TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

DOĞUM SONRASI KADINLARA EX-PLISSIT MODELİ İLE VERİLEN DANIŞMANLIĞIN CİNSEL SORUNLAR ÜZERİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ

Sema ÜSTGÖRÜL

DOKTORA TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Doç. Dr. EMRE YANIKKEREM
Doç.Dr. ASLI GÖKER

MANİSA
2021

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

DOĞUM SONRASI KADINLARA EX-PLISSIT MODELİ İLE VERİLEN DANIŞMANLIĞIN CİNSEL SORUNLAR ÜZERİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ

Sema ÜSTGÖRÜL

DOKTORA TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Doç. Dr. EMRE YANIKKEREM
Doç.Dr. ASLI GÖKER

TEZ SINAV JÜRİSİ
Doç. Dr. EMRE YANIKKEREM
Prof. Dr. GÜL ERTEM
Prof. Dr. MEHMET MURAT DEMET
Doç. Dr. AYNUR ÇETİNKAYA
Dr. Öğr. Üyesi AYTÜL HADIMLI

MANİSA
2021

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarında etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde ede ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışım olmadığını beyan ederim.

02.06.2021

Sema ÜSTGÖRÜL

TEŞEKKÜR

Tez danışmanlarım Doç. Dr. Emre YANIKKEREM ve Doç.Dr. Aslı GÖKER'e,

Doktora tez jüri üyelerim Prof. Dr. Gül ERTEM, Prof. Dr. Mehmet Murat DEMET, Doç. Dr. Aynur ÇETİNKAYA ve Dr. Öğr. Üyesi Aytül HADIMLI'ya,

Cinsel danışmanlık için eğitim aldığım ve tez sürecimde manevi desteğini eksik etmeyen Cinsel Sağlık Enstitüsü Derneği (CİSED) Başkanı Dr. Cem KEÇE'ye ve CİSED yönetim kurulu üyesi Uzm. Klinik Psikolog Mustafa ÇAY'a,

Çalışmamı sürdürmemde desteğini esirgemeyen Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi çalışanlarından başta Hemşire Turgay UYSAL olmak üzere tüm hemşire ve ebe arkadaşlarıma,

Tez çalışmamda yer alan ve evlerine kabul edip, özel hayatlarını benimle paylaşan annelere,

Çalışma sürecimde manevi desteğini eksik etmeyen başta Arş. Gör. Duygu KARAARSLAN, Arş. Gör. Dr. Nurcan BİLGİN, Arş.Gör. Özge TOPSAKAL olmak üzere çalışma arkadaşlarıma,

Sabır ve hoşgörüsü nedeniyle teşekkürün en büyüğünü hak eden sevgili eşim Gökhan ÜSTGÖRÜL ve canım oğlum Poyraz ÜSTGÖRÜL'e ve ailelerimize teşekkür ederim.

Bu tez, Manisa Celal Bayar Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Komisyonu Başkanlığı tarafından 2018-228 numaralı proje ile desteklenmiştir.

Sema ÜSTGÖRÜL

Manisa/2021

KISALTMALAR DİZİNİ

ANA	American Nurses Association
CETAD	Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği
CİSED	Cinsel Sağlık Enstitüsü Derneği
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
TNSA	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları
TUIK	Türkiye İstatistik Kurumu
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund
WHO	World Health Organisation

İÇİNDEKİLER

		Sayfa
	BEYAN	I
	TEŞEKKÜR	II
	KISALTMALAR DİZİNİ	III
	TABLOLAR DİZİNİ	VIII
	ŞEKİLLER DİZİNİ	X
1.	**ÖZET**	1
2.	**SUMMARY**	2
3.	**GİRİŞ ve AMAÇ**	3
4.	**GENEL BİLGİLER**	5
4.1.	CİNSELLİK VE CİNSEL SAĞLIK KAVRAMI	5
4.2.	KADIN ÜREME ORGANLARININ ANATOMİSİ VE FİZYOLOJİSİ	6
4.2.1.	Dış Genital Organlar	6
4.2.2.	İç Genital Organlar	9
4.3.	CİNSEL YANIT DÖNGÜSÜ	10
4.3.1.	Kadında Cinsel Yanıt Döngüsü	12
4.3.2.	Erkekte Cinsel Yanıt Döngüsü	14
4.4.	KADINLARDA YAŞAM DÖNEMLERİNE GÖRE YAŞANAN CİNSEL SORUNLAR	15
4.5.	KADINLARDA GÖRÜLEN CİNSEL İŞLEV BOZUKLUKLARI	20
4.5.1.	Kadın Cinsel İlgi/ Uyarılma Bozukluğu	21
4.5.2.	Orgazm Bozukluğu	22
4.5.3.	Genital Pelvik Ağrı/Penetresyon Bozukluğu	22
4.5.4.	Madde ve İlaç Kullanımına Bağlı Cinsel İşlev Bozuklukları	23
4.5.5.	Diğer Tanımlanmış ve Tanımlanmamış Cinsel İşlev Bozuklukları	23
4.6.	DOĞUM SONRASI DÖNEMDE CİNSEL SAĞLIK	24
4.6.1.	Doğum Sonrası Dönemde Yaşanan Cinsel İşlev Problemleri	24
4.6.2.	Doğum Sonrası Cinsel İlişkiye Başlama	25
4.6.3.	Doğum Sonrası Cinsel Yanıt Döngüsünde Değişim	26
4.6.4.	Doğum Sonrası Cinsel Sağlığın Değerlendirilmesi	27
4.6.4.1.	Cinsel Sağlığın Değerlendirilmesinde Kullanılan Soru Formları	29
4.6.4.2.	Doğum Sonrası Dönemde Cinsel Sağlığın Değerlendirilmesinde Kullanılan Modeller	32
4.6.4.3.	PLISSIT ve EX-PLISSIT Modeli	37
4.7.	DOĞUM SONRASI DÖNEMDE GÖRÜLEN CİNSEL SORUNLAR İLE İLGİLİ YAPILAN ARAŞTIRMALAR	43
4.7.1.	Doğum Sonrası Dönemde PLISSIT ve EX-PLISSIT Modeli ile	45

	Yapılan Araştırmalar	
4.7.1.1.	PLISSIT Modeli Kullanılarak Yapılan Diğer Çalışmalar	48
4.7.1.2.	EX-PLISSIT Modeli Kullanılarak Yapılan Diğer Çalışmalar	49
5.	**GEREÇ ve YÖNTEM**	**51**
5.1.	ARAŞTIRMANIN TİPİ	51
5.2.	ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE SÜRESİ	51
5.3.	ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ	51
5.3.1.	Araştırmaya Dahil Olma Kriterleri	52
5.3.2.	Araştırmadan Dışlanma Kriterleri	52
5.4.	Araştırmanın Hipotezleri	52
5.5.	Araştırmanın Bağımlı-Bağımsız Değişkenleri	53
5.6.	VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	53
5.6.1.	Kadınların Tanıtıcı Özellikleri Soru Formu	54
5.6.2.	Kadınların Cinsel Yaşam Özellikleri Soru Formu	54
5.6.3.	Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği	54
5.6.4.	Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği – Kadın	55
5.6.5.	Glombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği – Kadın	55
5.6.6.	EX-PLISSIT modeline dayandırılarak geliştirilen yarı yapılandırılmış görüşme formu	56
5.7.	VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ	56
5.7.1.	Girişim Grubunda Olan Kadınların İzlemi	57
5.7.2.	Kontrol Grubunda Olan Kadınların İzlemi	58
5.8.	VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ	60
5.9.	ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI	60
5.10.	ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ	61
6.	**BULGULAR**	**63**
6.1.	ARAŞTIRMANIN BİRİNCİ AŞAMASINA YÖNELİK BULGULAR	64
6.1.1.	ARAŞTIRMANIN BİRİNCİ AŞAMASINDA KADINLARIN TANITICI ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR	64
6.1.2.	ARAŞTIRMANIN BİRİNCİ AŞAMASINDA KADINLARIN CİNSEL YAŞAM ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR	70
6.2.	ARAŞTIRMANIN İKİNCİ AŞAMASINA YÖNELİK BULGULAR	73
6.2.1.	GİRİŞİM VE KONTROL GRUBUNDAKİ KADINLARIN TANITICI ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR	73
6.2.2.	ARAŞTIRMANIN İKİNCİ AŞAMASINDA KADINLARIN CİNSEL YAŞAM ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR	82
6.2.3.	EX-PLISSIT MODELİNE DAYANDIRILARAK GELİŞTİRİLEN YARI YAPILANDIRILMIŞ GÖRÜŞME FORMUNA KADINLARIN VERDİKLERİ YANITLARA YÖNELİK BULGULAR	86
6.2.4.	ARAŞTIRMANIN İKİNCİ AŞAMASINDA GİRİŞİM VE KONTROL GRUBUNDAKİ KADINLARIN ARİZONA	108

	CİNSEL YAŞANTILAR ÖLÇEĞİ-KADIN PUAN ORTALAMALARINA YÖNELİK BULGULAR	
6.2.5.	GİRİŞİM VE KONTROL GRUBUNDAKİ KADINLARIN GOLOMBOK RUST CİNSEL DOYUM ÖLÇEĞİ-KADIN PUAN ORTALAMALARINA YÖNELİK BULGULAR	112
7.	**TARTIŞMA**	**117**
7.1.	ARAŞTIRMANIN BİRİNCİ AŞAMASINA YÖNELİK TARTIŞMA	117
7.1.1.	ARAŞTIRMANIN BİRİNCİ AŞAMASINDA KADINLARIN TANITICI ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULARA YÖNELİK TARTIŞMA	117
7.1.2.	ARAŞTIRMANIN BİRİNCİ AŞAMASINDA KADINLARIN CİNSEL YAŞAM ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULARA YÖNELİK TARTIŞMA	124
7.2.	ARAŞTIRMANIN İKİNCİ AŞAMASINA YÖNELİK TARTIŞMA	127
7.2.1.	GİRİŞİM VE KONTROL GRUBUNDAKİ KADINLARIN TANITICI ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULARA YÖNELİK TARTIŞMA	127
7.2.2.	ARAŞTIRMANIN İKİNCİ AŞAMASINDA KADINLARIN CİNSEL YAŞAM ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULARA YÖNELİK TARTIŞMA	134
7.2.3.	EX-PLISSIT MODELİNE DAYANDIRILARAK GELİŞTİRİLEN YARI YAPILANDIRILMIŞ GÖRÜŞME FORMUNA KADINLARIN VERDİKLERİ YANITLARA YÖNELİK TARTIŞMA	135
7.2.4.	ARAŞTIRMANIN İKİNCİ AŞAMASINDA GİRİŞİM VE KONTROL GRUBUNDAKİ KADINLARIN ARİZONA CİNSEL YAŞANTILAR ÖLÇEĞİ-KADIN PUAN ORTALAMALARINA İLİŞKİN BULGULARA YÖNELİK TARTIŞMA	141
7.2.5.	GİRİŞİM VE KONTROL GRUBUNDAKİ KADINLARIN GOLOMBOK RUST CİNSEL DOYUM ÖLÇEĞİ-KADIN PUAN ORTALAMALARINA İLİŞKİN BULGULARA YÖNELİK TARTIŞMA	145
8.	**SONUÇ ve ÖNERİLER**	**151**
8.1.	ARAŞTIRMANIN BİRİNCİ AŞAMASINA İLİŞKİN SONUÇLAR	151
8.1.1.	ARAŞTIRMANIN BİRİNCİ AŞAMASINDA KADINLARIN TANITICI ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN SONUÇLAR	151
8.1.2.	ARAŞTIRMANIN BİRİNCİ AŞAMASINDA KADINLARIN CİNSEL YAŞAM ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN SONUÇLAR	152
8.2.	ARAŞTIRMANIN İKİNCİ AŞAMASINA YÖNELİK SONUÇLAR	153
8.2.1.	GİRİŞİM VE KONTROL GRUBUNDAKİ KADINLARIN TANITICI ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN SONUÇLAR	153

8.2.2.	ARAŞTIRMANIN İKİNCİ AŞAMASINDA KADINLARIN CİNSEL YAŞAM ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN SONUÇLAR	156
8.2.3.	KADINLARIN EX-PLISSIT MODELİNE DAYANDIRILARAK GELİŞTİRİLEN YARI YAPILANDIRILMIŞ GÖRÜŞME FORMUNA KADINLARIN VERDİKLERİ YANITLARA İLİŞKİN SONUÇLAR	157
8.2.4.	ARAŞTIRMANIN İKİNCİ AŞAMASINDA GİRİŞİM VE KONTROL GRUBUNDAKİ KADINLARIN ARİZONA CİNSEL YAŞANTILAR ÖLÇEĞİ-KADIN PUAN ORTALAMALARINA İLİŞKİN SONUÇLAR	159
8.2.5.	GİRİŞİM VE KONTROL GRUBUNDAKİ KADINLARIN GOLOMBOK RUST CİNSEL DOYUM ÖLÇEĞİ-KADIN PUAN ORTALAMALARINA YÖNELİK SONUÇLAR	161
8.3.	ÖNERİLER	163
9.	**KAYNAKLAR**	**169**
10.	**EKLER**	**203**
Ek I	KADINLARIN TANITICI ÖZELLİKLERİ SORU FORMU	203
Ek II	KADINLARIN CİNSEL YAŞAM ÖZELLİKLERİ SORU FORMU	205
Ek III	HASTANE ANKSİYETE VE DEPRESYON ÖLÇEĞİ	207
Ek IV	ARİZONA CİNSEL YAŞANTILAR ÖLÇEĞİ-KADIN	208
Ek V	GOLOMBOK–RUST CİNSEL DOYUM ÖLÇEĞİ- KADIN	209
Ek VI	EX-PLISSIT MODELİNE DAYANDIRILARAK GELİŞTİRİLEN YARI YAPILANDIRILMIŞ GÖRÜŞME FORMU	210
Ek VII	GOLOMBOK–RUST CİNSEL DOYUM ÖLÇEĞİ KULLANIM İZNİ	212
Ek VIII	ARİZONA CİNSEL YAŞANTILAR ÖLÇEĞİ KULLANIM İZNİ	213
Ek IX	MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ TEZ KONUSU ONAYI	214
Ek X	MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ETİK KURUL İZNİ	215
Ek XI	HASTANE VERİ TOPLAMA İZNİ	216
Ek XII	BİLİMSEL ARAŞTIRMA PROJESİ ONAYI	217
Ek XIII	BİGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU	218
Ek XIV	CİNSEL TERAPİ KATILIM BELGESİ	221
Ek XV	İLERİ CİNSEL TERAPİ KATILIM BELGESİ	222
Ek XVI	GEBELİK VE CİNSEL YAŞAM KURSU KATILIM BELGESİ	223
Ek XVII	ARAŞTIRMACININ ÖZDÜŞÜMSEL NOTLARI	224
11.	**ÖZGEÇMİŞ**	**225**
12.	**DOKTORA TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU**	**226**

TABLOLAR DİZİNİ

		Sayfa
Tablo 1.	Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı	65
Tablo 2.	Kadınların Evlilik Özelliklerine Göre Dağılımı	66
Tablo 3.	Kadınların Doğurganlık Özelliklerine Göre Dağılımı	67
Tablo 4.	Kadınların Doğum Sonrası Emzirme Durumuna Göre Dağılımı	68
Tablo 5.	Kadınların Annelik Görevi ile Baş Etme ve Bebek Bakımı Konusunda Destek Alma Durumuna Göre Dağılımı	68
Tablo 6.	Kadınların Ebeveyn Odasında Yatan Çocuğa Sahip Olma Durumuna Göre Dağılımı	69
Tablo 7.	Kadınların Doğum Sonrası Kullandıkları Doğum Kontrol Yöntemlerine Göre Dağılımı	69
Tablo 8.	Kadınların Cinsel Yaşam Özelliklerine Göre Dağılımı	70
Tablo 9.	Kadınların Cinsel İlişki Sırasında Ağrı Yaşama Özelliklerine Göre Dağılımı	71
Tablo 10.	Kadınların Arizona Cinsel Yaşantılar- Kadın Ölçeği, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Depresyon Bölümünden Aldıkları Puanların Dağılımı	72
Tablo 11.	Girişim ve Kontrol Grubundaki Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı	74
Tablo 12.	Girişim ve Kontrol Grubundaki Kadınların Evlilik Özelliklerine Göre Dağılımı	76
Tablo 13.	Girişim ve Kontrol Grubundaki Kadınların Doğurganlık Özelliklerine Göre Dağılımı	78
Tablo 14.	Girişim ve Kontrol Grubundaki Kadınların Doğum Sonrası Emzirme Durumuna Göre Dağılımı	79
Tablo 15.	Girişim ve Kontrol Grubundaki Kadınların Bebek Bakımı Konusunda Destek Alma Durumuna Göre Dağılımı	80
Tablo 16.	Girişim ve Kontrol Grubundaki Kadınların Ebeveyn Odasında Yatan Çocuğa Sahip Olma Durumuna Göre Dağılımı	80
Tablo 17.	Girişim ve Kontrol Grubundaki Kadınların Doğum Sonrası Kullandıkları Doğum Kontrol Yöntemlerine Göre Dağılımı	81
Tablo 18.	Girişim ve Kontrol Grubundaki Kadınların Cinsel Yaşam Özelliklerine Göre Dağılımı	82
Tablo 19.	Girişim ve Kontrol Grubundaki Kadınların Cinsel İlişki Sırasında Ağrı Yaşama Özelliklerine Göre Dağılımı	84
Tablo 20.	Kadınların "Cinsel Hayatınızı Nasıl Tanımlarsınız? Cinsel Hayatınız Sizin İçin Ne İfade Ediyor?" Sorusuna Verdikleri İfadelerin Dağılımı	86
Tablo 21.	Kadınların "Yaşamınızın Herhangi Bir Döneminde Cinsel Sorununuzun Olduğunu Düşünüyor musunuz?" Sorusuna Verdikleri Yanıtların Dağılımı	88
Tablo 22.	Kadınların "Gebelik Öncesi Genel Olarak Cinsel Yaşamınız Nasıldı?" Sorusuna Verdikleri Yanıtların Dağılımı	90

Tablo 23.	Kadınların "Gebelik Döneminde Genel Olarak Cinsel Yaşamınız Nasıldı? Gebelik Cinsel Yaşamınızı Nasıl Etkiledi?" Sorularına Verdikleri Yanıtların Dağılımı	91
Tablo 24.	Kadınların "Doğum Sonrası Cinsel İlişkiye Başlarken Kendinizi Nasıl Hissettiniz?" Sorusuna Verdikleri Yanıtların Dağılımı	92
Tablo 25.	Kadınların "Doğum Sonrası Dönem Cinsel Yaşamınızı Nasıl Etkiledi? Bu Konuda Konuşmak İster misiniz?" Sorusuna Verdikleri Yanıtların Dağılımı	94
Tablo 26.	Kadınların "Doğum Sonrası Sizin ve Eşinizin Cinsel İlişkiye Karşı Tutumunuz Nasıl?" Sorusuna Verdikleri Yanıtların Dağılımı	95
Tablo 27.	Kadınların "Doğum Sonrası Dönemde Kadınlar Cinsel Yaşamları Hakkında Bazı Endişeler Yaşayabilir. Sizin Endişe Duyduğunuz Konular Neler?" Sorusuna Verdikleri Yanıtların Dağılımı	96
Tablo 28.	Kadınların "Doğum Sonrası Dönemde Annelerin Özellikle İlgileri Bebeğe Yönelik Olduğundan ve Hormonların Etkisiyle Cinsel İsteklerinde Azalma Olabilmektedir. Sizin Cinsel İsteğiniz Hakkında Konuşmamızı İster misiniz?" Sorusuna Verdikleri Yanıtların Dağılımı	98
Tablo 29.	Kadınların "Doğum Sonrası Cinsel İlişki Sırasında Rahatsız Olduğunuz Bir Durum Oluyor mu? Anlatmak İster misiniz?" Sorusuna Verdikleri Yanıtların Dağılımı	99
Tablo 30.	Kadınların "Doğum Sonrası Cinsel Yaşamınızdan Memnun Olma Durumunu Nasıl Değerlendirirsiniz?" Sorusuna Verdikleri Yanıtların Dağılımı	101
Tablo 31.	Kadınların "Doğum Sonrası Cinsel Sorununuzun Neler Olduğunu Düşünüyorsunuz?" Sorusuna Verdikleri Yanıtların Dağılımı	102
Tablo 32.	Kadınların "Eşiniz ile Cinsel Konular Hakkında İletişimizi Nasıl Değerlendirirsiniz?" Sorusuna Verdikleri Yanıtların Dağılımı	105
Tablo 33.	Girişim ve Kontrol Grubundaki Kadınların Doğum Sonrası İlk Değerlendirmede Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği-Kadın Puan Ortalamalarının Gruplar Arası Dağılımı	108
Tablo 34.	Girişim ve Kontrol Grubundaki Kadınların Doğum Sonrası İlk ve Son Değerlendirmede Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği-Kadın Puan Ortalamalarının Grup İçi Dağılımı	110
Tablo 35.	Girişim ve Kontrol Grubundaki Kadınların Doğum Sonrası İlk Değerlendirmede Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği- Kadın Puan Ortalamalarının Gruplar Arası Dağılımı	112
Tablo 36.	Girişim ve Kontrol Grubundaki Kadınların Doğum Sonrası İlk ve Son Değerlendirmede Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği- Kadın Puan Ortalamalarının Grup İçi Dağılımı	114

ŞEKİLLER DİZİNİ

		Sayfa
Şekil 1.	Kadın Üreme ve Cinsel Organlarının Yapısı	7
Şekil 2.	Himen Çeşitleri	8
Şekil 3.	Kadın ve Erkekte Cinsel Yanıt Döngüsü	12
Şekil 4.	Hormonların ve nörotranmitterlerin cinsel işlev üzerine etkileri	13
Şekil 5.	Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayısal El Kitabında Kadınlarda Görülen Cinsel İşlev Bozuklukları	21
Şekil 6.	PLISSIT ve EX- PLISSIT Modelinin Özel Öneriler Basamağında Verilebilecek Örnek Cümleler	40
Şekil 7.	EX- PLISSIT Modeli	41
Şekil 8.	Araştırmanın Veri Toplama Aşamaları	59
Şekil 9.	Tez Aşamaları	62

Başlık: Doğum Sonrası Kadınlara EX-PLISSIT Modeli ile Verilen Danışmanlığın Cinsel Sorunlar Üzerine Etkisinin İncelenmesi

Öğrencinin Adı: Sema ÜSTGÖRÜL

Danışmanlar:

1. Doç. Dr. Emre YANIKKEREM
2. Doç. Dr. Aslı GÖKER

Anabilim Dalı: Hemşirelik Anabilim Dalı

ÖZET

Amaç: Bu çalışma, doğum sonrası kadınlara EX-PLISSIT modeli ile verilen danışmanlığın cinsel sorunlar üzerine etkisinin incelenmesi amacıyla yapılmış, deney kontrol gruplu ve longitudinal tipte bir araştırmadır.

Gereç ve Yöntem: Araştırmanın evrenini 2017 yılında Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi'nde doğum yapan 1062 kadın oluşturmuştur. Araştırmanın birinci aşaması 189, ikinci aşaması 150 kadın ile tamamlanmıştır. Araştırmada Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği- Kadın ile Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği-Kadın kullanılmıştır. Girişim grubunda olan kadınlara EX-PLISSIT modeline dayalı cinsel danışmanlık verilmiştir.

Bulgular: Girişim ve kontrol grubunda yer alan kadınların yaş, gelir durumu, evlilik yılı, evlilik şekli, evlilik uyumu, parite ve doğum şekli arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamış olup, kadınların eğitim durumu, eşin yaşı ve eğitimi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Kadınların %14,7'si gebelik öncesi dönemde, %12,0'ı gebelik döneminde ve %26,7'si doğum sonrası ortalama üçüncü ayda cinsel ilişki sırasında ağrı yaşadığını belirtmiştir. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği'ne göre cinsel istek, vajinal ıslanma/nemlenme ve orgazmın tatmin edici olması; Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği'ne göre iletişim, doyum, kaçınma, dokunma, vajinismus ve orgazm alt boyut puanları arasında girişim ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak fark belirlenmiştir.

Sonuçlar: Bu araştırmada EX-PLISSIT ile verilen danışmanlığın hem cinsel disfonksiyonlar üzerinde hem de cinsel ilişkinin niteliğinde yararlı olduğu saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Doğum sonrası dönem, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği, Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği, EX-PLISSIT Modeli.

Title: Investigation of the Effect of Counseling Given to Postpartum Women with the EX-PLISSIT Model on Sexual Problems

Student Name: Sema ÜSTGÖRÜL

Thesis Advisors:

1. Assoc. Prof. Emre YANIKKEREM
2. Assoc. Prof. Aslı GÖKER

Department: Nursing

SUMMARY

Aim: This study is a longitudinal type of study with experimental control group, conducted to examine the effect of counseling given to postpartum women with EX-PLISSIT model on sexual problems.

Material and Method: The population of the study consisted of 1062 women who gave birth in Manisa Celal Bayar University Hafsa Sultan Hospital in 2017. The first and second phase of the research was completed with 189 and 150 women, respectively. Arizona Sexual Experiences Scale-Female and Golombok Rust Sexual Satisfaction Scale-Female were used in the study.

Results: No statistically significant difference was found between the age, income status, year of marriage, type of marriage, marital harmony, parity and mode of delivery in the intervention and control groups. But, statistically significant differences were found in education of women, age and education of the spouse. Of the women, 14.7% stated that they experienced pain during sexual intercourse in the pre-pregnancy 12.0% in the pregnancy and 26.7% in the third month on average postpartum period. After sexual counseling, a statistically significant difference was found between the intervention and control groups between sexual desire and vaginal wetting/moistening of the Arizona Sexual Experiences Scale; communication, satisfaction, avoidance, touch, vaginismus and orgasm sub-dimension scores of the Golombok Rust Scale of Sexual Satisfaction.

Conclusion: In this study, it can be said that the counseling given with EX-PLISSIT is beneficial on both sexual dysfunctions and the quality of sexual intercourse.

Key Words: Postpartum period, Arizona Sexual Experiences Scale, Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction Scale, EX-PLISSIT Model.

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Cinsellik; santral sinir sistemi, vasküler sistem ve endokrin sistemin birbirleri ile etkileşimde olduğu, cinsel istek, heyecan, ilişki ve memnuniyet sağlayan bir aktivite olarak tanımlanmaktadır (Yelboğa ve Korgalı 2015). Dünya Sağlık Örgütü'ne göre cinsellik ise cinsiyet, cinsel kimlikler ve roller, erotizm, zevk, yakınlık, cinsel yönelim ve üremeyi içeren bir terimdir (World Health Organization 2020).

Yaşam kalitesinin önemli bir parçası olan ve duygusal, zihinsel ve sosyal olarak cinsellikle ilgili iyilik hali olarak tanımlanan ve cinsel sağlık, doğum sonrası dönemde de değerlendirilmesi ve iyileştirilmesi gereken bir sağlık sorunudur. Dünya Sağlık Örgütü doğum sonrası cinsel yaşamı, kadının temel gereksinimlerinden biri olarak görmekte ve bu dönemde cinsel sağlık sorunlarının zamanında tanımlanması, çözümlenmesi ve bu konuda bilgi ve danışmanlık hizmetlerinin verilmesi için bir fırsat olduğunu bildirilmektedir (World Health Organization 2020). Gebelik döneminde meydana gelen anatomik, fizyolojik ve metabolik değişiklikler doğum sonrası yaklaşık altı hafta içerisinde gebelik öncesi durumuna geri dönmesi beklenir. Bununla birlikte gebelik döneminde yaşanan fiziksel ve psikolojik değişiklikler nedeniyle kadının cinsel fonksiyonları doğumdan önceki iyilik haline ulaşmayabilir (Spaich ve ark. 2020).

Lohusalık dönemi, bireylerin anne baba olma yolunda çeşitli dönüşümlerin yaşandığı bir uyum dönemi olup, yaşanan değişikliklerin çiftin cinsel ilişkilerine de yansımaları olabilir (Serrano Drozdowskyj ve ark. 2020). Çiftler arasında doğumdan sonraki cinsel değişiklikler, yaşam kalitelerini etkileyen önemli bir faktördür (Abdelhakm ve ark. 2018). Cinsel aktivite ve cinsel tatmin insan yaşamının en bilinen yönlerinden biridir ve doğumdan sonraki ilk cinsel ilişki çiftin samimi ilişkiler kurması için önemli bir adımdır (Banaei ve ark. 2016). Doğum sonrası cinsel yaşamın incelendiği çalışmalarda kadınların yaklaşık %50,0'ı doğum sonrası ilk iki ay içinde cinsel ilişkiye başladıkları belirlenmiştir (Üstgörül ve Yanıkkerem 2018; Saotome ve ark. 2018; Selimoğlu ve Beydağ 2020). Postpartum dönemde yorgunluk, fiziksel problemler ve libidonun düşük olması nedeniyle kadınlar cinsel yaşamdan uzaklaşabilmektedir (Karaçam ve Çalışır 2012; Escasa-Dorne 2015). Bunun yanısıra

bireylerin sosyokültürel özellikleri, dini inanışları ve tabuları doğum sonrası cinsel ilişkiye başlama süresini etkileyebilmektedir (van Anders ve ark. 2013; Matthies ve ark. 2019).

Doğum sonrası dönemde lohusa kadınlar uykusuzluk, yorgunluk, konstipasyon ve meme ucu çatlağı, cinsel ilişkiye başlayamama ve doğum kontrol yöntem seçimi gibi konularda psikolojik ve fiziksel sorunlar ile başetmek zorunda kalabilirler (Barbara ve ark. 2016; Tülek 2019; Selimoğlu ve Beydağ 2020). Doğumun gerçekleşmesi ile hormonal dengenin değişmesi, doğumun şekli ve doğuma ait travmalar, emzirme, bebek ile ilgili problemler, annenin enerjisi, beden imajı, cinsel tutumları, eşler arasındaki ilişki, fiziksel, emosyonel ve sosyal değişiklikler bu dönemde kadının cinsel hayatını etkilemektedir (Orisaremi 2013; Escasa-Dorne 2015; Üstgörül ve Yanıkkerem 2018; Saotome ve ark. 2018). Cinsel ilişki sırasında ağrı, vajinal kayganlıkta azalma, orgazma ulaşma zorluğu, cinsel ilişki sonrası vajinal kanama ve cinsel istek kaybı gibi önemli cinsel sorunlar doğum sonrası dönemde en sık görülen cinsel problemler arasındadır.

Doğum sonrası dönemde yaşanan cinsel işlev bozuklukların son derece yaygın olup çiftlerin yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etkisi bulunmaktadır (Khajehei ve ark. 2015; Üstgörül ve Yanıkkerem 2018; Saotome ve ark. 2018; Jambola ve ark. 2020). Genel sağlığın önemli bir bileşeni olan cinsel sağlığın sağlık profesyonelleri tarafından değerlendirilmesi toplum sağlığı açısından büyük önem arz etmektedir. Amerikan Hemşireler Birliği (American Nurses Association- ANA), 1974 yılında kişilerin cinsel sağlığının değerlendirilmesinin ve cinsellikle ilgili kaygılarının ortaya konmasının profesyonel hemşirelik uygulamalarının tamamlayıcı bir parçası olduğunu belirtmiştir (Gültürk ve ark. 2018). Cinsel değerlendirmenin de yer aldığı holistik bir bakım; bakım kalitesinin arttırılması, klinik uygulamalarda pozitif bir fark yaratmak açısından oldukça önemlidir (Yörük ve Karaçam 2016; Aker ve ark. 2018). Bireylerin bütüncül değerlendirmelerini gerekli kılan hemşirelik bakımında cinselliğin de entegre edilmesi kaçınılmazdır (Rashidian ve ark. 2016; Komlenac ve ark. 2020).

4. GENEL BİLGİLER

4.1. CİNSELLİK VE CİNSEL SAĞLIK KAVRAMI

Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre; "Cinsellik, cinsiyet, cinsel kimlikler ve roller, cinsel yönelim, erotizm, zevk, yakınlık ve üremeyi kapsayan bir kavramdır. Cinsellik bireylerin düşünceleri, fantezileri, arzuları, inançları, tutumları, değerleri, davranışları, rolleri ve ilişkileri ile ifade edilir (World Health Organization 2020). Cinsellik kavramı tüm bu boyutları içerse de biyolojik, psikolojik, sosyal, ekonomik, politik, kültürel, yasal, tarihi, dini ve manevi faktörlerden etkilenmektedir (Sinković ve Towler 2019; World Health Organization 2020).

Cinsel sağlık ise, sadece hastalık, fonksiyon bozukluğu veya sakatlığın olmaması değil, duygusal, zihinsel ve sosyal olarak cinsellikle ilgili iyilik halidir. Cinsel sağlık; cinsellik ve cinsel ilişkilerde; zorlama, ayrımcılık olmadan, şiddet içermeyen, hem keyifli hem de güvenli cinsel deneyimlere sahip olarak, olumlu ve saygılı bir yaklaşımı gerektirir. Sağlıklı bir cinsel yaşam bireylerin cinsel haklarına saygı göstererek sağlığın korunması için gerekli tüm davranışları içerir (World Health Organization 2020).

Literatürde cinsellik insanın yalnızca cinsel açıdan aktif olup olmaması ile sınırlı olmayan oldukça geniş ve kompleks bir kavram olup (Evcili ve Gölbaşı 2017), intrauterin hayattan itibaren bir ömür boyu devam eden, insan sağlığının ve temel yaşam gereksinimlerinin vazgeçilmez bir unsurudur (Haesler ve ark. 2016; Duman 2019; United Nations Population Fund 2020). Bununla birlikte cinsellik, hem insanın denge içinde varlığını ve sosyalizasyonunu hem de türünü sürdürebilmesini sağlayan pozitif bir güçtür (Evcili ve Gölbaşı 2017).

Çok boyutlu olarak ele alınan cinsellik kavramı; psikolojik, sosyal, ekonomik, politik, kültürel, hukuki, tarihi, dini, biyolojik ve ruhsal faktörlerden etkilenebilmektedir (Esencan ve Beji 2015; Sinković ve Towler 2019, Duman 2019; Gewirtz-Meydan ve ark. 2019; Piran 2019). Bununla birlikte kişinin yaşı, cinsel deneyimi, kültürü, inançları, fiziksel ve bedensel rahatsızlıkları zihinsel ve ruh sağlığı gibi birçok faktör cinsel sağlığı etkilemektedir (Heinemann ve ark. 2016; Zeren ve Gürsoy 2018; Duman ve Vural 2019). Cinsel sağlık açısından cinsel yaşamdan memnuniyet ve cinsellikten zevk alma her birey için farklı olup, kadın ve

erkeğin yaşam dönemlerine göre değişim gösterebilmektedir (Dinçer ve Oskay 2018; Sinković ve Towler 2019). Cinsel yaşamı etkileyen kadınların yaşam dönemlerinin başında gebelik, doğum sonrası ve klimakterik dönem gelmektedir (Nazarpour ve ark. 2017; Kingsberg ve ark. 2019; Sassine ve ark. 2020). Bununla birlikte kadının cinsel eşi ile olan ilişkileri ve iletişimi cinsel yaşamı etkileyen en önemli unsurlar arasında yer almaktadır (Orr ve ark. 2019; Sinković ve Towler 2019; Plopa 2020; Dawson ve ark. 2021).

4.2. KADIN ÜREME ORGANLARININ ANATOMİSİ VE FİZYOLOJİSİ

Kadın cinsel organlarının anatomisi dış ve iç genital organlar olmak üzere iki kısımda incelenir.

4.2.1. Dış Genital Organlar: Kadın dış genital organları; mons pubis, büyük dudaklar (labium majör), klitoris, küçük dudaklar (labium minör), vestibulum, hymen, idrar yolu açıklığı (üretral açıklık), skene kanalları ve bartolin bezlerinden oluşur (Taşkın 2018; Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği 2021).

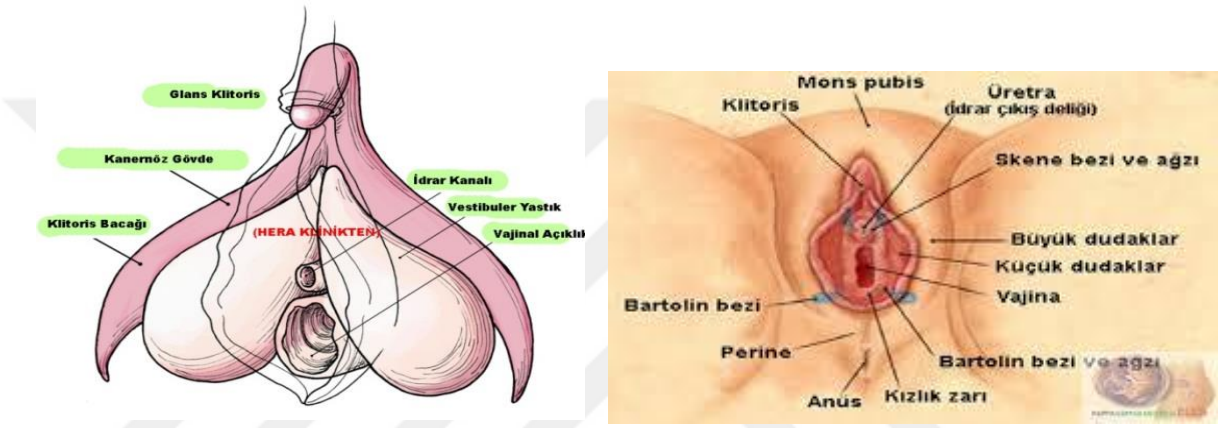
Mons Pubis (Veneris); Karın duvarının en alt kısmında, pubis kemiği üzerinde kabarık yağ dokusundan oluşan bölgedir. Deri altında gevşek bağ ve yağ dokusu bulunmaktadır. Puberte ile beraber mons pubisin üzeri kıllarla örtülür. Mons pubis cinsel uyarılmaya duyarlı bir bölgedir (Patton ve Thibodeau 2016; Taşkın 2018; Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği 2021).

Labia major (Büyük dudaklar); Vulvanın her iki yanında bulunan, mons pubisten aşağı doğru uzanan, 7-8 cm boyunda, ter ve yağ bezleri içeren, kıllarla kaplı deri kıvrımıdır. Genç kızlarda ve doğurmamışlarda labia majörler genellikle birbirleriyle temas halinde iken, doğurmuş kadınlarda birbirlerinden uzaklaşır. Labia majörlerin iç yüzeyi kılsız, nemli ve muköz membran görünümündedir (Yücel 2015; Patton ve Thibodeau 2016; Taşkın 2018).

Labia minör (İç dudaklar); Labia majörlere göre daha incedir ve üzerinde tüy bulunmaz. Küçük kan damarlarından zengin süngerimsi bir yapısı bulunmaktadır. İç yüzlerinde bartolin bezlerinin dışa açılan kanalları vardır. Labia minörler önde

birleşerek klitorisi bir başlık gibi örter. Klitorise göre daha az olmakla birlikte duyusal his yönünden zengindir (Yücel 2015; Taşkın 2018).

Klitoris; Labia minörlerin üstte birleşme yerinin (comissura labiarum anterior'un) altında, üretra dış ağzının 1-2 cm yukarısında bulunan erektil bir organdır. Dokunma, basınç ve sıcaklık duyularına oldukça duyarlı olup, kadın genital organlarının en duyarlı alanıdır. Damar ve sinir yönünden çok zengin olduğundan cinsel uyarılar sonucu sertleşir ve kalınlaşır (Taşkın 2018; Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği 2021).



Şekil 1. Kadın Üreme ve Cinsel Organlarının Yapısı

Kaynak: https://www.jinekolognet.com/g-noktasi-klitoris.asp/Erişim tarihi: 15Nisan 2021.

Klitoris; Klitoral kaput, klitoral glans ve klitoral shaft olmak üzere üç bölgeden oluşmaktadır. Dışarıdan klitorisin baş kısmı olan küçük, düğme şeklinde klitoral glans görünür. Klitoral kaput, klitoral glansı ve klitoral shaft'ı örter. Klirorial shaft ters V şeklinde, aynı penisteki gibi cinsel uyarılma sırasında içleri kanla dolarak sertleşen spongioz yapıda bir organ olup cinsel işlev rolü bulunmaktadır (Taşkın 2018). Klitoris embriyolojik olarak penis ile aynı kökene sahip olup ve orgazm sırasında penis gibi sertleşmektedir. Damar ve sinir yönünden oldukça zengin bir yapıya sahip olan klitoris yaklaşık 8000 sinir lifi bulunmaktadır. Bu lif yoğunluğu penistekinin yaklaşık iki katı olup vücudun başka hiçbir bölgesinde bu kadar yoğun sinir lifi bulunmamaktadır (Pauls 2015).

Vestibulum; İnce ve mukozal bir yapıya sahip olan vestibulum, labia minörler birbirinden uzaklaştırıldığında ortaya çıkan yarık şeklinde ve üçgen sahadır. Bu

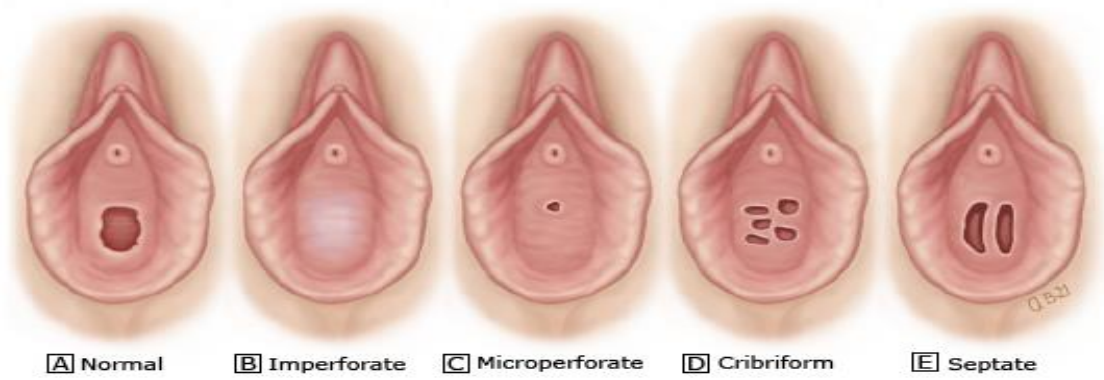
bölgeye üretra dış ağzı (meatus), vajina, bartolin ve skene bezleri açılır. Vajina ve vestibulum arasında cinsel ilişkiye hiç girmeyenlerde himen zarı, cinsel ilişki yaşayanlarda himen artıkları bulunur (Yücel 2015; Taşkın 2018).

