Men versus women on sexual brain function: prominent differences during tactile genital stimulation, but not during orgasm. *Hum Brain Mapp* 2009;30(10):3089–101.
52. Berman, J. Etiology and management of female sexual dysfunction. *Urology Times Trade & Industry* 2004; 3.

53. Shifren JL, Monz BU, Russo PA, Segreti A, Johannes CB. Sexual problems and distress in United States women: prevalence and correlates. *Obstet Gynecol* 2008;112:970–8. (Level II-3).
54. Oksuz E, Malhan S, Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction in Turkish women. *The Journal of Urology* 2006; 175: 654–658.
55. World Health Organization ICD-10: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. World Health Organization, 1992 Geneva.
56. Amerikan Psikiyatri Birliği: Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayısal El Kitabı, 4. Baskı (DSM-IV), Washington DC, Çev: E. Köroğlu, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1994; 203–219.
57. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Arlington (VA): APA; 2013. (Level III).
58. Abdool Z, Thakar R, Sultan AH. Postpartum female sexual function. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2009;145: 133–7. (Level III).
59. Cabral PU, Canario AC, Spyrides MH, Uchoa SA, Eleuterio J Jr, Goncalves AK. Determinants of sexual dysfunction among middle-aged women. *Int J Gynaecol Obstet* 2013;120:271–4. (Level II-3).
60. Galazka I, Drosdzol-Cop A, Naworska B, Czajkowska M, Skrzypulec-Plinta V. Changes in the sexual function during pregnancy. *J Sex Med* 2015;12:445–54. (Level II-2).
61. McCabe MP, Sharlip ID, Lewis R, Atalla E, Balon R, Fisher AD, et al. Risk factors for sexual dysfunction among women and men: a consensus statement from the Fourth International Consultation on Sexual Medicine 2015. *J Sex Med* 2016;13:153–67. (Level III).
62. Ter Kuile MM, Vigeveno D, Laan E. Preliminary evidence that acute and chronic daily psychological stress affect sexual arousal in sexually functional women. *Behav Res Ther* 2007;45:2078–89. (Level I).
63. Wiederman MW. Women's body image self-consciousness during physical intimacy with a partner. *J Sex Res* 2000;37:60–8. (Level II-3).
64. Basson R, Leiblum S, Brotto L, Derogatis L, Fourcroy J, Fugl-Meyer K, et al. Revised definitions of women's sexual dysfunction. *J Sex Med* 2004;1:40–8. (Level III)
65. Klimowicz, A., Janicic, A., & IsHak, W. W. (2017). Evaluation of Female Orgasmic Disorder. In *The Textbook of Clinical Sexual Medicine* (pp.203-18). Springer

66. Komisaruk BR, Whipple B. Non-genital orgasms. *Sex Relat Ther.* 2011;26:356–72
67. Klimowicz, A., Janicic, A., & IsHak, W. W. (2017). Evaluation of Genito-Pelvic Pain/Penetration Disorder. In *The Textbook of Clinical Sexual Medicine* (pp.289-309). Springer
68. Graziottin A. Sexual pain disorders: dyspareunia and vaginismus. In: Porst H, Buvat J, editors. *ISSM (International Society of Sexual Medicine) standard committee book, standard practice in sexual medicine.* Oxford: Blackwell; 2006. p. 342–50.
69. Graziottin A. Mast cells and their role in sexual pain disorders In: Goldstein A, Pukall C, Goldstein I, editors. *Female sexual pain disorders: evaluation and management.* Chichester; Hoboken: Blackwell Publishing; 2009. p. 176–9.
70. Graziottin A. Psychogenic causes of chronic pelvic pain and impact of CPP on psychological status. In: Vercellini P, editor. *Chronic pelvic pain.* Oxford: Blackwell Publishing; 2011. p. 29–39.
71. Lukasiewicz ME, Graziottin A. Women' sexuality after gynecologic cancers. In: Studd J, Seang LT, Chervenak FA, editors. *Current progress in obstetrics and gynaecology, Vol. 3.* 2nd ed. Mumbai: Kothari Medical; 2015. p. 95–116.
72. Graziottin A, Zanello PP. Pathogenic biofilms: their role in recurrent cystitis and vaginitis (with focus on D-mannose as a new pro- phylactic strategy). In: Studd J, Seang LT, Chervenak FA, editors. *Current progress in obstetrics and gynaecology, Vol. 3.* 2nd ed. Mumbai: Kothari Medical; 2015. p. 218–38.
73. Vincenti E, Graziottin A. Sexual pain disorders: management by anesthetic blocks. In: Goldstein I, Meston C, Davis S, Traish A, editors. *Women's sexual function and dysfunction: study diagnosis and treatment.* London: Taylor and Francis; 2006. p. 524–8.
74. Thomas HN, Thurston RC. A biopsychosocial approach to women's sexual function and dysfunction at midlife: A narrative review. *Maturitas* 2016;87:49–60.
75. Çayan S, Akbay E, Bozlu M, Canpolat B, Acar D, Ulusoy E. The prevalence of female sexual dysfunction and potential risk factors that may impair sexual function in Turkish women. *Urol Int* 2004;72:52–57.
76. Cayan, S, Yaman Ö, Orhan İ, Usta M, Başar M, Resim S, et al. Prevalence of sexual dysfunction and urinary incontinence and associated risk factors in Turkish women. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2016;203:303–8.