Üretral açıklık (Meatus); Klitorisin hemen altında, üretranın vestibuluma açıldığı yerde bulunur (Şirin ve Kavlak 2015).

Skene Bezleri; Meatusun sağına ve soluna açılan, üretrayı çevreleyen paraüretral bezlerin en büyüğü olup salgıları bulunmamaktadır. Patojen mikroorganizmaların (özellikle gonokokların) yerleşip çoğalması için uygun bir ortam oluşturur (Yücel 2015; Taşkın 2018).

Bartolin Bezleri; Vajinada bulunan en büyük gland olan bartolin bezleri, vajinanın her iki tarafına açılır. Salgısı beyaz, yapışkan ve kaygandır. Cinsel uyarılarda bir mayi salgılayarak vajinanın kayganlığını sağlar. Dışa açıldığı için genellikle enfekte olur, gonorede kolay iltihaplanır. Hijyen şartlarına uyulmadığında kısa zamanda bartolin absesi gelişir (Şirin ve Kavlak 2015; Taşkın 2018).

Himen (Kızlık zarı); Vajina ile vestibulum arasında bulunan esnek bir zar olan himenin işlevi tam olarak bilinmemektedir. Tamamen kapalı bir zar olmayan himende menstruasyon kanının dışarı akmasını sağlayacak bir veya birkaç açıklık bulunmaktadır. Bu açıklıkların şekline göre himen değişik isimler almaktadır (Yücel 2015; Taşkın 2018)



Şekil 2. Himen çeşitleri

Kaynak: https://drderyasaglam.com/kizlik-zari/kizlik-zari-hymen-nedir-kizlik-zari-tamiri-veya-dikimi-nedir Erişim tarihi: 15 Nisan 2021.

4.2.2. İç Genital Organlar: Kemik pelvisin içinde yer alan iç genital organlar vajina, uterus, tuba uterinalar ve overlerden oluşmaktadır (Yücel 2015; Patton ve Thibodeau 2016; Taşkın 2018).

Vajina; Vajina, vulva ve uterus arasında yer alan, uterusa doğru 45 derece eğimli olan, kanal şeklinde bir yapıdır. Vajina duvarı ruga denilen enlemesine katmanlardan oluşmuş olup, doğum sırasında vajinanın genişlemesini sağlayıp, doğumdan sonra yassılaşır. Vajinanın üst bölümü serviksi halka şeklinde sarar ve serviksin bu bölümüne porsiyo adı verilir. Porsiyo ile vajina duvarı arasında bulunan forniksler, ön ve arka olmak üzere iki tane olup, koitus sırasında seminal mayi arka fornikste birikir (Taşkın 2018).

Doğum yapmamış kadınlarda cinsel uyarı olmadığında vajinanın uzunluğu 7-8 cm, çapı 2 cm' dir. Cinsel uyarı halinde vajinanın uzunluğu 9,5 -10,5 cm'e, çapı ise girişte 2.5, dip kısımlarda 5,5 cm'e ulaşır. Doğum yapmış kadınlarda ise cinsel uyarı olmadan vajinanın uzunluğu 8-10 cm, çapı 3-4 cm'dir. Bu ölçüler cinsel uyarı sırasında 11-12 cm'e ulaşmakta, vajinanın çapı ise girişte 3-4,5 cm, dip kısımlarda 6,5 cm olmaktadır (Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği 2020).

Vajina önde mesane ve üretra, arkada rektum ve üstte uterus ile komşudur. Vajinanın duvarları ve bu duvarları pelvise bağlayan bağları, uterus, üretra ve rektuma destek görevi görmektedir (Yücel 2015; Patton ve Thibodeau 2016; Taşkın 2018).

1950 yılında Alman jinekolog Ernst Grafenberg vajinanın ön duvarında ayrı bir erotojenik bölge olarak G noktası'nı (Grafenberg Noktası) tanımlamıştır. 1980'li yıllara kadar bu kavram ilgi görmemiş, daha sonra bilim insanları tarafından "G noktası" orgazm bölgesi olarak belirtilmiştir. G noktasının basınç veya titreşim ile uyarılması sonucu bu bölge kanla dolmakta; uyarı devam ederse bir ya da birden çok orgazmın gerçekleşmesi sağlanmaktadır (Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği 2020).

Uterus; Mesane ile rektum arasında, hareketli, kaslı yapıya sahip bir organdır. Yaklaşık uzunluğu 7,5 cm, genişliği 5 cm, kalınlığı 2,5 cm, ağırlığı 30-40 gramdır. Gebelikte ağırlığı 1000 gr'a ulaşan uterus doğumdan altı hafta sonra normal büyüklüğüne geri dönmektedir. Menapoz döneminde östrojenin azalması ile birlikte uterus atrofiye uğramaktadır. Fundus, corpus, istmus, serviks olmak üzere dört

kısımdan oluşan uterusun, en iç tabakası olan endometriyumda östrojen ve progesteronun etkisi ile menstruasyon döngüsü gerçekleşmektedir. Endometriyum tabakasının üzerinde Myometrium adı verilen müsküler tabaka yer almaktadır. En üstte ise periton ile sarılı Parametriun yer almaktadır. Cinsel uyarılmada uterin ve servikal glandlardan salgılanan sekresyonlar ile vajinal kayganlık sağlanır (Taşkın 2018; Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği 2021)

Tuba Uterinalar (Fallop Tüpleri); Uterusun her iki tarafında, yumurtayı ovaryumdan uterusa taşıyan 10-20 cm uzunluğunda oluşumlardır. Pars interstitialis, pars istmica ve pars ampullaris olarak üç kısımda incelenmektedir. Pars interstitialis, 1 cm uzunluğunda, 1 mm çapında tüpün uterus duvarı içindeki kısımdır. Pars istmica, 3-4 cm uzunluğunda tubanın uterus ile birleştiği yere yakın parçasıdır. Pars ampullaris, 8-10 cm uzunluğunda, tubanın en geniş kısmıdır. Tubaların ovaryuma en yakın parçası huni biçiminde olup, buraya infindibulum tuba uterina adı verilmektedir (Anatomy and Physiology 2020).

Ovarium=Overler (Yumurtalıklar); Uterusun her iki yanında, küçük pelvis yan duvarlarına yakın, tuba uterinaların fimbrial uçlarının hemen altında fossa overicaya yerleşmiş yapılardır. Ovaryumların histolojik kesitinde medulla ve korteks denilen iki tabakaya rastlanmaktadır. Medulla tabakası, overin iç kısmında bulunmakta, bağ dokusu, kan, lenf damarlarından ve düz kas demetlerinden oluşmaktadır. Korteks tabakası ise overin dışta olan, follikül adı verilen oluşumların yer aldığı tabakadır (Yücel 2015; Anatomy and Physiology 2020).

4.3. CİNSEL YANIT DÖNGÜSÜ

Cinsel yanıt döngüsü ilk olarak 1906 yılında Havelock Ellis tarafından iki aşamalı olarak tanımlanmıştır (Ellis 1936; Bilgin ve Kömürcü 2016; Levin 2017). İnsan cinselliği ile ilgili ilk kapsamlı araştırma ise 1938 ile 1952 yılları arasında Kinsey ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilmiştir (Kinsey ve ark. 1948; Kinsey ve ark. 2003). Bu araştırmaların ardından Masters ve Johnson 10 yıldan daha fazla bir süre cinsel yanıtın tanımını araştırmış, yüzlerce gönüllü kadın ve erkek denek üzerinde cinselliği ilk kez laboratuar ortamında incelemiş ve sonuçları ilk kez "İnsanda Cinsel Davranış" adlı kitapta 1966 yılında yayınlamıştır (Masters ve

Johnson 1966; Rowland ve Gutierrez 2017; Escoffier 2020). Bu çalışmada, insanın cinsel fizyolojisi ile ilgili bilgilerin temeli oluşturulmuş olup, deney olarak kullanılan bireylerin cinsel uyaranlara verdikleri yanıtlar direk gözlenerek ve ölçümler yapılarak cinsel tepki sürecinin tüm evreleri kaydedilmiştir (Levin 2017; Duman 2019; Busby ve ark. 2020).

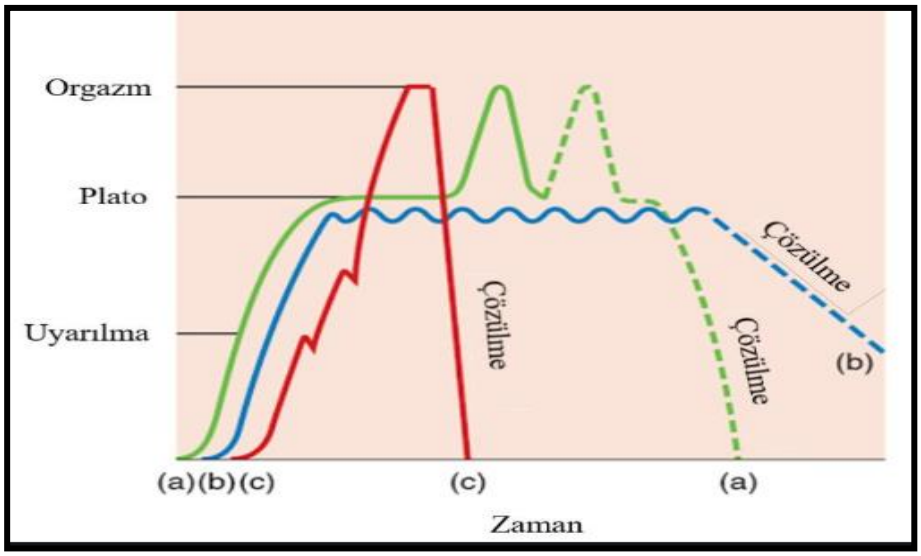
Masters ve Johnson yaptıkları gözlem ve fiziksel inceleme sonuçlarına göre cinsel yanıtı fizyolojik ve fiziksel reaksiyonlardan meydana gelen dört evre olarak tanımlamıştır (Masters ve Johnson 1966; Levin 2017). Bunlar:

1) Uyarılma evresi (Excitation)
2) Plato evresi (Plateau)
3) Orgazm evresi (Orgasm)
4) Çözülme evresi (Resolution)' dir.

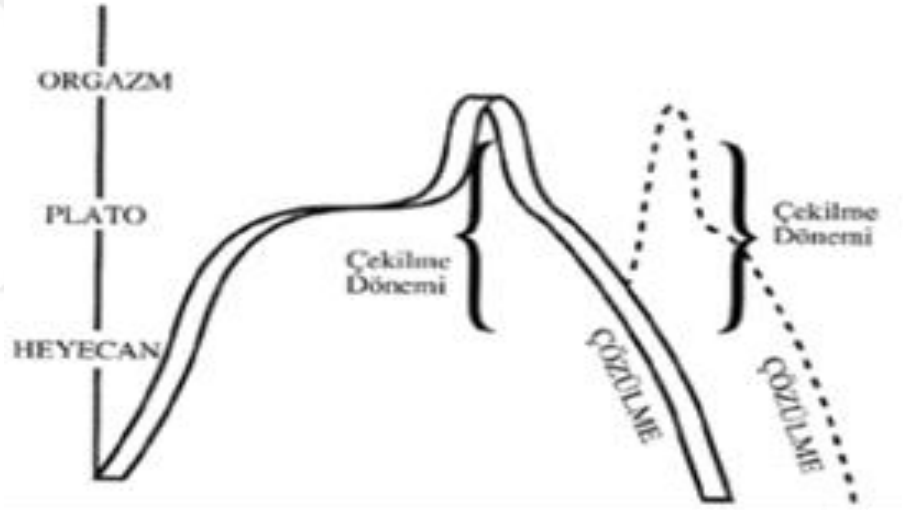
Bu sınıflama DSM–4 de yer alan cinsel fonksiyon bozukluğu tanımına temel oluşturmuştur. Ancak cinsel yanıt döngüsü 1998 yılında "Amerikan Ürolojik Hastalıklar Kuruluşu (American Foundation of Urologic Disease - AFUD)" tarafından;

1) Cinsel istek (sexual desire)
2) Uyarılma (sexual arousal)
3) Orgasm (orgazm)
4) Çözülme (resolution) olarak yeniden sınıflandırılmıştır (Basson ve ark. 2000; Levin 2017; Rowland ve Gutierrez 2017).

Cinsel yanıt döngüsü cinsiyete göre farklılık göstermektedir. Kadınlar, çözülme evresinde iken cinsel uyarı devam ederse yeniden uyarılıp ikinci orgazm ve daha fazlasını yaşayabilirler. Erkekler orgazm sonrası çözülme evresine girdikleri için yeni bir uyarana cevap vermesi ya da ard arda tekrar orgazm yaşaması mümkün değildir. Bu nedenle erkekler tek tip cinsel yanıt döngüsü yaşar iken, kadınlarda bu döngü değişken olabilmektedir (Bosson 2000; Levin 2017; Duman 2019; Leavitt ve ark. 2019).



Kadında cinsel yanıt döngüsü



Erkekte cinsel yanıt döngüsü

Şekil 3. Kadın ve erkekte cinsel yanıt döngüsü

Kaynak: Özkan, S. Cinsellik ve cinsel işlev bozuklukları, www.humanitepsikiyatri.com Erişim tarihi: 15 Nisan 2021

4.3.1. Kadında Cinsel Yanıt Döngüsü

Cinsel İstek; Cinsel ilişkiye girme arzusu ya da libido olarak tanımlanmaktadır. Cinsel dürtü, motivasyon ve arzu olmak üzere üç komponenti bulunmaktadır. Cinsel dürtü, anatomi ve nöroendokrin fizyolojisini içermektedir. Motivasyon, cinsel isteğin psikolojik yönü olup, bireylerin neşe ve üzüntü gibi duygu durumu, kişiler arası ilişkiler ve sosyal süreçlerden etkilenmektedir. Cinsel isteğin kültürel boyutu ise

arzudur. Arzu, çocuklukta edinilen ya da yaşam boyunca tekrar öğrenilen cinsel ifadeler hakkındaki kurallar, anlamlar ve değerleri içermektedir (Levin 2017; Murray 2018; Duman 2019; Leavitt ve ark. 2019).

Cinsel istek, kişinin biyolojik (premenstuasyon dönemi), psikolojik (yaşam zorlukları, sevilen bir kişiden ayrılma veya kayıp durumları) ve sosyal (ilişkilerdeki çatışmalar, ekonomik güçlükler, iş koşulları, evlilik) konumundan etkilenebilmektedir (Duman 2019; Busby ve ark. 2020). Cinsel istek, dürtü, fantezi ve motivasyonun oluşmasında merkezi sinir sistemi ve buna bağlı hormonlar ile nörotransmitterler önemli rol oynamaktadır (Pluchinoa ve ark. 2015). Hormonların ve nörotransmitterlerin cinsel işlev üzerine etkileri Şekil 4'te sunulmuştur.

Hormonlar ve nörotransmitterler	**Cinsel aktiviteye etkisi**
Dopamin	↑
Testesteron	↑
Östrojen	↑
Dehidroepiandresteron	↑
Oksitosin	↑
Melanokortin	↑
Kortizol	↓
Prolaktin	↓
Serotonin (5HT)	↓

Şekil 4. Hormonların ve nörotranmitterlerin cinsel işlev üzerine etkileri

Kaynaklar:

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

Yelboğa, Z., Korgalı, E. Psikofarmakoloji ve cinsel işlev. Androloji Bülteni, 2015; *17*(62): 189-193.

Cinsel Uyarılma; Başarılı bir cinsel aktivite için nörojenik, endokrin, vasküler ve müsküler iletimin sağlandığı hem bedensel hem de psikojenik bir uyarılmaya ihtiyaç duyulmaktadır. Kadınlarda cinsel uyarılma gerçekleştiğinde genital lubrikasyon ve klitoriste kabarma meydana gelmekte, vulva, vajina ve perine

bölgesinde cinsel duyular artmaktadır. Kadında cinsel ileti pudendal sinir ve sakral pleksus ile gerçekleşmektedir. Uyarılma evresinin devamının sağlanması orgazm evresinin gerçekleşmesi için bir koşuldur. Uyarılma evresinde lubrikasyonun yanı sıra parasempatik sinyaller sayesinde bartolin bezlerinin uyarısı sonucu vajinal kayganlığı oluşturan mukus salgılanmaktadır (Duman 2019; Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği 2021).

Orgazm; Mutluluk ve tatmin hissini oluşturarak, cinsel uyarı sonucu uterus ve anüsün kontraksiyonları ile birlikte vajinayı çevreleyen pelvik kasların istemsiz, ritmik olarak kasıldığı bilinç düzeyinin değiştiği, geçici ve yüksek seviyede yoğun bir zevk duyma halidir (Kennedy ve Pavličev 2018). Yunanca "şehvetli heyecan" anlamına gelen "orgazmus" sözcüğünden türemiştir. Cinsel yanıt döngüsünün en kısa ama en haz alınan evresidir. Kadında orgazma erişmek için ortalama 10- 20 dakika süren ve yeterli düzeyd cinsel uyarılmanın sürdürülmesi gerekmektedir. Orgazm sırasında vajina ve perine kaslarında 3-15 arası, her biri yaklaşık 0,8 saniye süren ritmik kasılmalar gerçekleşmektedir. Orgazm sonucu kan akımı, solunum sayısı, oksitosin, serum prolaktin, vazopresin ve adrenalin seviyeleri artmaktadır (Meston ve ark. 2004; Rowland ve Gutierrez 2017; Duman 2019; Leavitt ve ark. 2019).

Çözülme; Cinsel döngünün son evresidir. Orgazm sonrası uyarılma devam ederse kadınlarda ard arda orgazm yaşanabilir. Uyarılmanın sonlanması ile cinsel döngü son bulmaktadır. Bu evrede kadının genital kaslarında gevşeme ile vücudun diğer bölgelerinde cinsel siklusun diğer aşamalarda meydana gelen fizyolojik değişikliklerin kaybolması gerçekleşmektedir. Çözülme evresinin süresi orgazmın yaşanma durumuna, yoğunluğuna ve cinsel uyarının devam etme durumuna göre farklılık gösterebilmektedir (Duman 2019; Plopa 2020; Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği 2021).

4.3.2. Erkekte Cinsel Yanıt Döngüsü

Cinsel istek; Kadın cinsel yanıt döngüsünde olduğu gibi erkeklerde de ilk evredir. Bu evrede erotik duygu ve düşüncelerin oluşması sonucu penise giden kan akımı artmakta ve penisin ereksiyonu gerçekleşmektedir. Bu uyarı herhangi bir

bedensel ya da psikolojik dürtü ile ortaya çıkabilmekte ve ereksiyonun süresi cinsel uyarıya bağlı olarak değişebilmektedir (Leavitt ve ark. 2019; Busby ve ark. 2020).

Uyarılma evresi; Cinsel uyarının devam etmesi durumunda penisin ereksiyonu devam ederek, testisler büyümekte, yukarıya doğru yer değiştirmekte ve cowper bezlerinden kaygan, şeffaf renkte mukoid bir salgı salınımı gerçekleşmektedir. Bununla birlikte erkeğin vücudunda ve yüzünde hafif kızarıklıklar, kalp atımında ve solunumda hızlanma, anal ve genital kaslarında ritmik kasılmalar meydana gelmektedir. Oluşan bu fiziksel tepkiler olağan olup, erkek bu normal fiziksel tepkileri kontrol edemezse prematür ejekülasyon (erken boşalma) sorunu yaşayabilmektedir (Rowland ve Gutierrez 2017; Timmers 2019).

Orgazm; Diğer evrelerde artmış olan genital kaslarda gerginlik ve yoğunlaşma bu evrede daha da artarak dalga şeklinde kasılmalara dönüşmekte ve bu kasılmalar sonucu penisten meni çıkışı gerçekleşmektedir (Rowland ve Gutierrez 2017; Duman 2019). Fiziksel ve dugusal coşkunun yaşandığı orgazm evresi, cinsel döngüde en kısa süren ama zevkin en fazla duyulduğu dönemdir. Bu evre kontrol edilebilen bir evre olmayıp, kendiliğinden gerçekleşir ve durdurulamaz (Leavitt ve ark. 2019; Busby ve ark. 2020).

Çözülme; Orgazm sonrası erkeğin fiziksel değişikliklerinin normale dönme evresidir. Cinsel siklusta kadın ve erkek arasındaki en belirgin fark çözülme evresinde yaşanır. Erkeğin penisindeki ereksiyon hali boşalma sonrası 1-2 dakika içerisinde kaybolabilir. Bu evrede erkekte cinsel istek ve arzu yok denecek kadar azalır. Erkeklerde yeni bir cinsel döngünün başlayabilmesi için yaklaşık 20-30 dakika gibi bir süreye gereksinim bulunmaktadır (Duman 2019; Leavitt ve ark. 2019; Busby ve ark. 2020).

4.4. KADINLARDA YAŞAM DÖNEMLERİNE GÖRE YAŞANAN CİNSEL SORUNLAR

Cinsellik sevilmek ve kabul görmek, sevgisini, duygu ve düşüncelerini başkalarıyla paylaşmak, kendini değerli hissetmek gibi temel insan ihtiyaçlarıyla yakından ilişkili olan çok boyutlu bir kavramdır (Aydoğdu 2017). Bu ihtiyaçların

karşılanmadığı ya da eksik karşılandığı ergenlik (adölesan), gebelik süreci, doğum sonrası dönem, klimakterik ve yaşlılık dönemlerinde cinsellikle ilgili sorunlar yaşanabilmektedir (Akman ve ark. 2019; Harder ve ark. 2019; Sassine ve ark. 2020; Alix ve ark. 2020).

Adölesan dönem biyolojik, psikolojik ve sosyal değişimlerin yaşandığı, hormonal değişikliklerle birlikte cinsel uyarılmaların başladığı ve cinsellik konusunda yeterli bilgi ve deneyime sahip olmama nedeniyle cinsel açıdan daha fazla risk alındığı bir dönemdir (Akbulut ve Beji 2018; Alix ve ark. 2020). Adölesan dönemde yaşanan riskli cinsel davranışlar adölesanın tüm yaşam dönemlerini etkilemektedir (Centers for Disease Control Prevention 2020). Bu dönemde en önemli cinsel sorunlar korunmasız cinsel ilişki sonrası istenmeyen gebelikler ve küretajlar, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, cinsel şiddet ve istismar olarak belirtilmektedir (Tekgül ve Saltık 2015; Alix ve ark. 2020; Cornelius ve ark. 2021). Dünya Sağlık Örgütü gelişmekte olan ülkelerde her yıl 15-19 yaş arası yaklaşık 12 milyon genç kızın gebe kaldığını ve 15 yaş altı en az 777.000 genç kızın doğum yaptığını; 15-19 yaş arası ergen kızlarda her yıl meydana gelen tahmini 5,6 milyon kürtajın 3,9 milyonunun güvensiz olduğunu ve yaşanan bu durumların anne ölümlerine, hastalıklara ve kalıcı sağlık sorunlarına yol açtığını belirtmiştir (World Health Organization 2020). Amerika Birleşik Devletleri'nde her yıl yaklaşık 20 milyon yeni cinsel yolla bulaşan hastalık vakasının görülmekte ve bunların yaklaşık yarısı 15 ila 24 yaşları arasındaki ergenlerdedir (Centers for Disease Control an Prevention 2020). Adölesanlarda cinsel şiddet ve istismar oranları incelendiğinde ise; adölesanların %13-50 arasında cinsel istismara maruz kaldığı belirtilmektedir (Vaillancourt-Morel ve ark. 2019; Alix ve ark. 2020).

Gebelik süreci kadınların cinsel yaşamını etkileyebilen diğer bir dönemdir. Aile içinde önemli bir dinamiğe sahip olan çiftler gebelik döneminde fizyolojik ve psikolojik olarak yaşanan değişiklikler sonucu cinsel yaşamları olumsuz etkilenebilmektedir (Sassine ve ark. 2020; Rahmani ve ark. 2021). Özellikle birinci ve üçüncü trimesterde yorgunluk, sırt ağrısı, disparoni, idrar yolu enfeksiyonları, vajinit ve vulvar varisli damarlar nedeniyle cinsel istek azlığı olmakta, üçüncü trimesterde orgazm sırasında artan uterus kontraksiyonları cinsel ilişki sonrası rahatsızlık verebilmektedir. Gebelik haftasının ilerlemesi ile birlikte fetal başın sakroiliak eklemlere bası yapması, stres inkontinansı, hemoroid, partnerin cinsel ilişki sırasında rahim üzerindeki ağırlığı cinsel ilişki süresini ve orgazm yaşama

yeteneğini azaltabilmektedir. Gebelik döneminde artan progesteronun gevşetici etkisi ile vajinal lümenin çevresi genişlemekte, epitel hücreler artmakta, bu değişiklikler vajinal duyuda azalmaya ve anorgazmiye neden olmaktadır. Yine bu dönemde cinsel ilişkinin yasak olduğu inancı çiftlerin cinsellikten uzak kalmasına ve birbirlerinden uzaklaşmasına yol açmaktadır (Sassine ve ark. 2020). Bunun yanısıra fetüse zarar verme düşüncesi, düşük riski, cinsel ilişkinin erken doğuma neden olacağı düşüncesi, eşin gebe kadına ve fetüse zarar verme korkusu gebelik döneminde çiftlerin cinsel yaşamlarını etkilemektedir (Yanıkkerem ve ark. 2016; Saotome ve ark. 2018; Tandoğan ve ark. 2019). Çin'de 298 gebe kadın ile yapılan bir çalışmada çiftlerin %80'ninin cinsel aktivitenin fetüs üzerindeki olumsuz etkileri konusunda endişeli olduğu saptanmıştır (Fok et al. 2005). İran'da 123 çift ile yapılan bir çalışmada üçüncü trimesterde olan gebe kadınların %87,8'inin cinsel sorun yaşadığı saptanmıştır (Khalesi ve ark. 2018). Manisa'da 298 gebe kadın ile yapılan bir çalışmada kadınların %62,1'inin cinsel ilişki sırasında fetüse zarar verme korkusu ve %47,8'inin düşük yapma korkusu olduğu bulunmuştur. Bununla birlikte kadınların %4,7'si eşlerinin cinsel ilişkiden uzak durduğunu ve %0,5'inin gebelik döneminde kendini çekici bulmadığı saptanmıştır (Yanıkkerem ve ark. 2016). Literatürde gebelik döneminde görülen en sık cinsel sorunların cinsel istek azlığı, orgazm bozukluğu, cinsel haz ve memnuniyet azlığı olduğu belirtilmektedir (Saotome ve ark. 2018; Sobhgol ve ark. 2019; Jawed-Wessel ve ark. 2019; Kračun ve ark. 2019; Rahmani ve ark. 2021).

Kadınların cinsel problem yaşadığı bir diğer dönem plasentanın doğumu ile başlayan ve altı hafta devam eden doğum sonrası dönemdir. Bu dönem bazı kadınlarda doğum anında ve doğum sonrası dönemde yaşanan bazı sorunlar ve komplikasyonlar nedeniyle bir yıla kadar uzayabilmektedir (Yee ve ark. 2013; Barbara ve ark. 2016). Literatürde doğum sonrası dönemde kadınların en sık yaşadığı sorunlar halsizlik ve yorgunluk, meme sorunları (içe çökük meme ucu, süt retansiyonu, mastit, engorjman, hipogalaksi), epizyotomi ağrısı, enfeksiyon, cinsel ilişkiye yeniden başlamada yaşanan güçlükler ve doğum kontrol yöntem seçimi olarak belirtilmektedir (Barrett ve ark. 2000; McDonald ve ark. 2015; Üstgörül ve Yanıkkerem 2018; Dawson ve ark. 2021). Yaşanan bu sorunlar kadınları fiziksel, emosyonel ve sosyal olarak etkilemekle birlikte, yaşam kalitesini düşürmekte, eş ile arasındaki ilişkisinde ve cinsel hayatında sorunlara neden olabilmektedir (Escasa-Dorne 2015; Üstgörül ve Yanıkkerem 2018; Zamani ve ark. 2019). Lubrikasyonda

azalma, cinsel isteksizlik, anorgazmi ve disparoni doğum sonrası dönemde en çok görülen cinsel disfonksiyonlardandır (Saotome ve ark. 2019; Spaich 2020). Nijerya'da 340 lohusa kadın ile yapılan çalışmada doğum sonrası sekizinci haftada kadınların %67,6'sının cinsel ilişkiye başladığı ve cinsel ilişkiye başlayanların %62,6'sının vajinal kuruluk ile disparoni yaşadığı bulunmuştur (Anzaku ve Mikah 2014). Manisa'da doğum sonrası disparonin değerlendirildiği bir çalışmada kadınların %31,8'inin doğum sonrası üçüncü ay, %10,5'inin altıncı ay ve %1,8'inin dokuzuncu ay cinsel ilişki sırasında ağrı yaşadığı saptanmıştır (Üstgörül ve Yanıkkerem 2018). Bu bağlamda doğum sonrası dönemde cinsel sağlığı geliştirebilmek ve cinsel fonksiyon bozukluklarını saptayabilmek için kadınların cinsel sağlıklarının değerlendirilmeye, gerekirse ileri tetkik ve tedavi için bir üst kuruma yönlendirmeye gereksinimleri bulunmaktadır (Chun 2011; McDonald ve ark. 2017; Üstgörül ve Yanıkkerem 2018).

Kadınların klimakterik döneminde yaşadığı cinsel sorunlar incelendiğinde; öncelikle bu dönemde birçok fiziksel, hormonal ve psikolojik değişikliklerin yaşandığı, kadınların yaşlanma ile ilgili endişelerinin olduğu ve yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiği görülmektedir (Yanıkkerem ve ark. 2018; Heidari ve ark. 2019; Bıldırcın ve ark. 2020). Bu dönemde östrojen eksikliğine bağlı olarak vajen epitelinde atrofi ve vajinal sekresyonda azalma meydana gelmektedir. Hormonal değişikliğin yanısıra kadının sosyodemografik özellikleri, kültürel özellikleri, kişilik yapısı, sağlık olma durumu, menopoza ve cinselliğe ilişkin tutumu, eşin ve kendisinin cinsel sağlık sorunu öyküsü, eşle olan ilişki ve eşin menopozal dönemdeki yaklaşımı gibi faktörler kadınların cinsel fonksiyonunu etkilemektedir (Yanıkkerem ve ark. 2012; Smith ve ark. 2017; Monteolone ve ark. 2018; Li ve ark. 2021). Bununla birlikte klimakterik dönem bazı kadınlarda üreme yeteneğinin kaybedilmesi, kadınlığın ve cinsel çekiciliğinin yok olması olarak da algılanabilmektedir. Yaşanan tüm bu fiziksel ve psikolojik değişiklikler cinsel arzu/istek, uyarılma ve doyumda azalmaya, orgazm sorunlarına ve disparoniye neden olabilmektedir (Yanıkkerem ve ark. 2018; Akman ve ark. 2019; Heidari ve ark. 2019; Duman ve Vural 2019). Bu dönemde yaşanan östrojen seviyesindeki azalma vajinal kuruluğa, vasküler ve ürogenital sistem değişikliklerine, duygu-durum ve uyku bozukluklarına neden olmakta ve kadınlarda cinsel uyarılma sorunu, lubrikasyonda azalma ve orgazm sorunlarına yol açabilmektedir (Karakuş ve Yanıkkerem 2016; Nazarpour ve ark. 2017; Dinçer ve Oskay 2018; Yanıkkerem ve ark. 2018). Klimakterik dönemde

cinsel fonksiyonların değerlendirildiği çalışmalar incelendiğinde; Manisa'da kadınların %86,4'ünde (Yanıkkerem ve ark. 2018), İran'da %86,6'sında (Moghassemi ve ark. 2011) ve Malezya'da %85,2'sinde cinsel fonksiyon bozukluğu olduğu saptanmıştır (Masliza ve ark. 2014). Birleşik Krallık Over Kanseri tarama grubu tarafından cinsel olarak aktif 4,418 postmenopozal dönemde olan kadınlar ile yapılan bir çalışmada, kadınların %13,5'inin cinsel işlev bozukluğu yaşadığı, %16,0'ının cinsel istek azlığı yaşadığı belirlenmiştir. Cinsel sorun yaşayan kadınların %12,5'i menopoz semptomlarına bağlı, %9,0'ı yaşlanma algısına bağlı cinsel sorun yaşadığını ifade etmiştir (Harder ve ark. 2019). Cinsel fonksiyon bozuklukları kadınlar için fiziksel ve sosyal açıdan son derece özel ve rahatsız edici bir konu olup kişinin yaşam kalitesinin azalmasına, eş ile sorunlar yaşanmasına ve hatta boşanmalara neden olabilmektedir (Jenusiene ve ark. 2013; Nappia ve ark. 2016). Bu bağlamda özellikle klimakterik dönemde kadınların hem fiziksel hem de psikolojik sağlığı için cinsel fonksiyonlarının değerlendirilmesi oldukça önemlidir (Yanıkkerem ve ark. 2012; Haesler ve ark. 2016; Li ve ark. 2021).

Kadınların yaşlılık döneminde yaşadığı cinsel sorunlar incelendiğinde; yaşlılık dönemi genel anlamda bireyin fiziksel ve bilişsel fonksiyonlarında gerileme olduğu, sağlığın, gençliğin, üretkenliğin, sosyal yaşantının ve cinsel yaşamın azaldığı bir dönemdir (Jen 2017; Traena ve ark. 2017). Yaşlanma ile birlikte yaşanan tüm değişiklikler kadınların cinsel sağlığını da olumsuz olarak etkilemektedir. Bazı toplumlarda yaşlıların cinsel hayatının olmadığına yönelik yaygın bir inanış bulunmaktadır. Bu yanlış algı yaşlı bireylerin yeterli cinsel sağlık hizmeti almalarına engel oluşturabilmektedir (Reyhan ve ark. 2018). Yapılan bazı araştırmalar cinsel aktivite prevalansının yaşla birlikte azaldığını, bununla birlikte 70'li ve 80'li yaşlardaki insanların da cinsel olarak aktif olabildiklerini belirtmektedir (DeLamater 2012; Reyhan ve ark. 2018). Amerika'da 50 yaş ve üzeri olan 2,568 erkek ve 1,376 kadın ile yapılan bir araştırmada erkeklerin %31,0-45,0'ında ereksiyon problemi, kadınların %36,0-44,0'ında vajinal lubrikasyon problemi olduğu saptanmıştır. Bununla birlikte kadınların %23,0-34,0'ı, erkeklerin %22,0-30,0'ı bu cinsel problemin partneri ile ilişkisini olumsuz etkilediğini ifade etmiştir (Smith ve ark. 2019). Bu nedenle yaşlılık döneminde de cinsel sağlığın değerlendirilmesi ve yaşanan sorunların çözülmesi için danışmanlık ve uygun tedavi yaklaşımlarının sunulması yaşlı bireylerin psikolojik ve fizyolojik sağlığı açısından oldukça önemlidir (Ören ve ark. 2016; Grabovac ve ark. 2020).

4.5. KADINLARDA GÖRÜLEN CİNSEL İŞLEV BOZUKLUKLARI

Cinsel sağlık sorunları insanların yaşamlarında mutsuz olmalarına neden olan sağlık sorunlarının arasında yer almaktadır. Genel sağlığın ayrılmaz parçalarından birini oluşturan cinsel sağlığın bozulması bireylerin ruhsal, sosyal ve aile sağlığının bozulmasına neden olmaktadır. Kadın cinsel işlev bozuklukları vasküler, nörojenik, hormonal nedenli olabileceği gibi cinsel yanıt döngüsünün evrelerinin herhangi bir aşamasında (istek, uyarılma, lubrikasyon ve orgazm) bozulma kaynaklı da oluşabilmektedir (Duman 2019, Cinsel Sağlık Enstitüsü Derneği 2021; Chisari ve ark. 2021). Bununla birlikte psikososyal ve kültürel etkenler, gebelik, laktasyon, menopoz, yaşlılık gibi yaş dönemleri, bedensel hastalıklar, eş kaybı, performans anksiyetesi, kullanılan ilaç tedavileri, eşte cinsel işlev bozukluğu ve sadakatsizlik, kişinin kendinde ya da eşinde psikiyatrik sorunların varlığı da cinsel işlev bozukluklarına yol açabilmektedir (Namlı ve ark. 2016; Lamont ve ark. 2018; Matthies ve ark. 2019; Plopa 2020). Literatürde cinsel sorunlar dünya genelinde kadınların yaklaşık %40'ı tarafından bildirilmekte olup, yaklaşık %12'sinin (her sekiz kadından biri) kişisel veya çiftler arasında sorun oluşturan cinsel bir sorunu olduğu belirtilmektedir (Shifren 2021).

Kadın cinsel işlev bozukluğu cinsel istek, uyarılma, orgazm ve çözülme gibi cinsel işlev alanlarındaki bir ya da birden fazla bozulma ve bu bozulmaların yol açtığı belirgin düzeyde öznel sıkıntı olarak tanımlanmaktadır (American Psychiatric Association- DSM-IV 2013). Cinsel bozukluklar kişinin ilk cinsel ilişkisinden itibaren (primer nedenler) ortaya çıkabileceği gibi, cinsel yaşamında bir sorun yokken sonradan da sekonder olarak ortaya çıkabilmektedir. Amerikan Psikiyatri Birliği (American Psyhiatric Association) DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fourth Edition) "Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayısal El Kitabı"nda kadınlarda görülen cinsel işlev bozukluklarını tanımlamış ve kadın cinsel fonksiyon bozukluklarının revize edilen son hali Şekil 5'te sunulmuştur.

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

Şekil 5. Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayısal El Kitabında Kadınlarda Görülen Cinsel İşlev Bozuklukları

Kaynak: Akarsu, R. H., NK, B. Kadın cinsel fonksiyon bozuklukları sınıflandırılmasında DSM-V kapsamında yapılan değişiklikler. Androloji Bülteni, 2016; 18(65): 134-137.

4.5.1. Kadın Cinsel İlgi/ Uyarılma Bozukluğu

Temelde bir içgüdü ve dürtü olan cinsel istek yaşam zorlukları, aile içi çatışmalar, ekonomik güçlükler, yoğun iş hayatı, bebek sahibi olma veya kayıp durumları gibi önemli yaşam olaylarından büyük oranda etkilenen bir cinsellik arzusudur. Bu nedenle cinsel isteğin değerlendirilmesinde sadece biyolojik değil, psikolojik ve sosyolojik etmenlerin de göz önünde bulundurulması gerekmektedir (Esencan ve Beji 2015; Cinsel Sağlık Enstitüsü Derneği 2021). Bireylerin cinsel istek ve arzuları partneri ile ilgili düşünce ve duyguları, kültürel olarak cinsel normları, cinsel bilgi düzeyleri, önceki olumsuz cinsel deneyimleri, cinselliğe verdiği anlam ve uygun bir cinsel eşin olması gibi birçok faktörden etkilenmektedir (Durna ve ark 2020; Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği 2021). Literatürde kadın cinsel işlev bozukluk prevalansını inceleyen çalışmalar incelendiğinde en sık görülen kadın

cinsel işlev bozukluğunun %10,0-%73,5 oranlarında cinsel uyarılma ve istek bozukluğu olduğu görülmektedir (Maaita ve ark. 2018; O'Loughlin ve ark. 2018; Rosen ve ark. 2019; Shifren 2021).

4.5.2. Orgazm Bozukluğu

Kadınlarda orgazm bozukluğu en az altı ay gibi bir süre içerisinde normal bir cinsel uyarılmayı izleyerek orgazmın sürekli olarak gecikmesi ya da yokluğu ve cinsel doyum eksikliği olarak tanımlanmaktadır (Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği 2021). Orgazm bozukluğunun nedenleri arasında tutucu değer yargıları, yetersiz cinsel bilgi ve deneyim, cinsel travmalar, yetersiz ön sevişme ve cinsel uyarı, eşteki erken boşalma ya da ereksiyon güçlüğü nedeniyle yetersiz cinsel birleşme süresi gibi birçok faktör sıralanabilmektedir (Öztürk 2019). Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği'ne göre genel toplum çalışmalarında kadınlarda %5,0-20,0 arasında orgazm bozukluğu yaşandığı, cinsel işlev bozukluğu şikayetiyle başvuran kadınlarda %40,0-60,0 oranında orgazm bozukluğu olduğu tespit edilmiştir (Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği 2021).

4.5.3. Genital Pelvik Ağrı/Penetresyon Bozukluğu

Genito pelvik ağrı ve penetrasyon bozukluğu, vajinismus ve disparoniyi içeren bir çeşit kadın cinsel işlev bozukluğudur. Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı-5'te (Diagnostic and Statistical Manual Mental Disorders-DSM-5) vajinismus ve disparoni birleştirilerek genito pelvik ağrı ve birleşme bozuklukları başlığında yeniden tanımlanmıştır (Köroğlu 2013). Cinsel ağrı/penetrasyon bozukluğu cinsel ilişki öncesinde, sırasında ya da sonrasında en az altı ay süre ile devam eden, sürekli ya da tekrarlayan genital ağrının varlığı olarak tanımlanmaktadır. Kadınlarda vajinal penetrasyon sırasında vulvavajinal veya pelvik ağrı konusunda belirgin bir korku ya da anksiyete yaşama, pelvik kasların belirgin bir şekilde kasılması/gerilmesi durumu söz konusudur (Köroğlu 2013; Akarsu ve Beji 2016; Ambrogini ve ark. 2017). Yapılan araştırmalarda genito pelvik ağrı ve birleşme bozukluğunun fiziksel, psikolojik, sosyal ve kültürel gibi çeşitli nedenlerden kaynaklı olabileceği vurgulanmaktadır (Dişsiz ve ark. 2019). Özellikle cinsellikle ilgili yanlış inanışlar ve tabular, çocukluktan kalma korkular, bekâret kavramına

verilen değer ve toplumun cinselliğe bakış açısı vajinismus ve disparoniyi neden olan en önemli faktörlerdir. Geleneksel yapıya sahip ülkelerde ve ülkemizde batılı ülkelere göre disparoni ve vajinismus bozukluğunun daha yaygın olduğu bildirilmektedir (Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği 2021). Yapılan araştırmalarda kadınlarda disparoni görülme oranı Britanya'da %7,5 (Mitchell ve ark. 2017), İsrail'de 14,8 (Granot ve ark. 2018), İran'da %52,9 (Omani-Samani ve ark. 2019) ve Manisa'da %10,0 olarak belirlenmiştir (Üstgörül ve Yanıkkerem 2018). Vajinismus oranları ise Tunus'ta %40,0 (Mhiri ve ark. 2013), İran'da %19,2 (Omani-Samani ve ark. 2019) ve İstanbul'da %36,2 olarak saptanmıştır (Berkol ve ark. 2015).

4.5.4. Madde ve İlaç Kullanımına Bağlı Cinsel İşlev Bozuklukları

Madde/ilaca başlandıktan, kesildikten ve doz aşımından sonra cinsel fonksiyonlarda rahatsızlık olduğuna dair kanıtların olması, bireyin klinik olarak cinsel işlev bozukluğunu ifade etmesi durumudur (Köroğlu 2013; Duman 2019). Literatürde özellikle epilepsi ve depresyon tedavisinde kullanılan ilaçların, antipsikotiklerin erkeklerde erektil disfonksiyon ve cinsel istek azlığına; kadınlarda ise orgazm sorunları ve cinsel isteksizliğe neden olduğu belirtilmektedir (Yılmaz ve ark. 2019). Antidepresan kullanan 2163 hastada yapılan bir araştırmada katılımcıların %79,0'ında cinsel fonksiyon bozukluğu saptanmıştır (Montejo ve ark. 2019). Eskişehir'de yürütülen bir araştırmada antidepresan kullanan bireylerin %32,0'ında cinsel disfonksiyon belirlenmiştir (Ülgen ve Güleç 2016).

4.5.5. Diğer Tanımlanmış ve Tanımlanmamış Cinsel İşlev Bozuklukları

Diğer cinsel işlev bozukluk durumlarını içermeyen, bireyin kendinde cinsel fonksiyon sorununu ifade ettiği tanı kriteridir. Yapılan cinsel sağlık değerlendirmesinde sağlık profesyoneli primer nedeninin belli olmadığı, belirtileri karışık ya da atipik olarak cinsel işlev bozukluğu tanısını koyabilmektedir (Köroğlu 2013; Akarsu ve Beji 2016; Duman 2019).

4.6. DOĞUM SONRASI DÖNEMDE CİNSEL SAĞLIK

Kadınların cinsel sağlığı her yaşta yaşamın hayati ve önemli bir parçası olup birçok faktörden etkilenebilmektedir. Özellikle gebelik ve doğum süreci cinsel sağlığı değiştirebilecek biyolojik, psikolojik ve sosyal değişiklikler meydana getirebilmektedir (Zamani ve ark. 2019; Gutzeit ve ark 2020; Dawson ve ark. 2021). Literatürde gebelik dönemi ile başlayan ve doğum sonrası süreçte de devam eden cinsel işlevlerde azalmanın nedeni; beden imajındaki değişiklikler, uyku eksikliği, gerginlik ve sık idrara çıkma olarak ifade edilmektedir (Rosen ve Pukall 2016; Karimi ve ark. 2019). Bununla birlikte doğum sonrası dönem yenidoğana bakım verilmesi, ailedeki yeni rollere adapte olunması ve anne - bebek sağlığı ile ilgili problemler ile baş edilmesi gereken önemli bir dönemdir (Üstgörül ve Yanıkkerem 2018). Doğum sonrası dönemde lohusa kadınlar uykusuzluk, yorgunluk, konstipasyon ve meme ucu çatlağı, cinsel ilişkiye başlayamama ve doğum kontrol yöntem seçimi gibi konularda psikolojik ve fiziksel sorunlar ile başetmek zorunda kalabilirler (Barbara ve ark. 2016; Tülek 2019; Selimoğlu ve Beydağ 2020). Doğumun gerçekleşmesi ile hormonal dengenin değişmesi, doğumun şekli ve doğuma ait travmalar, emzirme, bebek ile ilgili problemler, annenin enerjisi, beden imajı, cinsel tutumları, eşler arasındaki ilişki, fiziksel, emosyonel ve sosyal değişiklikler bu dönemde kadının cinsel hayatını etkilemektedir (Orisaremi 2013; Escasa-Dorne 2015; Üstgörül ve Yanıkkerem 2018; Saotome ve ark. 2018).

4.6.1. Doğum Sonrası Dönemde Yaşanan Cinsel İşlev Problemleri

Doğum sonrası dönemde yaşanan cinsel işlev bozukluklarının son derece yaygın olduğu ve çiftlerin yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etkisi bulunduğu literatürde belirtilmektedir. Cinsel ilişki sırasında ağrı, vajinal kayganlıkta azalma, orgazma ulaşma zorluğu, cinsel ilişki sonrası vajinal kanama ve cinsel istek kaybı gibi önemli cinsel sorunlar doğum sonrası dönemde en sık görülen cinsel problemler arasındadır. Doğum sonrası cinsel sağlığın değerlendirilmesi amacıyla yapılan araştırmalarda; Malezya'da kadınların %51,6'sının doğumdan altı hafta sonra (Radziah ve ark. 2013), Manisa'da kadınların %47,3'ünün doğum sonrası 40. günde (Üstgörül ve Yanıkkerem 2018), İstanbul'da kadınların %69,2'sinin doğum sonu 41'nci günden sonra cinsel ilişkiye başladığı saptanmıştır (Selimoğlu ve Beydağ 2020). Bununla

birlikte Aydın'da doğum sonrası bir yıl boyunca kadınların %28,9'unun (Karaçam ve Çalışır 2012), Antalya'da kadınların %23,6'sının cinsel işlev bozukluğu yaşadığı (Yörük ve Karaçam 2016) belirlenmiş olup, doğumdan 18 ay sonra dahi kadınların cinsel zevk ve duygusal memnuniyet seviyelerinde belirgin derecede düşüş olduğu bulunmuştur (McDonald ve ark. 2017). Araştırmalar incelendiğinde kadınlarda doğum sonrası cinsel işlev bozukluk prevelansı; Brezilya'da %43,5 (n=200) (Holanda ve ark. 2014); Avusturalya'da %64,3 (n=325) (Khajehei ve ark. 2015); Etiyopya'da %22,4 (n=528) (Jambola ve ark. 2020), İstanbul'da %25,0 (n=172) (Selimoğlu ve Beydağ 2020) ve İzmir'de %91,0 (n=230) olarak belirlenmiştir (Acele ve Karaçam 2011).

4.6.2. Doğum Sonrası Cinsel İlişkiye Başlama

Doğum sonrası cinsel ilişkiye başlama için verilen süreden bahsedilen penisin vajinaya pentrasyonudur. Bunun yanısıra dokunmalar, kucaklaşmalar, öpüşmeler de cinsellik anlamına gelmekte olup, doğum sonrası hemen başlanabileceği belirtilmektedir. Cinsel birleşme ertelenmiş bile olsa doğumdan hemen sonra cinsel yakınlaşmaların başlaması çiftlerin ilişkilerine olumlu etkisi olacağı ifade edilmektedir. Bu cinsel yakınlık hissi ve çift ilişkisinin pozitif olarak etkilenmesi bebeğin gelişimine de olumlu katkı sağlayacağı belirtilmektedir (Cinsel Sağlık Enstitüsü Derneği 2021).

Doğum sonrası dönemde cinsel ilişkiye tekrar başalayabilmek için çiftlerin psikolojik olarak hazır olması ve lohusa kadının fiziksel olarak iyileştiğini hissetmesi beklenmektedir. Bunun yanısıra bireylerin sosyokültürel özellikleri, dini inanışları ve tabuları doğum sonrası cinsel ilişkiye başlama süresini etkileyebilmektedir (van Anders ve ark. 2013; Lagana ve ark. 2016; Matthies ve ark. 2019). Doğum sonu kanama, epizyotomi ya da sezaryen doğumlarda insizyon yerinde ağrı olması, bebeğin cinsiyeti, doğum kontrol yönteminin seçilmesi ve çiftlerin cinsel öykü durumları gibi nedenler doğum sonrası cinsel ilişkiye başlamayı etkileyen diğer faktörler arasındadır (Selimoğlu ve Beydağ 2020; Jambola ve ark. 2020).

Etiyopya'da yapılan bir çalışmada kadınların %44,4'ünün doğumdan altı hafta sonra cinsel ilişkiye başladığı bulunmuştur (Jambola ve ark. 2020). İsrail'de yapılan bir çalışmada, cinsel ilişkiye başlama zamanı epizyotomisiz doğum yapanlarda 4,5±1,8 hafta, epizyotomili doğum yapanlarda 7,9±3,0 hafta, acil sezaryen olan

kadınlarda 6,1±2,4 hafta ve kendi isteği ile sezaryen olan kadınlarda 6,1±2,6 hafta olarak bulunmuştur (Lurie 2013).

TNSA verilerine göre 2013 yılında doğum sonrası annelerin %84,0'ı ilk iki ay içinde cinsel ilişkide bulunmazken bu oran 2018 yılında %77,0 olarak saptanmıştır. Bununla birlikte doğumu takip eden 2-3. ayda cinsel ilişkiye girmeyen anne oranının %11,0 olduğu, bu oranın 6-7. aylarda %2,0'a düştüğü bulunmuştur (Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013; Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2018). Genel olarak çiftlerin doğum sonrası cinsel ilişkiye başlamaları beş-sekiz hafta arasında değişmektedir (Escasa- Dorne 2015; Saotome ve ark. 2018; Selimoğlu ve Beydağ 2020).

Ülkemizde cinsel ilişkiye başlama zamanının doğumdan altı hafta sonra olması önerilmekte, yapılan çalışmalar da bu görüşe genel olarak uyulduğunu göstermektedir (Üstgörül ve Yanıkkerem 2018; Tülek 2019; Selimoğlu ve Beydağ 2020).

4.6.3. Doğum Sonrası Cinsel Yanıt Döngüsünde Değişim

Doğum sonrası cinsel yaşamdaki en büyük değişimin cinsel siklusun ilk aşaması olan cinsel istekte olduğu belirtilmektedir. Kadınlarda gebelik döneminde başlayan ve doğum sonrası dönemde de devam ettiği öne sürülen cinsel isteksizliğin en önemli nedenleri emzirme, gece uykusunun bölünmesine bağlı yorgunluk ve uykusuzluk ile cinsel yaşama yeteri kadar zaman ayıramama ve kısıtlı zamanda cinsel ilişkide bulunma olduğu belirtilmektedir (Özdilek 2016; Matthies ve ark. 2019; Rahmani ve ark. 2021).

Yapılan literatür incelemesinde; doğum şeklinin, perineal travmanın, epizyotomi ve emzirmenin cinsel işlev üzerinde olumsuz etkisi olduğu bulunmuştur (Barbara ve ark. 2016; Jambola ve ark. 2020). Laktasyon sürecinde salgılanan prolaktin, cinsellikte aktif rolü olan östrojenin azalmasına yol açmakta ve bu durum kadında cinsel isteksizliğe neden olabilmektedir. Bununla birlikte östrojen düzeyinin azalması, vajinal mukozada atrofi ve lubrikasyon eksikliğine bağlı disparoni yaşanmaktadır (Barbara ve ark. 2016; Matthies ve ark. 2019). Khajehei ve arkadaşlarının 325 lohusa kadın ile Avusturalya'da yaptıkları çalışmada kadınların %81,2'sinin cinsel istek sorunu, %53,5'inin orgazm ile ilgili problemler ve %52,3'ünün cinsel uyarılma sorunu yaşadığı belirtilmektedir (Khajehei ve ark.

2015). Bununla birlikte yapılan çalışmalarda operatif vajinal doğum yapan kadınların sezaryen grubuna göre uyarılma, lubrikasyon ve orgazm puanlarının daha düşük olduğu (Lagana ve ark. 2016), vajinal doğum sırasında oluşan laserasyon, perineal travma ve uygulanan epizyotominin kadınlarda disparoni ve orgazm sorunlarına yol açtığı ifade edilmektedir (Holanda ve ark. 2014; Barbara ve ark. 2016).

4.6.4. Doğum Sonrası Cinsel Sağlığın Değerlendirilmesi

Cinsellik kavramının üreme boyutu içgüdüsel bir eylem olduğu için birçok insan tarafından iyi bilinmektedir. Bununla birlikte cinsellik ilgili konuları konuşmaktan utanılması nedeniyle cinsellik çağlar boyu önemini kaybetmeyen öğrenilmeye açık bir merak konusu olmuştur. Kültürel, psikolojik, dini, ekonomik, biyolojik ve ruhsal faktörlerden etkilenebilen cinsel sağlık bozulduğunda hem aile hem sosyal sağlığı olumsuz olarak etkilemektedir (Bozdemir ve Özcan 2011; Lagana ve ark. 2016; Üstgörül ve Yanıkkerem 2018).

Genel sağlığın önemli bir bileşeni olan cinsel sağlığın sağlık profesyonelleri tarafından değerlendirilmesi büyük önem arz etmektedir. Cinsel sağlık değerlendirilmesinde bireylere cinsellik ve üreme ile ilgili korku ve endişelerini ifade etmelerine fırsat verilmeli, herhangi bir sorun saptandı ise tedavi süreci başlatılmalıdır (Rashidian ve ark. 2016; Komlenac ve ark. 2020). Literatürde kadınların sağlık personeli tarafından yapılacak cinsel sağlık değerlendirmesine olumlu baktıkları ve cinsel sorunlarına çözüm arama eğiliminde oldukları belirtilmektedir (Bulut 2004). Kanada'da 141 kadın ile yapılan bir çalışmada doktoru ile cinsellik hakkında konuşan kadınların yaklaşık %50,0'sının konuyu ilk olarak kendileri dile getirdikleri ve %66,0'ının konuyu açarken kendilerini rahat hissettikleri saptanmıştır (Bartellas ve ark. 2000). Kalifornia'da İranlı ve Amerikan doktorlar ile yapılan bir çalışmada cinsel sağlık hizmetlerinin önündeki engeller araştırılmış; yaşanan engellerin hekimlerin cinselliği konuşmaktan utanması (%55,0), kültürel ve dini nedenler (%13,8) ve zaman ve finansal kısıtlılık (%8,5) olarak belirlenmiştir (Rashidian ve ark. 2016). Avusturya'da 143 doktor ile yapılan bir çalışmada doktorların %61,8'i nadir de olsa hastaları ile cinsel sağlıkları hakkında konuştukları bulunmuştur. Bu çalışmada konuyu hastanın açmasını beklemek, hastayı gücendirme korkusu ve doktorların konuşmaktan utanması hasta ile cinsellik

hakkında konuşmada en büyük engeller olarak saptanmıştır (Komlenac ve ark. 2020).

Doğum sonu dönemde lohusa kadına ve yenidoğana fiziksel bakım vermek, ebeveynlerin ve diğer aile üyelerinin yeni duruma fiziksel ve psikososyal yönden uyumunu sağlamak, oluşabilecek komplikasyonları önlemek, olumlu sağlık davranışlarının geliştirilmesine rehberlik ve danışmanlık etmek hemşirenin en önemli girişimlerindendir (Gültürk ve ark. 2018; Piran 2019). Doğum sonrası dönemde çiftlere bütüncül bir yaklaşım ile bakım sunarken kişilerin fiziksel, psikolojik sağlıkları ile birlikte cinsel sağlıkları da değerlendirilmelidir (American Nurses Association 2010; Şimşek ve ark. 2018; Boz ve Akgün 2019; Piran 2019).

Sağlık çalışanlarının yeterli zamanının olmaması, hastalığın tedavisine odaklanma, cinsel danışmanlıkla ilişkili bilgi yetersizliği, hemşire anemnez formunda cinsel değerlendirme ile ilgili soruların yer almaması ve cinsel yaşam ile ilgili konularda konuşmaktan çekinme cinsel sağlığın değerlendirilmesinin ihmal edilmesinde etkili olan faktörler olarak belirtilmiştir (Rashidian ve ark. 2016; Gutzeit ve ark 2020; Komlenac ve ark. 2020).

Sağlık çalışanlarına verilebilecek hizmet içi eğitim programları ile özellikle gebelik ve postpartum dönemde önemli bir kadın sağlığı sorunu olan cinsel işlev bozuklukları ile ilgili duyarlılık ve farkındalık arttırılabilir (Karaçam ve Çalışır 2012; Şimşek ve ark. 2018; Boz ve Akgün 2019). Bununla birlikte Amerikan Hemşireler Birliği (American Nurses Association- ANA), 1974 yılında kişilerin cinsel sağlığının değerlendirilmesinin ve cinsellikle ilgili kaygılarının ortaya konmasının profesyonel hemşirelik uygulamalarının tamamlayıcı bir parçası olduğunu belirtmiştir (Gültürk ve ark. 2018).

Bireylerin bütüncül değerlendirmelerini gerekli kılan hemşirelik bakımında cinselliğin de entegre edilmesi kaçınılmazdır. Cinsel değerlendirmenin dahil edildiği holistik bir bakım; bakım kalitesinin arttırılması, klinik uygulamalarda pozitif bir fark yaratmak açısından oldukça önemlidir (Yörük ve Karaçam 2016; Aker ve ark. 2018).

4.6.4.1. Cinsel Sağlığın Değerlendirilmesinde Kullanılan Soru Formları

Son yıllarda sağlık profesyonellerinin kullanması için cinsel sağlığın değerlendirilmesine yönelik birçok soru formu ve model geliştirilmiştir (Karaçam ve Çalışır 2012; Piran 2019). Cinselliğin değerlendirilmesi için dünya genelinde değişik ölçüm araçları kullanılmaktadır. Literatürde en çok kullanılan cinsel değerlendirme araçları şunlardır:

- **Kadın Cinsel İşlev Ölçeği (Female Sexual Function Index- FSFI):** Bu ölçek Rosen ve ark. tarafından kadın cinsel işlevinin değerlendirilmesi amacıyla geliştirilmiş; cinsel istek, uyarılma, lubrikasyon, orgazm, doyum ve ağrı olmak üzere altı alt boyuttan oluşmaktadır (Rosen ve ark. 2000). 19 maddeli olan bu ölçeğin her bir maddesi 0-5 arasında puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 95,0, en düşük puan 4,0'dır. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirliliği 2005 yılında Aygin ve Aslan tarafından yapılmış olup, Cronbach Alfa katsayısı 0,98 olarak bulunmuştur (Aygin ve Aslan 2005). Bu ölçeğin Cronbach Alfa katsayısı Rosen ve ark.'nın çalışmasında 0,82 olarak belirlenmiştir (Rosen ve ark. 2000).
- **Kadın Cinsel Fonksiyon Sorgulama İndeksi (Index of Female Sexual Function- IFSF):** Kadınların cinsel birleşmede rahatsızlık duyma, vajinal kuruluk, cinsel ilişkiye girme sıklığı ve isteği, cinsel doyuruculuk, orgazm olma durumlarını inceleyen bu ölçek Kaplan ve arkadaşları tarafından 1999 yılında geliştirilmiştir (Kaplan ve ark. 1999). Yılmaz ve Eryılmaz tarafından (2004) Türk toplumuna uyarlanan bu ölçeğin Cronbach Alfa katsayısı 0,82 olarak bulunmuştur. Ölçek maddelerine 1 ve 5 arasında değer verilmekte olup, alınabilecek en yüksek puan 49'dur. IFSF toplam puanın ≤30 olduğu durumda cinsel işlev bozukluğunun olduğu kabul edilmektedir (Yılmaz ve Eryılmaz 2004).
- **Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği (The Golombok- Rust Inventory of Sexual Satisfaction- GRISS):** Cinsel ilişkinin niteliğini ve cinsel işlev bozukluklarını değerlendirmeyi amaçlayan bu ölçek Rust ve Golombok tarafından (1986) geliştirilmiş (Rust ve Golombok 1986) ve Tuğrul ve arkadaşları (1993) tarafından Türkçe geçerlilik güvenirliği yapılmıştır (Tuğrul ve ark. 1993). Ölçek 28 erkek, 28 kadın olmak üzere toplam 56 maddelik sorudan oluşmaktadır. Ölçekte kadın ve erkek formlarında beşi ortak (anorgazmi, vajinismus, ilişkiden kaçınma, duygusallıktan uzak olma, doyumsuzluk), iki alt boyutu ise ayrı olarak

(cinsel ilişki sıklığı, iletişimsizlik) 12 alt boyutta cinsel fonksiyonu değerlendirmektedir. Beşli likert tipi olan bu ölçeğin puanlaması "hiçbir zaman 0 puan", "nadiren 1 puan", "bazen 2 puan", "çoğunlukla 3 puan", "her zaman 4 puan" olarak yapılmaktadır. Ölçekten alınan yüksek puanlar cinsel işlevde ve ilişkinin niteliğinde bozulmaya işaret etmektedir. Ölçeğin Cronbach alpha katsayısı Rust ve Golombok tarafından 0,87 (Rust ve Golombok 1986), Tuğrul ve arkadaşları tarafından 0,91 olarak bulunmuştur (Tuğrul ve ark. 1993).

- **Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (The Arizona Sexual Experience Scale-ASEX):** McGahuey ve ark. (2000) tarafından geliştirilmiş (McGahuey ve ark. 2000), Soykan tarafından 2004 yılında Türkçe geçerlilik güvenirliği yapılmıştır. Soykan ve ark.'nın çalışmasında ölçeğin Cronbach alpha değeri 0,90 olarak bulunmuştur. Bu ölçek beş alan (cinsel biliş ve fantezi, cinsel uyarılma, cinsel davranış ve deneyimler, orgazm fonksiyonu, cinsel istek ve ilişki) ve 25 maddeden oluşmaktadır. Her sorunun 1'den 6'ya kadar değişen puanlamasıyla ölçekten alınabilecek puan aralığı 5 ile 30 arasındadır. Ölçekten alınan düşük skorlar cinsel yanıtın güçlü, kolay ve tatmin edici olduğunu gösterirken, yüksek skorlar cinsel işlev bozukluğunun varlığını göstermektedir (Soykan 2004).
- **Kısaltılmış Kadın Seksüel Fonksiyon İndeksi Formu (Brief Index of Sexual Function for Women- BISFW):** Taylor ve arkadaşları tarafından 1994 yılında geliştirilmiştir. Ölçek kadının cinsel fonksiyonunu ve memnuniyetini yedi boyutta değerlendiren (cinsel istek/düşünce, uyarılma, cinsel ilişki sıklığı, ilişkiyi kabul/başlatma, doyum/orgazm, ilişki memnuniyeti/ partnerle uyum ve cinsel fonksiyonu etkileyen cinsel problemler) 22 maddelik çok yönlü bir soru formundan oluşmaktadır (Taylor ve ark. 1994).
- **Cinsel Fonksiyon Anketi (Sexual Function Questionnaire-SFQ):** Quirk ve arkadaşları tarafından (2002) geliştirilmiştir. İstek, fiziksel uyarılma, lubrikasyon, zevk alma, orgazm, ağrı, partner doyumunu içeren yedi alan ve 31 maddeden oluşmaktadır. Klinik çalışmalarda kadın cinsel fonksiyonunu değerlendirmek için kullanılmaktadır (Quirk ve ark. 2002).
- **Kadın Cinsel Distres Ölçeği (Female Sexual Distress Scale-FSDS):** Derogatis ve arkadaşları tarafından 2002 yılında geliştirilen bu ölçek cinsel fonksiyon ile birlikte subjektif stres ve psikolojik etkilenmeyi, kadınların cinsel fonksiyon bozukluğunu belirlemede kullanılmaktadır (Derogatis ve ark. 2002).

- **Kişisel Deneyimler Kısa Form Anketi (Short form of the Personal Experience Questionnaire-SPEQ):** 2001 yılında Dennerstein ve arkadaşları tarafından geliştirilen bu form libido, uyarılma, kadının partnerinin cinsel problemleri ve disparoni durumunu inceleyen dört alan ve dokuz maddeden oluşmaktadır (Dennerstein ve ark. 2001).
- **Kadın Cinsel Fonksiyonunun Profili (Profile of Female Sexual Function-PFSF):** McHorney ve arkadaşları tarafından 2004 yılında geliştirilmiştir. Bu ölçek 7 alan (cinsel istek, uyarılma, orgazm, cinsel zevk, cinsel endişeler, cinsel isteklilik, cinsel beden imajı) ve 37 maddeden oluşmaktadır (McHorney ve ark. 2004).
- **Cinsel Fonksiyonda Değişiklikler Anketi (Changes in Sexual Functioning Questionnaire-CSFQ):** Clayton ve arkadaşları tarafından (1997) geliştirilen bu anket istek (sıklık), istek (ilgi), zevk, uyarılma gibi beş alan ve 35 maddeden oluşmaktadır. Hastalık ve ilaçların cinsel fonksiyon etkisini ölçmek için geliştirilmiştir (Clayton ve ark. 1997).
- **Yeni Cinsel Doyum Ölçeği (The New Sexual Satisfaction Scale-YCDÖ):** Stulhofer ve arkadaşları tarafından geçerlik ve güvenirliliği yapılmış bir ölçek olup Cronbach alfa katsayısı 0,94 olarak bulunmuştur (Štulhofera ve ark. 2010). Türkçe geçerlilik ve güvenirliliği 2016 yılında Tuğut tarafından yapılmıştır. Ölçeğin orjinalinin geçerlik ve güvenirlik çalışması 18-55 yaş grubundaki gönüllülere uygulanmıştır. Klinik ve saha araştırmalarında cinsel doyumu ölçmek amacıyla geliştirilen ölçek beşli likert tipinde olup (1-5) Cronbach alfa katsayısı 0,95 olarak bulunmuştur. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 20, en yüksek puan 100'dür. Ölçeğin ben merkezli alt boyutu ile eş-partner/cinsel aktivite merkezli alt boyutu bulunmaktadır. Ben-merkezli alt boyut, kişisel deneyimler ve duygular tarafından oluşan cinsel doyumu belirlemektedir. Eş-partner/cinsel aktivite merkezli alt boyutu ise bir kişinin eşinin/partnerinin cinsel davranış ve tepkilerinden, ayrıca cinsel faaliyetlerin çeşitlilik ve/veya sıklığından aldığı cinsel doyumu ölçmektedir. Ölçekten alınan puanın yüksek olması cinsel doyumun iyi olduğunu göstermektedir (Tuğut 2016).

4.6.4.2. Doğum Sonrası Dönemde Cinsel Sağlığın Değerlendirilmesinde Kullanılan Modeller

Doğum sonrası dönemde çiftlere yapılacak iyi bir danışmanlık hizmeti ile yaşanacak fiziksel ve psikolojik problemlerin önüne geçilebilir (Wallwiener ve ark. 2017; Duman ve Vural 2019). Bu nedenle bütüncül hemşirelik yaklaşımı çerçevesinde birey/çiftlerin cinsel sorunlarını rahatlıkla ifade edebilmelerini sağlayacak uygun ortamların oluşturulması, cinsel fonksiyonlarının değerlendirilmesi, hasta bakım planında ele alınması ve hasta eğitimlerinde cinsel sağlığın korunmasına yönelik eğitimlere daha geniş yer verilmesi önerilmektedir. Bu kapsamda hemşirelerin doğum sonrası cinsel yaşam konusunda bilgilerinin geliştirilmesi bireylerle iletişim sürecinde daha rahat olabilmelerini ve bu rahatlığı uygulamalara yansıtabilmelerini sağlayacaktır (Kohler ve ark. 2019; Ozan ve ark. 2019).

Hemşirelerin hastaların cinselliğini etkin bir şekilde değerlendirebilmesi ve onlara bu konuda en uygun bakımı verebilmesi için bakım verirken kuram ve model kullanımı önerilmektedir (Şimşek ve ark. 2018; Başçı ve Karataş 2019; Kohler ve ark. 2019; Boz ve Akgün 2019). Bilindiği gibi gözlem ve önermelerin bilimsel yöntem ile test edilip doğrulanmasına kuram, kavramlar arasında kurulan mantıksal ilişkilerin şematik olarak gösterilmesine model denilmektedir (Özsoy ve Çetinkaya 2019; Murphy 2019). Araştırma sürecinin aşamaları ve hemşirelik bilgisi arasındaki ilişkinin sentezinde modeller ve kuramlar önemli rol oynamaktadır (Şimşek ve Çilingir 2018; San Martín-Rodríguez ve ark. 2020). Bunun yanısıra kuram ve model kullanımı, hemşirelik girişimlerin geliştirilmesi ve test edilmesine rehberlik ederek bulguların ve çalışma sonuçlarının bilimsel bir çerçeve içinde açıklanmasını sağlamaktadır (Murphy 2019; San Martín-Rodríguez ve ark. 2020).

Cinsel sağlığın değerlendirilmesinde; KAPLAN modeli, ALLOW ve ALARM cinsel yanıt modeli, BETTER modeli, PLEASURE modeli, SCHOVER modeli, PLISSIT modeli, EX-PLISSIT modeli ve IMB gibi birçok model bulunmaktadır (Murphy 2019; Duman 2019; Ölçer ve Oskay 2020; San Martín-Rodríguez ve ark. 2020).

KAPLAN Modeli; cinsel problemleri değerlendirmede kullanılmaktadır (Kaplan 1979). H. Singer Kaplan, cinsel terapilerin en önemli kurucularından biridir.

Cinsel yanıt evrelerini klinik açıdan yeniden sınıflandırıp bunlara cinsel isteği de ekleyerek Masters ve Johnson'ın çalışmalarına çok ciddi katkılar sağlamıştır.

Bu modelde özellikle cinsel öykü almaya yer verilmiş olup, aşağıda belirtilen faktörler değerlendirilmektedir.

- ✓ Bireyin esas yakınması-temel cinsel kaygısı
- ✓ Cinsel fonksiyon durumu
- ✓ Genel sağlık durumu, şimdiki genel sağlık durumu, geçmişteki genel sağlık öyküsü
- ✓ Şu andaki kullandığı ilaçlar (örn: antihipertansifler, antipsikotikler)
- ✓ Aile ve psikososyal öykü
- ✓ Kültürel ve dini inançları, aile tutumları
- ✓ Geçmişteki cinsel deneyimleri, ilişkileri
- ✓ Heteroseksüel, homoseksüel, bekar, evli, ayrılmış, dul, tekrar evlenmiş olma durumu

Cinsel öykü alındıktan sonra tedaviye gerek yoksa tekrar görüşme yapılarak özel önerilerde bulunulur. Eğer tedavi gerekiyorsa bireyler uygun merkezlere sevk edilir (Nowosielski ve ark. 2016; Duman 2019; Fernández-Carrasco ve ark. 2020).

ALLOW modeli; hastanın cinsellikle ilgili kaygılarının değerlendirmesinde, cinsel öykünün alınmasında ve tedavi sürecinin planlanmasında kullanılması için geliştirilmiştir. Ask (Soru sorma), Legitimize (Onaylama), Limitations (Sınırların belirlenmesi), Open up (Açmak) ve Work together (Birlikte çalışma) gibi bileşenleri bulunmaktadır (Tuğut 2016; Ölçer ve Oskay 2020).

ALARM Cinsel Yanıt Modeli; kanserden etkilenen insanların cinsellikle ilgili konulardaki iletişimini, cinsel aktivitelerinin değerlendirilmesini ve kısa sürede cinsel işlev sorununu saptamada kullanmak için Anderson tarafından geliştirilmiştir (Anderson 1990). Bireylerin cinsel faaliyetleri ile ilgili iletişim ve değerlendirme için faydalı bir modeldir. ALARM, bireylerin tıbbi geçmişi ile birlikte cinsel aktivitenin her aşamasını sorgulamakta ve problemin cinsel yanıtın hangi aşamasında meydana geldiğini belirlemede kullanılmaktadır (Tuğut 2016; Ölçer ve Oskay 2020).

ALARM Cinsel Yanıt Modelinin Bileşenleri:

Cinsel aktivite (Activity); Ne kadar sıklıkta cinsel ilişkiye giriyorsunuz?" sorusu ile cinsel ilişkinin sıklığının sorgulanmasını içermektedir (Tuğut 2016; Coşkun ve Özerdoğan 2018).

Libido/Cinsel İstek (Libido/Desire); "Cinsel ilişkiye girme isteğinizde değişiklik oldu mu?" sorusu ile cinsel ilişkiye girme isteği ve ilgi değerlendirilmektedir (Tuğut 2016; Duman 2019).

Uyarılma/Orgazm (Arousal/Orgazm); "Ereksiyonu yaşamada veya lubrikasyonda değişiklik oldu mu?", "Cinsel ilişki sırasında orgazm yaşıyor musunuz?" gibi sorularla uyarılma ve orgazm yeteneği değerlendirilmektedir (Tuğut 2016; Başçı ve Karataş 2019).

Çözülme (Resolution); "Cinsel birleşme sonrasında rahatlama yaşıyor musunuz?" sorusu ile cinsel rahatlama/çözülme değerlendirilmektedir (Tuğut 2016; Duman 2019).

Tıbbi Öykü (Medical History); "Cinsel ilişkinizde sorunlarınız var mı, kısaca anlatır mısınız?" sorusu ile cinsellikle ilişkili tıbbi öykü ele alınmaktadır (Tuğut 2016; Duman 2019).

ALARM modeli öncelikle cinselliğin davranışsal ve fiziksel yönlerine odaklandığından yakınlık, cinsel kaygı, duygusal bağlanma ve benlik algısı gibi diğer önemli alanlar gözden kaçabilmektedir (Oskay ve Başgöl 2015; Duman 2019).

BETTER modeli; Bu model hemşirelere, bütüncül bakım sağlamak için cinsel değerlendirmede kullanılabilecek iyi bir model olup Mick ve arkadaşları tarafından 2003 yılında geliştilmiştir (Mick ve ark. 2003). Literatürde, ruh sağlığı hemşirelerinin meşru bir odağı olarak cinselliğin geniş bir biçimde kabul edilmesine rağmen, cinsel konularda tartışırken cinsellik hakkında bilgi eksikliği, tutucu yaklaşım ve kaygıların geniş olduğunu ortaya koymaktadır (Tuğut 2016; Ölçer ve Oskay 2020). Oysa cinselliğe ilişkin bilgileri klinik uygulamaya entegre etmek hastaların yaşam kalitesini artırmaktadır (Duman 2019; Ölçer ve Oskay 2020). Bu modelin bileşenleri şu şekildedir:

Konuyu gündeme getirmek (Bringing up the topic); Bireylerin cinsel sorunlarını gündeme getirmesini sağlamak için örneğin; "Histerektomi olan kadınların taburculuk sonrası cinsel yaşamları hakkında endişeleri olabilmekte. Eğer sizin de bu konuda endişeleriniz varsa çekinmeden sorabilirsiniz" gibi sorular sorulmaktadır (Tuğut 2016; Karimi ve ark. 2021).

Cinselliğin hayatın önemli bir parçası olduğu açıklamak (Explaining that sex is a vital part of life); Hastaya cinselliğin yaşam kalitesinin bir parçası olduğu açıklanarak, bireylerin daha az sıkılması ve kendisini yalnız hissetmesi engellenmektedir (Tuğut 2016; Pulverman ve Meston 2020). Örneğin; "Cinsellik şu

anda aklınızdan geçen son şey gibi görünebilir. Ancak, önümüzdeki birkaç ay içinde iyileştiğinizde, muhtemelen bu konuyla yeniden ilgilenmeye başladığını göreceksiniz" (Tuğut 2016; Karimi ve ark. 2021).

Hastalara kaygıları ile ilgili yeni kaynaklar bulacağını söyleme (Telling patients that resources will be found to address their concerns); Var olan soruna acil bir çözüm bulunmamış olsa bile, sorunu çözebilecek başka bir uzmana yönlendirme aşamasıdır. Örneğin; "Bayan S. Cinsel ilişki sırasında niçin ağrı yaşadığınızdan emin değilim. Bu sorununuz için başvurabileceğiniz bir uzmanımız var, birçok hastamıza bu konuda yardım etti. Tercih ederseniz size de en uygun olan erken dönemde randevu ayarlayabiliriz" (Tuğut 2016; Karakaş ve Aslan 2019).

Görüşmenin zamanlanması (Timing of intervention con be adjusted according to the patient's need); Cinsel konuları konuşmaya hazır olmayan bireyler sonrasında bilgi talep edebilir. Bu nedenle bireylere kendilerini hazır hissetikleri uygun zamanda görüşme yapılabileceği ifade edilmelidir. Görüşmeler telefonla veya internet üzerinden online da yapılabilir. Örneğin; "Bu dönem cinsel yaşamda fark ettiğiniz değişiklikler hakkında konuşmak için iyi bir zaman olmayabilir. Ancak ne zaman isterseniz bu konuya tekrar dönebiliriz. Cinsellik ve cinsel sorunlara yönelik kitap ve videolarımız bulunmakta. Burada ilgili merkezin telefon numarası ve adresi var" (Tuğut 2016; Karimi ve ark. 2021).

Tedavinin yan etkileri konusunda eğitim (Education regarding sexual side effects of treatment); Bu aşama hastalara uygulanacak yada uygulanan tedavinin cinsel yaşam üzerine olumsuz ya da olumlu, geçici ya da kalıcı etkileri konusunda eğitimi içerir. Örneğin; "Birçok kadın, ameliyattan sonra eşleri ile birlikte olmaktan korktuklarını söyler. Siz böyle bir durum yaşadınız mı?" (Tuğut 2016; Karakaş ve Aslan 2019).

Kaydetme (Recording); Bireylerin dosyasında cinsel yaşam hakkındaki görüşmelerin kısa bir özetinin bulundurulmasıdır. Örneğin; "Planlanan histerektominin beden imgesi ve cinsel yaşam üzerine etkileri tartışıldı" gibi notlar koyulabilir (Tuğut 2016; Karakaş ve Aslan 2019; Karimi ve ark. 2021).

PLEASURE modeli; Schain tarafından (1988) geliştirilen bu modelde cinsel tutum, duygu ve enerji seviyesinin değerlendirilmesi amaçlanmaktadır. Bu model, bireyin gerçek ve potansiyel cinsel işlev bozukluklarını ve üreme ile ilgili konulardaki sorunlarını inceleyip, belirlenen sorunlara müdahale etmeyi içermektedir (Tuğut 2016; Duman 2019).

SCHOVER modeli; Bireylerin geçmiş cinsel uygulamalarını, cinsel fonksiyonlarını ve cinsel ilişkileri değerlendiren bu model Schover tarafından 1998 yılında geliştirilmiştir Cinsellik konusundaki bilgiyi ve cinsel isteği incelemektedir (Sütsünbüloğlu ve Vural 2018; Ölçer ve Oskay 2020).

IMB Modeli (Information - Motivation - Behavioural Skills Model); Fisher ve arkadaşları tarafından 1992 yılında geliştirilmiş olan bu model bilgi, motivasyon ve davranış becerileri bileşenlerinden oluşmaktadır (Fisher ve ark. 1992). Bu model özellikle etkili cinsel sağlık ve üreme sağlığı eğitim programları oluşturmak için kullanılmaktadır. Bireylerin cinsel sağlığını geliştirme, cinsel sağlıkla ilgili sorunlarını önleme ve riskleri azaltmada IMB modelinin kullanımı önerilmektedir (Hualthanom ve Thongnopakun 2020; Ouyaba ve Öztürk 2021).

IMB Modelinin Bileşenleri

I. Bilgi (Information): Cinsellik hakkında ihtiyaca yönelik bilgi verme aşamasıdır. Cinsel sağlık eğitim programlarının etkin olabilmesi için, eğitim içeriğinin bireylerin cinsel sağlıklarına olumlu etki yapacak, cinsel sorunlarını önleyecek ve davranışa kolayca dönüştürebilecek bilgiyi sağlaması gerekir (Fisher 2012; Ranahan ve ark. 2020).

II. Motivasyon (Motivation): Cinsel sağlık eğitim programlarının amaçlarına ulaşabilmesi için davranış değişikliğine yol açacak gerekli motivasyon faktörleri göz önünde bulundurulmalıdır. Bireyler, aldıkları bilgiyi istenen sağlık davranışlarına dönüştürmek için uygun şekilde hareket etmeye motive olmalıdırlar. Bilgilendirme ve yeterli motivasyon, davranış becerilerinin geliştirilmesini desteklemekte ve bireyin gerekli davranış becerilerini geliştirme olasılığını arttırmaktadır (Hualthanom ve Thongnopakun 2020; Ouyaba ve Öztürk 2021).

III. Davranış Becerileri (Behavioural Skills Model): Bireyler cinsel sağlığı olumlu etkileyen davranışları benimseme ve bu davranışları günlük yaşamında uygulayabilme becerilerine sahip olmalıdır. Davranışın ortaya çıkması için bilgi, tutum, motivasyon ve davranış becerilerinin bir arada olması gerekmektedir. Davranış becerileri, davranışı gerçekleştirmek için objektif beceriler ve öz etkililikten oluşmaktadır (Hualthanom ve Thongnopakun 2020; Ouyaba ve Öztürk 2021).

IMB modelinde amaç, sağlık davranışlarının olumlu yönde değişimi için detaylı bilgilendirmeyi içermelidir. Bununla birlikte bu değişim sağlanırken kültürelfaktörler

de göz önünde bulundurulmalıdır (Hualthanom ve Thongnopakun 2020; Ouyaba ve Öztürk 2021).

TRANSTEORETİK Model (Değişim Aşamaları Modeli); Psikolog James O. Prochaska ve Carlo Diclemente tarafından 1982 yılında geliştirilmiştir. Bu model, problem davranışı değiştirmek için bilişsel ve davranışsal tekniklerin kullanıldığı değişim aşamalarına odaklı bir modeldir. Model aynı zamanda bireyin yeni bir sağlık davranışı üzerinde hazır oluşluğunu değerlendirir ve sağlık davranışı gerçekleştirme ve devam ettirmeye rehberlik etmektedir (Prochaska ve ark. 1982; Şahin ve ark. 2020).