77. Parish SJ, Simon JA, Davis SR, et al. International Society for the Study of Women's Sexual Health Clinical Practice Guideline for the Use of Systemic Testosterone for Hypoactive Sexual Desire Disorder in Women. *J Sex Med.* 2021;18(5):849-867. doi:10.1016/j.jsxm.2020.10.009.
78. ACOG, Female Sexual Dysfunction: ACOG Practice Bulletin Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists, Number 213. *Obstet Gynecol* 2019;134:e1–18.
79. Lowth M. Female Sexual Dysfunction. NICE (National Institute for Health and Care Excellence). Patient 2017. <https://patient.info/doctor/female-sexual-dysfunction-pro>.
80. Yeni E. Kadın cinsel fonksiyon bozukluklarında kanıta dayalı tedavi seçenekleri. *Androloji Bülteni* 2019;21:185–9.
81. Bekmezci B, Meram E.H. (2020). Kadın cinsel işlev bozukluğu yönetiminde güncel yaklaşımlar ve kanıt temelli uygulamalar. *Androloji Bülteni*, 22, 233-237.
82. Taylor MJ, Rudkin L, Bullemor-Day P, Lubin J, Chukwujekwu C, Hawton K. Strategies for managing sexual dysfunction induced by antidepressant medication. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;(5):CD003382. Published 2013 May 31. doi:10.1002/14651858.CD003382.pub3.
83. Pauls RN, Occhino JA, Dryfhout VL. Effects of pregnancy on female sexual function and body image: a prospective study. *J Sex Med.* 2008;5(8):1915-1922. doi:10.1111/j.1743-6109.2008.00884.x.
84. O'Leary PBP, Flett P, Beilby J, James I. Longitudinal assessment of changes in reproductive hormones during normal pregnancy. *Clin Chem* 1991;37:667–72.
85. Çetindağ EN, Dökmeci F, Çetinkaya ŞE, Seval MM. Changes of pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction throughout pregnancy in singleton primigravida: A prospective cohort study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2021;264:141-149. doi:10.1016/j.ejogrb.2021.07.023.
86. Cunningham, F.G., Leveno, K.J., Bloom, S.L., Dashe, J.S., Hoffman, B.L., Casey, B.M., Spong, C.Y. (2018) *Williams Obstetrics* (25th ed.). New York: McGraw-Hill.
87. Furneaux EC, Langley-Evans AJ, Langley-Evans SC. Nausea and vomiting of pregnancy. *Obstet gynecol surv.* 2001;56(12):775-782.
88. Lee JT. The meaning of sexual satisfaction in pregnant Taiwanese women. *J Midwifery Womens Health.* 2002;47(4):278-286. doi:10.1016/s1526-9523(02)00264-7

89. Reed BD risk factors for candida vulvovaginitis. *Obstet gynecol surv* 1992.
90. Parry, L.J., Vodstrcil, L.A. (2007). Relaxin Physiology in the Female Reproductive Tract during Pregnancy. In: AgoulNIK, A.I. (eds) *Relaxin and Related Peptides. Advances in Experimental Medicine and Biology*, vol 612. Springer, New York, NY. https://doi.org/10.1007/978-0-387-74672-2_4
91. Daneau C, Abboud J, Marchand AA, et al. Mechanisms Underlying Lumbopelvic Pain During Pregnancy: A Proposed Model. *Front Pain Res (Lausanne)*. 2021;2:773988. Published 2021 Dec 2. doi:10.3389/fpain.2021.773988.
92. Read J. ABC of sexual health: Sexual problems associated with infertility, pregnancy, and ageing. *BMJ* 2004;329:559–61.
93. Pauleta J, Pereira NM, Graca LM. Sexuality during pregnancy. *J Sex Med* 2010;7:136–42.
94. Aydın M, Cayonu N, Kadihasanoğlu M, Irkilata L, Atilla MK, Kendirci M. Comparison Of Sexual Functions İn Pregnant And Non-Pregnant Women. *Urology Journal*. 2015; 12(5), 2339-44.
95. Bouzouitaa I, Ellouze BF, El Kefia H, Chaari I, Ben Cheikha C, Krir MW, Eddhif S, Bouguerrac B, Oumaya A. Sexuality Of The Tunisian Pregnant Women: Facts Between Myth And Reality. *Sexologies*. 2017; 27(4), 103-9.
96. Brtnicka H, Weiss P, Zverina J. Human Sexualty During Prengancy and the postpartum period. *Bratisl Lek Listy*. 2009; 110(7), 427-31).
97. Regan, P. C., Lyle, J. L., Otto, A. L. (2003). Pregnancy and changes in female sexual desire: a review. *Soc Behav Pers*, 3(6) 603-612.
98. Fernández-Carrasco FJ, Rodríguez-Díaz L, González-Mey U, Vázquez-Lara JM, Gómez-Salgado J, Parrón-Carreño T. Changes in Sexual Desire in Women and Their Partners during Pregnancy. *Journal of Clinical Medicine*. 2020; 9(2):526. <https://doi.org/10.3390/jcm9020526>.
99. Basson, R. (2001). Human sex response cycles. *J Sex Marital Ther*, 27(1) 33-43.
100. Corbacioglu, A.; Bakir, V.L.; Akbayir, O.; Goksedef, B.P.C.; Akca, A. The Role of Pregnancy Awareness on Female Sexual Function in Early Gestation. *J. Sex. Med*. 2012, 9, 1897–1903.
101. Vannier, S.A.; Rosen, N.O. Sexual Distress and Sexual Problems During Pregnancy: Associations With Sexual and Relationship Satisfaction. *J. Sex. Med*. 2017, 14, 387–395.