Transteoretik Model üç aşamadan oluşmaktadır:

1. Değişim aşamaları (zamanla ilgili boyut)
2. Değişim süreci (bağımsız değişken boyutu)
3. Değişim düzeyleri (öz-etkililik/teşvik eden faktörler/ karar alma ölçekleri)

1. Değişim aşamaları (zaman ile ilgili geçici boyut); Bireyin davranış değiştirmeye olan ilgisini ve motivasyonunu yansıtmaktadır (Erdem ve Saime 2020; Fidancı ve ark. 2020).

2. Değişim süreci (bağimsiz değişken boyutu); Değişim aşamaları bireylerin niyet, tutum ve davranış değişikliklerinin zamanını açıklamaktadır. Değişim süreci ise bireyin hangi deneyimleri kullanarak problemli davranışlarını değiştirdiklerini anlamaya yardım etmektedir (Hammond 2017; Gür ve ark. 2019).

3. Değişim düzeyleri; Transteoretik model yapısında yer alan ölçekler bilişsel, duygusal ve davranışsal değişimlerin hassas sonuçlarını ölçmektedir.

Bu model, özellikleri ile farklı davranış değişimi aşamasında olan bireyleri tanımlamak, bireye özel hemşirelik girişimleri planlamak, uygulanan girişimlerin etkisini değerlendirmek ve yeni girişimler planlamak için bir çerçeve olarak kullanılabilir (Hammond 2017; Gür ve ark. 2019; Erdem ve Saime 2020).

4.6.4.3. PLISSIT ve EX-PLISSIT Modeli

Davranışçı psikolog Jack Annon tarafından 1976 yılında oluşturulan PLISSIT modeli, yararlı bir cinsel danışma ve tedavi metodu olarak kabul edilmektedir. Cinsel sağlığın değerlendirilmesinde ve cinsel konuların tartışılmasında sağlık profesyonellerine destek olduğu düşünülen PLISSIT modelinin dört terapötik aşaması bulunmaktadır (Annon, 1976; Kazemi ve ark. 2020).

I. İzin vermek (Permission); Bireylerin cinsel sağlıkla ilgili ihtiyaçlarını belirlemede ilk adım olarak yer almaktadır. Bu aşamada hemşire cinsel sağlığın değerlendirilmesinde hastaya izin vermede sınırları belirlemeli, bireylere cinsel sağlık konusunda anlatacakları konulara karar vermeli ve bireyleri sorunlarını konuşması için cesaretlendirmelidir (Abed ve ark. 2019). Bu aşamada bireylere yöneltilen sorular açık uçlu olmalı ve dikkatlice seçilmelidir (Almeida ve ark. 2019; Kazemi ve ark. 2020).

Örneğin;

- Hastalığınızın cinsel yaşamınızı nasıl etkilediğini düşünüyorsunuz?
- Bu hastalık bazı bireylerde cinsel istek kaybı veya tatmin sorunları oluşturabiliyor, sizin de böyle sorunlarınız oluyor mu? Bu konuda konuşmamızı ister misiniz?
- Gebelik döneminde cinsel ilişkiniz nasıl etkilendi? Bu konuda konuşmak ister misiniz?
- İlacınızı kullanmaya başladıktan sonra cinsel yaşamınızda herhangi bir değişiklik oldu mu?
- Doğum sonrası süreçte cinsel hayatınızda nasıl değişiklikler oldu?
- Cinsel hayat sizin için ne ifade ediyor?
- Cinsel yaşamınız ile ilgili endişe duyduğunuz konular nelerdir?
- Hastalığınızdan sonra siz ve eşiniz cinsel ilişki sırasında nasıl hissediyorsunuz?
- Hastalığınız eşinizle olan ilişkinizi nasıl etkiledi? Bu konuda konuşmak ister misiniz?
- Doğum sonrası kadınlar cinsel hayatla ilgili endişe duyabilirler. Sizin bu konuda ifade etmek istediğiniz ya da sormak istediğiniz bir şey var mı? (Shahbazi ve ark. 2019; Abed ve ark. 2020).

Hastaların sağlık ekibi içerisinde en çok iletişimde bulunduğu kişi hemşirelerdir. Teröpatik görüşmenin bu basamağında hemşireler hastalarla güvenli ve önyargısız bir ilişki kurmalı, hastanın ve eşinin cinselliğe yönelik düşünce/endişelerini ifade etmelerine izin vermeli, sağlıklı cinsel ilişkinin önemini belirtmeli ve benzer durumda olan başka bireylerin olduğunu farketmelerini sağlamalıdır. İzin verme basamağı bireyin endişelerini çözmede yeterli olmaz ise görüşmenin ikinci basamağına geçilmelidir (Shahbazi ve ark. 2019; Kazemi ve ark. 2020).

II. Sınırlı Bilgi (LI-limited information); Görüşmenin bu basamağı hasta ve eşine hastalığın cinsel işlev üzerine etkisi (beden imajı, rol ve ilişkiler, sosyal ilişkiler ve

cinsel yaşam), uygulanan tedavinin cinsel fonksiyonları nasıl etkileyebileceği konusunda bilgi vermeyi içermektedir. Örneğin; hastaya uygulanan farmakolojik tedavinin cinsel istekte azalma yapabileceği ya da erektil disfonsiyona neden olabileceği hakkında bilgi verilip endişelerinin giderilmesi (Uslu ve ark. 2016; Kazemi ve ark. 2020). Bununla birlikte hastanın cinsel sağlık hakkındaki bilgisinin ortaya çıkarılması, cinsel mitlerinin belirlenip bu konuda bilgi verilmesi de bu aşamada gerçekleştirilmektedir. Bu amaçla, hastalara konu ile ilgili broşür, kitapçıklar ve özel internet sitelerinin adresleri verilebilir (Abdelhakm ve ark. 2018). Bu aşamada en önemli yaklaşım her bireyin kendine özgü değerlendirilip, sadece yaşadığı sorunların ele alınması ve kişilere fazla bilgi vermekten kaçınılmasıdır. Sınırlı bilgi vermek hastanın endişelerini azalmaz ise uygun mekan, bilgi, beceri ve tecrübe ile modelin üçüncü aşamasına geçilmelidir (Yörük ve Karaçam 2016; Malakouti ve ark. 2020).

III. Özel Öneriler (SS-spesific suggestion); Özel öneriler bireysel gereksinimlere göre farklılık gösterebilir. Bu aşamada bireye özgü sorunların giderilmesinde, cinsel sağlığın tüm yönlerinin ele alınması gerekmektedir. Hemşireler bireye özel öneriler vermeden önce bu konuda özel eğitimler almalıdır. Özel öneriler hedeflenen amaca ulaşmak için bireylerin davranışlarını değiştirmelerine yardımcı olmaya yönelik doğrudan çabalar olup, cinsel öyküden elde edilen bilgiye bağlıdır. Özel öneriler özellikle uyarılma, ereksiyon, orgazm ve disparoni gibi sorunlar için etkilidir. Bu aşamada hastanın sorununa özel çözücü yaklaşım gösterilmelidir. Örneğin; prematür ejakülasyon yaşayan bireye ayrıntılı olarak alternatif pozisyonlar ve müdahaleler önerilebilir (Karimi ve ark. 2019; Malakouti ve ark. 2020).

Özel önerilere rağmen bireylerin cinsel problemleri çözümlenemedi ise PLISSIT modelinin son basamağı olan yoğun terapi basamağına geçilmelidir (Uslu ve ark. 2016; Abdelhakm ve ark. 2018). PLISSIT ve EX- PLISSIT modelinin özel öneriler basamağına verilebilecek örnek cümleler Şekil 6'da sunulmuştur.

Problem ya da konu	Özel öneri
Cinsel ilişki sırasında kalp krizi geçirme korkusu	Cinsel ilişki öncesi ağır yemek yemekten kaçının. Cinsel ilişki sırasında aktif pozisyonda siz değil, partneriniz olsun.
Cinsel ilişki sırasında astım atağı yaşama korkusu	Cinsel aktivite öncesi inhaler ilaçlarınızı kullanın.
Cinsel ilişki sırasında multiple skleroz hastalığından dolayı kas spazmı yaşama korkusu	Cinsel ilişki sırasında farklı pozisyonlar deneyebilirsiniz. Örneğin kadın Multiple Skleroz hastası ise partneri onun arkasına geçmelidir.
Hemipleji cinsel aktiviteyi etkiler korkusu	Etkilenmeyen tarafını daha aktif kullanarak cinsel ilişkide bulunulabilir.
Cinsel ilişki sırasında ağrı yaşama korkusu	Kayganlaştırıcılar kullanılabilir.
Katater nedeniyle cinsel ilişkiden kaçınma	Erkek hastada kateter takılı ise prezervatif kullanılması, bayan hastada kateter var ise aşırı klitorial stimülasyona neden olursa kateter altta kalacak şekilde cinsel ilişki pozisyonu seçilebilir.
Hastalığı nedeniyle kendini aşırı kadınsı ya da erkeksi hissetme	Bireysel olarak kadınlık veya erkeklik onun için ne anlama geliyor olduğu tartışılmalıdır. Neden bu hisse sahip olduğu ortaya çıkarılmalıdır.
Cerrahi tedaviden beri ereksiyon yetersizliğiniz hakkında üzgün görünüyorsunuz.	Yardımcı olabilecek bir dizi tedavi var ve bunları sizinle tartışabilecek cinsel ilaç uzmanımıza yönlendirmek isterim.
Meme kanserinin tekrarlamasını önlemek için tamoxifen almanın cinsel istek veya libido üzerinde istenmeyen etkisi olabilir.	Eğer tamoxifen alırken cinselliğe ilginizin azaldığını fark ederseniz ve bu sizi endişelendirirse, bir cinsel terapistle konuşabilirsiniz.

Şekil 6. PLISSIT ve EX- PLISSIT modelinin özel öneriler basamağında verilebilecek örnek cümleler

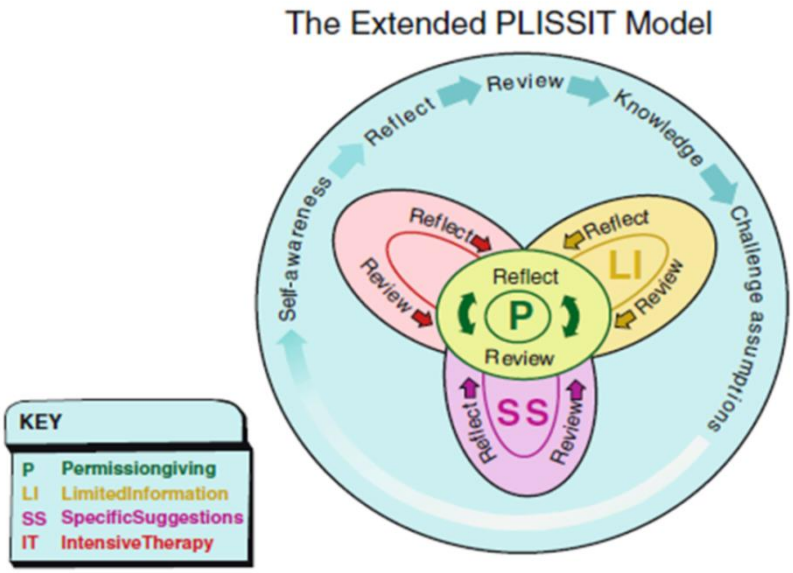
Kaynak: Aygin, D., Yaman, Ö. Kanserli hastalarda cinsellik nasıl değerlendirilmeli?. Androloji Bülteni, 2017; 19(3): 98-107.

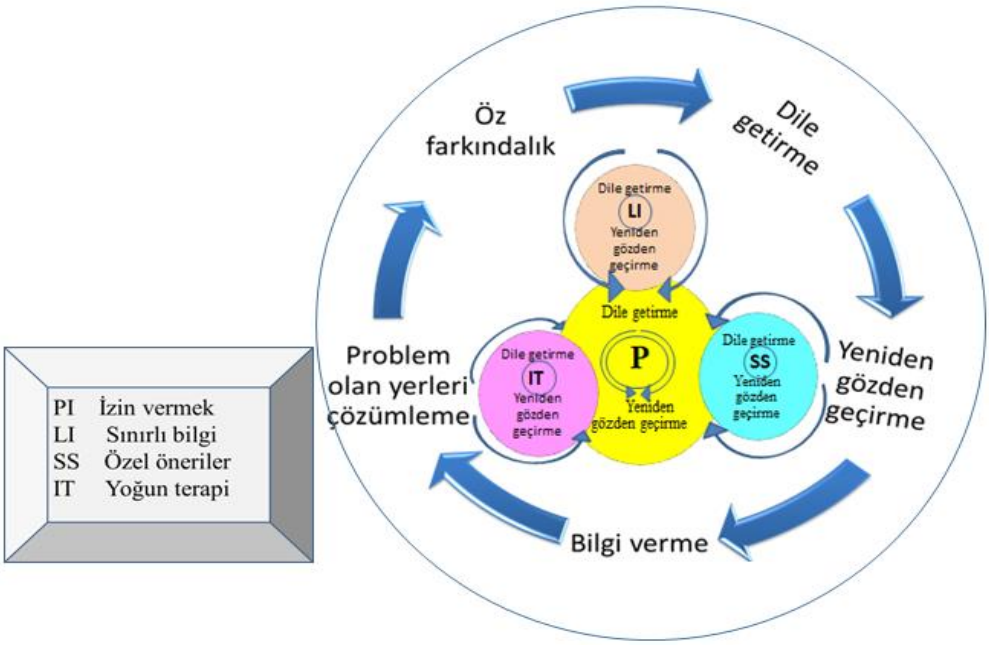
IV. Yoğun Terapi (IT-intensive therapy); Bu aşamada primer hemşirenin hastaya yoğun terapi verebilecek düzeyde ek eğitimler almış bir uzman olması ya da bireyi

uygun birime yönlendirmesi gerekmektedir (Taylor ve Davis 2006; Southard ve Keller 2009; Uslu ve ark. 2016; Malakouti ve ark. 2020).

Bu aşama PLISSIT modelinde en önemli basamaktır. Birçok hemşire primer bakım merkezlerinde aile planlaması uzmanıyken, çok az bir kısmı cinsel sağlık alanında yoğun terapi vermektedir. Cinsel taciz veya tecavüz gibi psikoterapi gerektiren bazı durumlarda hastalar yoğun terapi için uzmanlara gönderilebilir (Malakouti ve ark. 2020).

EX- PLISSIT modeli; PLISSIT modelinin bir uzantısı olarak Taylor ve Davis 2006 yılında EX- PLISSIT modelini geliştirmiştir. Bu model PLISSIT modelinin girişim aşamaları ilerledikçe daha kapsamlı bilgi, eğitim ve beceri gerektirdiği görüşü temel alınarak oluşturulmuştur. EX-PLISSIT modeli, primer bakımdan sorumlu hemşireler için hastaların cinsel sağlık gereksinimlerini karşılamada ve endişelerini gidermede bir çerçeve oluşturmaktadır. Bu model, hemşirelerin hastalara cinsel sağlık ile ilgili kendilerini ifade etme fırsatı vermelerinin yanı sıra hasta ile açık iletişim kurmalarını, etkileşimlerini tekrar incelemelerini ve böylece hastanın bireysel gereksinimlerinin karşılanmasını da sağlamaktadır (Uslu ve ark. 2016; Malakouti ve ark. 2020). EX-PLISSIT Modeli Şekil 7'de sunulmuştur.





Şekil 7. EX- PLISSIT Modeli

Kaynak: Taylor B, Davis S. The extended PLISSIT model for addressing the sexual wellbeing of individuals with an acquired disability or chronic illness. Sexuality and Disability, 2007; 25(3): 135- 139.

PLISSIT modelinde bir basamaktan diğer basamağa doğrudan geçiş yapılabiliyorken, EX-PLISSIT modelinde izin verme aşaması, diğer aşamaların merkezinde bulunmakta ve danışanın öz farkındalığını artırmak için gözden geçirme ve inceleme gibi teknikler kullanılmaktadır (Abdelhakm ve ark. 2018; Karimi ve ark. 2019). Bu modelde sınırlı bilgi, özel öneriler ve yoğun terapi aşamaları izin verme temeline dayanmaktadır. Araştırmacı değerlere, inançlara, duygulara ve tutumlara saygı duyarak bireyin cinsel sorunları hakkında konuşmasına izin vermektedir. Bununla birlikte modelin her aşamasında hastalara “Başka sorularınız var mı?, Bu konuda konuşmak ister misiniz?” gibi açık uçlu sorular yöneltilerek her aşamada bireye endişelerini ifade etme fırsatı verilmektedir (Uslu ve ark. 2016; Karimi ve ark. 2019).

4.7. DOĞUM SONRASI DÖNEMDE GÖRÜLEN CİNSEL SORUNLAR İLE İLGİLİ YAPILAN ARAŞTIRMALAR

- Nijerya'da 375 kadın ile yapılan bir çalışmada gebelik ve doğumun kadınların cinsel yaşamına etkisi incelenmiştir. Kadınların gebelik döneminde cinsel ilişkiden uzak kalma nedeninin en çok disparoni kaynaklı olduğu bulunmuştur. Kadınların %90,2'si vajinal, %9,8'i sezaryen ile doğum yapmış olup, doğum şeklinin doğum sonrası cinsel yaşamı etkilemediği belirlenmiştir (Bello ve ark. 2011).
- Tayvan'da doğum sonrası dönemde bulunan kadınlar ile yürütülen bir araştırmada epizyotomi ile doğum yapan kadınların epizyotomisiz doğum yapanlara göre daha fazla perineal ağrı yaşadığı ve "Kadın Cinsel İşlev Endeksi (FSFI)" ile yapılan değerlendirmeye göre cinsel fonksiyon skorlarının daha düşük olduğu saptanmıştır (Chang ve ark. 2011).
- İran'da bir çalışmada birden fazla gebeliği olan kadınların doğum sonrası cinsel isteklerinin ilk gebeliği olan kadınlara göre daha az olduğu bulunmuştur. Gebelik sayısı ile doğum sonrası kanama ve anorgazmi arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmamıştır (Makki ve Yazdi 2012).
- Avusturalya'da 1507 kadın ile yapılan bir çalışmada yaşı genç olan ve sezaryen ile doğum yapan kadınların doğum sonrası cinsel ilişkiye daha erken zamanda başladıkları saptanmıştır (McDonald ve Brown 2013).
- İsrail'de doğum şeklinin cinsel yaşama etkisini inceleyen çalışmada doğum sonrası 6, 12 ve 24. haftalarda 82 kadının cinsel fonksiyonları değerlendirilmiştir. Vajinal doğum yapan kadınların (epizyotomili veya epizyotomisiz) sezaryen doğum yapan kadınlara (acil veya elektif) göre cinsel fonksiyon skorları (FSFI) değerlendirilen her üç haftada da daha düşük olduğu bulunmuştur (Lurie ve ark. 2013).
- Kaliforniya'da doğum sonrası dönemde olan 160 kadın ile yapılan bir çalışmada kadınların cinsel yaşam aktiviteleri incelenmiştir. Bu çalışmada primipar olan, depresyon yaşayan ve emziren kadınların cinsel yaşam kalitelerinin (Sexual Health Outcomes in Women Questionnaire (SHOW-Q) anlamlı derecede düşük olduğu bulunmuştur (Yee ve ark. 2013).
- Amerika Birleşik Devletleri eyaletlerinden Carolina'da yapılan bir çalışmada sezaryen doğum yapan kadınların cinsel fonksiyon skorları "Kadın Cinsel İşlev

Endeksi (FSFI)" ile yapılan değerlendirmeye göre vajinal doğum yapan kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur (Crane ve ark. 2013).

- Doğum sonrası cinsel disfonksiyon ve ilişkili faktörleri incelemek için Brezilya'da 200 kadının katıldığı bir çalışmada kadınların %43,5'inde cinsel disfonksiyon saptanmıştır. En çok yaşanan cinsel problem disparoni olduğu (%28,5) belirlenmiştir (Holanda ve ark. 2014).
- Japonya'da doğum şeklinin cinsel yaşama etkisini inceleyen çalışmada (n=435) sezaryen doğum ile operatif vajinal doğum yapanların cinsel fonksiyon skorları (Female Sexual Function Questionnaire- SFQ28) birbirine benzer, vajinal doğum yapanların diğer gruplara göre düşük bulunmuştur (Song ve ark. 2014).
- Nijerya'da doğum sonrası 340 kadın ile yapılan bir çalışmada kadınların doğum sonrası sekizinci haftada %67,6'sı cinsel ilişkiye başlamış olup, %62,6'sı cinsel ilişki sırasında vajinal kuruluk ve ağrı yaşadığını ifade etmiştir (Anzaku ve Mikah 2014).
- New York'da emzirmenin cinsel yaşam üzerine etkisini inceleyen bir çalışmada emziren kadınların (n=155) emzirmeyen kadınlara (n=105) göre cinsel ilişki sırasında daha fazla ağrı yaşadığı belirlenmiştir (Escasa-Dorne 2015).
- Nijerya'da yapılan bir diğer çalışmada (n=181) doğum sonrası altıncı ayda sezaryen doğum yapan kadınların %59,2'sinin, vajinal doğum yapanların %78,4'ünün cinsel ilişkiye başladığı ve kadınların %36,2'sinin cinsel ilişki sırasında ağrı yaşadığı bulunmuştur (Adanikin ve ark. 2015).
- Avusturalya'da doğum şeklinin cinsel yaşama etkisini inceleyen bir çalışmada (n=440) doğum sonrası ilk altı ay cinsel ilişki sırasında ağrı yaşama durumu vajinal doğum yapanlarda sezaryen doğum yapanlara göre daha yüksek saptanmıştır (De Souza ve ark. 2015).
- İran'da postpartum dönemde olan 380 kadının doğum sonrası cinsel yaşamları incelenmiştir. Emzirme durumunun cinsel disfonksiyona neden olduğu; kadının yaşı, doğum şekli, eğitim durumu, doğum sonrası geçen süre ve aile geliri gibi faktörlerin kadınların doğum sonrası cinsel yaşamını etkilemediği belirlenmiştir (Rezaei ve ark. 2017).
- Etiyopya'da yapılan bir çalışmada kadınların %26,0'sının en az bir cinsel problem, %7,8'inin cinsel uyarılma bozukluğu ve %3,6'sının disparoni yaşadığı belirlenmiştir (Tesfay ve ark. 2018).

- İspanya'da 552 kadın ile doğum sonrası 6. haftada telefon görüşmesi ile yürütülen bir araştırmada cinsel ilişkiye başlayan kadınların %49,2'sinde disparoni saptanmıştır (Triviño-Juárez ve ark. 2018).
- Doğum şekli ve doğum deneyiminin cinsellik üzerine etkisini inceleyen, 376 kadın ile sosyal medya üzerinden yapılan bir çalışmada doğum şeklinin cinsel fonksiyonları etkilemediği, olumsuz cinsel deneyimin cinsel fonksiyonları olumsuz etkilediği belirlenmiştir (Handelzalts ve ark. 2018).
- Brezilya'da 100 kadın ile yapılan çalışmada kadınların %55,0'ının doğum sonrası dönemde cinsel disfonksiyon yaşadığı belirlenmiştir (Guendler ve ark. 2019).
- Almanya'da 330 kadın ile emzirme ve partner ilişkisinin cinsel yaşam üzerine etkisi incelenmiştir. Emziren ve partneri ile ilişkisi kötü olan kadınların postpartum dördüncü ayda cinsel yaşamlarının (FSFI) olumsuz etkilendiği bulunmuştur (Matthies ve ark. 2019).
- Etiyopya'da doğum sonrası 509 kadın ile yürütülen bir çalışmada kadınların%41,7'sinin disparoni, %27,1'inin vajinal kuruluk ve %10,7'sinin cinsel uyarılma bozukluğu yaşadığı saptanmıştır (Jambola ve ark. 2020).
- Almanya'da 522 kadın ile bir çalışma yürütülmüş, bu çalışmada doğum sonrası cinsel fonksiyonların yalnızca emzirme ile ilişkisi olduğu, emziren kadınların daha fazla cinsel sorun yaşadığı belirlenmiştir (Spaich ve ark. 2020).
- İran'da postpartum cinsel yaşam kalitesi ölçeği geliştirmek amacı ile 282 kadın ile yapılan bir çalışmada kadınların cinsel inanç ve normlarının doğum sonrası dönemde de devam ettiği, doğum sonrası stres, uyku eksikliği ve yorgunluğun cinsel hayatı etkilediği belirlenmiştir (Rahmani ve ark. 2021).

4.7.1. Doğum Sonrası Dönemde PLISSIT ve EX-PLISSIT Modeli ile Yapılan Araştırmalar

Doğum sonrası dönemde PLISSIT ve EX-PLISSIT modeline dayalı yapılan çok az sayıda çalışma bulunmaktadır. Bunlar;

- İran'da doğumdan sonra cinsel sorunları olan kadınlarda PLISSIT ve BETTER modeline dayalı cinsel danışmanlığın etkililiğinin karşılaştırılması amacıyla randomize bir çalışma yapılmıştır. PLISSIT modeline dayalı yapılan danışmanlıkta kadınların cinsel farkındalık puanları 43,8 iken dört hafta sonra

51,6'ya yükselmiştir. BETTER grubun ilk puanı 44,1 iken dört hafta sonraki değerlendirmede 55,6 bulunmuştur. BETTER grubunun il ve son değerlendirmesi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmiştir (Karimi ve ark. 2021).

- İran'da doğum sonrası EX-PLISSIT modeline dayalı verilen danışmanlığın kadın cinsel işlevlerine ve evlilik doyumları etkisi incelenmiştir. Bu çalışmada, girişim grubunda görüşme öncesi FSFI skorları 19,7, görüşmeden dört hafta sonra 27,6 ve görüşmeden sekiz hafta sonra 30,0 olarak bulunmuştur. Kontrol grubunda ise FSFI skorları ilk değerlendirmede 20,8, dördüncü ayda 23,9 ve sekizinci ayda 25,3 olarak bulunmuş olup, iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (Malakouti ve ark. 2020).
- İran'da 2019 yılında doğum sonrası 3-6 ay içinde bulunan 68 kadın ile yürütülen bir çalışmada FSFI ölçeğinden 28 puan ve altında alan kadınlar rastgele olarak müdahale ve kontrol grubuna ayrılmıştır. Müdahale grubundaki katılımcılara EX-PLISSIT modeline dayalı danışmanlık verilmiş ve kontrol grubundaki katılımcılar rutin doğum sonrası bakım almıştır. Müdahale grubundaki kadınların FSFI skoru başlangıçta 19,7±5,8, dört hafta sonra 27,7±2,2 ve sekiz hafta sonra 30,0±1,5 olarak bulunmuştur. Kontrol grubunda bu puanlar sırasıyla 20,8, 23,9 ve 25,3'tür. Bu çalışmada araştırmanın başlangıcında iki grup arasında cinsel işlev açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamışken (p=0,381), EX-PLISSIT modeline dayalı verilen danışmanlık sonrası müdahale grubunun FSFI skorları kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptanmıştır (p<0,001). Bununla birlikte müdahale grubunda ortalama evlilik memnuniyeti skoru başlangıçta 164,8, müdahaleden sekiz hafta sonra 202,2 ve 210,3 bulunmuştur. Kontrol grubunda bu değerler sırasıyla 171,0, 182,0 ve 188,2'dir (Gholizadeh 2019).
- Karimi ve arkadaşlarının (2019) İran'da yaptığı bir araştırmada daha önce cinsel işlev bozukluğu olmayan 80 lohusa kadın rastgele girişim ve kontrol grubuna ayrılmıştır. Girişim grubunda olan kadınlara birbirini takip eden iki hafta PLISSIT modeline dayalı görüşme yapılmıştır. Her iki gruba da son görüşmeden dört hafta sonra FSFI, depresyon ve anksiyete ölçekleri uygulanmıştır. Girişim grubunun depresyon anksiyete puanları kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azalmış, FSFI skorları artmıştır (Karimi ve ark. 2019).
- Mısır'da (2018) PLISSIT modeline dayalı cinsel danışmanlığın doğum sonrası kadınların cinsel yaşam kalitesi üzerinde etkisini değerlendirmek amacıyla

yapılmış bir araştırmada doğum sonrası dönemde olan 110 kadın araştırmaya dahil edilmiştir. Kadınların cinsel danışmanlık öncesi sadece %13,6'sının cinsel yaşam kalitesi yüksek bulunmuş olup, danışmanlık sonrası bu oran %44,5'e yükselmiştir (Abdelhakm ve ark. 2018).

- Müdahale ve kontrol gruplu olarak yürütülen bir çalışmada (n=90) doğumdan sonra ilk altı ay boyunca PLISSIT tabanlı danışmanlık modelinin kadınların cinsel işlevi üzerine etkinliği incelenmiştir. Her iki gruba da Edinburg postpartum depresyon ölçeği, Larson'un cinsel memnuniyet ve kadın cinsel fonksiyon indeksi uygulanmıştır. Müdahale grubuna danışmanlık yapıldıktan dört hafta sonra, kontrol grubuna da ilk görüşmeden dört hafta sonra anketler tekrar uygulanmıştır. Müdahale grubunun ortalama cinsel işlev skoru danışmanlık öncesi 19,3 iken, danışmanlık sonrası 27,9 olarak bulunmuştur. Kontrol grubunda ise ilk değerlendirmede ortalama cinsel işlev skoru 20,5, son değerlendirmede 22,4 olarak saptanmıştır (Banaei ve ark. 2018).
- İran'da (2016) doğum sonrası ilk altı ay içinde olan, emziren ve en az bir cinsel sorunu olan 82 nullipar kadın ile yapılan bir çalışmada PLISSIT modeline dayalı danışmanlığın cinsel yakınlık ve cinsel doyum üzerine etkisi incelenmiştir. Kontrol ve girişim grubu olan bu çalışmada girişim grubuna PLISSIT modeline dayalı olarak birinci ve üçüncü ayda danışmanlık yapılmıştır. Araştırma sonunda girişim grubunun cinsel yakınlık ve cinsel doyumlarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde artış olduğu saptanmıştır (Banaei ve ark. 2017).
- Türkiye'de doğum sonrası dönemde olan kadınların cinsel sorunlarının çözümünde PLISSIT modelinin etkinliği değerlendirilmiştir (n=123). Girişim grubunda bulunan kadınlara PLISSIT modeline uygun olarak görüşmeler yapılmış ve cinsel problemler tespit edilip, çözümlenmeye çalışılmıştır. İlk ev ziyaretinden bir ay sonra ikinci ev ziyareti gerçekleştirilmiş, girişim ve kontrol grubuna ACYÖ-K ve Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği uygulanmıştır. İlk görüşmede girişim grubundaki kadınların %77,0'ı ve kontrol grubundakilerin %71,0'ı ACYÖ-K ölçeğinden 12 ve üzerinde puan aldığı ve cinsel problem yaşadıkları belirlenmiştir. Uygulama sonrası girişim grubunda olan kadınların %60,7'sinin, kontrol grubundaki kadınların ise %77,4'ünün cinsel problem yaşadıkları saptanmıştır ($p<0,05$) (Yörük ve Karaçam 2016).

4.7.1.1. PLISSIT Modeli Kullanılarak Yapılan Diğer Çalışmalar

- Histerektomi olan kadınlarda PLISSIT modeline göre verilen eğitimin cinsel fonksiyonlar üzerine etkisinin değerlendirildiği İstanbul'da yürütülen randomize kontrollü bir araştırmada; müdahale grubundaki kadınların (n=35) kontrol grubundakilere (n=35) göre postoperatif üçüncü ve altıncı ayda cinsel işlev bozukluğu yaşama oranlarının daha düşük olduğu ve cinsel sorunlar ile baş etmede daha başarılı olduğu bulunmuştur (Tutuncu ve Yıldız 2012).
- Kore'de histerektomi operasyonu geçiren jinekolojik kanserli kadınlarda (müdahale=29; kontrol=32) PLISSIT modelinin cinsel fonksiyonlar üzerindeki etkinliği değerlendirilmiştir. Bu çalışmada müdahale grubundaki kadınların cinsel istek, cinsel uyarılma, orgazm ve tatmin duygusunda artış olduğu; vajinal kuruluk ve disparoni yaşama durumlarında azalma olduğu belirtilmiştir (Chun 2011).
- Kore'de bir diğer çalışma histerektomi operasyonu geçiren 43 jinekolojik kanserli kadın ve eşiyle (müdahale=21; kontrol=22) yürütülmüştür. Bu araştırmada PLISSIT modeline dayalı cinsel sağlığı geliştirme programının çiftlerde cinsel fonksiyonları iyileştirmede, kadınların eşi ile yakınlaşmayı ve eşlerde subjektif mutluluğu arttırmada etkili olduğu bulunmuştur (Nho 2013).
- Stomalı bireylerin cinsel sorunlarının çözümünde PLISSIT modelinin etkinliğini değerlendiren çalışmalarda bireylerin cinsel fonksiyonlarında düzelme olduğu, cinsel doyum ve cinsel aktivite sıklığının arttığı bulunmuştur (Ayaz 2014).
- Farnam ve arkadaşları (2014) tarafından İran'da Cinsel Sağlık Modeli (Sexual Health Model-SHM) ile PLISST modelini karşılaştıran çalışmanın örneklemini cinsel sağlık sorunları nedeniyle sağlık kliniklerine başvuran 84 hasta oluşturmuştur. Bir gruba PLISSIT modeli ile evde bakım verilmiş diğer gruba SHM ile bakım verilmiştir. PLISSIT modeli uygulanan bireylerin cinsel fonksiyonlarında iyileşme ve cinsel istek, uyarılma, orgazm, cinsel doyum ve cinsel aktivite sıklığında artış saptanmıştır (Farnam ve ark. 2014).
- İran'da meme kanseri olan kadınlara (n=75) PLISSIT modeline dayalı bireysel terapi ile cinsel sağlık modeline dayalı grup terapisinde etkinliğini değerlendirmek amaçlı yapılan çalışmada, müdahale edilmeyen grup ve terapi uygulanan grupların her ikisinde de altı ve 12. hafta değerlendirmesinde yaşam kalitesinde iyileşme olduğu belirlenmiştir (Esmkhani ve ark. 2021).

4.7.1.2. EX-PLISSIT Modeli Kullanılarak Yapılan Diğer Çalışmalar

- ✓ İran'da cinsel disfonksiyonu olan, evli Multiple Skleroz (MS) tanısı alan kadınlarda EX-PLISSIT modelinin cinsel disfonksiyonlar üzerindeki etkinliğini belirlemek amacıyla bir araştırma yapılmıştır. Cinsel danışmanlık eğitimi olan bir ebe MS olan 120 evli kadın ile (deney= 60 ve kontrol= 60) bire bir üç kez görüşme yapmış, görüşmeler ortalama 60-100 dakika sürmüştür. İlk görüşmede MS süreci ve cinsel işlev üzerine etkileri, kadın cinsel organlarının anatomisi ve fizyolojisi hakkında eğitim ve eğitim kitapçığı verilmiştir. Birinci, ikinci ve üçüncü görüşme oturumlarında bireylerin her birinin öncelikleri ve gereksinimleri belirlenmiş, bireyin kendisi tarafından ortaya atılan konularda cinsel performansını iyileştirmeye yönelik yoğun terapi uygulanmıştır. Kadınlara sunulan öneriler her bir kadının cinsel sorunlarına dayanılarak tasarlanmıştır. Örneğin, MS'in neden olduğu sınırlı hareketler nedeniyle cinsel ilişki sırasında orgazm sorunu olanlar için uygun pozisyonlar veya MS ilaçları nedeniyle cinsel ağrı sorunları olanlara suda çözünen kayganlaştırıcının kullanılması önerilmiştir. Oturumlarda kadınlar eşleri ile konuşmaları konusunda cesaretlendirilmişlerdir. Kadınlara verilen kitapçıkları eşleri ile birlikte inceleyip okumaları önerilmiştir. Katılımcılardan biri cinsel işlev bozukluğu için uzman hekime, 10 hasta ilaç tedavisi için nöroloğa ve dört hasta da psikoloğa yönlendirilmiştir (Daneshfar ve ark. 2017).
- ✓ Histerektomi olan 354 kadın ile yapılmış bir çalışmada, 80 kadında stres, anksiyete ve depresyon saptanmıştır. Girişim grubuna ameliyat sonrası iki hafta üst üste EXPLISSIT modeline dayalı bir saatlik danışmanlık yapılmış, kontrol grubuna hiçbir müdahale yapılmamıştır. Danışmanlık tamamlandıktan iki ay sonra tüm kadınlara tekrar değerlendirme yapılmıştır. FSFI ve cinsel yaşam kalitesi skorları girişim grubunda (sırasıyla 32,5 ve 107,5) kontrol grubuna göre (sırasıyla 23,9 ve 87,0) anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (Mahmoodi Dangesaraki ve ark. 2019).
- ✓ MS tanısı alan 70 evli kadın ile İran'da yapılan bir çalışmada 35 kadın ile arasında EX-PLISSIT modeline dayalı görüşme (ortalama 60-90 dakika) yapılmıştır. Bu çalışmada EX-PLISSIT modeline dayalı cinsel danışmanlık programının cinsel işlev bozukluğunu azaltmada olumlu bir etkiye sahip olduğu

belirlenmiş, cinsel yaşam kalitesini iyileştiremede etkisinin olmadığı saptanmıştır (Azari-Barzandig ve ark. 2020).

5. GEREÇ VE YÖNTEM

5.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Bu çalışma, doğum sonrası kadınlara EX-PLISSIT modeli ile verilen danışmanlığın cinsel sorunlar üzerine etkisinin incelenmesi amacıyla planlanmış, deney kontrol gruplu ve longitudinal tipte bir araştırmadır.

5.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE SÜRESİ

Manisa ili Ege bölgesinin ortasında bulunmakta olup, 2012 yılında büyük şehir unvanını almıştır. Manisa Ege bölgesinde İzmir'den sonra ikinci büyük sanayi ve ticaret merkezidir. Manisa nüfusu 2020 yılında 1.450.616'dır. Kent merkezi olarak Türkiye'nin en yoğun göç alan şehirlerinden biri olduğu belirtilmektedir (Türkiye İstatistik Kurumu 2020).

Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre, Manisa'da 2018 yılında 18.399 canlı doğum meydana gelmiş ve toplam doğurganlık hızı ise 1,83 olarak belirlenmiştir. 2019 yılında ise 17.527 canlı doğum gerçekleşmiş olup toplam doğurganlık hızı ise 1,75'tir (Türkiye İstatistik Kurumu 2020).

Bu araştırma Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi'nde doğum yapmış, Manisa merkez ve yakın ilçelerde ikamet eden, doğum sonrası 2-3. aylarda olup, eşi ile cinsel yaşama başlamış olan kadınlar ile gerçekleştirilmiştir. Araştırma verileri Nisan 2019-Şubat 2021 tarihleri arasında toplanmıştır.

5.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini 2017 yılında Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi'nde doğum yapan 1062 kadın oluşturmuştur. Araştırmada örneklem büyüklüğü EPI Info 2000 programında evreni bilinen formül kullanılarak hesaplanmıştır. Manisa ilinde yürütülen bir çalışmada Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği- Kadın soru formundan 11 puan ve üzerinde alan kadınların oranı %87,3

bulunmuş, örneklem büyüklüğünün hesaplanmasında bu oran temel alınmıştır (Üstgörül ve Yanıkkerem 2018). Araştırmanın minimum örneklem büyüklüğü evreni bilinen formül (n=1062) ile Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği- Kadın soru formundan 11 puan ve üzerinde alan kadınların oranı %87,3 (Üstgörül ve Yanıkkerem 2018) olarak kabul edilerek, güven aralığı %95 ve hata payı %5 alınarak 147 kadın olarak hesaplanmıştır. Bu araştırma longitudinal tipte planlandığı için oluşabilecek kayıplar dikkate alınarak örneklem büyüklüğüne %10 ilave edilerek araştırmanın ilk aşamasında 162 kadına ulaşılması hedeflenmiştir.

5.3.1. Araştırmaya Dahil Olma Kriterleri

- ✓ Araştırmaya katılmaya gönüllü olan kadınlar
- ✓ Doğum sonrası 2.-3. ayda cinsel ilişkiye başlamış olan kadınlar
- ✓ Fiziksel ve mental engeli olmayan kadınlar
- ✓ Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği- Kadın'dan 11 ve üzerinde puan alan kadınlardır.

5.3.2. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

- ✓ Sağlıklı bebeğe sahip olmayan kadınlar
- ✓ Kronik veya psikiyatrik bir hastalığı bulunan kadınlar
- ✓ Daha önce cinsel problemler nedeniyle tedavi ya da terapi alan kadınlar
- ✓ Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği'nin depresyon alt ölçeği toplam puanı 7 ve üzerinde olan kadınlar araştırmadan dışlanmıştır.

5.4. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

H_1: Doğum sonrası dönemde EX-PLISSIT modeline göre verilen cinsel danışmanlık kadınların Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği- Kadın toplam puanını azaltır.

H_2: Doğum sonrası dönemde EX-PLISSIT modeline göre verilen cinsel danışmanlık kadınların Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği- Kadın toplam puanını azaltır.

5.5. BAĞIMLI-BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLERİ

- **Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri:** EX-PLISSIT modeli göre doğum sonrası dönemde kadınlara verilen cinsel danışmanlık araştırmanın temel bağımsız değişkenidir. Bununla birlikte kadınların tanıtıcı özellikleri (kadınların yaşı, eğitim, çalışma ve gelir durumu, beden kitle indeksi, evlilik yılı, aile tipi, gebelik ve doğum sayısı, gebeliğin istenme durumu, doğum şekli ve emzirme durumu) diğer bağımsız değişkenleridir.

- **Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri:** Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği-Kadın toplam puanı, Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği - Kadın toplam puanı.

5.6. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Bu araştırma iki aşamada yürütülmüştür.