102. Ninivaggio, C.; Rogers, R.G.; Leeman, L.; Migliaccio, L.; Teaf, D.; Qualls, C. Sexual function changes during pregnancy. *Int. Urogynecol. J.* 2017, 28, 923–929.
103. Chang SR, Chen KH, Lin HH, Yu HJ. Comparison of overall sexual function, sexual intercourse/activity, sexual satisfaction, and sexual desire during the three trimesters of pregnancy and assessment of their determinants. *J Sex Med.* 2011;8(10):2859-2867. doi:10.1111/j.1743-6109.2011.02420.x.
104. Leite AP, Campos AA, Dias AR, Amed AM, De Souza E, Camano L. Prevalence of sexual dysfunction during pregnancy. *Rev Assoc Med Bras (1992).* 2009;55(5):563-568. doi:10.1590/s0104-42302009000500020.
105. Makara-Studzin'ska, M.; Plewik, I.; Krys', K.M. Sexual activity of women in different trimesters of pregnancy. *Eur. J. Med. Technol.* 2015, 2, 7.
106. Aslan, G.; Aslan, D.; Kizilyar, A.; Ispahi, C.; Esen, A. A prospective analysis of sexual functions during pregnancy. *Int. J. Impot. Res.* 2005, 17, 154–157.
107. Sydow KV. Sexuality during pregnancy and after childbirth: a metacontent analysis of 59 studies. *Journal Psychosomatic Research* 1999; 47 (1): 27-49.
108. Anzaku, Stephen A., et al. "Evaluation of changes in sexual response and factors influencing sexuality during pregnancy among Nigerian women in Jos, Nigeria." *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol* 5.10 (2016): 3576-82.
109. Solberg DA, Butler J, Wagner NN. Sexual behavior in pregnancy. *N Engl J Med* 1973;24:1098–1103.
110. Gökyildiz S, Beji NK. The effects of pregnancy on sexual life. *J Sex Marital Ther.* 2005;31(3):201-215. doi:10.1080/00926230590513410.
111. Goodlin, Robert C. MD. SEXUAL ACTIVITY DURING LATE PREGNANCY AND RISK OF PRETERM DELIVERY. *Obstetrics & Gynecology* 97(6):p 1025, June 2001.
112. Head H, Holmes G. Sensory Disturbances From Cerebral Lesions. İçinde: *Brain*. 1911. s. 102- 254.
113. Gunjan Tewari, Lata Pande, Kamal Kishor Pande. Risk Factors Affecting Body Image: A Systematic Review . *IJPRSE [Internet]*. 2022 May 26 [cited 2022 Dec. 30];3(05):163-9. Available from: <https://journals.grdpublications.com/index.php/ijprse/article/view/582>
114. Kumcagız, H. Pregnant women, body image and self-esteem according to the examination of some of the variables. *Journal of Human Sciences*, 2012; 9(2): 691-703.

115. Schilder, P. (1950). The image and appearance of the human body, International Universities Press, New York.
116. Susan J. Paxton & Kathy Phythian (1999) Body image, self-esteem, and health status in middle and later adulthood, *Australian Psychologist*, 34:2, 116-121, DOI: [10.1080/00050069908257439](https://doi.org/10.1080/00050069908257439)
117. Vamos M. Body Image in Chronic Illness—A Reconceptualization. *Int J Psychiatry Med*. 1993;23(2):163-78.
118. Eriten H. Gebelik Döneminde Beden İmajı ve Benlik Saygısının Cinsel Fonksiyon Üzerine Etkisi. Yüksek Lisans İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa İstanbul 2019.
119. Mehta UJ, Siega-Riz AM, Herring AH. Effect of Body Image on Pregnancy Weight Gain. *Matern Child Health J*. 2011;15(3):324-32.
120. Skouteris H, Carr R, Wertheim EH, Paxton SJ, Duncombe D. A prospective study of factors that lead to body dissatisfaction during pregnancy. *Body Image*. 2005;2(4):347-361. doi:10.1016/j.bodyim.2005.09.002.
121. Leifer, M. (1977). Psychological changes accompanying pregnancy and motherhood. *Genetic Psychological Monographs*, 95, 55–96.
122. Fairburn, C. G., & Welch, S. L. (1990). The impact of pregnancy on eating habits and attitudes to weight and shape. *International Journal of Eating Disorders*, 9, 153–160.
123. Wiederman, M.W.: Body image and sexual functioning. In: Thomas, F. (ed.) *Encyclopedia of Body Image and Human Appearance*, vol. 1, pp. 148–152. Academic Press, San Diego (2012).
124. Wiederman, M.W. (2002). Body image and sexual functioning. In T.F. Cash & T. Pruzinsky (Eds.), *Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice* (pp. 287-294). New York: Guilford Press.
125. Fudge, M.C., Byers, E. S., "I Have a Nice Gross Vagina": Understanding Young Women's Genital Self-Perceptions", *Journal of Sex Research*, 54(3), 351–361, 2017.
126. Schick, V.R., Calabrese, S.K., Rima, B.N., Zucker, A.N., "Genital appearance dissatisfaction: Implications for women's genital image self-consciousness, sexual esteem, sexual satisfaction, and sexual risk", *Psychol Women Q*, 34(3), 394-404, 2010.
127. Waltner R., "Genital identity: A core component of sexual- and self-identity", *The Journal of Research*, 22(3), 399-402, 1986.

128. Berman, L., Berman, J., Miles, M., Pollets, D., & Powell, J. A. Genital self image as a component of sexual health: the relationship between genital self image, female sexual function, and quality of life measures. *Journal of sex & marital therapy*, 29 Suppl 1, 11–210, 2003. <https://doi.org/10.1080/713847124>
129. Zielinski, R., Miller, J., Low, L.K., Sampsel, C., DeLancey, J.O., “The relationship between pelvic organ prolapse, genital body image, and sexual health”, *Neurourology and urodynamics*, 31(7), 1145-1148 2012.
130. Pujols, Y., Meston, C.M., Seal, B.N., “The association between sexual satisfaction and body image in women” *The Journal of Sexual Medicine*, 7(2), 905-16, 2010.
131. Ö. Doğan Yüksekol, A. N. Yılmaz and S. İrtegün, ‘A Literature review on genital self image in women and affecting factors’, *International Journal of Health Services Research and Policy*, vol. 5, no. 3, pp. 344-355, Dec. 2020, doi:10.33457/ijhsrp.810985.
132. Komarnicky T., Skakoon-Sparling, S., Milhausen, R.R., Breuer, R., “Genital Self image: Associations with Other Domains of Body Image and Sexual Response”, *Journal of sex & marital therapy*, 45(6), 524-537, 2019.
133. Karadeniz, Z.C., Adaptation of Female Genital Self Image Scale and Investigation of its Psychometric Properties, Master thesis, Akdeniz University, Antalya, Turkey, 2019.
134. Braun, V., “Female genital cosmetic surgery: A critical review of current knowledge and contemporary debates”, *Journal of Women's Health*, 19(7), 1393-407, 2010.
135. DeMaria, A.L., Meier, S. J., Dykstra, C., (2019). "It's not perfect but it's mine": Genital self image among women living in Italy” *Body Image*, 29, 140–148, 2019.
136. Pujols, Y., Meston, C.M., Seal, B.N., “The association between sexual satisfaction and body image in women” *The Journal of Sexual Medicine*, 7(2), 905-16, 2010.
137. Silva Gomes TB, Brasil CA, Barreto APP, Ferreira RS, Berghmans B, Lordelo P. Female genital image: is there a relationship with body image. *Turk J Obstet Gynecol*. 2019;16(2):84-90. doi:10.4274/tjod.galenos.2019.49799.
138. Jawed-Wessel, S., Herbenick, D., & Schick, V. “The Relationship Between Body Image, Female Genital Self image, and Sexual Function Among First-Time Mothers”. *Journal of sex & marital therapy*, 43(7), 618–632, 2017.
139. Keramat, A., Malary, M., Moosazadeh, M. *et al*. Factors influencing stress, anxiety, and depression among Iranian pregnant women: the role of sexual distress and genital self-image. *BMC Pregnancy Childbirth* **21**, 87 (2021).