- *Birinci aşamada kullanılan soru formları;*
  - Kadınların tanıtıcı özellikleri soru formu
- *İlk izlemde kullanılan kullanılan soru formları;*
  - Kadınların Cinsel Yaşam Özellikleri Soru Formu
  - Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği
  - Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği- Kadın
  - Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği- Kadın
- *İkinci aşamada kullanılan soru formları;*
  - Girişim grubu için EX-PLISSIT modeline dayandırılarak geliştirilen yarı yapılandırılmış görüşme formu
- *İkinci aşamanın son izleminde kullanılan soru formları;*
  - Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği- Kadın
  - Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği- Kadın

5.6.1. Kadınların Tanıtıcı Özellikleri Soru Formu

Bu soru formu; araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda oluşturulmuştur (Acele ve Karaçam 2011; Yörük ve Karaçam 2016; Banaei ve ark. 2017; Daneshfar ve ark. 2017; Üstgörül ve Yanıkkerem 2018). Bu formda kadınların tanıtıcı özelliklerini içeren (kadınların yaş, eğitim, meslek, çalışma ve sosyal güvence durumu, eşlerinin yaş ve eğitim durumu, kadınların evlilik ve doğurganlık özellikleri) 23 soru yer almaktadır (EK I).

5.6.2. Kadınların Cinsel Yaşam Özellikleri Soru Formu

Bu soru formu; kadınların cinsel eğitim alma durumu, cinsel olarak yeterli bilgiye sahip olma durumu, eşini cinsel olarak algılama durumu, eşte cinsel problem varlığı, doğum sonrası cinsel ilişkiye başlama zamanı, emzirme durumu, cinsel ilişki sırasında ağrı yaşama durumu, kullanılan doğum kontrol yöntemi vb. özelliklerini inceleyen 17 sorudan oluşmaktadır. Bu soru formu araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda geliştirilmiştir (Acele ve Karaçam 2011; Yörük ve Karaçam 2016; Banaei ve ark. 2017; Daneshfar ve ark. 2017; Üstgörül ve Yanıkkerem 2018) (EK II).

5.6.3. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği

Bu ölçek bireylerde anksiyete ve depresyon yönünden riski belirlemek, düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek için Zigmond ve Snaith tarafından (1983) geliştirilmiş (Zigmund ve Snaith 1983), Aydemir ve ark. (1997) tarafından Türkçe geçerlik ve güvenilirliği yapılmıştır (Aydemir ve ark. 1997). Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği bedensel hastalığı olan hastalar ve birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuranlar için tanı koymak amaçlı değil anksiyete ve depresyonu kısa sürede tanılayıp risk grubunu belirlemek amacıyla kullanılmakta ve toplam 14 soru içermekte, yedi soru anksiyete, yedi soru depresyonu değerlendirmektedir. Anksiyete alt ölçeği için kesme puanı 10, depresyon alt ölçeği için ise kesme puanı 7 olarak saptanmış, belirtilen bu puanların üzerinde puan alanlar anksiyete ve depresyon için risk altında olduğu belirtilmiştir. Bu çalışmada Hastane Anksiyete Depresyon

Ölçeği'nin depresyon bölümü kullanılmış ve bu ölçekten 7 ve üzerinde puan alan kadınlar araştırmadan dışlanmıştır (Aydemir ve ark. 1997) (EK III).

5.6.4. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği- Kadın Soru Formu

McGahuey ve arkadaşları tarafından 2000 yılında cinsel işlevlerde ortaya çıkan değişiklikler ve bozuklukları değerlendirmek amacıyla geliştirilen bu ölçek likert tipte olup, beş sorudan oluşmaktadır. Bu ölçeğin kadın ve erkek formları bulunmakta ve ölçeğin Cronbach Alpha değerinin 0,94 olduğu belirtilmiştir (McGahuey ve ark. 2000). Bu ölçeğin ülkemizde geçerlilik güvenilirlik çalışması Soykan tarafından 2004 yılında yapılmış, Cronbach Alpha değeri 0,90 olarak bulunmuştur (Soykan 2004). Ölçekte sırasıyla cinsel dürtü, psikolojik uyarılma, fizyolojik uyarılma (vajinal lubrikasyon), orgazma ulaşma kapasitesi ve orgazm sonucu doyum duygusunu irdeleyen sorular mevcuttur. Her sorunun 1'den 6'ya kadar değişen puanlamasıyla ölçeğin toplam puanı 5 ile 30 arasında değişmektedir. Ölçekten alınan düşük puanlar cinsel yanıtın güçlü, kolay ve tatmin edici olduğunu gösterirken, yüksek puanlar cinsel işlev bozukluğunun varlığını göstermekte (Soykan 2004; Bayrak 2006) ve toplam ölçek puanının 11 ve üzerinde olmasının cinsel işlev bozukluğu yaşadığı belirtilmektedir (Soykan 2004) (EK IV).

5.6.5. Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği-Kadın

Cinsel ilişkinin niteliğini ve cinsel işlev bozukluklarını değerlendirmeyi amaçlayan bu ölçek Rust ve Golombok tarafından (1986) geliştirilmiş (Rust ve Golombok, 1986) ve Tuğrul ve arkadaşları (1993) tarafından Türkçe geçerlilik güvenirlilik çalışması yapılmıştır (Tuğrul ve ark. 1993). Her biri 28 sorudan oluşan, kadın ve erkek için iki ayrı formu bulunmaktadır. Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği-Kadın soru formu Sıklık (madde 3, 15), İletişim (madde 2, 16), Doyum (madde 5, 10, 18, 22), Kaçınma (madde 7, 13, 20, 23), Dokunma (madde 9, 12, 19, 25), Vajinismus (madde 6, 11, 17, 24) ve Orgazm bozukluğu (madde 8, 14, 21, 28) olmak üzere toplam yedi alt boyuttan oluşmaktadır (Rust ve Golombock 1986). Beşli likert tipinde olan bu ölçeğe verilen yanıtlar ve puanlaması şu şekildedir: hiçbir zaman= 0 puan, nadiren= 1 puan, bazen= 2 puan, çoğunlukla= 3 puan, her zaman= 4 puan. Ölçeğin değerlendirilmesinde hem toplam hem alt boyutlardan elde edilen

puanlar kullanılabilmektedir (Rust ve Golombock 1986). Ölçekten alınan yüksek puanlar cinsel işlevlerde ve ilişkinin niteliğindeki bozulmaya işaret etmektedir. Elde edilen toplam puan ilişkinin niteliği ile ilgili genel bir fikir vermekte, alt boyut puanları ise ilişkinin çeşitli yönleri ile ilgili daha ayrıntılı bilgi ortaya koymaktadır. Ölçeğin Cronbach alpha katsayısı Rust ve Golombok tarafından 0,87 (Rust ve Golombok 1986), Tuğrul ve arkadaşları tarafından 0,91 olarak bulunmuştur (Tuğrul ve ark. 1993) (EK V).

5.6.6. EX-PLISSIT Modeline Dayandırılarak Geliştirilen Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu

Bu soru formu; kadınların gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde cinsel yaşantılarını ve cinsel sorun yaşama durumunu değerlendirmek amacıyla yarı yapılandırılmış görüşme sorularından oluşmaktadır. Bu soru formu literatür doğrultusunda araştırmacılar tarafından hazırlanmıştır (Daneshfar ve ark. 2017; Gholizadeh 2019; Mahmoodi Dangesaraki ve ark. 2019; Cinsel Sağlık Enstitüsü Derneği 2021; Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği 2021) (EK VI).

5.7. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ

Bu araştırma iki aşamada yürütülmüş, çalışmanın birinci aşamasına Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi'nde doğum yapan ve Manisa il merkezinde ve yakın ilçelerde ikamet eden kadınlara araştırmanın amacı açıklanmış ve araştırmaya katılmayı kabul eden kadınlara "Kadınların tanıtıcı özellikleri soru formu" uygulanmış ve diğer aşamalarda kadınlara ulaşabilmek için kadınların ev adresleri ve telefon numaraları alınmıştır (n=207).

Araştırmanın birinci aşamasında doğum sonrası cinsel ilişkiye başlamış olan kadınlara ilk izlemleri ev ziyareti yapılarak gerçekleştirilmiştir. İlk ev ziyaretinde Cinsel Yaşam Özellikleri Soru Formu, Hastane Ansiyete ve Depresyon Ölçeği, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği- Kadın ve Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği-Kadın soru formları ile veriler toplanmıştır. Bu aşamada telefon numarasından ulaşılamayan bir kadın, atama nedeniyle şehir değişikliği yaşayan bir kadın, eşinin kabul etmemesi ve Covid-19 pandemisi nedeni ile ev ziyaretlerini kabul etmeyen 16

kadın araştırmadan çıkarılmıştır (n=18). Araştırmanın birinci aşaması 189 kadın ile tamamlanmıştır.

Araştırmanın birinci aşamasında Hastane Ansiyete ve Depresyon Ölçeği depresyon bölümünden yedi ve üzerinde puan alan (n=12) ve Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği- Kadın'dan 11 puan altında alan kadınlar (n=27) araştırmadan dışlanmıştır. Araştırmanın ikinci aşamasına 150 kadın ile devam edilmiştir. Bu aşamada araştırmanın dahil edilme ve dışlanma kriterlerine uyan, EX-PLISSIT modeline dayalı cinsel sorun saptamaya yönelik yapılan görüşmeyi kabul eden kadınlar girişim grubuna (n=70) alınmıştır. Modele dayalı görüşmeyi kabul etmeyen kadınlar kontrol (n=80) grubuna dahil edilmiştir.

5.7.1. Girişim Grubunda Olan Kadınların İzlemi

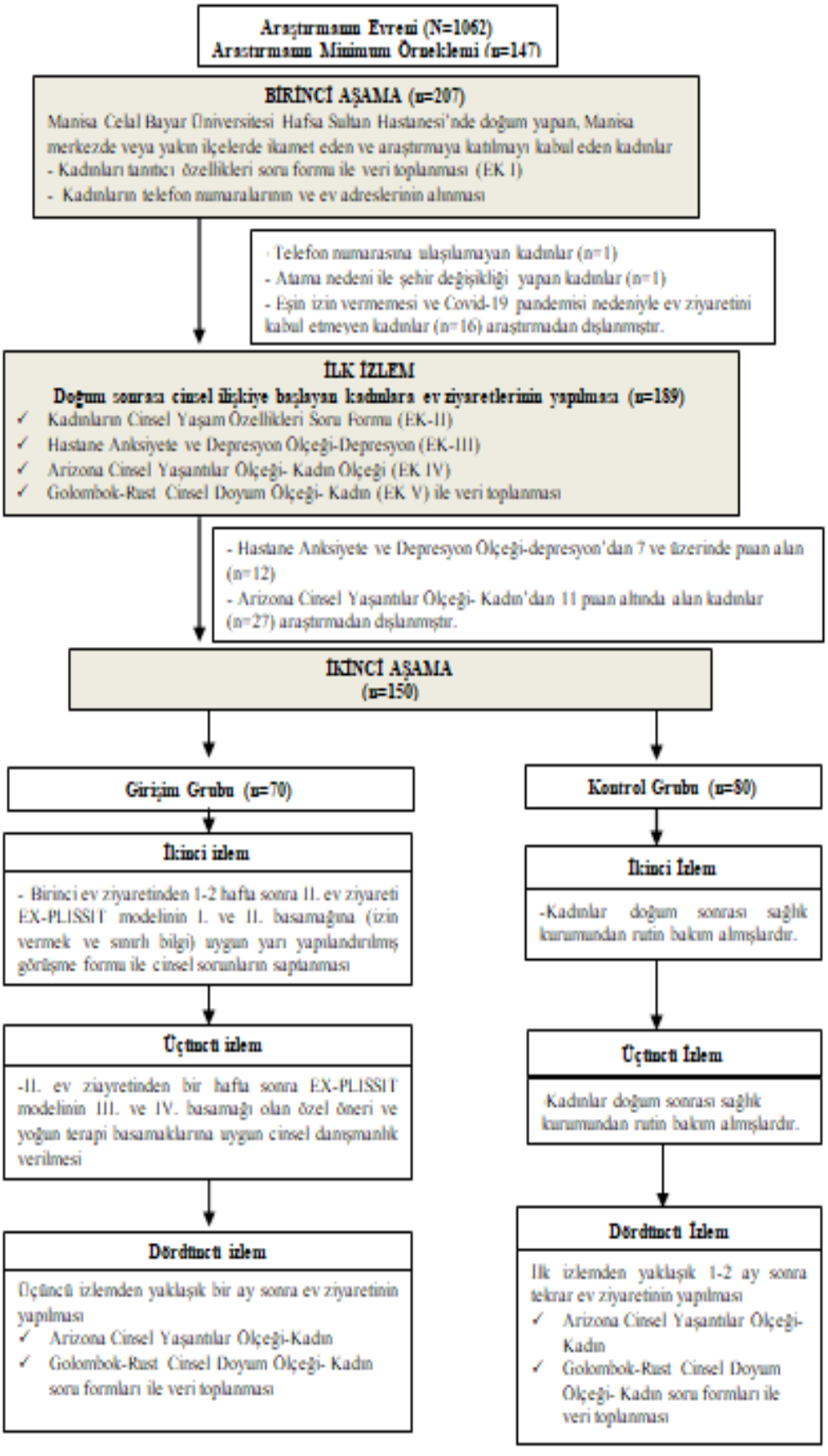
Girişim grubunda olan kadınlara ilk ev ziyaretinden bir- iki hafta sonra tekrar görüşme yapılarak ikinci izlem gerçekleştirilmiştir. Bu görüşmenin amacı kadınların doğum sonrasını cinsel sorunlarını belirlemektir. Cinsel sorunların belirlenmesinde EX-PLISSIT modelinin ilk iki aşaması olan "izin verme ve sınırlı bilgi" basamaklarına uygun yarı yapılandırılmış görüşme formu uygulanmış, kadınlar cinsel sorunları hakkında konuşmaya teşvik edilmiştir. Bir sonraki görüşmede belirlenen cinsel sorunlara yönelik danışmanlık verileceği konusunda kadınlara bilgi verilmiştir.

İkinci izlemden bir- iki hafta sonra kadınlara üçüncü izlem için görüşme planlanmış, EX-PLISSIT modelinin üçüncü ve dördüncü basamağı olan "özel öneri ve yoğun terapi" basamağı doğrultusunda görüşme yapılmıştır. Bu izlemde kadınlar ile yapılan bir önceki görüşmede belirlenen cinsel sorunlara yönelik cinsel danışmanlık verilmiştir. Cinsel danışmanlık verilirken cinsel eğitim maketleri kullanılmıştır. Danışmanlık sonrası kadınlara eğitim broşürleri verilmiştir. Bu eğitim broşürleri kadınların doğum sonrası dönemde yaşayabileceği sorunlara yönelik olup uzman görüşü alınarak hazırlanmıştır. Danışmanlık verilirken iki kadında ileri düzeyde cinsel sorun saptanmış, bu kadınlar cinsel sorunlar hakkında danışmanlık ve tedavi alabileceği kurumlara yönlendirilmiştir.

Üçüncü izlemden yaklaşık bir ay sonra girişim grubunda yer alan kadınlar ile tekrar görüşülmüştür. Bu izlemde kadınlara Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği- Kadın ve Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği-Kadın soru formları ile veriler toplanmıştır.

5.7.2. Kontrol Grubunda Olan Kadınların İzlemi

Araştırma süresince kontrol grubundaki kadınlar sağlık kurumları tarafından verilen rutin sağlık hizmeti almışlardır. Kontrol grubundaki kadınlara ilk ev ziyaretlerinden yaklaşık iki ay sonra tekrar ev ziyareti yapılıp, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği- Kadın ve Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği-Kadın tekrar uygulanmıştır. Araştırma tamamlandıktan sonra girişim ve kontrol grubu arasında etik açıdan ayrım yapılmaması için girişim grubuna verilen cinsel danışmanlık ve cinsel sorunlara yönelik eğitim broşürleri kontrol grubunda yer alan kadınlara da verilmiştir. Bu bölüm araştırmaya dahil edilmemiştir.



Şekil 8. Araştırmanın veri toplama aşamaları

5.8. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Araştırmada kullanılan anket formları araştırmacı tarafından değerlendirilip hata kontrolleri yapıldıktan sonra veriler bilgisayara geçirilerek dökümleri yapılmıştır. Verilerin denetimi, yönetimi ve analizi Manisa Celal Bayar Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Anabilimdalı Başkanı Doç.Dr. Emre YANIKKEREM danışmanlığında değerlendirilmiştir. Nicel verilerin analizi SPSS 20.0 programı ile değerlendirilmiştir.

Araştırmada kadınların tanıtıcı özelliklerinin analizleri tanımlayıcı analizler (ortalama, sayı ve yüzde) ile yapılmıştır. Girişim ve kontrol grubundaki kadınların bazı tanıtıcı özellikleri açısından benzer bir dağılım gösterme durumları arasındaki fark Ki-Kare (X^2) testi ile değerlendirilmiştir.

Verilerin homojen dağılım gösterme durumu Kolmogorov- Smirnov testi ile değerlendirilmiştir. Veriler homojen dağılım göstermediği için nonparametrik testler uygulanmıştır. Girişim ve kontrol grubunun ilk ve son değerlendirmede Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği-Kadın ile Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği- Kadın alt boyutlarının toplam puan ortalamaları arasındaki grup içi ilişkiyi değerlendirmek için Wilcoxon Signed Ranks Testi, gruplar arası ilişkiyi değerlendirmek için Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

EX-PLISSIT modeline dayandırılarak geliştirilen yarı yapılandırılmış görüşme formunda yer alan açık uçlu sorulara verilen yanıtlar kaydedilmiş ve kadınların ifadeleri Word metnine dönüştürülmüştür. Bu veriler MAXQDA Analystics Pro programında kodlanmış ve atıf sayısı dağılımları hesaplanmıştır. Kadınların açık uçlu sorulara verdikleri ifadelerde önemli tanımlamalar üzerinde durulmuş ve birbiriyle benzerlik ve ilişkileri görmek üzere ifadelere uygun kodlar verilmiştir. Verilerin sunumunda alıntılar ve atıf sayıları verilmiştir. Alıntıların sonunda katılımcılara ait özellikler (K3 gibi) gösterilmiştir.

5.9. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Araştırmanın verileri Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi'nde doğum yapmış kadınlar ile sınırlıdır. Bununla birlikte bu çalışmada sadece doğum sonrası kadınların yaşadığı cinsel sorunlar değerlendirilmiştir. Çalışmaya kadınların eşleri dahil edilmemiş ve eşten kaynaklanan sorunlar kadınların

ifadeleri temel alınarak sunulmuştur. Çalışmanın veri toplama aşaması Covid 19 pandemi sürecine denk gelmesi nedeniyle araştırmanın ikinci aşamasında katılımcılar randomize edilememiştir. Araştırmada planlanan EX-PLISSIT modeline dayalı cinsel sorunlara yönelik danışmanlık görüşmeyi kabul eden kadınlara verilmiş, bu kadınlar girişim grubuna alınmıştır. Anket sorularını cevaplamayı kabul eden ancak danışmanlık almak istemeyen kadınlar kontrol grubuna dahil edilmiştir.

5.10. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ

Bu araştırmada kullanılan Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği- Kadın için Prof.Dr. Elif Barışkın'dan yazılı izin e-mail ile 31.01.2018 tarihinde alınmıştır (EK-VII). Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği-Kadın'ın kullanımı için Prof.Dr. Atilla Soykan'dan yazılı izin e-mail ile 31.01.2018 tarihinde alınmıştır (EK-VIII). Hastane Anksiyete Depresyon ölçeği kullanıma açık bir ölçektir (https://www.ftronline.com/hastane-anksiyete-ve-depresyon-olcegi/).

Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü tarafından tez konusu onayı 04.04.2018 tarihinde alınmıştır (EK-IX).

Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul'undan 30.05.2018 tarihinde etik onay alınmıştır (EK-X).

Araştırmayı yürütebilmek için Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi Başhekimliği'nden 31.05.2018 tarihinde yazılı izin alınmıştır (EK-XI).

Bu araştırma Manisa Celal Bayar Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projesi tarafından desteklenmiştir (Tarih: 24.04.2019, Proje No: 2018-228) (EK-XII).

Araştırmaya katılacak olan kadınlardan yazılı bilgilendirilmiş onam alınmıştır (EK-XIII).

Tez Aşamaları	Kasım 2017	Aralık 2017	Ocak 2018	Şubat 2018	Mart 2018	Nisan 2018	Mayıs 2018	Ağustos 2018	Aralık 2018	Ocak 2019	Şubat 2019	Mart 2019	Nisan 2019	Mayıs 2019	Haziran 2019	Temmuz 2019	Ağustos 2019	Eylül 2019	Ekim 2019	Mart 2020-Mayıs2020	Haziran 2020	Şubat 2021	Mart 2021	Nisan 2021	Mayıs 2021
Araştırma konusunu belirleme																									
Araştırmacının çalışma için eğitim alması																									
Araştırma ile ilgili literatür toplama																									
Araştırma deseninin seçilmesi																									
İncelenecek evreni belirleme																									
Verilerin toplanmasına uygun yöntem belirleme																									
Tez öneri sunumunun yapılması																									
Tez konusunun onaylanması																									
Etik kurul onayının alınması																									
Araştırmanın yürütülebilmesi için hastaneden izin alınması																									
Bilimsel Araştırma Projesi'ne başvurulması																									
Bilimsel Araştırma Projesi'nin kabul edilmesi																									
Veri toplama aşaması																									
COVİD 19 Pandemi nedeniyle veri toplama aşamasının durdurulması																									
Tezin genel bilgilerinin yazılması																									
İstatistiksel analizin yapılması																									
Tezin yorumlanması																									
Tezin yazımı																									

Şekil 9. Tez Aşamaları

6. BULGULAR

Girişim kontrol gruplu, longitudinal tipte olan ve iki aşamalı yürütülen bu araştırmanın bulguları iki bölüm halinde sunulmuştur. Bu bölümler;

- ✓ Araştırmanın birinci aşamasına yönelik bulgular
- ✓ Araştırmanın ikinci aşamasına yönelik bulgular

6.1. ARAŞTIRMANIN BİRİNCİ AŞAMASINA YÖNELİK BULGULAR

Bu bölümde araştırmanın birinci aşamasında ulaşılan 189 kadının tanıtıcı ve cinsel yaşam özelliklerine ilişkin bulgular sunulmuştur.

6.1.1. Araştırmanın Birinci Aşamasında Kadınların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde kadınların sosyodemografik, evlilik, doğurganlık özellikleri, emzirme durumu, annelik görevi ile baş etme durumu, bebek bakımı konusunda destek alma durumu ve ebeveyn odasında yatan çocuğa sahip olma durumuna ilişkin bulgular sunulmuştur.

Tablo 1. Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Kadınların Sosyodemografik Özellikleri	n	%
Yaş grubu		
30 yaş altı	93	49,2
30 yaş ve üzeri	96	50,8
Eğitim durumu		
İlkokul	24	12,7
Ortaokul	27	14,3
Lise	36	19,0
Üniversite	86	45,5
Yüksek lisans	16	8,5
Çalışma durumu		
Çalışan	98	51,9
Çalışmayan	91	48,1
Doğum sonrası çalışmaya başlama durumu		
Başlayan	14	7,4
Başlamayan	175	92,6
Resmi nikah durumu		
Olan	189	100,0
Olmayan	0	0,0
Sağlık güvence durumu		
Olan	189	100,0
Olmayan	0	0,0
Algılanan gelir durumu		
Gelir giderden az	26	13,8
Gelir gidere eşit	142	75,1
Gelir giderden fazla	21	11,1
Doğum yeri		
İl	91	48,1
İlçe	96	50,8
Köy	2	1,1
Beden kitle indeksi		
Zayıf (18,5 altı kg/m^2)	1	0,5
Normal (18,5- 24,9 kg/m^2)	72	38,1
Yüksek (25- 29,9 kg/m^2)	78	41,3
Şişman (30-39,9 kg/m^2)	37	19,6
Morbid obez (40 ve üzeri kg/m^2)	1	0,5
Toplam	189	100,0

Araştırmanın birinci aşamasında yer alan kadınların yaş ortalaması 29,9±5,3 (min=18, maks=45) olup, yaklaşık yarısı (%49,2) 30 yaş altındadır. Kadınların %45,5'i üniversite mezunu, %51,9'u çalışmakta ve %7,4'ü doğum sonrası çalışmaya başlamıştır. Kadınların tamamının resmi nikahı ve sağlık güvencesi bulunmaktadır. Kadınların dörtte üçü (%75,1) gelirinin giderine eşit olduğunu belirtmiş ve %48,1'i ilde doğmuştur. Araştırmaya katılan kadınların boy ortalaması 163,4±5,6 cm

(min=150, maks=180), kilo ortalaması 71,1±13,5 kg (min=46, maks=142) olup, beden kitle indeksine göre %41,3'ü yüksek kiloya sahiptir (Tablo 1).

Tablo 2. Kadınların Evlilik Özelliklerine Göre Dağılımı

Evlilik Özellikleri	n	%
Evlilik yılı		
1-5 yıl	112	59,3
6-10 yıl	51	27,0
11-15 yıl	21	11,1
16 yıl ve üzeri	5	2,6
Evlilik şekli		
Görücü usulü	28	14,8
Tanışarak	161	85,2
Aile tipi		
Çekirdek	177	93,7
Geniş	12	6,3
Evlilik uyumu		
İyi	157	83,1
Orta	31	16,4
Kötü	1	0,5
Eşin yaş grubu		
32 yaş altı	82	43,4
32 yaş ve üzeri	107	56,6
Eşin eğitim durumu		
İlkokul	22	11,6
Ortaokul	22	11,6
Lise	57	30,2
Üniversite	81	42,9
Yüksek lisans	7	3,7
Toplam	189	100,0

Kadınların evlilik yılı ortalaması 5,8±4,4 (min=1, maks=22) olup, %59,3'ü 1-5 yıl arasında evlidir. Kadınların büyük çoğunluğunun eşleri ile tanışarak evlendiğini (%85,2), çekirdek aile (%93,7) yapısına sahip olduğu ve evlilik uyumlarının iyi (%83,1) olduğu belirlenmiştir. Kadınların eşlerinin yaş ortalaması 32,9±5,4 (min=22, maks=49) olup, %56,6'sı 32 yaş ve üzerindedir. Kadınların eşlerinin %42,9'u üniversite mezunudur (Tablo 2).

Tablo 3. Kadınların Doğurganlık Özelliklerine Göre Dağılımı

Doğurganlık Özellikleri	n	%
Gebelik sayısı		
1 gebelik	82	43,4
2 gebelik	61	32,3
3 ve üzeri gebelik	46	24,3
Doğum sayısı		
1 doğum	95	50,3
2 doğum	69	36,5
3 ve üzeri doğum	25	13,2
Küretaj olma durumu		
Olan	18	9,5
Olmayan	171	90,5
Ölü doğum yapma durumu		
Yapan	3	1,6
Yapmayan	186	98,4
Düşük yapma durumu		
Yapan	24	12,7
Yapmayan	165	87,3
Yaşayan çocuk sayısı		
1 çocuk	96	50,8
2 çocuk	70	37,0
3 ve üzeri çocuk	23	12,2
Gebeliğin istenme durumu		
İstenen gebelik	169	89,4
İstenmeyen gebelik	20	10,6
Gebelikte hastalık yaşama durumu		
Yaşayan	32	16,9
Yaşamayan	157	83,1
Doğum şekli		
Normal doğum	19	10,1
Epizyotomi ile normal doğum	19	10,1
İsteyerek sezaryen	42	22,1
Acil sezaryen	24	12,7
Eski sezaryen	52	27,5
Doktor istemine bağlı sezaryen	33	17,5
Toplam	189	100,0

Araştırmaya katılan kadınların gebelik sayısı ortalaması 2,0±1,3 (min=1, maks=9), doğum sayısı ortalaması 1,7±0,9'dur (min=1, maks=6). Kadınların %43,4'ü ilk kez gebe kaldığını, %50,3'ü ilk kez doğum yaptığını belirtmiştir. Kadınların %9,5'i küretaj, %1,6'sı ölü doğum ve %12,7'si düşük öyküsüne sahiptir. Kadınların yaklaşık yarısının (%50,8) bir yaşayan çocuğu bulunmakta ve %89,4'ü son gebeliğine isteyerek gebe kalmıştır. Kadınların %16,9'unun gebelik döneminde gebeliğe bağlı hastalık yaşadığı saptanmıştır (Tablo 3).

Gebelik döneminde hastalık yaşayan kadınların (n=32) %31,3'ü (n=10) erken doğum tehdidi, %25,0'ı (n=8) preeklampsi, %18,8'i (n=6) gestasyonel diyabetes mellitus, %12,5'i (n=4) hiperemezis, %6,3'ü (n=2) bel fıtığı, %3,1'i (n=1) plasenta previa ve %3,1'i (n=1) gebelik kolestazı yaşadığını ifade etmiştir (Veriler tabloda gösterilmemiştir).

Araştırmada kadınların %10,1'i normal ve %10,1'i epizyotomi ile normal doğum yapmıştır. Kadınların %22,1'si kendi istekleri ile sezaryen olduğunu, %12,7'si acil sezaryena alındığını, %27,5'i eski sezaryena sahip olduğu için ve %17,5'i doktor istemi ile sezaryen doğum yaptığını ifade etmiştir. Kadınların doğurganlık özelliklerine göre dağılımları Tablo 3'de sunulmuştur.

Tablo 4. Kadınların Doğum Sonrası Emzirme Durumuna Göre Dağılımı

Doğum Sonrası Emzirme Durumu	n	%
Emzirme durumu		
Emziren	182	96,3
Emzirmeyen	7	3,7
Bebeğini eşinin yanında emzirme durumu		
Emziren	182	96,3
Emzirmeyen	7	3,7
Toplam	189	100,0

Araştırmaya katılan kadınların büyük çoğunluğu (%96,3) bebeklerini emzirdiğini ve eşinin yanında da emzirmeye devam ettiğini belirtmiştir (Tablo 4).

Tablo 5. Kadınların Annelik Görevi ile Baş Etme ve Bebek Bakımı Konusunda Destek Alma Durumuna Göre Dağılımı

Özellikler	n	%
Annelik görevi ile baş edebilme durumu		
Evet	189	100,0
Hayır	0	0,0
Bebek bakımı için destek alma durumu		
Destek alan	43	22,8
Bazen/kısmen destek alan	25	13,2
Destek almayan	121	64,0
Bebek bakımı için destek alınan kişi (n=68)		
Eş	31	45,6
Anne/kayınvalide	35	51,5
Bakıcı	2	2,9
Toplam	189	100,0

Kadınların tamamı annelik görevi ile baş edebildiğini, %22,8'i bebeğin bakımı için destek aldığını ve %13,2'si kısmen destek aldığını ifade etmiştir. Bebek bakımı için destek alan kadınların (n=68) %51,5'i anne/kayınvalideden ve %45,6'sı eşinden destek aldığını belirtmiştir (Tablo 5).

Tablo 6. Kadınların Ebeveyn Odasında Yatan Çocuğa Sahip Olma Durumuna Göre Dağılımı

Ebeveyn Odasında Yatan Çocuğa Sahip Olma Durumu	n	%
Ebeveyn odasında yatan çocuğunuz var mı?		
Evet	160	84,7
Hayır	29	15,3
Ebeveyn odasında yatan çocuk sayısı (n=160)		
1 çocuk	151	94,4
2 çocuk	9	5,6
Toplam	189	100,0

Kadınların büyük çoğunluğu (%84,7) ebeveyn odasında yatan çocuğu olduğunu belirtmiştir. Ebeveyn odasında yatan çocuğu olan kadınların %94,4'ü bir, %5,6'sı iki çocuk ile ebeveyn odasında yattığı saptanmıştır (Tablo 6).

Tablo 7. Kadınların Doğum Sonrası Kullandıkları Doğum Kontrol Yöntemlerine Göre Dağılımı

Doğum Sonrası	n	%
Doğum kontrol yöntemi kullanma durumu		
Kullanan	144	76,2
Kullanmayan	45	23,8
Kullanılan doğum kontrol yöntemi (n=144)		
Kondom	80	55,5
Geri çekme	48	33,3
Tüpligasyon	7	4,9
Rahim içi araç	4	2,8
Oral kontraseptif	4	2,8
İğne	1	0,7
Toplam	189	100,0

Kadınların %76,2'sinin doğum sonrası dönemde doğum kontrol yöntemi kullandığı saptanmıştır. Doğum kontrol yöntemi kullandığını belirten kadınların %55,5'i kondom ve %33,3'ü geri çekme yöntemi kullanmaktadır. Kadınların doğum sonrası doğum kontrol yöntemi kullanma durumu ve kullanılan yöntemler Tablo 7'de sunulmuştur.

6.1.2. Araştırmanın Birinci Aşamasında Kadınların Cinsel Yaşam Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde kadınların cinsel yaşam özellikleri ve cinsel ilişki sırasında ağrı yaşama özellikleri ile Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği- Kadın ve Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği depresyon bölümünden aldıkları puanlara ilişki bulgular verilmiştir.

Tablo 8. Kadınların Cinsel Yaşam Özelliklerine Göre Dağılımı

Cinsel Yaşam Özellikleri	n	%
Cinsellik hakkında bilgi alma durumu		
Alan	38	20,1
Almayan	151	79,9
Cinsellik hakkında bilgi kaynağı (n=38)		
Öğretmen/öğretim elemanı	21	55,3
Arkadaş	14	36,8
Medya	3	7,9
Cinsellik hakkındaki bilgi düzeyini yeterli bulma durumu		
Çok yeterli	15	7,9
Yeterli	123	65,1
Kararsızım	44	23,3
Yetersiz	6	3,2
Çok yetersiz	1	0,5
Kadınların eşini cinsel olarak algılama durumu		
Çok çekici	28	14,8
Çekici	109	57,7
Kararsızım	45	23,8
Çekici değil	6	3,2
Hiç çekici değil	1	0,5
Eşin cinsel probleminin olma durumu		
Olan	24	12,7
Olmayan	165	87,3
Eşin yaşadığı cinsel problem (n=24)		
Erken boşalma	15	62,5
İlişki sonrası mastürbasyon	2	8,3
Geç boşalma	1	4,2
İsteksizlik	4	16,7
Aşırı istek	2	8,3
Doğum sonrası cinsel ilişkiye başlama zamanı		
40 gün ve altı	66	34,9
41. gün ve üzeri	123	65,1
Toplam	189	100,0

Araştırmaya katılan kadınların %79,9'u daha önce cinsellik hakkında bilgi almadığını ifade etmiştir. Cinsellik hakkında bilgi aldığını belirten kadınların (n=38) %55,3'ü öğretmenlerinden, %36,8'i arkadaşlarından ve %7,9'u medyadan bilgi aldığını belirtmiştir. Kadınların %65,1'i cinsellik hakkındaki bilgi düzeylerinin yeterli seviyede olduğunu söylemiştir. Doğum sonrası dönemde olan kadınların %57,7'si eşini çekici bulduğunu ve %12,7'si eşinde cinsel problem olduğunu ifade etmiştir. Eşinde cinsel problem olduğunu belirten kadınların (n=24) %62,5'inin eşinde erken boşalma ve %16,7'sinde cinsel isteksizlik bulunmaktadır. Kadınların doğum sonrası cinsel ilişkiye başlama zamanı ortalaması 53,2±18,1 gün (min=20, maks=150) olup, %65,1'i doğum sonrası 41. günden sonra cinsel ilişkiye başlamıştır (Tablo 8).

Tablo 9. Kadınların Cinsel İlişki Sırasında Ağrı Yaşama Özelliklerine Göre Dağılımı

Cinsel İlişki Sırasında Ağrı Yaşama Durumu	n	%
Gebelik öncesi		
Yaşayan	26	13,8
Yaşamayan	163	86,2
Gebelik dönemi		
Yaşayan	20	10,6
Yaşamayan	169	89,4
Doğum sonrası		
Yaşayan	45	23,8
Yaşamayan	144	76,2
Toplam	189	100,0
Doğum sonrası ağrı hissedince ne yapıyorsunuz? (n=45)		
İlişkiyi bırakıyor	26	57,8
İlişkiye devam ediyor	19	42,2
Ağrının cinsel ilişkiyi etkileme durumu (n=45)		
Etkiliyor	10	22,2
Etkilemiyor	13	28,9
Bazen etkiliyor	22	48,9

Kadınların %13,8'i gebelik öncesi, %10,6'sı gebelik döneminde ve %23,8'i doğum sonrası dönemde cinsel ilişki sırasında ağrı yaşadığını belirtmiştir. Doğum sonrası cinsel ilişki sırasında ağrı yaşayan kadınların (n=45) %57,8'i ağrı hissedince cinsel ilişkiyi bıraktığını ve %22,2'si ağrı yaşamanın cinsel ilişkisini etkilediğini ifade etmiştir (Tablo 9).

Tablo 10. Kadınların Arizona Cinsel Yaşantılar- Kadın Ölçeği ve Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Depresyon Bölümünden Aldıkları Puanların Dağılımı

Ölçekler	n	%	Ort±SS	Min-maks
Arizona Cinsel Yaşantılar-Kadın Ölçeği				
≤10 puan	27	14,3		
≥11 puan	162	85,7	14,9±3,4	6,0-27,0
Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği- Depresyon				
≤7 puan	177	93,7		
>7 puan	12	6,3	3,7±2,3	0,0-12,0
Toplam	189	100,0		

Araştırmaya katılan kadınların %14,3'ü Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği-Kadın'dan 10 ve altında puan almıştır. Kadınların %6,3'ü Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği deepresyon bölümünden yedi üzeri puan almıştır (Tablo 10).

Araştırmada Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği- Kadın'dan 10 ve altında puan alan 27 kadın ve Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği depresyon bölümünden yedi üzeri puan alan 12 kadın araştırmadan dışlanmıştır. Araştırmanın dahil edilme kriterlerini karşılayan 150 kadın ile araştırmanın ikinci aşamasına devam edilmiştir.

6.2. ARAŞTIRMANIN İKİNCİ AŞAMASINA YÖNELİK BULGULAR

Bu bölümde araştırmanın ikinci aşamasında girişim ve kontrol grubundaki kadınların tanıtıcı özellikleri, cinsel yaşam özellikleri, EX-PLISSIT modeline dayalı yarı yapılandırılmış görüşme atıfları, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği-Kadın ve Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği-Kadın puan ortalamarına yönelik bulgular sunulmuştur.

6.2.1. Girişim ve Kontrol Grubundaki Kadınların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde girişim ve kontrol grubunda yer alan kadınların sosyodemografik, evlilik, doğurganlık özellikleri, emzirme durumu, bebek bakımı konusunda destek alma durumu ve ebeveyn odasında yatan çocuğa sahip olma durumuna ilişkin bulgular verilmiştir.

Tablo 11. Girişim ve Kontrol Grubundaki Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Sosyodemografik Özellikler	Girişim Grubu		Kontrol Grubu		Toplam		Test
	n	%	n	%	n	%	
Yaş grubu							X^2=3,857
30 yaş altı	29	41,4	46	57,5	75	50,0	df=1
30 yaş ve üzeri	41	58,6	34	42,5	75	50,0	p=0,050
Yaş ortalaması	30,7±5,3 (min:19, maks:43)		29,5±5,1 (min:19, maks:45)		30,1±5,2 (min: 19, mak:45)		MWU=-1,593 p=0,111
Eğitim durumu							
İlkokul	7	10,0	12	15,0	19	12,7	
Ortaokul	5	7,1	14	17,5	19	12,7	X^2=13,462
Lise	9	12,9	16	20,0	25	16,7	df=4
Üniversite	45	64,3	28	35,0	73	48,7	**p=0,009**
Yüksek lisans	4	5,7	10	12,5	14	9,3	
Çalışma durumu							X^2=7,406
Çalışan	47	67,1	36	45,0	83	55,3	df=1
Çalışmayan	23	32,9	44	55,0	67	44,7	**p=0,007**
Doğum sonrası çalışmaya başlama durumu							X^2=0,713
Başlayan	7	10,0	5	6,3	12	8,0	df=1
Başlamayan	63	90,0	75	93,7	138	92,0	p=0,398
Algılanan gelir durumu							
Gelir giderden az	9	12,9	13	16,3	22	14,7	X^2=1,101
Gelir gidere eşit	55	78,6	57	71,3	112	74,7	df=2
Gelir giderden fazla	6	8,6	10	12,5	16	10,6	p=0,577
Doğum yeri							X^2=0,964
İl	32	45,7	43	53,8	75	50,0	df=1
İlçe	38	54,3	37	46,3	75	50,0	p=0,326
Beden kitle indeksi							
Normal (18,5-24,9 kg/m^2)	29	41,4	32	40,0	61	40,6	X^2=0,134
Yüksek (25-29,9 kg/m^2)	26	37,2	32	40,0	58	38,7	df=2
Şişman (30-39,9 kg/m^2)	15	21,4	16	20,0	31	20,7	p=0,935
Toplam	70	100,0	80	100,0	150	100,0	

X^2= Ki-kare test, MWU= Mann Whitney U testi

Bu araştırmada girişim grubundaki kadınların %41,4'ü, kontrol grubundaki kadınların %57,5'i 30 yaş altındadır. Yaş grubu açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p=0,050).

Bu çalışmada kadınların yaş ortalaması 30,1±5,2 (min=19, maks=45) olup, girişim (30,7±5,3) ve kontrol (29,5±5,1) grubunun yaş ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p=0,111).

Girişim grubunda olan kadınların %64,3'ü, kontrol grubunda olan kadınların %35,0'ı üniversite mezunu olup, iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır (p=0,009).

Girişim grubundaki kadınların %67,1'i, kontrol grubundaki kadınların %45,0'ı çalıştığını belirtmiş, iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (p=0,007).

Doğum sonrası çalışmaya başlama durumu girişim grubunda %10,0, kontrol grubunda %6,3'dür (p=0,398).

Araştırmaya katılan girişim grubundaki kadınların %78,6'sı, kontrol grubundaki kadınların %71,3'ü gelirlerinin giderlerine eşit olduğunu belirtmiş ve iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p=0,577).

Girişim grubundaki kadınların %45,7'si, kontrol grubundaki kadınların %53,8'i ilde doğmuş ve iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p=0,326).

Kadınların beden kitle indekslerine göre dağılımı incelendiğinde; girişim grubundaki kadınların %41,4'ü, kontrol grubundaki kadınların %40,0'ı normal kiloya sahiptir (p=0,935) (Tablo 11).

Tablo 12. Girişim ve Kontrol Grubundaki Kadınların Evlilik Özelliklerine Göre Dağılımı

Evlilik Özellikleri	Girişim Grubu		Kontrol Grubu		Toplam		Test
	n	%	n	%	n	%	
Evlilik yılı							
1-5 yıl	40	57,1	48	60,0	88	58,7	X^2=1,945
6-10 yıl	23	32,9	20	25,0	43	28,7	df=3
11-15 yıl	5	7,1	10	12,5	15	10,0	p=0,584
16 yıl ve üzeri	2	2,9	2	2,5	4	2,7	
Evlilik yılı ortalaması	5,7±4,1 (min=1, maks=20)		6,0 ±4,5 (min=1, maks=22)		5,5±4,1 (min=1,maks=22)		MWU=-0,253 p=0,801
Evlilik şekli							X^2=0,331
Görücü usulü	12	17,2	11	13,8	23	15,3	df=1
Tanışarak	58	82,8	69	86,2	127	84,7	p=0,565
Aile tipi							X^2=0,285
Çekirdek	67	95,7	75	93,8	142	94,7	df=1
Geniş	3	4,3	5	6,2	8	5,3	p=0,593
Evlilik uyumu							
İyi	60	85,7	66	82,5	126	84,0	X^2=1,015
Orta	10	14,3	13	16,2	23	15,3	df=2
Kötü	0	0,0	1	1,3	1	0,7	p=0,602
Eşin yaş grubu							X^2=10,057
33 yaş altı	23	32,9	47	58,8	70	46,7	df=1
33 yaş ve üstü	47	67,1	33	41,2	80	53,3	**p=0,002**
Eşin yaş ortalaması	34,2±5,2 (min=24,maks=49)		32,1±5,1 (min=22,maks=48)		33,0±5,1 (min=22,maks=4)		MWU=-6,125 **p=0,000**
Eşin eğitim durumu							
İlkokul	5	7,1	11	13,8	16	10,7	
Ortaokul	4	5,8	15	18,8	19	12,7	X^2=14,777
Lise	16	22,9	25	31,3	41	27,3	df=4
Üniversite	40	57,1	28	35,0	68	45,3	**p=0,005**
Yüksek lisans	5	7,1	1	1,3	6	4,0	
Toplam	70	100,0	80	100,0	150	100,0	

X^2= Ki-kare test, MWU= Mann Whitney U testi

Bu araştırmada girişim grubundaki kadınların %57,1'i, kontrol grubundaki kadınların %60,0'ı 1-5 yıl arasında evlidir (p=0,584).

Evlilik yılı ortalaması girişim grubundaki kadınlarda 5,7±4,1 ve kontrol grubunda 6,0±4,5 olup, iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (p=0,801).

Girişim grubunun %82,8'i, kontrol grubunun %86,2'si eşi ile tanışarak evlenmiştir (p=0,565).

Girişim grubundaki kadınların %95,7'si, kontrol grubundaki kadınların %93,8'i çekirdek aile yapısına sahiptir (p=0,593).

Evlilik uyumlarını iyi olarak belirten kadınların oranı girişim grubunda %85,7, kontrol grubunda %82,5'dir (p=0,602).

Girişim grubundaki kadınların %67,1'inin, kontrol grubundaki kadınların %41,2'sinin eşinin yaşı 33 yaş ve üzerindedir (p=0,002).

Araştırmada eşlerin yaş ortalaması girişim grubunda 34,2±5,2 (min=24, maks=49), kontrol grubunda 32,1±5,1 (min=22, maks=48) olup, iki grup arasında eşlerin yaş ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p=0,000)

Eşi üniversite mezunu olan girişim grubundaki kadınların oranı %57,1, kontrol grubundaki kadınların oranı %35,0 olup, eşin eğitim durumu açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (p=0,005) (Tablo 12).

Tablo 13. Girişim ve Kontrol Grubundaki Kadınların Doğurganlık Özelliklerine Göre Dağılımı

Doğurganlık Özellikleri	Girişim Grubu		Kontrol Grubu		Toplam		Test
	n	%	n	%	n	%	
Gebelik sayısı							
1 gebelik	31	44,3	34	42,5	65	43,3	X^2=0,267
2 gebelik	24	34,3	26	32,5	50	33,3	df=2
3 gebelik ve üzeri	15	21,4	20	25,0	35	23,4	p=0,875
Gebelik sayısı ortalaması	2,0±1,4 (min=1,maks=9)		2,1±1,3 (min=1,maks=7)		2,0±1,3 (min=1,maks=9)		MWU=-0,458 p=0,647
Doğum sayısı							
1 doğum	36	51,4	39	48,8	75	50,0	X^2=3,040
2 doğum	29	41,4	28	35,0	57	38,0	df=2
3 doğum ve üzeri	5	7,2	13	16,3	18	12,0	p=0,219
Doğum sayısı ortalaması	1,6±0,8 (min=1,maks=6)		1,8±1,0 (min=1,maks=6)		1,7±0,9 (min=1,maks=6)		MWU=-0,822 p=0,411
Kürtaj olma durumu							X^2=3,348
Olan	10	14,3	5	6,3	15	10,0	df=3
Olmayan	60	85,7	75	93,7	135	90,0	p=0,341
Düşük yapma durumu							X^2=4,704
Yapan	7	10,0	11	13,7	18	12,0	df=4
Yapmayan	63	90,0	69	86,3	132	88,0	p=0,319
Yaşayan çocuk sayısı							
1 çocuk	36	51,4	40	50,0	76	50,7	X^2=2,455
2 çocuk	29	41,5	28	35,0	57	38,0	df=2
3 çocuk ve üzeri	5	7,1	12	15,0	17	11,3	p=0,293
Gebeliğin istenme durumu							X^2=0,061
İstenen gebelik	63	90,0	71	88,8	134	89,3	df=1
İstenmeyen gebelik	7	10,0	9	11,3	16	10,7	p=0,805
Gebelikte hastalık yaşama durumu							X^2=0,287
Yaşayan	10	14,3	14	17,5	24	16,0	df=1
Yaşamayan	60	85,7	66	82,5	126	84,0	p=0,592
Doğum şekli							
Normal doğum	10	14,3	7	8,8	17	11,3	
Epizyotomi ile normal doğum	11	15,7	4	5,0	15	10,0	X^2=9,839
İsteyerek sezaryen	19	27,1	16	20,0	35	23,3	df=5
Acil sezaryen	7	10,0	12	15,0	19	12,7	p=0,080
Eski sezaryen	14	20,0	24	30,0	38	25,3	
Doktor istemine bağlı sezaryen	9	12,9	17	21,3	26	17,4	
Toplam	70	100,0	80	100,0	150	100,0	

X^2= Ki-kare testi, MWU= Mann Whitney U testi

Girişim ve kontrol grubundaki kadınların doğurganlık özellikleri Tablo 13'te sunulmuştur. Araştırmaya katılan girişim grubundaki kadınların %44,3'ü, kontrol grubundaki kadınların %42,5'i bir gebeliğe sahiptir (p=0,875). Gebelik sayısı ortalaması girişim grubunda 2,0±1,4, kontrol grubunda 2,1±1,3 olup, iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p=0,647).

Girişim grubundaki kadınların %51,4'ü, kontrol grubundaki kadınların %48,8'i bir doğum yapmıştır (p=0,219). Kadınların doğum sayısı ortalaması girişim grubunda 1,6±0,8, kontrol grubunda 1,8±1,0 saptanmıştır (p=0,411).

Küretaj öyküsü olan kadın oranı girişim grubunda %14,3, kontrol grubunda %6,3 olarak belirlenmiştir (p=0,341).

Düşük öyküsü oranı girişim grubunda %10,0, kontrol grubunda %13,7 olup, iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p=0,319).

Girişim grubunun %51,4'ü, kontrol grubunun %50,0'ının yaşayan bir çocuğu bulunmaktadır (p=0,293).

Kadınların büyük çoğunluğu (girişim=%90,0, kontrol=%88,8) isteyerek gebe kaldığını ifade etmiş ve iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p=0,805).

Girişim grubundaki kadınların %14,3'ü, kontrol grubundaki kadınların %17,5'i gebeliğinde hastalık yaşadığını belirtmiştir (p=0,592).

Kendi isteği ile sezaryen olan kadınların oranı girişim grubunda %27,1, kontrol grubunda %20,0'dır. Doğum şekli açısından girişim ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p=0,080) (Tablo 13).

Tablo 14. Girişim ve Kontrol Grubundaki Kadınların Doğum Sonrası Emzirme Durumuna Göre Dağılımı

Özellikler	Girişim Grubu		Kontrol Grubu		Toplam		Test
	n	%	n	%	n	%	
Emzirme durumu							X^2=0,446
Emziren	68	97,1	76	95,0	144	96,0	df=1
Emzirmeyen	2	2,9	4	5,0	6	4,0	p=0,504
Bebeğini eşinin yanında emzirme durumu							X^2=0,446
Emziren	68	97,1	76	95,0	144	96,0	df=1
Emzirmeyen	2	2,9	4	5,0	6	4,0	p=0,504
Toplam	70	100,0	80	100,0	150	100,0	

X^2= Ki-kare testi

Bu araştırmada girişim grubundaki kadınların %97,1'i, kontrol grubundaki kadınların %95,0'ı bebeklerini emzirdiğini belirtmiştir. Kadınların büyük çoğunluğu (%96,0) eşinin yanında da emzirmeye devam etmiştir (p=0,504) (Tablo 14).

Tablo 15. Girişim ve Kontrol Grubundaki Kadınların Bebek Bakımı Konusunda Destek Alma Durumuna Göre Dağılımı

Özellikler	Girişim Grubu		Kontrol Grubu		Toplam		Test
	n	%	n	%	n	%	
Bebek bakımı için destek alma durumu							
Destek alan	19	27,1	17	21,3	36	24,0	X^2=0,747
Bazen/kısmen destek alan	9	12,9	12	15,0	21	14,0	df=2
Destek almayan	42	60,0	51	63,8	93	62,0	p=0,688
Bebek bakımı için destek alınan kişi (n=57)							X^2=0,019
Eş	13	46,4	14	48,3	27	47,4	df=1
Anne/kayınvalide	15	53,6	15	51,7	30	52,6	p=0,889
Toplam	70	100,0	80	100,0	150	100,0	

X^2= Ki-kare testi

Girişim grubundaki kadınların %60,0'ı, kontrol grubundaki kadınların %63,8'i bebek bakımı için destek almadığını belirtmiştir (p=0,688).

Bebek bakımı için destek alan girişim grubundaki kadınların %46,4'ü, kontrol grubunda olanların %48,3'ü eşinden destek aldığını ifade etmiş, iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmemiştir (p=0,889) (Tablo 15).

Tablo 16. Girişim ve Kontrol Grubundaki Kadınların Ebeveyn Odasında Yatan Çocuğa Sahip Olma Durumuna Göre Dağılımı

Özellikler	Girişim Grubu		Kontrol Grubu		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	Test
Ebeveyn odasında yatan çocuğunuz var mı?							X^2=0,111
Evet	60	85,7	67	83,7	127	84,7	df=1
Hayır	10	14,3	13	16,3	23	15,3	p=0,739
Ebeveyn odasında yatan çocuk sayısı (n=127)							
1 çocuk	55	91,7	63	94,0	118	92,9	
2 çocuk	5	8,3	4	6,0	9	7,1	
Toplam	70	100,0	80	100,0	150	100,0	

X^2= Ki-kare testi

Girişim grubunda bulunan kadınların %85,7'si, kontrol grubunda bulanan kadınların %83,7'si ebeveyn odasında yatan çocuğu olduğunu belirtmiştir (p=0,739).

Ebeveyn odasında yatan çocuğu olduğunu belirten girişim grubundaki kadınların %91,7'si, kontrol grubundakilerin %94,0'ı bir çocuğunun yattığını belirtmiştir (Tablo 16).

Tablo 17. Girişim ve Kontrol Grubundaki Kadınların Doğum Sonrası Kullandıkları Doğum Kontrol Yöntemlerine Göre Dağılımı

Özellikler	Girişim Grubu		Kontrol Grubu		Toplam		Test
	n	%	n	%	n	%	
Doğum sonrası doğum kontrol yöntemi kullanma durumu							X^2=0,067
Kullanan	53	75,7	62	77,5	115	76,7	df=1
Kullanmayan	17	24,3	18	22,5	35	23,3	p=0,796
Toplam	70	100,0	80	100,0	150	100,0	
Kullanılan doğum kontrol yöntemi (n=125)							
Kondom	28	52,8	37	59,7	65	56,5	
Geri çekme	17	32,1	22	35,5	39	33,9	
Tüpligasyon	5	9,4	1	1,6	6	5,2	
Rahim içi araç	1	1,9	1	1,6	2	1,7	
Oral kontraseptif	2	3,8	0	0,0	2	1,7	
İğne	0	0,0	1	1,6	1	0,9	
Toplam	53	100,0	62	100,0	125	100,0	

X^2= Ki-kare testi

Araştırmaya katılan kadınların doğum sonrası doğum kontrol yöntemi kullanma durumları ve kullanılan yönteme ilişkin bulgular Tablo 17'de sunulmuştur. Girişim grubunda bulunan kadınların %75,7'si, kontrol grubundaki kadınların %77,5'i doğum kontrol yöntemi kullandığını ifade etmiş, iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p=0,796).

Doğum kontrol yöntemi kullanan girişim grubundaki kadınların %52,8'i ve kontrol grubundaki kadınların %59,7'si kondom kullandıklarını belirtmiştir (Tablo 17).

6.2.2. Araştırmanın İkinci Aşamasında Kadınların Cinsel Yaşam Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde girişim ve kontrol grubundaki kadınların cinsel yaşam özellikleri ve cinsel ilişki sırasında ağrı yaşama özelliklerine ilişkin bulgular verilmiştir.

Tablo 18. Girişim ve Kontrol Grubundaki Kadınların Cinsel Yaşam Özelliklerine Göre Dağılımı

Cinsel Yaşam Özellikleri	Girişim Grubu		Kontrol Grubu		Toplam		Test
	n	%	n	%	n	%	
Cinsellik hakkında bilgi alma durumu							X^2=0,682
Alan	17	24,3	15	18,8	32	21,3	df=1
Almayan	53	75,7	65	81,3	118	78,7	p=0,409
Cinsellik hakkında bilgi kaynağı (n=32)							
Öğretmen/öğretim elemanı	11	64,8	8	53,3	19	59,4	
Arkadaş	3	17,6	7	46,7	10	31,2	
Medya	3	17,6	0	0,0	3	9,4	
Cinsellik hakkındaki bilgi düzeyini yeterli bulma durumu							
Yeterli	51	72,9	62	77,5	113	75,4	X^2=5,930
Kararsızım	14	20,0	18	22,5	32	21,3	df=2
Yetersiz	5	7,1	0	0,0	5	3,3	p=0,052
Kadınların eşini cinsel olarak algılama durumu							
Çekici	52	74,3	57	71,3	109	72,7	X^2=3,154
Kararsızım	14	20,0	22	27,5	36	24,0	df=2
Çekici değil	4	5,7	1	1,3	5	3,3	p=0,207
Eşin cinsel probleminin olma durumu							X^2=0,649
Olan	10	14,3	8	10,0	18	12,0	df=1
Olmayan	60	85,7	72	90,0	132	88,0	p=0,420
Eşin yaşadığı cinsel problem (n=18)							
Erken boşalma	6	60,0	5	62,5	11	61,1	
İlişki sonrası mastürbasyon	2	20,0	1	12,5	3	16,6	
Geç boşalma	1	10,0	0	0,0	1	5,6	
İsteksizlik	1	10,0	1	12,5	2	11,1	
Aşırı istek	0	0,0	1	12,5	1	5,6	
Doğum sonrası cinsel ilişkiye başlama zamanı							X^2=2,983
40 gün ve altı	14	20,0	26	32,5	40	26,7	df=1
41. gün ve üzeri	56	80,0	54	67,5	110	73,3	p=0,084
Toplam	70	100,0	80	100,0	150	100,0	

X^2=Ki-kare testi

Araştırmaya katılan girişim grubundaki kadınların %24,3'ü, kontrol grubundaki kadınların %18,8'i daha önce cinsellik hakkında bilgi aldığını belirtmiştir. Cinsellik hakkında bilgi alma durumu bakımından girişim ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p=0,409). Cinsellik hakkında bilgi alan girişim grubundaki kadınların %64,8'i, kontrol grubundaki kadınların %53,3'ü cinsel bilgiyi öğretmen/öğretim elemanından aldığını ifade etmiştir.

Cinsellik hakkında bilgi düzeyini yeterli bulan kadın oranı girişim ve kontrol grubunda sırasıyla %72,9 ve %77,5'tir. Cinsellik hakkında bilgi düzeyini yeterli bulma durumu açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p=0,052).

Bu araştırmada girişim grubundaki kadınların %74,3'ü, kontrol grubundaki kadınların %71,3'ü eşini cinsel olarak çekici bulduğunu ifade etmiştir (p=0,207).

Eşinde cinsel problem olduğunu belirten kadınların oranı girişim grubunda %14,3, kontrol grubunda %10,0'dır (p=0,420). Eşinde cinsel problem olduğunu belirten girişim grubundaki kadınların %60,0'ı, kontrol grubundakilerin %62,5'i eşinde erken boşalma sorunu olduğunu belirtmiştir.

Araştırmada girişim grubunda olan kadınların %80,0'ı, kontrol grubundaki kadınların %67,5'i doğum sonrası 41. günden sonra cinsel ilişkiye başlamış, iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p=0,084). Girişim ve kontrol grubundaki kadınların cinsel yaşam özelliklerine göre dağılımı Tablo 18'de verilmiştir.

Tablo 19. Girişim ve Kontrol Grubundaki Kadınların Cinsel İlişki Sırasında Ağrı Yaşama Özelliklerine Göre Dağılımı

Cinsel İlişki Sırasında Ağrı Yaşama Durumu	Girişim Grubu		Kontrol Grubu		Toplam		Test
	n	%	n	%	n	%	
Gebelik öncesi							X^2=2,284
Yaşayan	7	10,0	15	18,8	22	14,7	df=1
Yaşamayan	63	90,0	65	81,3	128	85,3	p=0,131
Gebelik dönemi							X^2=0,041
Yaşayan	8	11,4	10	12,5	18	12,0	df=1
Yaşamayan	62	88,6	70	87,5	132	88,0	p=0,840
Doğum sonrası							X^2=3,896
Yaşayan	24	34,3	16	20,0	40	26,7	df=1
Yaşamayan	46	65,7	64	80,0	110	73,3	**p=0,048**
Toplam	70	100,0	80	100,0	150	100,0	
Doğum sonrası ağrı hissedince ne yapıyorsunuz? (n=40)							
Cinsel ilişkiyi bırakma							X^2=1,381
Cinsel ilişkiye devam	12	50,0	11	68,8	23	57,5	df=1
etme	12	50,0	5	31,3	17	42,5	p=0,240
Ağrının cinsel ilişkiyi etkileme durumu (n=40)							
Etkiliyor	3	12,5	5	31,3	8	20,0	X^2=2,115
Etkilemiyor	6	25,0	3	18,8	9	22,5	df=2
Bazen etkiliyor	15	62,5	8	50,0	23	57,5	p=0,347
Toplam	24	100,0		100,0	40	100,0	

X^2= Ki-kare testi

Girişim ve kontrol grubundaki kadınların cinsel ilişki sırasında ağrı yaşama durumu Tablo 19'da sunulmuştur. Girişim grubundaki kadınların %10,0'ı, kontrol grubundaki kadınların %18,8'i gebelik öncesi cinsel ilişki sırasında ağrı yaşadığını belirtmiş, iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p=0,131).

Gebelik döneminde cinsel ilişki sırasında ağrı yaşayan kadınların oranı girişim grubunda %11,4, kontrol grubunda %12,5 olup, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (p=0,840).

Doğum sonrası cinsel ilişki sırasında ağrı yaşadığını girişim grubunun %34,3'ü, kontrol grubunun %20,0'ı belirtmiş ve iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (p=0,048).

Doğum sonrası cinsel ilişki sırasında ağrı yaşayan girişim grubundaki kadınların %50,0'ı, kontrol grubundaki kadınların %68,8'i ağrı hissedince cinsel ilişkiyi bıraktığını ifade etmiştir (p=0,240).

Doğum sonrası cinsel ilişki sırasında ağrı yaşayan kadınların %20,0'ı (girişim grubu %12,5, kontrol grubu %31,3) ağrı nedeni ile cinsel ilişkisinin etkilendiğini belirtmiştir. Doğum sonrası cinsel ilişki sırasında ağrı yaşamanın cinsel ilişkiyi etkileme durumu açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p=0,347) (Tablo 19).

6.2.3. EX-PLISSIT Modeline Dayandırılarak Geliştirilen Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formuna Kadınların Verdikleri Yanıtlara Yönelik Bulgular

Bu bölümde kadınların EX-PLISSIT modeline dayandırılarak geliştirilen yarı yapılandırılmış görüşme formunda kadınların cinsel yaşamlarını incelemek amaçlı hazırlanan açık uçlu sorulara kadınların verdikleri yanıtlara ilişkin bulgular sunulmuştur.

Tablo 20. Kadınların "Cinsel Hayatınızı Nasıl Tanımlarsınız? Cinsel Hayatınız Sizin İçin Ne İfade Ediyor?" Sorusuna Verdikleri İfadelerin Dağılımı

Cinsel hayatınızı nasıl tanımlarsınız? Cinsel hayatınız sizin için ne ifade ediyor?	**Atıf Sayısı**
Sevgi ve mutluluk paylaşımı	43
Evlilik ve aile olmanın gerekliliği	30
Yük ve eziyet	11
Üreme aracı	6
Eş tarafından beğenilme	2
Enerji boşaltma	2
Özgür hissetme	1

Kadınların "Cinsel hayatınızı nasıl tanımlarsınız? Cinsel hayatınız sizin için ne ifade ediyor?" sorusuna verdikleri yanıtların yer aldığı ifadeler Tablo 20'de sunulmuştur. Cinselliği sevgi ve mutluluk paylaşımı olarak tanımlayan kadınların ifadelerinin bazıları aşağıda verilmiştir (Atıf sayısı=43).

> *"Güzel. Yani eşimle geçirdiğim özel ve mutlu dakikalar diyebilirim. Tabiki şimdi çocuktan dolayı çok zaman ayıramıyoruz ama ne yalan söyleyeyim ben seviyorum eşimle birlikte olmayı"...*(K7, 35 yaşında, ilkokul mezunu, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği- Kadın ilk değerlendirme puanı 20).

> *"Olmazsa olmaz bence bir ilişkide. Şu anda sevgi ve mutluluk payşalımı, eşimle geçirdiğim özel dakikalar. Şu anda memnunum yani"* …(K25, 28 yaşında, üniversite mezunu, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği- Kadın ilk değerlendirme puanı 14).

Cinselliği evlilik ve aile olmanın gerekliliği olarak belirten (Atıf sayısı=30) kadınların ifadeleri aşağıda yer almaktadır.

> *"Yani karı koca olmanın getirdiği bir şey, evlilikte olmazsa olmaz. Biz de uygun zamanlarda bu işi yapıyoruz*"… (K29, 36 yaşında, ilkokul mezunu, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği- Kadın ilk değerlendirme puanı 19).

> *"Evlilik hayatımızda şöyle söyleyeyim olmazsa olmaz tabiki. Ama böyle çok da muck muck yeni çiftler gibi de değil. Dokuz seneden sonra belirli bir rutine oturuyor. Hadi hemen olsun, o da değil. Olması gerektiği kadar oluyor. Şu an nasıl ifade edeceğimi bilemedim. O şekilde"...* (K52, 33 yaşında, üniversite mezunu, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği- Kadın ilk değerlendirme puanı 16).

> *"Evliliğin temeli cinsel hayat zaten. O olmadan evliliğin yürüyebileceğini hiç düşünmüyorum. Çünkü bu sefer aranızdaki sevgi, saygı azalıyor. Birbirinizi artık böyle evde yokmuş gibi görmeye başlıyorsunuz. Çok onun varlığını kabul etmiyorsunuz. Bir yerden sonra olmamaya başlıyor"...*(K49, 28 yaşında, üniversite mezunu, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği- Kadın ilk değerlendirme puanı 16).

Cinsel yaşamı yük ve eziyet olarak belirten (Atıf sayısı=11) kadınlara ait ifadelerden biri şu şekildedir.

> "*Şu an için yük, dediğim gibi biraz ihtiyaç görme, memnun etme. Ama önceden böyle değildi. Yani aslında sevginin paylaşıldığı özel dakikalar bence. Eş olmanın onayı gibi, ait olma duygusu belki de*"…(K35, 25 yaşında, ilkokul mezunu, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği- Kadın ilk değerlendirme puanı 13).

Cinselliği üreme aracı olarak tanımlayan (Atıf sayısı=6) kadınların ifadelerinden alıntı aşağıda sunulmuştur.

> *"Tabi çocuk yapmak için bayağı uğraştık hemen olmadı, üreme zamanlarımda daha çok birlikte olduk ama o zaman da görev gibi yaptığımız için daha sık yapıyorduk ama bir şey anlamıyorduk. Ya aslında ben çok önemsemiyorum ilişkiyi, olsa da olur olmasa da. Zaten 40 yaşında evlenmişim çok da önemli değil benim için yani. Neyse şükür bebeğimiz oldu, çünkü anne olmayı çok istiyordum. Oldu bitti işte"*…(K19, 43 yaşında, üniversite mezunu, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği- Kadın ilk değerlendirme puanı 15).

Cinselliği eş tarafından beğenilme (Atıf sayısı=2) olarak belirten kadınların ifadeleri şu şekildedir.

> *"Karşı kişi tarafından beğenilmek, yani eşim tarafından beğenilmek" ...*(K41, 32 yaşında, üniversite mezunu, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği- Kadın ilk değerlendirme puanı 18).

Cinselliği enerji boşaltma olarak tanımlayan (Atıf sayısı=2) kadınların ifadelerinden alıntı aşağıda sunulmuştur.

> *"Eşlerin birbirlerine en yakın olduğu, duygularını ve kendilerini en iyi açabildikleri süreç diyebilirim. Enerjilerini boşalttıkları süreç diyebilirim. Yani motive olup yeni güne daha iyi hazırlanabilme ya da tamamen birbirlerine ait hissetme olarak değerlendirebilirim. Bir de bu eş olarak söylüyorum, çünkü anca bu şekilde yaşanabildiği için, yani en azından bizim çevremizde bu şekilde yaşandığı için bu şekilde tanımlayabilirim"...*(K60, 34 yaşında, üniversite mezunu, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği- Kadın ilk değerlendirme puanı 13).

Cinselliği özgürlük olarak belirten (Atıf sayısı=1) kadınların ifadeleri şu şekildedir.

> *"Benim için cinsel hayat, ne bileyim, özgürlüğümü yaşadığım bir an. Beni mutlu eden bir an. Bilmiyorum ama böyle. Şarj oluyorum o anda (gülüyor). Bu kadar anlatabilirim. Mutlu olduğum bir an*"… (K48, 27 yaşında, ortaokul mezunu, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği- Kadın ilk değerlendirme puanı 16).

Tablo 21. Kadınların "Yaşamınızın Herhangi Bir Döneminde Cinsel Sorununuzun Olduğunu Düşünüyor musunuz?" Sorusuna Verdikleri Yanıtların Dağılımı

Yaşamınızın herhangi bir döneminde cinsel sorununuzun olduğunu düşünüyor musunuz?	Atıf Sayısı
Utanma	26
Kendini yetersiz hissetme	22
Cinsel isteksizlik	15
Eşin mastürbasyon yapması	4
Erken boşalma	2
Evliliğin ilk zamanları vajinismus	2
Aldatılma	1
Eşin kronik hastalığı	1
İstenmeyen gebelik	1

Yaşamınızın herhangi bir döneminde cinsel sorununuzun olduğunu düşünüyor musunuz? sorusuna kadınların verdikleri ifadelerde utanma (Atıf sayısı=26), kendini yetersiz hissetme (Atıf sayısı=22), cinsel isteksizlik (Atıf sayısı=15) ve eşin

mastürbasyon yapması (Atıf sayısı=4) en çok dile getirilen sorunlar olup, bu sorunlara yönelik verilen örnek ifadeler aşağıda verilmiştir.

> *"Çok küçük yaşta evlendim ben 13 yaşımda, eşimin yanında hareket etmeye utanırdım, nefes bile sessizce alırdım. Kars ta büyüdük biz, okumadık, evlendik işte ama çok küçüktüm. Yatakta uyurken tuvaletim gelirdi gece adam uyanacak diye kalkamazdım sabaha kadar tutardım. Ne günler yaşadık, şimdi bu günlerim benim için çok çok iyi yani."*…(K27, 26 yaşında, ortaokul mezunu, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği- Kadın ilk değerlendirme puanı 19).

> *"Sorun olarak mı geçer bilmiyorum ama ilişki sonrası utangaçlık oluyor bende. İlişki sırasında bir şey yok, kendimi rahat bırakıyorum ama her şey bittikten sonra utanıyorum. Eşimin yüzüne bakamıyorum."*…(K3, 36 yaşında, ilkokul mezunu, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği- Kadın ilk değerlendirme puanı 16).

Yaşamında cinsel sorununun kendini yetersiz hissetme olarak belirten kadınların ifadelerinden örnek alıntılar aşağıda sunulmuştur.

> *"Bazen eksik olduğumu düşünüyorum, eksik miyim acaba, ona yetebiliyor muyum, tatmin edebiliyor muyum, daha mutlu edebilir miyim diye sürekli kendime soruyorum, bu düşüncelerim oluyor. Bazen soruyorum, mutlu musun, biz iyiyiz di mi diye. Mutlu olduğunu söylüyor, yani aksini söylemiyor. Cinsel birleşme sırasında ben de çok mutlu oluyorum aslında, hani ilişki de karşılıklı oluyor ya o mutlu oluyorsa onun mutluluğu bana da geçebiliyor. Ama bazen düşünüyorum acaba eksik birşeyler var mı diye."...*(K25, 28 yaşında, üniversite mezunu, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği- Kadın ilk değerlendirme puanı 14).

> *"Şöyle o benim isteksiz olduğumu söylüyor, benim utangaç olduğumu rahat olmam gerektiğini söylüyor. Aslında isteksiz değilim ama karşı tarafın söylemesini, istemesini bekliyorum. Ama benim de rahat olmam lazım bunu biliyorum ama olamıyorum*"…(K11, 28 yaşında, üniversite mezunu, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği- Kadın ilk değerlendirme puanı 12).

Cinsel sorununu eşin ilişki sonrası mastürbasyon yapması ve yetersiz olduğunu düşünen kadınların ifadelerinden örnek alıntı aşağıda verilmiştir.

> *"İlişki sonrası eşim mastürbasyon yaparken gördüm. Önce tuhafıma gitti, sonra biraz üzüldüm. Acaba yetmiyor muyum ona diye. Bu hep böylemi devam edecek diye endişeleniyorum açıkçası.*"…(K1, 33 yaşında, üniversite mezunu, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği- Kadın ilk değerlendirme puanı 16).

Tablo 22. Kadınların "Gebelik Öncesi Genel Olarak Cinsel Yaşamınız Nasıldı?" Sorusuna Verdikleri Yanıtların Dağılımı

Gebelik öncesi genel olarak cinsel yaşamınız nasıldı?	Atıf Sayısı
Aktif ve güzel	58
Rahat	14
Gebe kalmaya odaklı	2
Eşte erken boşalma sorunu	2

Kadınların "Gebelik öncesi genel olarak cinsel yaşamınız nasıldı?" sorusuna verdikleri ifadeler aktif ve güzel (Atıf sayısı=58), rahat (Atıf sayısı=14), gebe kalmaya odaklı (Atıf sayısı=2) ve eşin erken boşalma sorunudur (Atıf sayısı=2). Gebelik öncesi dönemde cinsel yaşamını aktif ve güzel olarak tanımlayan kadınların ifadelerinden bazıları şu şekildedir.

> *"Yani aktifti genel olarak, haftada en az 3-4 defa ilişkiye giriyorduk, memnundum yani"...* (K41, 32 yaşında, üniversite mezunu, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği- Kadın ilk değerlendirme puanı 18).

> *"Gebelik öncesi oldukça iyiydi. Haftada 3 defa ilişkiye girerdik genelde ve gayet de tatmin edici olurdu"...*(K16, 42 yaşında, ilkokul mezunu, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği- Kadın ilk değerlendirme puanı 16).

Gebelik öncesi dönemde cinsel yaşamını rahat olarak tanımlayan kadınların ifadelerinden alıntı aşağıda sunulmuştur.

> *"Bir sıkıntımız yoktu. Canımız ne zaman isterse o zaman; zaman, mekan çok sıkıntı olmuyordu. Çünkü hani çocuk yok, gurbettesin rahatsın, gelmek isteyenin yok o şekilde, canımız ne zaman isterse o zaman"...* (K52, 33 yaşında, üniversite mezunu, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği- Kadın ilk değerlendirme puanı 16).

Gebelik öncesi cinsel yaşantısını gebe kalmaya odaklı olarak belirten kadınların ifadelerinden örnek aşağıda sunulmuştur.

> *"Yaşım geç olduğu için hiç korunmayı düşünmedim mesela. Çocuk da hemen olmadı o bizde stres yarattı. Yani gebe kalana kadar tüm cinsel ilişkim gebe kalmaya odaklıydı"...* (K31, 35 yaşında, üniversite mezunu, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği- Kadın ilk değerlendirme puanı 15).

Gebelik öncesi dönemde cinsel yaşantısında eşinin erken boşalma problemi yaşadığını belirten kadınların ifadelerinden alıntı şu şekildedir.

"İlk evlendiğimiz zamanlar hamile olmadan önce, erken boşalma oluyordu. Ama şimdi düzeldi gibi, geç oluyor artık"...(K51, 19 yaşında, ortaokul mezunu, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği- Kadın ilk değerlendirme puanı 13).

Tablo 23. Kadınların "Gebelik Döneminde Genel Olarak Cinsel Yaşamınız Nasıldı? Gebelik Cinsel Yaşamınızı Nasıl Etkiledi?" Sorularına Verdikleri Yanıtların Dağılımı

Gebelik döneminde genel olarak cinsel yaşamınız nasıldı? Gebelik cinsel yaşamınızı nasıl etkiledi?	**Atıf Sayısı**
Bebeğe zarar verme korkusu	38
İlişkiden memnun olunması	35
Cinsel isteksizlik	15
Ağrı ve enfeksiyon	8
Düşük riski	6
Aldatılma	4
Tiksinme	4
Kanama	4
Eş ile ayrı yatma	3
Eşin isteksizliği	1

Gebelik döneminde bebeğe zarar verme korkusu yaşandığı (Atıf sayısı=38) için cinsel ilişkisinin etkilendiği belirten kadınların ifadelerinden bazıları aşağıda verilmiştir.

"Gebelik döneminde ilk aylar ben ilişkiye girmek istemedim, bir şey olur diye korktum, eşim de bir şey demedi. İstekli değildim. Ama sonra istek oldu ben de bu defa da kanamam oldu biraz doktor yasak koydu, Yani gebelik döneminde ilişki yaşamadık. Olumsuz etkilendi bizim için"... (K59, 31 yaşında, üniversite mezunu, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği- Kadın ilk değerlendirme puanı 14).

"Eşim çok sıkıntılıydı, bebeğe bir şey olacak diye ilişkiye girmek istemiyordu, aslında ben rahattım ama o beni de etkiliyordu. İlk zamanlarda mesela düşük olur diye yapmak istemiyordu"... (K25, 28 yaşında, üniversite mezunu, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği- Kadın ilk değerlendirme puanı 14).

Gebelik döneminde cinsel yaşantısından memnun olduğunu belirten (Atıf sayısı=35) kadınların ifadelerinden alıntı aşağıda sunulmuştur.

"Gebelikte de bir sıkıntım olmadı. Normal doğum istiyordum zaten, ilişki kısıtlaması da yoktu. Gayet rahat devam ettik. Gebelik bizim cinsel ilişkimizi etkilemedi"... (K14, 24 yaşında, üniversite mezunu, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği- Kadın ilk değerlendirme puanı 15).

Gebelik döneminde cinsel yaşantısında cinsel isteksizlik yaşadığını söyleyen (Atıf sayısı=15) kadınların ifadelerinden örnek aşağıda verilmiştir.

"İsteksizlik vardı zaten bende. Hormonlardan dolayı olduğunu düşündüm bende. Ona da anlatmaya çalıştım. O da sağ olsun hep anlayışla karşıladı beni"... (K23, 24 yaşında, lise mezunu, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği- Kadın ilk değerlendirme puanı 15).

Gebelik döneminde cinsel yaşamının ağrı ve enfeksiyon nedeniyle etkilendiğini belirten kadınların ifadelerinden alıntı şu şekildedir.

"İlk aylar benim için ağrılı oldu. Daha sonraki denemelerimizde yanma oldu. Akıntım çok fazlaydı, enfeksiyon kapmıştım, yine ertelendi ilişki. Son aylarda gayet iyidi, ağrım olmadı" …(K61, 26 yaşında, üniversite mezunu, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği- Kadın ilk değerlendirme puanı 14).

Gebelik döneminde düşük riski yaşanması nedeniyle cinsel ilişkisinin etkilendiğini belirten kadınların ifadelerinden örnek aşağıda sunulmuştur.

"İlk dönemde benim kanamam gelmişti o zaman bir risk vardı. Onun korkusu vardı işte. Ne olur ne olmaz diye ondan dolayı çok fazla şey değildi, hani gene oluyordu da arada, düşer mi eder mi diye korkum oluyordu"... (K46, 33 yaşında, üniversite mezunu, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği- Kadın ilk değerlendirme puanı 14).

Kadınların "Gebelik döneminde genel olarak cinsel yaşamınız nasıldı? Gebelik cinsel yaşamınızı nasıl etkiledi?" sorularına verdikleri yanıtlar Tablo 23'te sunulmuştur.

Tablo 24. Kadınların "Doğum Sonrası Cinsel İlişkiye Başlarken Kendinizi Nasıl Hissettiniz?" Sorusuna Verdikleri Yanıtların Dağılımı

Doğum sonrası cinsel ilişkiye başlarken kendinizi nasıl hissettiniz?	Atıf Sayısı
İsteksizlik ve hazır hissetmeme	153
İsteklilik ve hazır hissetme	87
Eşini mutlu etmek için cinsel ilişki yaşama	40
Kadınlık görevi olarak görme	2

Doğum sonrası cinsel ilişkiye başlarken kendinizi nasıl hissettiniz? sorusuna verdikleri yanıtlar Tablo 24'te verilmiştir. Kadınların doğum sonrası cinsel ilişkiye kendini hazır hissetmeden başladığını belirten kadınların ifadelerinden bazıları aşağıda sunulmuştur (Atıf sayısı=153).

> *"Doğum sonrası ilişkiye başlarken çok zorlandım, kendimi rahat hissetmedim. Hatta ilk defa ilişkiye başlamış gibiydim. İstek de yoktu ama eşimin artık ihtiyacı olduğu için katlandım. Allahtan eşim çok anlayışlı, beni hep bu zamana kadar idare etti, artık ben de onun için bir şeylere katlanmam gerekiyor diye düşünüyorum"...*(K16, 42 yaşında, ilkokul mezunu, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği- Kadın ilk değerlendirme puanı 16).

> *"Benim için oldukça zor oldu. Zaten hemen başlayamadık. 2 ay sonra girdik. İlk ilişkilerim çok ağrılı oldu, ama sonradan geçti. İsteksizlik çok vardı bende"...*(K4, 34 yaşında, üniversite mezunu, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği- Kadın ilk değerlendirme puanı 16).

Doğum sonrası cinsel ilişkiye başlarken kendini hazır ve istekli hisseden (Atıf sayısı=87) kadınların ifadelerinden örnek atıflar aşağıda sunulmuştur.

> *"Yani dediğim gibi uzun bir ara verdik, birbirimizi ihmal ettik, o yüzden ben de istekliyim, sadece hayat yorucu ve zaman bulmak zor ama istekliyim"*…(K59, 31 yaşında, üniversite mezunu, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği- Kadın ilk değerlendirme puanı 14).

> *"Hazırdım bence, öyle düşünüyorum (gülüyor). Değişik bir deneyim oldu ama (yani ilk kez ilişki yaşıyormuş gibi olduğu için) zorlanmadım. Yani sadece o istediği için olmadı, ben de istedim. Uzun bir ara vermiştik çünkü. Bence güzeldi, sıkıntı yoktu"...* (K7, 35 yaşında, ilkokul mezunu, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği- Kadın ilk değerlendirme puanı 20).

Doğum sonrası kadınların cinsel ilişkiye eşlerini memnun etmek için başlayan kadınların ifadelerinden örnekler şu şekildedir.

> *"Çok hazır olduğumu söyleyemem ama eşimi artık düşünmek zorundaydım. Adamcağız zaten evlendik çok fazla ilişki yaşamadan gebe kaldım, gebelikte de çok az ilişkide bulunduk, daha fazla uzatamazdım. Biraz onun için ilişki yaşadım yani"...* (K13, 24 yaşında, üniversite mezunu, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği- Kadın ilk değerlendirme puanı 15).

> *"Eşim istiyordu sadece. Eşim istediği için ilişkiye girdim sadece. Onu mutlu etmek için yaptım. Çünkü çok uzun zaman oldu, çok uzamıştı yani o süreç ve onun mutlu olmasını istediğim için yaptım. Aklım bebekteydi, acılarım çoktu, o dönemi rahat geçiremedim. Beni rahat bıraksa mesela bir 3-5 ay daha olmazdı herhalde. Ama o çok istiyordu, o mutlu olsun diye tamam dedim"...*
> (K25, 28 yaşında, üniversite mezunu, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği- Kadın ilk değerlendirme puanı 14).

Doğum sonrası cinsel ilişkiye başlama nedenini kadınlık görevi olarak gören kadınların ifadelerinden örnek aşağıda verilmiştir.

> "*Kadınlık görevim sonucunda, sorun olmadı. Bana kalsa belki altı ay istemem de sonucunda adamlar öyle değil, onların daha çok ihtiyacı oluyor, eş olarak düşünmem gerek, istediğinde yapıyoruz"...*(K29, 36 yaşında, ilkokul mezunu, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği- Kadın ilk değerlendirme puanı 19).