140. Sabbaghan, M., Malakouti, J., Mirghafourvand, M., Hakimi, S., Ranjbar, F. "The Effect of Training Package on Genital Self image and Sexual Function: A Randomized Controlled Clinical Trial", *Iran Red Crescent Med J*, 19(9), e14453, 2017
141. Komarnicky T., Skakoon-Sparling, S., Milhausen, R.R., Breuer, R., "Genital Self image: Associations with Other Domains of Body Image and Sexual Response", *Journal of sex & marital therapy*, 45(6), 524-537, 2019.
142. Secord PF, Jourard SM. The appraisal of body-cathexis: body-cathexis and the self. *J Consult Psychol*. 1953;17(5):343-347. doi:10.1037/h0060689.
143. Hovardaoğlu S. (1993). Vücut algısı ölçeği. *Psikiyatri, Psikoloji, Psikofarmakoloji (3P) Dergisi*, 1(1), 26.
144. Herbenick D, Reece M. Development and validation of the female genital self-image scale. *J Sex Med*. 2010;7(5):1822-1830. doi:10.1111/j.1743-6109.2010.01728.x
145. Ellibes Kaya A, Yassa M, Dogan O, Basbug A, Pulatoglu C, Caliskan E. The Female Genital Self-Image Scale (FGSIS): cross-cultural adaptation and validation of psychometric properties within a Turkish population. *Int Urogynecol J*. 2019;30(1):89-99. doi:10.1007/s00192-018-3688-1.
146. Barber MD, Walters MD, Bump RC. Short forms of two condition-specific quality-of-life questionnaires for women with pelvic floor disorders (PFDI-20 and PFIQ-7). *Am J Obstet Gynecol*. 2005;193(1):103-113. doi:10.1016/j.ajog.2004.12.025
147. Kaplan PB, Sut N, Sut HK. Validation, cultural adaptation and responsiveness of two pelvic-floor-specific quality-of-life questionnaires, PFDI-20 and PFIQ-7, in a Turkish population. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2012;162(2):229-233. doi:10.1016/j.ejogrb.2012.03.004.
148. Rosen R, Brown C, Heiman J, et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther*. 2000;26(2):191-208. doi:10.1080/009262300278597.
149. Aygin D, Eti Aslan F. The Turkish adaptation of the female sexual function Index. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*. 2005;25:393-99.
150. Fernández-Carrasco FJ, Rodríguez-Díaz L, González-Mey U, Vázquez-Lara JM, Gómez-Salgado J, Parrón-Carreño T. Changes in Sexual Desire in Women and Their Partners during Pregnancy. *Journal of Clinical Medicine*. 2020; 9(2):526. <https://doi.org/10.3390/jcm9020526>

151. Inanir, S., Cakmak, B., Nacar, M. C., Guler, A. E., & Inanir, A. (2015). Body Image perception and self-esteem during pregnancy.
152. Erbil, N. (2019). The relationship between sexual function, body image and body mass index among pregnant women. *International Journal of Caring Sciences*, 12(2), 925.
153. Fox P, Yamaguchi C. Body image change in pregnancy: a comparison of normal weight and overweight primigravidas. *Birth*. 1997;24(1):35-40.
154. Chou FH, Lin LL, Cooney AT, Walker LO, Riggs MW. Psychosocial factors related to nausea, vomiting, and fatigue in early pregnancy. *J Nurs Scholarsh*. 2003;35(2):119-125. doi:10.1111/j.1547-5069.2003.00119.x.
155. Kamysheva E, Skouteris H, Wertheim EH, Paxton SJ, Milgrom J. Examination of a multi-factorial model of body-related experiences during pregnancy: the relationships among physical symptoms, sleep quality, depression, self-esteem, and negative body attitudes. *Body Image*. 2008;5(2):152-163.
156. Mørkved, Siv, et al. "Pelvic floor muscle training during pregnancy to prevent urinary incontinence: a single-blind randomized controlled trial." *Obstetrics & Gynecology* 101.2 (2003): 313-319.
157. Tolor A, DiGrazia PV. Sexual attitudes and behavior patterns during and following pregnancy. *Arch Sex Behav* 1976;5:539–51.
158. Reamy K, White SE, Daniell WC, Le Vine E. Sexuality and pregnancy: A prospective study. *J Reprod Med* 1982;27:321–7.
159. DeJudicibus MA, McCabe MP. Psychological factors and the sexuality of pregnant and postpartum women. *J Sex Res* 2002;39:94–103.
160. Aydin M, Cayonu N, Kadihasanoglu M, Irkilata L, Atilla MK, Kendirci M. Comparison of Sexual Functions in Pregnant and Non-Pregnant Women. *Urol J*. 2015;12(5):2339-2344. Published 2015 Nov 14.
161. Cassis C, Mukhopadhyay S, Morris E, Giarenis I. What happens to female sexual function during pregnancy?. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2021;258:265-268. doi:10.1016/j.ejogrb.2021.01.003.
162. Küçükdurmaz F, Efe E, Malkoç Ö, Kolus E, Amasyalı AS, Resim S. Prevalence and correlates of female sexual dysfunction among Turkish pregnant women. *Turk J Urol*. 2016;42(3):178-183. doi:10.5152/tud.2016.49207.

163. Santos MD, Palmezoni VP, Torelli L, Baldon VSP, Sartori MGF, Resende APM. Evaluation of pelvic floor muscle strength and its correlation with sexual function in primigravid and non-pregnant women: A cross-sectional study. *Neurourol Urodyn*. 2018;37(2):807-814. doi:10.1002/nau.23353.



10. EKLER

Ek-1: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Sayın;

Bu form, katılmanız önerilen araştırma ile ilgili olarak sizi bilgilendirmek amacı ile düzenlenmiştir. Bu çalışma, araştırma amaçlı olarak yapılmaktadır ve katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışmaya katılma konusunda karar vermeden önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Çalışma hakkında tam olarak bilgi sahibi olduktan sonra ve sorularınız cevaplandıktan sonra eğer katılmak isterseniz sizden bu formu imzalamanız istenecektir.

Bu araştırma, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'nda, Prof. Dr. Fulya Dökmeci'nin gözetiminde Dr. Nur Ersan tarafından yürütülecektir.

Gebeliğin cinsel işlevler üzerine etkisinin değerlendirilmesi amaçlanan çalışmamıza bu form düzenlenerek katılıp katılmama konusunda karar vermenizin kolaylaştırılması hedeflenmiştir.

Bu amaçla; ilk kez gebe kalan takipli gebelerimiz ve daha önce gebe kalmamış kadınlar değerlendirilecektir. Gönüllülerin, gebeliğin ilk 3 ayında, ikinci 3 ayında ve 3. 3 ayında ve gebe kalmamış kadınlara, araştırmacılar tarafından belirlenen anketler uygulanacak, demografik bilgileri kaydedilecektir.

Bu araştırmaya gönüllü katılacağınızı, araştırmaya katılmayı reddetme hakkına sahip olacağınızı, araştırmaya devam etmek istemediğinizde araştırmadan çıkma hakkına sahip olacağınızı ve araştırmacının da sizi araştırma dışı bırakabileceği hakkına sahip olduğunu bilgilerinize sunarız.

Çalışmaya katılmakla parasal yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

Çalışma doktorunuz kişisel bilgilerinizi, araştırmayı ve istatistiksel analizleri yürütmek için kullanacaktır ancak kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır. Yalnızca gereği halinde, sizinle ilgili bilgileri etik kurullar ya da resmi makamlar inceleyebilir. Çalışmanın sonunda, kendi sonuçlarınızla ilgili bilgi istemeye hakkınız vardır. Çalışma sonuçları çalışma bitiminde tıbbi literatürde yayınlanabilecektir ancak kimliğiniz açıklanmayacaktır.

Çalışma ile ilgili ek bilgiye gereksiniminiz olduğunuzda aşağıdaki kişi ile lütfen iletişime geçiniz.

Adı Soyadı/ Ünvanı: Dr. Nur Ersan

Telefon / Mail :

Ben

Yukarıda adı geçen klinik çalışma ile ilgili bilgiler bana sözlü olarak anlatıldı. Sorularım aklımda şüphe bırakılmadan tatmin edici bir şekilde yanıtlandı. Bu çalışmaya hasta olarak kendi arzum ve isteğim dahilinde gönüllü olarak katılmak istiyorum.

Katılımcı

Adı, soyadı:

Tel:

İmza:

Tarih:

Katılımcı ile görüşen hekim

Adı soyadı, unvanı:

Tel:

İmza:

Ek-2: Ankara Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Hasta Takip Formu

**ANKARA ÜNİVERSİTESİ KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM ANABİLİM DALI
HASTA TAKİP FORMU**

TARİH :...../...../.....

Adı Soyadı:

Yaş: Meslek: Eğitim Durumu: İlkokul / Ortaokul / Lise / Lisans

Doğum Yeri: TC Kimlik numarası: Telefon:

Boy: Kilo:

Gravida: Parite: Abortus: Ektopik Gebelik: Yaşayan:

Son adet tarihi: Gebelik Haftası:

Şikayet: Bulantı / Kusma ☐ Vajinal Kanama ☐ Kasık / Bel Ağrısı ☐

Diğer şikayetler (belirtiniz):.....

Ek Hastalık: Hipotiroidi ☐ Gestasyonel Diyabet ☐ Preeklampsi ☐

Kronik hipertansiyon ☐ Pregestasyonel Diyabet ☐ Diğer (belirtiniz):

Kullandığı ilaç:

Geçirilmiş Operasyon:

Sigara / Alkol:

Cinsel ilişki sırasında bebeğinize zarar gelebileceğini düşünür müsünüz?

Evet / Hayır / Bilmiyorum

Cinsel ilişki sırasında kanamanız olmasından korkar mısınız?

Evet / Hayır / Bilmiyorum

Cinsel ilişki sırasında düşük yapmaktan korkar mısınız?

Evet / Hayır / Bilmiyorum

Gebelikte cinsel ilişkiye girmenin günah olduğunu düşünür müsünüz?