Tablo 25. Kadınların "Doğum Sonrası Dönem Cinsel Yaşamınızı Nasıl Etkiledi? Bu Konuda Konuşmak İster misiniz?" Sorusuna Verdikleri Yanıtların Dağılımı

Kadınların doğum sonrası dönem cinsel yaşamınızı nasıl etkiledi? Bu konuda konuşmak ister misiniz?	**Atıf Sayısı**
Uykusuzluk ve yorgunluk	123
Cinsel ilişki sırasında çocuğun uyanması/ağlaması	49
Zevk almama	33
Partner ilişkisinin etkilenmesi/ayrı yatma	25
İlişkinin sarsılması	1

Doğum sonrası cinsel yaşantısının uykusuzluk ve yorgunluk nedeni ile etkilendiğini belirten (Atıf sayısı=123) kadınların ifadelerinden örnekler aşağıda sunulmuştur.

> *"Şu an en büyük sıkıntı aslında çocukların ikisinin de küçük olması, vakit pek yok. Özellikle oğlum (1,5 yaşında) uyanınca evin içinde beni arıyor, başka odaya gitsek bile kaçak dövüş ilişki yaşıyoruz eşimle. Tabi bir de ben çok yorgun oluyorum. İkisi de küçük ilgi bekliyor. Yorgunluktan bize pek vakit kalmıyor yani"...*(K15, 35 yaşında, üniversite mezunu, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği- Kadın ilk değerlendirme puanı 15).

> *"Yorgunluk ve zamansızlıktan fırsat bulamıyoruz pek. En büyük sorun bunlar bizi hayatımızda. Eşimin vardiyalı çalışması da çok etkiliyor. Düzenli saati olsa belki biraz daha iyi olur. Ya bebek uyurken o da uyuyor oluyor ya da işte oluyor"...* (K57, 28 yaşında, ortaokul mezunu, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği- Kadın ilk değerlendirme puanı 16).

Doğum sonrası cinsel ilişki sırasında çocuğun uyanması ve ağlaması nedeniyle cinsel yaşantısının etkilendiğini ifade eden (Atıf sayısı=49) kadınların verdikleri yanıtlardan örnekler şu şekildedir.

> *"Çocuğun uyanıp ağlaması beni çok tedirgin ediyor, aklım sürekli onda, bu yüzden acele ediyoruz. Zaten benim de işime yarıyor bu, olsun bitsin*

işte"…(K30, 23 yaşında, lise mezunu, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği- Kadın ilk değerlendirme puanı 16).

"Bebek daha sakin olsa bu kadar etkilenmezdim. Diğer çocuğumda böyle olmadı, o güzel uyuyordu. Ama bu uyumuyor, diğer çocuk da ilgi bekliyor. Kadının yükü ağır bu dönemde, cinsellikten sanırım biraz uzak kalıyoruz bu yüzden"...(K68, 30 yaşında, üniversite mezunu, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği- Kadın ilk değerlendirme puanı 17).

Doğum sonrası cinsel yaşantısından zevk almadığını (Atıf sayısı=33) belirten kadınlardan birinin ifadesi aşağıda sunulmuştur.

"Havalar çok sıcak olduğu için klimalı odada bebekle beraber yatıyoruz ama ilişki olacaksa kendi odamıza gidiyoruz. Ama yine acele ediyoruz, çünkü sanki bebek anlıyor da uyanıyor gibi (gülüyor), başlıyor ağlamaya. Ben abdest alacağım daha diye hızlıca oluyor yine. Zaten benim aklım hep bebekte, hiç kendimi veremiyorum ilişkiye. Bu yüzden zevk de almıyorum"...(K7, 35 yaşında, ilkokul mezunu, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği- Kadın ilk değerlendirme puanı 20).

Tablo 26. Kadınların "Doğum Sonrası Sizin ve Eşinizin Cinsel İlişkiye Karşı Tutumunuz Nasıldı?" Sorusuna Verdikleri Yanıtların Dağılımı

Doğum sonrası sizin ve eşinizin cinsel ilişkiye karşı tutumunuz nasıldı?	**Atıf Sayısı**
Cinsel isteksizlik/yorgunluk	153
Zaman ayıramama/ilişkinin kısa sürmesi	133
Fırsat buldukça cinsel ilişki yaşama	87

Doğum sonrası kadınların ve eşlerinin cinsel ilişkiye karşı tutumlarına yönelik verdikleri yanıtlar Tablo 26'da sunulmuştur. Kadınların doğum sonrası cinsel ilişkiye karşı isteksiz ve yorgun (Atıf sayısı=153) olduklarını ifade ettikleri yanıtlardan örnek atıf şu şekildedir.

"Çok daha ateşli bir ilişkimiz vardı benim tarafımca o ateş azaldı çünkü çocuk uyumuyor ve ben uykusuzluktan ölüyorum. Eşim zaten çok çalışıyor, o daha sakin yapıya sahip, herhalde onca çok bir değişiklik yok ama ben yorgunluk ve uykusuzluktan cinselliğe çok da düşkün değilim bu aralar"... (K14, 24 yaşında, üniversite mezunu, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği- Kadın ilk değerlendirme puanı 15).

"İkimizin de birbirini gördüğü yok yorgunluktan. O yüzden bir tutumumuz yok. Aynı yatakta yatamayacak durumdayız, çünkü çocuk uyumuyor, eşim gececi oluyor, gündüzde oluyor. O yüzden o gidiyor yatıyor. Ben sabah

*yatıyorum, o kalkıyor işe gidiyor. Çok birbirimizi göremiyoruz"...(*K37, 36 yaşında, ortaokul mezunu, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği- Kadın ilk değerlendirme puanı 16).

Kadınların doğum sonrası cinsel ilişkiye karşı tutumlarının zaman ayıramama ve ilişkinin kısa sürmesi (Atıf sayısı=133) olarak belirten kadınların ifadeleri aşağıda verilmiştir.

"Bebekten dolayı ilgi biraz bebeğe kaydı ama yine de birbirimizi seviyoruz ve mutlu olmak için ilişkiye giriyoruz. Ama her istediğimiz zaman ilişkiye giremiyoruz, çocuklar uyanacak diye biraz hızlı oluyor. Gebelikten önce daha rahattık. Tabi tek çocuk vardı. Şimdi iki oldu, bebek küçük diye zaten sık sık emiyor, uyanıyor. Yani fırsat buldukça yapıyoruz (gülüyor)"...(K3, 36 yaşında, ilkokul mezunu, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği- Kadın ilk değerlendirme puanı 16).

"Cinsel hayata zaman elbette ayırmamız gerekiyor ama bunu daha çok hafta sonuna ayırıyoruz biz bu zamanı, yani hafta içi çünkü işe gidiyoruz yoruluyoruz, yorgunluğun üzerine tamam yaşanıyor ama kalkıp abdest almak istemiyorsunuz. O yüzden ertelesek mi diyorsunuz, hafta sonuna atıyorsunuz"... (K49, 28 yaşında, üniversite mezunu, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği- Kadın ilk değerlendirme puanı 16).

Doğum sonrası cinsel ilişkiye karşı tutumunun fırsat buldukça cinsel ilişki yaşama (Atıf sayısı=87) olarak belirten kadınların ifadelerinden örnek şu şekildedir.

"İkimiz için de olumsuz bir tutum yok aslında ama, ilişki sıklığımız azaldı, ilişki süresi kısaldı, yani haftada bir defa falan oluyor o da hızlı hızlı çocuk uyanmasın diye oluyor bitiyor. Ben pek bir şey anlamıyorum, bana yorgunluğu kalıyor sadece (gülüyor)"… (K24, 27 yaşında, üniversite mezunu, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği- Kadın ilk değerlendirme puanı 14).

Tablo 27. Kadınların "Doğum Sonrası Dönemde Kadınlar Cinsel Yaşamları Hakkında Bazı Endişeler Yaşayabilir. Sizin Endişe Duyduğunuz Konular Neler?" Sorusuna Verdikleri Yanıtların Dağılımı

Doğum sonrası dönemde kadınlar cinsel yaşamları hakkında bazı endişeler yaşayabilirler. Sizin endişe duyduğunuz konular neler?	**Atıf Sayısı**
Eş için yeterli olmama/aldatılma	22
Gebe kalma korkusu	15
Kendini güzel ve seksi bulmama	11
Eskisi gibi olamama	8

Kadınların doğum sonrası cinsel yaşamları hakkında endişe duyduğu konulardan eş için yeterli olmama ve aldatılma (Atıf sayısı=22) olarak belirten kadınların ifadelerinden alıntı şu şekildedir.

> *"Benim en çok korktuğum, eşimin gözünün dışarda olması. Bu yüzden yatakta onu mutlu etmeye çalışıyorum. Bir de biraz temizliğe dikkat ettiğim için ilişki öncesi mutlaka duş alıyorum. Çocuk olmadan önce çok problem değildi ama şimdi duş al, ilişki yaşa, sonra tekrar duş al. Bayağı benim zamanımı alıyor. Çocuk uyanacak diye tedirgin oluyorum"*...(K3, 36 yaşında, ilkokul mezunu, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği- Kadın ilk değerlendirme puanı 16).

Doğum sonrası cinsel yaşam ile ilgili endişelerini tekrar gebe kalma korkusu (Atıf sayısı=15) olarak belirten kadınların ifadelerinden örnek alıntı aşağıda sunulmuştur.

> *"Tekrar gebe kalma korkum var. Geri çekme yöntemi ile korunduk, orda eşim kendine çok güveniyor. Kontrolü kendinde olduğu için kendinden emin. Ama benim hiç zevk aldığım bir yöntem değil. Çünkü tam mutlu olduğum anda geri çekiliyor ve ben yarım kalıyorum. Hatta spiral taktırırsak bile o %1'lik gebe kalma ihtimaline karşı ben yine geri çekilirim diyor. O zaman ne anladım ben spiralden, yine aynı şey olacak. Oysa düşündüğümde en güzel cinsel yaşantı dönemimiz gebe kalmaya çalışırken ki dönemdi, çünkü ikimiz de gebelik oluşacak diye korku yaşamadan rahat rahat zevk alarak ilişki yaşıyorduk. Eşimle de paylaşıyorum bunları, tamam diyor ama çok takıntılı ya gebe kalırsan diyor ve biz bir daha çocuk aldırmak istemiyoruz"* …(K25, 28 yaşında, üniversite mezunu, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği- Kadın ilk değerlendirme puanı 14).

Kadınların doğum sonrası cinsel yaşamlarında endişe duyduğu konu olarak kendini güzel ve seksi bulmama (Atıf sayısı=11) olarak belirten kadınların ifadelerinden örnek aşağıda verilmiştir.

> *"Benim sorunum isteksizlikten öte memelerimi sürekli sağdığım için kendimi inek gibi hissediyorum, seksi bulmuyorum yani, adam da beni öyle hep sağarken görüyor ona da seksi gelmiyorumdur, belki de ondan biraz uzak duruyor"...*(K26, 39 yaşında, üniversite mezunu, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği- Kadın ilk değerlendirme puanı 15).

Doğum sonrası cinsel yaşamının eskisi olmaması endişesinin olduğunu belirten (Atıf sayısı=8) kadınların ifadesi şu şekildedir.

> *"Eskisi gibi olmaması endişelendiriyor. Ben duygusal biriyim, robot gibi sadece eşimle ilişkiye girmek istemiyorum. Bence cinsellikte ikimiz de zevk almalıyız"*…(K35, 25 yaşında, ilkokul mezunu, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği- Kadın ilk değerlendirme puanı 13).

Tablo 28. Kadınların "Doğum Sonrası Dönemde Annelerin Özellikle İlgileri Bebeğe Yönelik Olduğundan ve Hormonların Etkisiyle Cinsel İsteklerinde Azalma Olabilmektedir. Sizin Cinsel İsteğiniz Hakkında Konuşmamızı İster misiniz?" Sorusuna Verdikleri Yanıtların Dağılımı

Doğum sonrası dönemde annelerin özellikle ilgileri bebeğe yönelik olduğundan ve hormonların etkisiyle cinsel isteklerinde azalma olabilmektedir. Sizin cinsel isteğiniz hakkında konuşmamızı ister misiniz?	**Atıf Sayısı**
Cinsel isteksizlik yaşama	153
Cinsel isteksizlik yaşamama	87

Doğum sonrası dönemde kadınların cinsel isteksizlik yaşadığını (Atıf sayısı=153) belirten kadınların ifadelerinden alıntı şu şekildedir.

> *"Evet, ağrı ve isteksizlik olduğunu söylemiştim zaten. Çocuk da iki saat arayla kalktığı için, ilişki sonrası banyoya girip abdest alma derdi de var, bu yüzden olacaksa da hemen olsun bitsin diyorum"*…(K16, 42 yaşında, ilkokul mezunu, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği- Kadın ilk değerlendirme puanı 16).

> *"Ben olmasa da olur diyorum yani, Hiç istek yok bende şu an. Hamileyken hatta daha çok istiyordum, neden bilmiyorum ama hamileyken daha çok istek vardı. Şimdi doğumdan sonra hiç istek yok*"…(K42, 19 yaşında, ortaokul mezunu, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği- Kadın ilk değerlendirme puanı 15).

Doğum sonrası dönemde cinsel isteksizlik yaşamayan kadınların (Atıf sayısı=87) belirten ifadelerinden örnek aşağıda verilmiştir.

> *"Gebelik öncesi çok, istekliydim, doğum sonrasında da bu devam ediyor"*…(K32, 33 yaşında, lise mezunu, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği- Kadın ilk değerlendirme puanı 17).

> *"İsteksiz değilim aslında ama yani ilişki olacaksa kaliteli olsun istiyorum, hızlıca yapıp bitirmek istemiyorum, o zaman ben bir şey anlamıyorum zaten"*…(K20, 29 yaşında, üniversite mezunu, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği- Kadın ilk değerlendirme puanı 14).

Tablo 29. Kadınların "Doğum Sonrası Cinsel İlişki Sırasında Rahatsız Olduğunuz Bir Durum Oluyor mu? Anlatmak İster misiniz?" Sorusuna Verdikleri Yanıtların Dağılımı

Doğum sonrası cinsel ilişki sırasında rahatsız olduğunuz bir durum oluyor mu? Anlatmak ister misiniz?	Atıf Sayısı
Ağrı	58
İlişki sırasında çocuğun uyanması/görme korkusu	49
İlişkiye kendinin verememe/zevk alamama	36
Evin kalabalık olması	25
Vajinal kuruluk	11
Prematür ejakülasyon	6
Memelerde hassasiyet	2

Doğum sonrası dönemde kadınların cinsel ilişki sırasında rahatsız oldukları durumlar Tablo 29'da verilmiştir. Doğum sonrası cinsel ilişki sırasında ağrı yaşadığını (Atıf sayısı=58) belirten kadınların ifadeleri aşağıda sunulmuştur.

> *"Sadece şöyle gebelik döneminde çok fazla ilişkiye giremedim ben, çok ağrı hissediyorum diye, eşim de zaten bu durumu hiçbir zaman şey yapmadı. Doğum sonrası ilişki sırasında biraz ağrı yaşadım o da artık yavaş yavaş azalıyor"*…(K10, 24 yaşında, üniversite mezunu, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği- Kadın ilk değerlendirme puanı 17).

Doğum sonrası cinsel ilişki sırasında bebeğin uyanması ve görmesi korkusu nedeni ile rahat edemediğini belirten (Atıf sayısı=49) kadınların ifadelerinden alıntı şu şekildedir.

> *"Ortam pek ilişkiye göre olamıyor. Evimizde doğal gaz yok. Yatak odası sıcak sadece, bebekle aynı odada olmak zorunda kalıyoruz. Bu da pek uygun ortam yaratmıyor. Rahat olamıyorum. Bebeğin beşiğini biraz bize uzak duruyor ama yine de görmesin diye onun yatağına yastık koyuyorum, rahat edemiyorum. Hem ön sevişme çok olamıyor ağlıyor hemen uyanıyor. Bizi görür mü sesimizi duyar mı diye hiç rahat edemiyorum"*...(K61, 26 yaşında, üniversite mezunu, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği- Kadın ilk değerlendirme puanı 14).

> *"Mesela eşim doluyor, ilişki sırasında çocuğun ağlaması araya giriyor, onun boşalmasını engelliyor, büyük çocuk aynı şekilde, uyanıp yanımıza gelecek diye korkuyoruz, görmemesini istiyoruz, çünkü artık aklı yetiyor (3 yaşında), ee küçük ağlıyor emmek istiyor, o şekilde yalnız kalamıyoruz. İlişkimiz çok sarsıldı"...*(K38, 20 yaşında, lise mezunu, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği- Kadın ilk değerlendirme puanı 17).

Kadınların bazıları doğum sonrası cinsel ilişki sırasında ilişkiye kendini verememe ve zevk alamama (Atıf sayısı=36) durumundan rahatsız olduğunu belirtmiş ve örnek ifadeler aşağıda sunulmuştur.

> *"İlk ilişkilerimdeki kadar değil ama evet aklım çocukta oluyor ve kendimi ilişkiye veremiyorum, orgazm taklidi yapıyorum bazen. Malesef hala kendimi ilişkiye tam olarak veremiyorum"* …(K25, 28 yaşında, üniversite mezunu, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği- Kadın ilk değerlendirme puanı 14).

> *"Tabi bebekten dolayı çok rahat değiliz. Bazen gece hiç uyumuyor ve o zaman çok yoruluyoruz zaten, ikimizin de aklına gelmiyor. Uyuduğu zamanlarda da uyanacak diye hızlı hareket ediyoruz, ben çok bir şey anlamıyorum, çok haz almıyorum "*…(K20, 29 yaşında, üniversite mezunu, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği- Kadın ilk değerlendirme puanı 14).

Doğum sonrası evin kalabalık olması (Atıf sayısı=25) nedeni ile cinsel ilişki sırasında rahatsız olduğunu belirten kadınların ifadelerinden bazıları verilmiştir.

> *"Şimdi şöyle bir şey var, ben şu an kayınvalidemle oturuyorum, çocuk var, ondan dolayı şimdi çocuk ağladığı zaman uuuu yani sonuçta tek başımıza olsak hani eşim idare edebilir. Mesela bizim inancımıza göre abdest almadan çocuk emzirilmez. Ondan dolayı onun verdiği bir tedirginlik de oluyor. Bunlardan dolayı, geniş aile gibi olduğumuz için şu anda biraz tedirginlik var"*…(K46, 33 yaşında, üniversite mezunu, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği- Kadın ilk değerlendirme puanı 14).

Kadınların doğum sonrası cinsel ilişki sırasında vajinal kuruluk yaşaması (Atıf sayısı=11) nedeni ile rahatsız olduğunu belirttikleri ifadelerden bir örnek aşağıda sunulmuştur.

> *"İlk çok ağrım oldu, vajinam çok kuruydu. Hiç böyle olmazdı mesela. Doğumdan sonra oldu. Ama ilişkiye devam ettik sadece eşimin çabuk boşalmasını istedim, o da öyle yaptı. İkincisinde biraz korktum ilki gibi olacak diye. Yine kuruluk vardı ve ağrım oldu. Bu yüzden yine ilişkiyi kısa tuttuk. Yani açıkçası ilk ilişkilerim çok ağrılı oldu. Ama şimdi biraz daha iyi. Yine kuruluk var ama ağrı daha az"*…(K10, 24 yaşında, üniversite mezunu, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği- Kadın ilk değerlendirme puanı 17).

Doğum sonrası cinsel ilişki sırasında rahatsız olma nedenini eşinin erken boşalması (Atıf sayısı=6) olarak belirten kadınların ifadelerinden bir alıntı şu şekildedir.

> *"Erken boşalma problemi var, o yüzden pek istekli olmuyorum*"… (K42, 19 yaşında, ortaokul mezunu, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği- Kadın ilk değerlendirme puanı 15).

Kadınların doğum sonrası cinsel ilişki sırasında kendini rahatsız hissetme nedenlerine yönelik ifadeler Tablo 29'da gösterilmiştir.

Tablo 30. Kadınların "Doğum Sonrası Cinsel Yaşamınızdan Memnun Olma Durumunu Nasıl Değerlendirirsiniz?" Sorusuna Verdikleri Yanıtların Dağılımı

Doğum sonrası cinsel yaşamınızdan memnun olma durumunu nasıl değerlendirirsiniz?"	**Atıf Sayısı**
Memnunum	93
Memnun değilim	60

Kadınların doğum sonrası cinsel yaşamından memnun olma durumlarına yönelik ifadeler Tablo 30'da verilmiştir. Doğum sonrası dönemde cinsel yaşamından memnun olduğunu (Atıf sayısı=93) belirten kadınların ifadelerinden örnek alıntı aşağıda sunulmuştur.

> *"Olmazsa olmaz bence bir ilişkide. Şu anda sevgi ve mutluluk paylaşımı, eşimle geçirdiğim özel dakikalar. Şu anda memnunum yani"...* (K25, 28 yaşında, üniversite mezunu, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği- Kadın ilk değerlendirme puanı 14).

> *"Yani şöyle şimdi çocuk da olduğu için fırsat olunca haftada 2 defa, bazen yeri geliyor 3 defa olabiliyor. Ama bazen oluyor 10 günde 1 oluyor. Ama memnunum ya bir sıkıntı yok. O da, yani istediğini belli ediyor, o ettiği zamanda oluyor. Çünkü ben öyle belli eden bir insan değilim. O ettiği zaman ben de geri çevirmiyorum."*…(K23, 24 yaşında, lise mezunu, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği- Kadın ilk değerlendirme puanı 15).

Doğum sonrası cinsel yaşantısından memnun olmadıklarını belirten kadınların ifadeleri şu şekildedir.

> *"Memnun değilim. Birinci gebelikten sonra cinsel istek oldukça fazlaydı, artık biraz gençliğin etkisi mi bilmiyorum, şimdi tam tersine, hiç istek yok. Zaten çok az ilişkiye girdik onda da eşim için, hızlıca yaptık bitti, yani ben bir şey anlamadım. Bana sadece eziyet kısmı kalıyor, kalk banyo yap, çocuk uyandı onu emzir falan yani yorgunluk kısmı bende"...*(K16, 42 yaşında, ilkokul mezunu, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği- Kadın ilk değerlendirme puanı 16).

> *"Benim için oldukça olumsuz, hayatımdan attım resmen. Ama onun için de çok olumlu değil herhalde ya da bana belli etmiyor, Yani çok istekli falan olsa eve gidelim falan diye tutturur herhalde ama öyle bir istekte bulunmuyor, odak noktamız bebeğimiz şu an*"… (K19, 43 yaşında, üniversite

mezunu, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği- Kadın ilk değerlendirme puanı 15).

Tablo 31. Kadınların "Doğum Sonrası Cinsel Sorununuzun Neler Olduğunu Düşünüyorsunuz?" Sorusuna Verdikleri Yanıtların Dağılımı

Doğum sonrası cinsel sorununuzun neler olduğunu düşünüyorsunuz?	Atıf Sayısı
Zaman ayıramama	131
Yorgunluk	88
Uykusuzluk	59
Ağrı	58
İlişkinin kısa sürmesi	39
Zevk alamama	33
Eş ile ayrı yatma	25
Evin kalabalık olması	25
Abdest almadan bebeği emzirmeme	13
Vajinal kuruluk	11
Konsantrasyon problemleri	3
Memelerde hassasiyet	2

Doğum sonrası kadınların cinsel sorun olarak zaman ayıramama (Atıf sayısı=131) olduğunu belirten kadınların ifadelerinden örnek şu şekildedir.

> *"Her istediğimiz zaman ilişkiye giremiyoruz, çocuklar uyanacak diye biraz hızlı oluyor. Gebelikten önce daha rahattık. Tabi tek çocuk vardı. Şimdi iki oldu, bebek küçük diye zaten sık sık emiyor, uyanıyor. Yani fırsat buldukça yapıyoruz"*…(K3, 36 yaşında, ilkokul mezunu, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği- Kadın ilk değerlendirme puanı 16).

> *"Şimdi cinsel ilişkimiz çok eksik oluyor, zamanımız az oluyor. Daha çok yalnız kalmak istediğimiz zamanlar oluyor ama bebeğin mızıklamasını duyunca hadi hadi hemen yapıp bitirelim havasında oluyoruz"*… (K25, 28 yaşında, üniversite mezunu, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği- Kadın ilk değerlendirme puanı 14).

Doğum sonrası cinsel sorunlarının yorgunluk (Atıf sayısı=88) olduğunu belirten kadınların ifadelerinden bazıları şöyledir.

> *"Gerçekten bunu konuşmaya o kadar ihtiyacım var ki, benim için bu dönem çok yorucu, acaba bütün kadınlar böyle mi merak ediyorum. Ben çocuklarla*

ilgilenmekten tuvalete bile zor gidiyorum, cinsel yaşam resmen öldü biz de"…(K36, 30 yaşında, üniversite mezunu, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği- Kadın ilk değerlendirme puanı 15).

"Çocuğu bakan büyüten emziren benim, geceye yorgun olan da benim. Tamam, o da işte çalışıyor ama ev ve çocuk gerçekten çok zor ve yorucu. Bazen neden evlendim ya da neden hemen çocuk yaptım diye düşünüyorum. Ama oldu artık, mecburen başa gelen çekilecek"… (K30, 23 yaşında, lise mezunu, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği- Kadın ilk değerlendirme puanı 16).

Doğum sonrası cinsel sorununu uykusuzluk (Atıf sayısı=59) olarak belirten kadınların ifadelerinden örnekler aşağıda sunulmuştur.

"Uyusa belki düzelecek de, uyumadığı için çok yorgun ve uykusuzum ben de, o yüzden cinsellik şu an bizim için maalesef önceliğimiz değil"...(K56, 34 yaşında, lise mezunu, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği- Kadın ilk değerlendirme puanı 17).

"Yapmış olmak için oldu sadece ilişki. Zaman bulmak çok zor. Yorgunluk ve uykusuzluk gerçekten bu dönemde bizi bayağı etkiledi"…(K70, 35 yaşında, üniversite mezunu, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği- Kadın ilk değerlendirme puanı 18).

Doğum sonrası cinsel ilişki sırasında ağrı yaşamayı (Atıf sayısı=58) sorun olarak belirten kadınların ifadelerinden alıntılar aşağıda verilmiştir.

"Şöyle bir şey, ilk ilişkimde bıraktık devam etmedik ama sonraki denemelerde de aynı şey olunca biraz katlanmak durumunda kaldım, ona bırakalım diyemedim açıkçası." "Eşimi üzmek istemedim, nihayetinde erkektir. Zaten dayanılmaz bir ağrı değildi ama beni biraz zorladı"…(K9, 26 yaşında, üniversite mezunu, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği- Kadın ilk değerlendirme puanı 17).

"Yani iyi fakat biraz ağrılı, kuruluk yaşıyorum, çok istekli değilim, artık anneyim biraz ilgim bebeğimde sanki, onun yeri ayrı biliyorum ama hep kızımla uyumak istiyorum, uykuda bir şey olur diye korkuyorum, bence ilişki için biraz daha uzun zaman verilmeli, kadın tam kendini toparlayamıyor. Gündüz gelen giden çok, zaten çocuk memede, yorgun düşüyorum, annem ablam destek oluyorlar ama yine de ben çok yoruluyorum ve aklıma ilişki gelmiyor"…(K18, 26 yaşında, üniversite mezunu, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği- Kadın ilk değerlendirme puanı 13).

Doğum sonrası cinsel sorunlarının cinsel ilişkinin kısa sürmesi (Atıf sayısı=39) olduğunu belirten kadınların ifadelerinden alıntılar aşağıda verilmiştir.

"İkimiz için de olumsuz bir tutum yok aslında ama ilişki sıklığımız azaldı, ilişki süresi kısaldı, yani haftada bir defa falan oluyor o da hızlı hızlı çocuk uyanmasın diye oluyor bitiyor. Ben pek bir şey anlamıyorum, bana yorgunluğu kalıyor sadece (gülüyor)"…(K24, 27 yaşında, üniversite mezunu, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği- Kadın ilk değerlendirme puanı 14).

"Süre olarak biraz kısa sürüyor şu an, bebek uyanacak diye tedirgin oluyorum, aklım sürekli onda, bu yüzden kendimi veremiyorum. Yani benim için şu an cinsellik çok da anlam içeriyor, zevk alıyorum diyemem"…(K13, 24 yaşında, üniversite mezunu, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği- Kadın ilk değerlendirme puanı 15).

Doğum sonrası cinsel ilişki sırasında zevk almadığını (Atıf sayısı=33) cinsel sorun olarak belirten kadınların ifadeleri şu şekildedir.

"Evet, 2-3 kere oldu ve ben hiç bir şey anlamadım. Çok hızlı ve sanki isteksizdi. Kendimi kötü hissettim. Niye yaptık ki ben bir şey anlamadım diye düşündüm. Sonra da gitti öteki odaya yattı. Hiç güzel değildi yani"… (K1, 33 yaşında, üniversite mezunu, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği- Kadın ilk değerlendirme puanı 16).

"Önceden daha uzun birbirimize vakit ayırırdık, şimdi bebekten dolayı çok kısa sürüyor. Bebek bizim odada uyuyor, annelerden biri evde oluyor. Bebeğin yanında yapmak istemiyorum ama evde insan olunca mecburen bazen bebeğin yanında oluyor. O zaman zaten hiç rahat edemiyorum. Sanki hemen uyanıp ağlayacak gibi geliyor. O ağlarsa diğerleri de uyanıyor, bu yüzden evde biri olunca hiç rahat değilim. Zaten hızlı olmasını hiç sevmiyorum, yani şu an ben çok zevk aldığımı söyleyemem"…(K20, 29 yaşında, üniversite mezunu, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği- Kadın ilk değerlendirme puanı 14).

Kadınların doğum sonrası cinsel sorun olarak gördükleri eş ile ayrı yatma (Atıf sayısı=25) ifadelerinden örnek alıntı aşağıda sunulmuştur.

"Gebelikle beraber devam eden ayrı yatma, uzak durma, çok konuşmama şeklinde devam ediyor. İki kere cinsellik yaşadık ikisinde de ben adım attım, bir sonrası için ondan bekleyeceğim, bakalım ne olacak ben de merak ediyorum. Anlatırım size, zaten her şeyi anlattım, lütfen aramızda kalsın ama bu durumu kimse bilmiyor"…(K26, 39 yaşında, üniversite mezunu, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği- Kadın ilk değerlendirme puanı 15).

"Kendimi çok kötü hissediyorum. Eskiden böyle değildik, şimdi benden ayrı yatması çok canımı sıkıyor. Beraber yatmak istiyorum"…(K1, 33 yaşında, üniversite mezunu, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği- Kadın ilk değerlendirme puanı 16).

Doğum sonrası evin kalabalık olmasını (Atıf sayısı=25) cinsel sorun olarak belirten kadınların ifadelerinden bazıları aşağıda verilmiştir.

"En büyük sorunumuz evin kalabalık olması, ya annem ya teyzem ya da kayınvalidemler oluyor. Hepsi de uzaktan geldikleri için yatılı kalıyorlar sürekli. Evin her odası dolu yani, bir de büyük oğlum var (6 yaşında), biraz kıskançlık krizlerinde o da bizim odada yatmak istiyor. Şu an en büyük sıkıntımız bu"...(K12, 32 yaşında, üniversite mezunu, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği- Kadın ilk değerlendirme puanı 17).

"Çünkü çocuk hiç susmuyor, gecemiz gündüzümüz belli değil. Annem biz de kaldı hep ilk 40 gün. Şimdi de hafta sonları falan gelip kalıyor, çocuğun bakımına destek oluyor. Hem uykusuzluk hem yorgunluk hem evde annemin olması cinsel hayatı bitirdi resmen"… (K70, 35 yaşında, üniversite mezunu, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği- Kadın ilk değerlendirme puanı 18).

Kadınların doğum sonrası cinsel sorun olarak gördükleri cinsel ilişki sonrası abdest alma (Atıf sayısı=13) durumuna yönelik ifadelerinden alıntı sunulmuştur.

"İlişkiye girsek bile hızlıca olup bitiyor. Hemen gidip abdest alıyorum. Abdest alınmadan bebek emzirilmez çünkü. Günah. Bu yüzden hızlıca ilişki ve hemen sonrasında banyo. Bu da beni biraz yoruyor açıkçası, zaten çocuktan yorgun oluyorum"…(K10, 24 yaşında, üniversite mezunu, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği- Kadın ilk değerlendirme puanı 17).

"Çocuk biraz daha uyuyan bir bebek olsaydı bu kadar etkilenmezdim herhalde. Şu an dediğim gibi aslında biraz ihtiyaç amaçlı yapılıyor. Aman uyanacak mı, işte abdest al falan, uğraştırıcı şeyler. Biraz odak noktamız çocuk oldu yani"…(K56, 34 yaşında, lise mezunu, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği- Kadın ilk değerlendirme puanı 17).

Kadınların ifade ettikleri doğum sonrası cinsel sorunlara yönelik atıflar Tablo 31'de sunulmuştur.

Tablo 32. Kadınların "Eşiniz ile Cinsel Konular Hakkında İletişimizi Nasıl Değerlendirirsiniz?" Sorusuna Verdikleri Yanıtların Dağılımı

Eşiniz ile cinsel konular hakkında iletişimizi nasıl değerlendirirsiniz?	Atıf Sayısı
İletişimsizlik yaşama	70
Karşılıklı ve yeterli iletişim	69
Beden dili ile iletişim kurma	7
Sözel ve psikolojik şiddet	1

Kadınların eşi ile cinsel konular hakkındaki iletişimini değerlendirmesi Tablo 32'de verilmiştir. Kadınların cinsel konular hakkında iletişim sorunu yaşamaya (Atıf sayısı=70) yönelik ifadelerden örnek şu şekildedir.

"Adam hiç konuşmuyor, gebelik öncesi böyle değildi, gebelikte bir uzaklaşma başladı, sonra aldatma olayı ortaya çıktıktan sonra hiç iletişim kalmadı. Eve misafir gibi geliyor, yemek yiyor ve oturuyor. Arkadaşı çağırırsa kahveye gidiyor. Kahvede oturup saatlerce sohbet ediyor da evde neden ağzını bıçak açmıyor ben de buna kızıyorum. Hatta arkadaşı arayınca duymasın da gitmesin diye ondan gizli telefonunun sesini kısıyorum. Ama yine gidecek oldu mu gece 11 bile dinlemiyor gidiyor. Bizimle evde olmayı istemiyor sevmiyor diye düşünüyorum. Hadi bebek anlamıyor ama 9 yaşında kızım var, o bir şeylerin farkında kendimden çok ona üzülüyorum"...(K26, 39 yaşında, üniversite mezunu, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği- Kadın ilk değerlendirme puanı 15).

"Çok rahat konuşamıyoruz cinsellik hakkında, yani o pek konuşmaz, bende de utangaçlık var, konuşamıyorum, sanırım aile kaynaklı, bizim evde hiç konuşulmaz böyle şeyler, hep susturulduk, belki de ondan"… (K13, 24 yaşında, üniversite mezunu, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği- Kadın ilk değerlendirme puanı 15).

Eşi ile karşılıklı ve yeterli iletişime sahip olduğunu (Atıf sayısı=69) belirten kadınların ifadelerinden alıntı aşağıda sunulmuştur.

"Oldukça iletişime açığız, sizin geleceğinizi biliyor mesela özellikle korunma olayını o sormamı istedi"…(K20, 29 yaşında, üniversite mezunu, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği- Kadın ilk değerlendirme puanı 14).

"Aslında iletişime açığız, eşim çok anlayışlı sağolsun beni zorlamıyor ama ben onun için üzülüyorum, mastürbasyon yapsın istemiyorum artık, bahane etmek istemiyorum yani birşeyleri. Ama isteklerimizi birbirimize rahatlıkla söyleyebiliyoruz"... (K16, 42 yaşında, ilkokul mezunu, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği- Kadın ilk değerlendirme puanı 16).

Cinsel iletişimde daha çok beden dili kullanarak (Atıf sayısı=7) anlaştıkları belirten kadınların ifadelerinden bazıları şöyledir.

"İlişki esnasında, onu daha çok konuşarak değil de beden dili ile anlıyoruz yani o neyden hoşlanır, ben neyden hoşlanırım. Neyi severiz sevmeyiz, onu anlayabiliyoruz"…(K49, 28 yaşında, üniversite mezunu, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği- Kadın ilk değerlendirme puanı 16).

"Eşim zaten benim hareketlerimden anlıyor artık. İstemediğim zamanlarda genellikle arkamı dönüp hemen uykuya geçiyorum. İstediğimde de onun dokunuşlarına cevap veriyorum, yani yatıp uyumuyorum"…(K10, 24 yaşında, üniversite mezunu, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği- Kadın ilk değerlendirme puanı 17).

Kadınların cinsel iletişiminde sözel ve psikolojik şiddet içerikli (Atıf sayısı=1) konuşmaların yaşandığını belirten ifadelerinden örnek alıntı aşağıda verilmiştir.

"Hiçbir şekilde benimle konuşmuyor, iletişim hiç yok. Ben konuşmaya çalışıyorum ama o ne cevap veriyor ne bir kelime konuşuyor. Bence bizim en

büyük problemimiz bu. Hiç böyle bir evlilik hayal etmiyordum. Adam sadece işe gidiyor. Evde olduğu zamanlar sadece televizyon izliyor, asla konuşmuyor. En kötü huyu da küfür etmesi, sabah kahvaltıya kaldırdığımda bile ortada hiçbir şey yokken küfürlerle güne başlıyor"…(K42, 19 yaşında, ortaokul mezunu, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği- Kadın ilk değerlendirme puanı 15).

6.2.4. Araştırmanın İkinci Aşamasında Girişim ve Kontrol Grubundaki Kadınların İlk Değerlendirmede Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği-Kadın Puan Ortalamalarına Yönelik Bulgular

Bu bölümde doğum sonrası dönemde girişim ve kontrol grubundaki kadınların ilk ve son değerlendirmede Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği-Kadın puan ortalamalarına yönelik bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 33. Girişim ve Kontrol Grubundaki Kadınların Doğum Sonrası İlk Değerlendirmede Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği-Kadın Puan Ortalamalarının Dağılımı

	Girişim Grubu n=70		Kontrol Grubu n=80		Toplam n=150		Test	
	Ort	±Ss	Ort	±Ss	Ort	±Ss	MWU	p
Cinsel istek	3,5	1,0	3,2	0,7	3,4	0,9	-1,490	0,136
Cinsel uyarılma	3,3	0,8	3,5	0,7	3,4	0,7	-0,999	0,318
Vajinal ıslanma/nemlenme	3,1	0,9	3,0	0,9	3,0	0,9	-0,647	0,518
Orgazm yaşama	3,5	0,9	3,7	0,8	3,6	0,8	-1,793	0,073
Orgazmın tatmin edici olma	2,4	1,1	2,4	0,9	2,4	1,0	-0,570	0,569
Ölçek toplam puanı	15,6	1,9	15,8	2,3	15,7	2,1	-0,263	0,793

MWU= Mann Whitney U testi

Tablo 33'te girişim ve kontrol grubundaki kadınların doğum sonrası ilk ve son değerlendirmede Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği-Kadın puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir. Cinsel istek puanı ortalaması ilk değerlendirmede girişim grubundaki kadınlarda 3,5±1,0, kontrol grubundakilerde 3,2±0,7'dir (p=0,136). İki grubun ilk değerlendirmede cinsel istek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Doğum sonrası ilk değerlendirmede cinsel uyarılma puan ortalaması girişim grubunda 3,3±0,8, kontrol grubunda 3,5±0,7'dir (p=0,318). Cinsel uyarılma bakımından ilk değerlendirmede iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

Vajinal ıslanma/nemlenme puan ortalaması ilk değerlendirmede girişim grubundaki kadınların 3,1±0,9, kontrol grubundaki kadınların 3,0±0,9 olup, iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmemiştir (p=0,518).

İlk değerlendirmede orgazm yaşama puan ortalaması girişim grubunda 3,5±0,9, kontrol grubunda 3,7±0,8'dir (p=0,073).

Orgazmın tatmin edici olma ilk değerlendirmede girişim ve kontrol grubunda sırasıyla 2,4±1,1 ve 2,4±0,9 (p=0,569) olup, iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmemiştir.

Doğum sonrası ilk değerlendirmede kadınların Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği- Kadın toplam puan ortalaması girişim grubunda 15,6±1,9, kontrol grubunda 15,8±2,3'tür (p=0,793) (Tablo 33).

Tablo 34. Girişim ve Kontrol Grubundaki Kadınların Doğum Sonrası İlk ve Son Değerlendirmede Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği-Kadın Puan Ortalamalarının Grup İçi Dağılımı

	GİRİŞİM GRUBU (n=70)						KONTROL GRUBU (n=80)					
	İlk Değerlendirme		Son Değerlendirme		Test		İlk Değerlendirme		Son Değerlendirme		Test	
Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği- Kadın	**Ort**	**±Ss**	**Ort**	**±Ss**	**Z**	**p**	**Ort**	**±Ss**	**Ort**	**±Ss**	**Z**	**p**
Cinsel istek	3,5	1,0	2,9	0,6	-3,518	**0,000**	3,2	0,7	2,8	1,0	-3,261	**0,001**
Cinsel uyarılma	3,3	0,8	3,1	0,6	-1,793	0,073	3,5	0,7	3,3	0,8	-0,962	0,336
Vajinal ıslanma/nemlenme	3,1	0,9	2,5	0,7	-3,661	**0,000**	3,0	0,9	2,8	1,0	-1,764	0,078
Orgazm yaşama	3,5	0,9	3,6	0,8	-1,229	0,219	3,7	0,8	3,6	0,8	-1,385	0,166
Orgazmın tatmin edici olma	2,4	1,1	2,3	0,8	-0,538	0,590	2,4	0,9	2,4	1,1	-0,583	0,560
Ölçek toplam puanı	15,6	1,9	14,5	1,9	-6,120	**0,000**	15,8	2,3	15,0	3,2	-2,205	**0,027**

Z=Wilcoxon Signed Ranks Test

Girişim ve kontrol grubundaki kadınların doğum sonrası ilk ve son değerlendirmede Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği-Kadın puan ortalamalarının grup içi dağılımı Tablo 34'te sunulmuştur. Girişim grubundaki kadınların cinsel istek puan ortalamaları ilk değerlendirmede 3,5±1,0, cinsel danışmanlık sonrası yapılan değerlendirmede 2,9±0,6 olarak belirlenmiştir (p=0,000). Kontrol grubunun cinsel istek puanı ilk değerlendirmede 3,2±0,7, son değerlendirmede 2,8±1,0'dır (p=0,001). Her iki grubun ilk ve son değerlendirmede cinsel istek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır.