Evet / Hayır / Bilmiyorum

Pelvik Taban Sıkıntı Envanteri- Kısa Formu

PFDI-20							
Adı:	Soyadı:	Not:	Tarih:				
Lütfen aşağıda sıralanan tüm soruları cevaplayınız. Bu anket sizin mesane, barsak veya pelvik yakınmalarınız ve eğer bu yakınmalarınız varsa bu yakınmalarınızın derecesini sorgulamaktadır. Cevap için uygun gördüğünüz kutucuğu işaretleyin: (0 - Yakınma Yok 1 - Önemsiz 2 - Az 3 - Orta 4 - Çok)			Hayır	EVET			
			0	1	2	3	4
PODDI-6							
1. Karnınızın alt bölgesinde sıklıkla baskı hissediyor musunuz?			☐	☐	☐	☐	☐
2. Kasık bölgesi ve aşağısında sıklıkla ağırlık veya sıkıntı hissediyor musunuz?			☐	☐	☐	☐	☐
3. Vajinal bölgenizde sıklıkla bir şişkinlik veya dışarı çıkan bir şey görüyor veya hissediyor musunuz?			☐	☐	☐	☐	☐
4. Büyük tuvaletinizi başlatmak için veya tamamlamak için vajinal veya makat çevresine itme yapmak zorunda kalıyor musunuz?			☐	☐	☐	☐	☐
5. İdrarınızı yaptıktan sonra tamamlanmadığı hissini sıklıkla yaşıyor musunuz?			☐	☐	☐	☐	☐
6. İdrar yapmanızı başlatmak veya tamamlamak için parmaklarınızla vajinal bölgedeki şişkinliğinize hiç itme yapmak zorunda kalıyor musunuz?			☐	☐	☐	☐	☐
KRADE-8							
7. Büyük tuvaletinizi yapmak için fazla ıkınma ihtiyacı hissediyor musunuz?			☐	☐	☐	☐	☐
8. Büyük tuvaletiniz bittiğinde barsaklarınızı tamamen boşaltmadığınızı hissediyor musunuz?			☐	☐	☐	☐	☐
9. Büyük tuvaletiniz normal iken, kontrolünüz dışında sıklıkla dışkıyı kaçırıyor musunuz?			☐	☐	☐	☐	☐
10. Büyük tuvaletiniz yumuşak veya sıvı iken, kontrolünüz dışında sıklıkla dışkıyı kaçırıyor musunuz?			☐	☐	☐	☐	☐
11. Kontrolünüz dışında sıklıkla barsaktan gaz kaçırıyor musunuz?			☐	☐	☐	☐	☐
12. Büyük tuvaletinizi yaparken sıklıkla ağrınız oluyor mu?			☐	☐	☐	☐	☐
13. Kuvvetli sıkışma hissi yaşıyor ve büyük tuvaletinizi yapmak için banyoya koşturmak zorunda kalıyor musunuz?			☐	☐	☐	☐	☐
14. Büyük tuvaletinizi yapma sürecinde veya sonrasında barsağınızın bir parçası makattan dışarı çıktı veya dışarı doğru şişkinleşti mi?			☐	☐	☐	☐	☐
UDI-6							
15. Sık sık idrara çıkmayı sıklıkla yaşıyor musunuz?			☐	☐	☐	☐	☐
16. Sıkıştığınızda sıklıkla idrar kaçırıyor musunuz? Diğer bir deyişle acil banyoya gitme ihtiyacınız oluyor mu?			☐	☐	☐	☐	☐
17. Öksürme, hapşırma veya gülme ile birlikte sıklıkla idrar kaçırdığınız oluyor mu?			☐	☐	☐	☐	☐
18. Az miktarda (damlama tarzında) idrar kaçırdığınız sıklıkla oluyor mu?			☐	☐	☐	☐	☐
19. İdrar torbanızı boşaltmada zorluk sıklıkla oluyor mu?			☐	☐	☐	☐	☐
20. Alt karın veya cinsel bölgenizde ağrı veya rahatsızlık sıklıkla oluyor mu?			☐	☐	☐	☐	☐

KADIN CİNSEL İŞLEV ÖLÇEĞİ-(FSFI)

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

* **Cinsel aktivite** : Cinsel birleşme, sevişme ve kendini tatmin dahil olmak üzere tüm cinsel faaliyetler.
** **Cinsel ilişki** : Kadın ile erkeğin cinsel birleşmesi (sertleşmiş kamışın/erkeklik organının kadının haznesine girmesi)
*** **Cinsel uyarılma**: Sevişme, şehvet duygu ve düşüncelerin belirlenmesi ile vajinanın ıslanması ve benzeri durumlar
**** **Orgazm** : Bızır,hazne, rahim, makat ve alt karın ve tüm vücudu saran kuvvetli ritmik kasılmalar olması.

Tüm sorularda yalnız bir kutuyu işaretleyiniz.

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

- ☐ Hemen hemen her zaman
- ☐ Çoğu zaman (15 günden fazla)
- ☐ Bazen (15 günde)
- ☐ Birkaç kez (15 günden az)
- ☐ Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

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

- ☐ Çok yüksek
- ☐ Yüksek
- ☐ Orta
- ☐ Düşük
- ☐ Çok düşük veya hiç

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

- ☐ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- ☐ Hemen hemen her zaman
- ☐ Çoğu zaman (15 günden fazla)
- ☐ Bazen (15 günde)
- ☐ Birkaç kez (15 günden az)
- ☐ Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

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

- ☐ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- ☐ Çok yüksek
- ☐ Yüksek
- ☐ Orta
- ☐ Düşük
- ☐ Çok düşük veya hiç

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

- ☐ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- ☐ Çok emindim
- ☐ Emindim
- ☐ Oldukça emindim
- ☐ Az emindim
- ☐ Çok az / hiç emin değildim

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

- ☐ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- ☐ Hemen hemen her zaman
- ☐ Çoğu zaman (15 günden fazla)
- ☐ Bazen (15 günde)
- ☐ Birkaç kez (15 günden az)
- ☐ Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

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

- ☐ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- ☐ Hemen hemen her zaman
- ☐ Çoğu zaman (15 günden fazla)
- ☐ Bazen (15 günde)
- ☐ Birkaç kez (15 günden az)
- ☐ Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

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

- ☐ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- ☐ Çok çok zor veya imkansızdı
- ☐ Çok zordu
- ☐ Zordu
- ☐ Biraz zordu
- ☐ Hiç zorluk çekmedim

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

- ☐ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- ☐ Hemen hemen her zaman
- ☐ Çoğu zaman (15 günden fazla)
- ☐ Bazen (15 günde)
- ☐ Birkaç kez (15 günden az)
- ☐ Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

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

- ☐ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- ☐ Hemen hemen her zaman
- ☐ Çoğu zaman (15 günden fazla)
- ☐ Bazen (15 günde)
- ☐ Birkaç kez (15 günden az)
- ☐ Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

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

- ☐ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- ☐ Hemen hemen her zaman
- ☐ Çoğu zaman (15 günden fazla)
- ☐ Bazen (15 günde)
- ☐ Birkaç kez (15 günden az)
- ☐ Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

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

- ☐ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- ☐ Çok çok zordu / imkansızdı
- ☐ Çok zordu
- ☐ Zordu
- ☐ Biraz zordu
- ☐ Hiç zorluk çekmedim

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

- ☐ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- ☐ Çok tatminkardı
- ☐ Genellikle tatminkardı
- ☐ Yarisında tatminkardı, yarisında tatminkar değildi
- ☐ Genellikle tatminkar değildi
- ☐ Hiç tatminkar değildi

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

- ☐ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- ☐ Çok tatminkardı
- ☐ Genellikle tatminkardı
- ☐ Yarisında tatminkardı, yarisında tatminkar değildi
- ☐ Genellikle tatminkar değildi
- ☐ Hiç tatminkar değildi

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

- ☐ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- ☐ Çok tatminkardı
- ☐ Genellikle tatminkardı
- ☐ Yarisında tatminkardı, yarisında tatminkar değildi
- ☐ Genellikle tatminkar değildi
- ☐ Hiç tatminkar değildi

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

- ☐ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- ☐ Çok tatminkardı
- ☐ Genellikle tatminkardı
- ☐ Yarisında tatminkardı, yarisında tatminkar değildi
- ☐ Genellikle tatminkar değildi
- ☐ Hiç tatminkar değildi

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

- ☐ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- ☐ Hemen hemen her zaman
- ☐ Çoğu zaman (15 günden fazla)
- ☐ Bazen (15 günde)
- ☐ Birkaç kez (15 günden az)
- ☐ Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

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

- ☐ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- ☐ Hemen hemen her zaman
- ☐ Çoğu zaman (15 günden fazla)
- ☐ Bazen (15 günde)
- ☐ Birkaç kez (15 günden az)
- ☐ Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

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

- ☐ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- ☐ Çok yüksek
- ☐ Yüksek
- ☐ Orta
- ☐ Düşük
- ☐ Çok düşük veya hiç

Kadın Genital Benlik İmajı Ölçeği	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Katlıyorum	Kesinlikle Katlıyorum
1. Cinsel organlarım hakkında olumlu düşünürüm				
2. Cinsel organlarımın görüntüsünden memnunum				
3. Eşimin/partnerimin cinsel organlarımı görmesine izin verdiğimde rahat hissederim				
4. Cinsel organlarımın güzel koktuğunu düşünürüm				
5. Cinsel organlarımın olması gerektiği şekilde işlev gördüğünü düşünürüm				
6. Bir sağlık bakım profesyonelinin cinsel organlarımı muayene etmesine izin verdiğimde rahat hissederim				
7. Cinsel organlarımdan utanmam				



VÜCUT ALGISI ÖLÇEĞİ

(1=Hiç Beğenmiyorum, 2= Beğenmiyorum, 3=Kararsızım, 4=Beğeniyorum, 5=Çok Beğeniyorum)

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
1. Saçlarım					
2. Yüzümün Rengi					
3. İştahım					
4. Ellerim					
5. Vücudumdaki Kıl Dağılımı					
6. Burnum					
7. Fiziksel Gücüm					
8. İdrar Dışkı Düzenim					
9. Kas Kuvvetim					
10. Belim					
11. Enerji Aktivite Düzeyim					
12. Sırtım					
13. Kulaklarım					
14. Yaşam					
15. Çenem					
16. Vücut Yapım					
17. Profilim					
18. Boyum					
19. Duyularımın Keskinliği					
20. Ağrıya Dayanıklılığım					
21. Omuzlarımın Genişliği					
22. Kollarım					
23. Göğüslerim					
24. Gözlerimin Şekli					
25. Sindirim Sistemim					
26. Kalçalarım					
27. Hastalığa Direncim					
28. Bacaklarım					
29. Dişlerimin Şekli					
30. Cinsel Gücüm					
31. Ayaklarım					
32. Uyku Düzenim					
33. Sesim					
34. Sağlığım					
35. Cinsel Etkinliklerim					
36. Dizlerim					
37. Vücudumun Duruş Şekli					
38. Yüzümün Şekli					
39. Ağırlığım					
40. Cinsel Organlarım					