İlk değerlendirmede cinsel uyarılma puan ortalaması girişim grubunda 3,3±0,8, son değerlendirmede 3,1±0,6 (p=0,073); kontrol grubunda ilk değerlendirmede 3,5±0,7, son değerlendirmede 3,3±0,8 olarak belirlenmiştir (p=0,336).

Girişim grubundaki kadınların ilk değerlendirmede vajinal ıslanma/nemlenme puan ortalaması 3,1±0,9, son değerlendirmede 2,5±0,7 olup, iki puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır (p=0,000). Kontrol grubundaki kadınların ilk değerlendirmede vajinal ıslanma/nemlenme puan ortalaması 3,0±0,9, son değerlendirmede 2,8±1,0 olarak saptanmış, iki puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmemiştir (p=0,078).

İlk değerlendirmede orgazm yaşama puan ortalaması girişim grubunda 3,5±0,9, son değerlendirmede 3,6±0,8'dir (p=0,219). Kontrol grubunun orgazm yaşama puan ortalaması ilk değerlendirmede 3,7±0,8, son değerlendirmede 3,6±0,8 olarak saptanmıştır (p=0,166).

Girişim grubunda olan kadınların orgazmın tatmin edici olma puan ortalaması ilk değerlendirmede 2,4±1,1, son değerlendirmede 2,3±0,8 olarak saptanmıştır (p=0,590). Kontrol grubundaki kadınların orgazmın tatmin edici olma puan ortalaması ilk değerlendirmede 2,4±0,9, son değerlendirmede 2,4±1,1 olarak belirlenmiştir (p=0,560).

Girişim grubundaki kadınların ilk değerlendirmede Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği-Kadın toplam puan ortalaması 15,6±1,9, cinsel danışmanlık sonrası 14,5±1,9 bulunmuştur (p=0,000). Kontrol grubunun ilk değerlendirmede Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği-Kadın toplam puan ortalaması 15,8±2,3, son değerlendirmede 15,0±3,2'dir (p=0,027). Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği-Kadın toplam puan ortalaması bakımından her iki grupta da ilk ve son değerlendirme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (Tablo 34).

6.2.5. Girişim ve Kontrol Grubundaki Kadınların Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği-Kadın Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarına Yönelik Bulgular

Bu bölümde doğum sonrası dönemde girişim ve kontrol grubundaki kadınların Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği- Kadın alt boyut ve toplam puan ortalamalarına yönelik bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 35. Girişim ve Kontrol Grubundaki Kadınların Doğum Sonrası İlk Değerlendirmede Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği- Kadın Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı

Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği- Kadın	Girişim Grubu n=70		Kontrol Grubu n=80		Toplam n=150		Test	
Alt Boyutları	**Ort**	**±Ss**	**Ort**	**±Ss**	**Ort**	**±Ss**	**MWU**	**p**
Sıklık	3,7	1,2	4,5	1,7	4,2	1,5	-3,374	**0,001**
İletişim	3,8	2,2	3,2	2,1	3,5	2,2	-1,737	0,082
Doyum	5,0	2,6	4,1	3,2	4,6	3,0	-2,728	**0,006**
Kaçınma	2,9	2,1	2,5	2,1	2,7	2,1	-1,029	0,303
Dokunma	4,8	3,2	3,1	3,0	3,9	3,2	-3,727	**0,000**
Vajinismus	5,2	2,6	4,8	2,6	5,0	2,6	-0,533	0,594
Orgazm	6,0	2,3	5,4	2,8	5,7	2,6	-2,220	**0,026**
Ölçek toplam puanı	40,0	10,7	32,2	12,1	34,4	11,7	-3,268	**0,001**

MWU= Mann Whitney U

Girişim ve kontrol grubundaki kadınların doğum sonrası ilk değerlendirmede Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği-Kadın alt boyutları ve toplam puan ortalamalarının dağılımı Tablo 35'te sunulmuştur.

Girişim grubundaki kadınların "*Sıklık*" alt boyutu puan ortalaması ilk değerlendirmede 3,7±1,2, kontrol grubunda 4,5±1,7 olup, iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmiştir (p=0,001).

İlk değerlendirmede "*İletişim*" alt boyutu puan ortalaması girişim grubunda 3,8±2,2, kontrol grubunda 3,2±2,1 olarak saptanmıştır (p=0,082).

Doğum sonrası ilk değerlendirmede "*Doyum*" alt boyutu puan ortalaması girişim grubunda 5,0±2,6, kontrol grubunda 4,1±3,2 olarak belirlenmiş ve iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur (p=0,006).

"*Kaçınma*" alt boyutu puan ortalaması ilk değerlendirmede girişim grubunda 2,9±2,1, kontrol grubunda 2,5±2,1'dir (p=0,303).

İlk değerlendirmede girişim grubundaki kadınların "*Dokunma*" alt boyutu puan ortalaması 4,8±3,2, kontrol grubunda 3,1±3,0 olarak belirlenmiştir (p=0,000). İlk değerlendirmede iki grup arasında "*Dokunma*" alt boyutu puan ortalaması açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır.

İlk değerlendirmede "*Vajinismus*" alt boyut puan ortalaması girişim grubunda 5,2±2,6, kontrol grubunda 4,8±2,6 olarak belirlenmiştir (p=0,594).

"*Orgazm*" alt boyut puan ortalaması ilk değerlendirmede girişim grubunda 6,0±2,3, kontrol grubunda 5,4±2,8'dir (p=0,026). Girişim ve kontrol grubunda olan kadınların ilk değerlendirmede "*Orgazm*" alt boyutu puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır.

Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği-Kadın toplam puanı ilk değerlendirmede girişim grubundaki kadınlarda 40,0±10,7, kontrol grubundaki kadınlarda 32,2±12,1 olarak belirlenmiştir (p=0,001). Girişim ve kontrol grubundaki kadınların Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği-Kadın puan ortalaması açısından ilk değerlendirmede istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmiştir (Tablo 35).

Tablo 36. Girişim ve Kontrol Grubundaki Kadınların Doğum Sonrası İlk ve Son Değerlendirmede Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği- Kadın Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Grup İçi Dağılımı

Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği- Kadın Alt Boyutları	GİRİŞİM GRUBU (n=70)						KONTROL GRUBU (n=80)					
	İlk Değerlendirme		Son Değerlendirme		Test		İlk Değerlendirme		Son Değerlendirme		Test	
	Ort	±Ss	Ort	±Ss	Z	p	Ort	±Ss	Ort	±Ss	Z	p
Sıklık	3,7	1,2	3,7	1,2	-0,258	0,797	4,5	1,7	4,0	1,5	-3,957	**0,000**
İletişim	3,8	2,2	3,5	2,2	-2,384	**0,017**	3,2	2,1	2,9	2,0	-1,845	0,065
Doyum	5,0	2,6	4,3	2,2	-2,92	**0,004**	4,1	3,2	4,1	3,4	-1,454	0,146
Kaçınma	2,9	2,1	2,4	1,9	-2,250	**0,024**	2,5	2,1	2,2	2,0	-1,135	0,256
Dokunma	4,8	3,2	4,1	3,0	-2,741	**0,006**	3,1	3,0	2,6	2,5	-1,461	0,144
Vajinismus	5,2	2,6	4,5	2,5	-2,504	**0,012**	4,8	2,6	4,9	2,7	-0,099	0,921
Orgazm	6,0	2,3	5,5	2,3	-2,167	**0,030**	5,4	2,8	4,9	2,5	-1,915	0,055
Ölçek toplam puanı	40,0	10,7	33,0	10,8	-4,217	**0,000**	32,2	12,1	29,2	10,4	-3,323	**0,001**

Z=Wilcoxon Signed Ranks Test

Girişim ve kontrol grubundaki kadınların doğum sonrası ilk ve son değerlendirmede Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği-Kadın alt boyut ve toplam puan ortalamalarının verdikleri yanıtların grup içi dağılımı Tablo 36'da gösterilmiştir. Girişim grubundaki kadınların ilk değerlendirmede "*Sıklık*" alt boyut puan ortalaması 3,7±1,2, son değerlendirmede 3,7±1,2 olarak bulunmuştur (p=0,797). Kontrol grubunun ilk değerlendirmede "*Sıklık*" alt boyut puan ortalaması 4,5±1,7, son değerlendirmede 4,0±1,5 olarak belirlenmiş ve iki puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (p=0,000).

"*İletişim*" alt boyutu puan ortalaması girişim grubunda ilk değerlendirmede 3,8±2,2, son değerlendirmede 3,5±2,2 olup, iki puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (p=0,017). Kontrol grubundaki kadınların "*İletişim*" alt boyutu puan ortalaması ilk değerlendirmede 3,2±2,1, son değerlendirmede 2,9±2,0'dır (p=0,065).

İlk değerlendirmede girişim grubunun "*Doyum*" alt boyut puan ortalaması 5,0±2,6, son değerlendirmede 4,3±2,2 olarak belirlenmiş ve iki puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır (p=0,004). Kontrol grubunun "*Doyum*" alt boyut puan ortalaması ilk değerlendirmede 4,1±3,2, son değerlendirmede 4,1±3,4 olarak bulunmuştur (p=0,146).

Doğum sonrası ilk değerlendirmede "*Kaçınma*" alt boyut puan ortalaması girişim grubunda 2,9±2,1, son değerlendirmede 2,4±1,9 olarak bulunmuş olup, iki puan ortalaması arasında istatistiksel fark anlamlıdır (p=0,024). "*Kaçınma*" alt boyut puan ortalaması ilk değerlendirmede kontrol grubunda 2,5±2,1, son değerlendirmede 2,2±2,0 saptanmış, iki puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0,256).

Girişim grubundaki kadınların "*Dokunma*" alt boyutundan aldıkları puan ortalaması cinsel danışmanlık öncesi 4,8±3,2, cinsel danışmanlık sonrası 4,1±3,0 olarak bulunmuş ve iki puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (p=0,006). Kontrol grubundaki kadınların "*Dokunma*" alt boyutundan aldıkları puan ortalaması ilk değerlendirmede 3,1±3,0, son değerlendirmede 2,6±2,5 olarak bulunmuştur (p=0,144).

İlk değerlendirmede "*Vajinismus*" alt boyut puan ortalaması girişim grubunda 5,2±2,6, son değerlendirmede 4,5±2,5 olup, iki puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (p=0,012). Kontrol grubunda

"*Vajinismus*" alt boyut puan ortalaması ilk değerlendirmede 4,8±2,6, son değerlendirmede 4,9±2,7'dir (p=0,921).

Girişim grubundaki kadınların "*Orgazm*" alt boyutundan aldığı puan ortalaması ilk değerlendirmede 6,0±2,3, son değerlendirmede 5,5±2,3 olarak belirlenmiş olup, iki puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır (p=0,030). Kontrol grubundaki kadınların "*Orgazm*" alt boyutu puan ortalaması ilk değerlendirmede 5,4±2,8, son değerlendirmede 4,9±2,5 olarak bulunmuştur (p=0,055).

Girişim grubunun Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği-Kadın toplam puan ortalaması cinsel danışmanlık öncesi yapılan değerlendirmede 40,0±10,7, cinsel danışmanlık sonrası 33,0±10,8 olarak belirlenmiş olup, iki puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (p=0,000). Kontrol grubunun Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği-Kadın toplam puan ortalaması ilk değerlendirmede 32,2±12,1, son değerlendirmede 29,2±10,4 olarak belirlenmiş olup, iki puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (p=0,001) (Tablo 36).

7. TARTIŞMA

Bu çalışma, doğum sonrası kadınlara EX-PLISSIT modeli ile verilen danışmanlığın cinsel sorunlar üzerine etkisinin incelenmesi amacıyla gerçekleştirilmiş, deney kontrol gruplu ve longitudinal tipte bir araştırmadır. Tartışma araştırmanın birinci ve ikinci aşamasına yönelik bulgular doğrultusunda sunulmuştur.

7.1. ARAŞTIRMANIN BİRİNCİ AŞAMASINA YÖNELİK TARTIŞMA

Bu bölümde araştırmanın birinci aşamasında doğum sonrası dönemde olan kadınların tanıtıcı ve cinsel yaşam özelliklerine ilişkin bulgulara yönelik tartışma sunulmuştur.

7.1.1. Araştırmanın Birinci Aşamasında Kadınların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgulara Yönelik Tartışma

Araştırmaya katılan kadınların yaş ortalaması 29,9±5,3 (min=18, maks=45) olup, yaklaşık yarısı (%49,2) 30 yaş altındadır. Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) 2019 yılı doğum istatistiklerinin yayınlandığı raporda yaşa özel en yüksek doğurganlık hızının 25-29 yaş grubunda görüldüğü belirtilmiştir (Türkiye İstatistik Kurumu 2020). Doğum sonrası cinselliğin değerlendirildiği çalışmalarda; kadınların yaş ortalaması Samsun'da 28,3±5,1 (n=310) (Topatan ve Koç 2020), Kars'ta 27,0±5,0 (n=100) (Delibalta ve Çılgın 2020), Trabzon'da 25,6±3,4 (n=150) (Türk ve Erkaya 2019), Konya'da 27,0±4,96 (n=390) (Tüzmen 2019), Kocaeli'de 24,5±4,1 (Özdilek 2016) olarak belirlenmiştir. Doğum sonrası dönemde cinsel yaşam ile ilgili yapılan yurtdışı çalışmalar incelendiğinde; kadınların yaş ortalaması Batı Etiyopya'da 25,3±4,1 (n=528) (Jambola ve ark. 2020), Almanya'da 32,8±4,6 (n=330) (Matthies ve ark. 2019), Brezilya'da 26,0±6,2 (n=100) (Guendler ve ark. 2019), İran'da 29,8±5,5 (n=380) (Rezaei ve ark. 2017), Nijerya'da 29,1±5,4 (n=181) (Adanikin ve ark. 2015) Japonya'da 33,2±4,4 (n=435) (Song ve ark. 2014) ve Kuzey Karolina'da 28,8±5,7 (n=109) (Crane ve ark. 2013) olarak bulunmuştur. Çalışma

sonuçlarında görüldüğü gibi doğum sonrası kadınların yaş ortalamaları 24-33 arasında değişmekle birlikte, ülke ve illere göre farklılık göstermektedir.

Araştırmaya katılan kadınların %12,7'si ilkokul ve %45,5'i üniversite mezunu olup, yaklaşık yarısı (%51,9) çalışmaktadır. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2018 sonuçlarında kadınların %33,0'ı ilkokul, %26,0'ı lise ve üzeri eğitime sahip olup, %28,0'ının çalıştığı saptanmıştır (Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2018). Samsun'da gebelik süresince kadınların cinsel yaşamlarını inceleyen bir çalışmada kadınların %18,4'ünün üniversite eğitimine sahip olduğu bulunmuştur (Topatan ve Koç 2020). Kars'ta primipar kadınların gebelik öncesi, gebelik ve doğum sonrası cinsel yaşamlarının karşılaştırılması amacıyla yapılan bir çalışmada kadınların %46,0'ının üniversite eğitimine sahip olduğu ve %40,0'ının çalıştığı saptanmıştır (Delibalta ve Çılgın 2020). Postpartum dönemdeki kadınların cinsel yaşam kalitesi ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi amacıyla Konya'da yürütülen bir araştırmada kadınların %58,7'sinin ilköğretim mezunu olduğu ve yaklaşık beşte birinin (%19,7) çalıştığı belirlenmiştir (Tüzmen 2019). Diyarbakır'da komplike gebelikler ve doğumdan sonra cinsel fonksiyonlardaki uzun dönem değişiklikler incelenmiştir. Bu araştırmada çalışma grubundaki kadınların (n=53) %72,5'i ilk ve ortaokul mezunu, %77,4'ü ev hanımı; kontrol grubundaki kadınların (n=51) %54,9'u ilk ve ortaokul mezunu, %68,6'sı ev hanımı olduğu saptanmıştır (Özler ve ark. 2013). Bu alanda yapılan uluslararası araştırmalar incelendiğinde İsrail'de kadınların %31,8'i ilk ve ortaokul mezunu, %29,3'ü çalışmamakta (Lipschuetz ve ark. 2015), Polonya'da kadınların (n=168) %46,5'i ilk ve ortaokul düzeyinde eğitim almıştır (Galazka ve ark. 2015). Avusturalya'da kadınların (n=1507) %74,4'ü (McDonald ve Brown 2013), Nijerya'da (n=181) %55,2'si (Adanikin ve ark. 2015) üniversite düzeyinde eğitim almıştır. Araştırmanın yapıldığı bölgenin özelliklerine göre kadınların eğitim ve çalışma durumu arasında farklılıklar olduğu gözlenmektedir.

Bu çalışmada kadınların tamamının resmi nikahı ve sağlık güvencesi bulunmaktadır. Ülkemizde yapılan diğer çalışmalar incelendiğinde; Manisa'da kadınların %97,3'ünün (Üstgörül ve Yanıkkerem 2018), Aydın'da kadınların %93,9'unun (Karaçam ve Çalışır 2012), Niğde'de tamamının resmi nikahı olduğu belirlenmiştir (Güleroğlu ve Beşer 2014). Antalya'da yapılan bir çalışmada kadınların %96,7'sinin sağlık güvencesi olduğu saptanmış olup araştırma bulguları ile paralellik göstermektedir (Yörük ve Karaçam 2016).

Araştırmaya katılan dört kadından üçü (%75,1) gelirinin giderine eşit olduğunu ifade etmiştir. Yapılan literatür incelemesinde; Samsun'da kadınların %81,6'sı (Topatan ve Koç 2020), Niğde'de %46,7'si (Güleroğlu ve Beşer 2014), Aydın'da %63,4'ü (Karaçam ve Çalışır 2012), Kocaeli'de %63,8'i (Özdilek 2016) ve Konya'da %89,0'ı orta gelire sahip olduğunu belirtmiştir (Tüzmen 2019). Tayland'da yapılan bir çalışmada kadınların %44,6'sı (Chayachinda ve ark. 2015), İran'da %67,2'si (Anbaran ve ark. 2015) ve %61,3'ü orta düzeyde gelire sahiptir (Rezaei ve ark. 2017). Yapılan çalışmalarda ülkelerin ve şehirlerin gelişmişliklerine göre doğum yapan kadınların algıladıkları gelir düzeylerinin farklı olduğu görülmektedir.

Bu araştırmaya katılan kadınların %38,1'i normal kiloya sahip ve beden kitle indeksi ortalaması 26,6±5,1'dir. Manisa'da yürütülen doğum sonrası disparoni sıklığının incelendiği bir çalışmada kadınların %51,8'inin normal kiloya sahip olduğu bulunmuştur (Üstgörül ve Yanıkkerem 2018). Doğum şeklinin cinsel işlev üzerindeki etkisini inceleyen İstanbul'da yapılan bir çalışmada kadınların %52,4'ünün beden kitle indeksinin 20-25 arasında olduğu saptanmıştır (Kahramanoğlu ve ark. 2017). Doğum şeklinin cinsel sağlık ile ilişkisini inceleyen bir çalışmada kadınların (n=644) %50,6'sının beden kitle indeksi 20-25 kg/m^2 arasında olduğu belirtilmiştir (Faisal-Cury ve ark. 2015). Doğum sonrası cinsel fonksiyon bozuklukları ile ilgili yapılan birçok çalışmada beden kitle indeksi incelenmemiş olup, bu araştırma sonuçları yukarıda belirtilen çalışma sonuçları benzerlik göstermektedir.

Bu araştırmada kadınların evlilik yılı ortalaması 5,8±4,4 yıl (min=1, maks=22) olup, %59,3'ünün 1-5 yıl arasında evli olduğu belirlenmiştir. İstanbul'da yapılan bir çalışmada kadınların %53,9'unun 1-5 yıl (Kahramanoğlu ve ark. 2017), İzmir'de kadınların %52,7'sinin 1-3 yıl arasında evli olduğu saptanmıştır (Aktaş ve Karaçam 2017). Konya'da yürütülen bir çalışmada kadınların evlilik süresi 6,8±5,0 (Tüzmen 2019), Antalya'da 5,9±4,7 yıl olarak belirlenmiştir (Yörük ve Karaçam 2016). New York'ta bir araştırmada kadınların partnerleri ile birlikte olduğu süre ortalaması 5,7±4,6 yıldır (Escasa- Dorne 2015). Nijerya'da kadınların evlilik süresi ortalaması 7,7 yıl olarak bulunmuştur (Bello ve ark. 2011).

Bu araştırmada kadınların büyük çoğunluğu eşleri ile tanışarak evlenmiş (%85,2) ve çekirdek aile yapısına (%93,7) sahiptir. Konya'da kadınların %72,8'i

(Tüzmen 2019), Antalya'da %88,5'i (Yörük ve Karaçam 2016), Kocaeli'nde %77,1'i (Özdilek 2016) ve Manisa'da %84,5'i çekirdek aile yapısına sahiptir (Üstgörül ve Yanıkkerem 2018). Niğde'de kadınların %28,8'inin eşiyle anlaşarak evlendiği ve %42,8'inin geniş ailede yaşadığı saptanmıştır (Güleroğlu ve Beşer 2014). Araştırmaların yapıldığı bölgenin kültürel özelliklerine göre anlaşarak evlenme ve aile yapısında farklılıkların olduğu görülmektedir.

Bu çalışmada kadınların eşlerinin yaş ortalaması 32,9±5,4 (min=22, maks=49) olup, %43,3'ü 32 yaş altında ve %42,9'u üniversite eğitimine sahiptir. Tüzmen'in çalışmasında kadınların eşlerinin %23,8'i üniversite eğitimine sahip olduğu ve eşlerin yaş ortalamasının 30,1±6,1 saptanmıştır (Tüzmen 2019) Manisa'da bir çalışmada eşlerin yaş ortalaması 31,5±5,1 (min=21 maks=48) olup, eşlerin %39,5'i lise mezunudur (Üstgörül ve Yanıkkerem 2018). Kocaeli'de yürütülen bir çalışmada eşlerin yaş ortalaması 28,2±3,9 olarak belirlenmiştir (Özdilek 2016). İran'da bir araştırmada kadınların eşlerinin %32,8'inin üniversite eğitimine sahip olduğu bulunmuştur (Anbaran ve ark. 2015). Mısır'da yürütülen bir çalışmada eşlerin yaş ortalaması 38,3±6,42 olup, %13,6'sı üniversite eğitimine sahiptir (Abdelhakm ve ark. 2018). Araştırma sonuçlarının araştırmanın yapıldığı yerin özelliklerine ve örneklem büyüklüğüne göre değişiklik gösterdiği görülmektedir.

Bu araştırmaya katılan kadınların gebelik ve doğum sayısı ortalaması sırasıyla 2,1±1,3 (min=1, maks=9) ve 1,7±0,9 (min=1, maks=6) olup, kadınların %43,4'ü primipardır. TNSA 2018 sonuçlarına göre Türkiye'nin batısında toplam doğurganlık hızı 2,0, Türkiye genelinde 2,3'tür (Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2018). Manisa'da kadınların %34,5'inin ilk gebeliği ve %39,5'inin primipar olduğu bulunmuştur (Üstgörül ve Yanıkkerem 2018). Konya'da kadınların %26,7'si primipar (Tüzmen 2019), İzmir'de kadınların %47,9'unun ilk gebeliği ve %55,3'ünün ilk doğumu olduğu saptanmıştır (Aktaş ve Karaçam 2017). Almanya'da kadınların %47,1'inin (Handelzalts ve ark. 2018), Mısır'da %23,5'inin primipar olduğu belirlenmiştir (Abdelhakm ve ark. 2018). Brezilya'da yapılan bir çalışmada kadınların (n=644) %34,5'i ilk kez gebe kalmış (Faisal-Cury ve ark. 2015), Tayvan'da kadınların %54,3'ü ilk kez doğum yapmıştır (Chang ve ark. 2011). Araştırma sonuçlarında kadınların gebelik ve doğum sayısı örneklem büyüklüğü ve ülkelere göre çeşitlilik göstermektedir.

Bu araştırmada kadınların %9,5'inin kürtaj olduğu, %1,6'sının ölü doğum yaptığı ve %12,7'sinin düşük yaptığı bulunmuştur. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları 2018 verilerine göre evlenmiş kadınların %22,0'sinin en az bir kez kendiliğinden düşük, %4,0'ının en az bir kez ölü doğum yaptığı belirlenmiştir (Türkiye Nüfus Sağlık Araştırmaları 2018). Konya'da kadınların %10,5'i küretaj olmuş ve %22,3'ü düşük yapmıştır (Tüzmen 2019). Manisa'da kadınların %19,5'inin kürtaj olduğu ve %2,7'sinin ölü doğum yaptığı bulunmuştur (Üstgörül ve Yanıkkerem 2018). Zonguldak'ta yürütülen çalışmada kadınların %14,5'inde kürtaj, %16,3'ünde düşük, %4,2'sinde ölü doğum öyküsü vardır (Özkan ve ark. 2019). Sosyal medya aracılığıyla online yürütülen çalışmada doğum deneyimi, doğum şekli ve postpartum cinsel yaşamın incelendiği bir çalışmada kadınların %31,1'inin düşük yaptığı belirlenmiştir (Handelzalts ve ark. 2018). Araştırma sonuçları literatür ile benzerlik göstermektedir.

Bu araştırmaya katılan kadınların %50,8'inin bir yaşayan çocuğu, %37,0'ının iki yaşayan çocuğu bulunmaktadır. Kadınların %89,4'ü son gebeliğine isteyerek gebe kaldığını belirtmiştir. Konya'da kadınların %40,1'inin (Tüzmen 2019), Aydın'da %43,3'ünün (Yılmaz ve Taşpınar 2017), Antalya'da %43,9'unun bir yaşayan çocuğu olduğu bulunmuştur (Yörük ve Karaçam 2016). Zonguldak'ta gebe polikliniğe başvuran gebelerin istenmeyen gebelik sıklığını ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılan çalışmada kadınların %24,1'inin istenmeyen gebeliğe sahip olduğu saptanmıştır (Özkan ve ark. 2019). İzmir'de gebe okuluna başvuran gebelerin yaşadığı gebelik sorunlarının incelendiği bir çalışmada kadınların %82,3'ünün istenen gebeliğe sahip olduğu belirlenmiştir (Dönmez ve ark 2018). Araştırma sonuçları ülkemizde yürütülen araştırma sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Uluslararası çalışmalar incelendiğinde Hollanda'da kadınların %30,7'si (Heetkamp ve ark. 2020), Angola Cumhuriyeti'nde %38,3'ü (Yaya ve Ghose 2018) ve Kenya'da %58,0'ı istenmeyen gebeliğe sahip olduğu belirlenmiştir (Ochako ve Gichuhi 2016). Ülkelerin gelişmişlik düzeyleri, kontraseptif yöntemlere ulaşma durumu gibi faktörlerin istenmeyen gebelik oranları üzerinde etkisi olduğu düşünülmektedir.

Bu araştırmada kadınların %10,1'i normal doğum, %10,1'i epizyotomi ile normal doğum, %12,7'si acil sezaryen ve %27,5'i elektif sezaryen doğum yapmıştır. TNSA 2018 verilerine göre Türkiye'de sezaryen doğum oranı %52,0'dır (Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları 2018). Bu araştırmanın üçüncü basamak bir hastaneye

başvuran kadınlar ile yürütülmesi nedeniyle sezaryen oranlarının yüksek olduğu söylenebilir. Kocaeli'de primipar kadınların %51,4'ü (Özdilek 2016), Manisa'da kadınların %20,0'ı (Üstgörül ve Yanıkkerem 2018), Antalya'da %29,3'ü vajinal doğum yapmıştır (Yörük ve Karaçam 2016). Yurtdışında yürütülen çalışmalar incelendiğinde Japonya'da kadınların %76,6'sı vajinal doğum yapmıştır (Saotome ve ark. 2018). İrlanda'da kadınların %22,7'si acil sezaryen doğum ve %8,9'u elektif sezaryen (O'Malley ve ark. 2018), Nijerya'da kadınların %43,6'sı sezaryen ile doğum yapmıştır (Adanikin ve ark. 2015). Yapılan uluslararası ve ulusal çalışmalar incelendiğinde Dünya Sağlık Örgütü'nün %15,0 olarak önerdiği sezaryen oranlarının hiç bir ülkede istenilen düzeyde olmadığı görülmektedir. Artan sezaryen doğumların nedenleri arasında doğum korkusu, yardımcı üreme tekniklerinin artmasına bağlı çoğul ve preterm gebeliklerin artması, annelerin kariyer endişesi ve ekonomik nedenlerle ilk gebelik yaşının artması, paritenin azalması, anne adayının kişisel istemi, sezaryen dışında ağrısız doğum olanaklarının yeterince kullanılamaması sayılabilir (Demirbaş ve ark. 2018).

Bu araştırmada kadınların büyük çoğunluğu (%96,3) bebeklerini emzirdiğini ve eşinin yanında da emzirmeye devam ettiğini belirtmiştir. Kocaeli'de annelerin postpartum ikinci ayda %88,6'sının, dördüncü ayda %84,8'inin bebeklerini emzirmeye devam ettikleri saptanmıştır (Özdilek 2016). Aydın'da kadınların %87,5'i bebeklerini emzirdikleri bulunmuştur (Yılmaz ve Taşpınar 2017). Amerikan Pediatri Akademisi, ilk altı ay sadece anne sütü ile beslemeyi ve emzirmeyi kolaylaştırmak için anne ve bebeğin birbirine yakın uyumalarını önermektedir (American Academy of Pediatrics 2021). Amerika'da yapılan bir çalışmada kadınların postpartum ikinci ayda %74,3'ünün bebeklerini emzirdiği bulunmuştur (Watkins ve ark. 2011). Avusturalya'da kadınların %83,0'ının bebeklerini emzirdikleri saptanmıştır (Cole ve ark. 2020). Portekiz'de emzirme eğitiminin etkisini değerlendirmek için yapılan çalışmada doğum sonrası ikinci ayda deney grubundaki kadınların %98,2'sinin, kontrol grubundakilerin %85,5'inin bebeklerini emzirdikleri belirlenmiştir (Javorski ve ark. 2018). Emzirme anne-çocuk sağlığına yararlarının yanı sıra, küresel olarak sürdürülebilir kalkınma ve refah için önemli bir bileşendir. Emzirmenin arttırılması ile anne-çocuk mortalite ve morbiditesinde azalma, çevre kirliliğinde ve ekonomik yükte azalma ve bebeklerin zekâ düzeyinde artma sağlanabilir. Bu bağlamda gebelik

planlayan ya da gebe olan tüm kadınlara emzirme eğitimi verilmelidir (Özilice ve Günay 2018).

Bu araştırmada kadınların tamamı annelik görevi ile baş edebildiğini, %22,8'i bebeğin bakımı için destek aldığını ve %13,2'si kısmen destek aldığını ifade etmiştir. Bebek bakımı için destek alan kadınların (n=68) %45,6'sı eşinden destek aldığını belirtmiştir. Trabzon'da yapılan çalışmada vajinal doğum yapan kadınların %55,8'i, sezaryen doğum yapanların %67,1'i bebek bakımı için destek aldığını belirtmiştir. Bebek bakımı için kendi ailesinin destek olduğunu belirten kadınların oranı vajinal doğum yapanlarda %62,8, sezaryen doğum yapanlarda %55,1 olarak saptanmıştır (Türk ve Erkaya 2019). Aydın'da kadınların %78,3'ü eşinden, %40,0'ı eş dışında başka birinden bebek bakım desteği aldığını belirtmiştir (Yılmaz ve Taşpınar 2017). Doğum sonrası annelerin bu döneme adaptasyonunu sağlamada aile üyelerinin ve eşin desteğinin önemli olduğu düşünülmektedir.

Bu araştırmada kadınların büyük çoğunluğu (%84,7) ebeveyn odasında yatan çocuğu olduğunu belirtmiştir. Ebeveyn odasında yatan çocuğu olan kadınların %94,4'ü bir, %5,6'sı iki çocuk ile ebeveyn odasında yattığı saptanmıştır. Kocaeli'de yürütülen bir araştırmada kadınların tamamının (n=105) doğum sonrası süreçte bebekleri ile aynı odada uyuduğu belirlenmiştir (Özdilek 2016). Avusturya'da yapılan çalışmada kadınların %75,0'ının bebek bakımını yapan kişi ile aynı odada uyuduğu saptanmıştır (Cole ve ark. 2020). Bu araştırmada ve ülkemizde yapılan diğer çalışma bulgularında görüldüğü gibi ülkemizde geleneksel olarak bebeği yalnız bırakmama yaklaşımı ile kadınların bebekleri ile aynı odada uyuduğu düşünülebilir. Bunun yanısıra Amerikan Pediatri Akademisi bebek ölümlerinin önüne geçmek için bebeğin uyku pozisyonuna dikkat etmenin önemli olduğu, bebeğin bakımından sorumlu kişi ile bebeğin aynı odada uyuması vurgulanmıştır (American Academy of Pediatrics 2021).

Bu araştırmada kadınların %76,2'sinin doğum sonrası dönemde doğum kontrol yöntemi kullandığını ifade etmiştir. Doğum kontrol yöntemi kullandığını belirten kadınların %55,5'i kondom ve %33,3'ü geri çekme yöntemi kullanmaktadır. İstanbul'da yapılan bir çalışmada doğum sonrası üçüncü ayda kadınların %79,3'ünün herhangi bir doğum kontrol yöntemi kullanmadığı bulunmuştur (Kahramanoğlu ve ark. 2017). İzmir'de kadınların postpartum kontraseptif tercihlerini ve tutumlarını belirlemek amacıyla yapılan çalışmada kadınların %92,1'i kontraseptif yöntem

kullanmayı düşündüğü, yöntem kullanmayı düşünenlerin %82,4'ü modern bir yöntem, %14,6'sı ise geri çekme yöntemini kullanmayı planladığı bulunmuştur (Çetişli ve ark. 2020). Kars'ta yapılan bir çalışmada postpartum dönemde kadınların %43,0'ı doğum kontrol yöntemi kullanmakta olup, yöntem kullananların büyük çoğunluğu geri çekme yöntemi (%90,7) ve %9,3'ü kondom kullandığı saptanmıştır (Delibalta ve Çılgın 2020). Amerika'da 4068 kadın ile yapılan çalışmada kadınların doğum sonrası %43,0'ının doğum kontrol yöntemi kullandığı belirlenmiştir (Harrison ve ark. 2020). Mısır'da yapılan bir çalışmada kadınların (n=684) %62,4'ünün postpartum dönemde doğum kontrol yöntemi kullanmadığı, %9,9'unun rahim içi araç ile gebelikten korunduğu saptanmıştır (Saleh ve ark. 2019). Doğum sonrası istenmeyen gebelikleri önlemek amacı ile kadınların doğum kontrol yöntemleri konusunda eğitim ve danışmanlık alması önemlidir.

7.1.2. Araştırmanın Birinci Aşamasında Kadınların Cinsel Yaşam Özelliklerine İlişkin Bulgulara Yönelik Tartışma

Araştırmaya katılan kadınların büyük çoğunluğu (%79,9) daha önce cinsellik hakkında bilgi almadığını belirtmiş olup, kadınların (n=38) %55,3'ü öğretmenlerinden, %36,8'i arkadaşlarından ve %7,9'u medyadan bilgi almış ve kadınların %65,1'i cinsellik hakkındaki bilgi düzeylerinin yeterli seviyede olduğunu ifade etmiştir. Manisa'da yapılan bir çalışmada kadınların %42,3'ü cinsellik hakkında daha önce bilgi aldığını ve %12,3'ünün bu bilgiyi ailesinden aldığı bulunmuştur (Üstgörül ve Yanıkkerem 2018). Araştırmalar incelendiğinde, Antalya'da kadınların %33,3'ünün (Yörük ve Karaçam 2016), Gaziantep'te %56,8'inin (Kısa ve ark. 2013), Konya'da %5,1'inin cinsel bilgi aldığı saptanmıştır (Tüzmen 2019). Yapılan diğer çalışma sonuçlarından da görüldüğü gibi birçok kadın cinsellik hakkında eğitim almamıştır.

Bu araştırmada doğum sonrası dönemde olan kadınların %12,7'si eşinde cinsel problem olduğunu, eşinde cinsel problem olan kadınların (n=24) %62,5'inde eşinde erken boşalma ve %16,7'sinde cinsel isteksizlik bulunmaktadır. Tunceli'de 2015-2019 yılları arasında erkek hastaların %51,6'sı prematür ejekülasyon nedeniyle psikiyatri polikliniğine başvurduğu saptanmıştır (Dal ve Özdemir 2020). Manisa'da doğum sonrası disparoni ve etkileyen faktörlerin incelendiği bir araştırmada

kadınların %6,8'inin eşinde erken boşalma problemi olduğu bulunmuştur (Üstgörül ve Yanıkkerem 2018). Antalya'da yürütülen bir çalışmada kadınların %5,3'ünün eşinde erken boşalma problemi yaşadığı belirlenmiştir (Yörük ve Karaçam 2016). İspanya'da yapılan bir araştırmada erkeklerin %59,0'ında erken boşalma problemi olduğu bulunmuştur (Prieto-Castro ve ark. 2020). Amerikan ve Avrupa Üroloji Derneklerine göre erkeklerde %23-30 oranında erken boşalma sorunu görüldüğü belirtilmiştir (Hatzimouratidis ve ark. 2020).

Bu çalışmada kadınların doğum sonrası cinsel ilişkiye başlama zamanı ortalaması 53,2±18,1 gün (min=20, maks=150) olup, kadınların %65,1'i doğum sonrası 41. günden sonra cinsel ilişkiye başlamıştır. Yapılan ulusal araştırmalarda kadınların doğumdan 6-7 hafta sonra cinsel ilişkiye başlama oranları %47,3 ile %77,0 arasında değişmektedir (Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2018; Yörük ve Karaçam 2016; Üstgörül ve Yanıkkerem 2018; Selimoğlu ve Beydağ 2020). Bunun nedeni doğum yapan kadınlara taburculuk eğitiminde doğum sonrası 40. günden sonra cinsel ilişkide bulunulması hakkında bilgi verilmesi olabilir. Yapılan uluslararası çalışmalar incelendiğinde; Malezya'da kadınların %51,6'sı (Radziah ve ark. 2013), Lübnan'da %48,3'ü (Sassine ve ark. 2020),FSF Nijerya'da %35,8'i doğumdan altı hafta sonra cinsel ilişkiye başlamıştır (Adanikin ve ark. 2015).

Araştırmada kadınların %13,8'i gebelik öncesi, %10,6'sı gebelik döneminde ve %23,8'i doğum sonrası dönemde cinsel ilişki sırasında ağrı yaşadığını belirtmiştir. Doğum sonrası cinsel ilişki sırasında ağrı yaşayan kadınların (n=45) %57,8'i ağrı hissedince cinsel ilişkiyi bıraktığını ve %22,2'si ağrı yaşamanın cinsel ilişkisini etkilediğini ifade etmiştir. Delibalta ve Çılgın'ın Kars'ta yaptıkları çalışmada kadınların %20,0'ının gebelik öncesi, %30,0'ının gebelikte ve %64,0'ının doğum sonrası dönemde disparoni yaşadığı bulunmuştur (Delibalta ve Çılgın 2020). Manisa'da yapılan çalışmada kadınların %10,0'ı gebelik öncesi dönemde, %11,8'i gebelik döneminde, %31,8'i postpartum üçüncü ayda disparoni yaşadığı belirlenmiştir (Üstgörül ve Yanıkkerem 2018). Nijerya'da kadınların %9,0'ı gebelik öncesi dönemde, %17,0'ı gebeliğin ilk üç ayında, %19,0'ı gebeliğinin 3-6 ayları arasında ve %24,0'ı gebeliğinin son üç ayında disparoni yaşadığı saptanmıştır (Bello ve ark. 2011). Banaei ve arkadaşlarının yaptığı metaanaliz çalışmasında kadınların doğum sonrası ikinci ayda %42,0'ının disparoni yaşadığı belirlenmiştir (Banaei ve ark. 2021). Araştırma sonuçları bu çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir.

Araştırmaya katılan kadınların %85,7'si Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği-Kadın'dan 11 ve üzerinde puan almıştır. Kadınların %6,3'ü Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği depresyon bölümünden yedi ve üzeri puan almıştır. Bu kadınlar araştırmanın ikinci aşamasına dahil edilmemiştir. Manisa'da yürütülen bir çalışmada doğum sonrası üçüncü ayda kadınların %87,3'ü, altıncı ayda %66,8'i (Üstgörül ve Yanıkkerem 2018), Aydın'da kadınların %91,3'ü (Acele ve Karaçam 2011), Antalya'da çalışma grubundaki kadınların %77,0'ı, kontrol grubundakilerin %71,0'ı Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği-Kadın'dan 11 ve üzeri puan almıştır (Yörük ve Karaçam 2016). Doğum sonrası dönemde cinsel fonksiyonlarının Kadın Cinsel İşlev Ölçeği ile değerlendirildiği araştırmalarda Japonya'da kadınların (n=79) %91,5'inde (Saotome ve ark. 2018), İran'da kadınların (n=380) %76,3'ünde (Rezaei ve ark. 2017), Brezilya'da (n=200) %43,0'ında cinsel disfonksiyon saptanmıştır (Holanda ve ark. 2014). Ankara'da doğum sonrası Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği ile yapılan bir araştırmada kadınların (n=149) %17,4'ünde prenatal anksiyete, %12,8'inde prenatal depresyon ve %23,5'inde postpartum depresyon belirlenmiştir (Cirik ve ark. 2016). Doğum sonrası Edinburg Depresyon Ölçeği ile yapılan araştırma sonuçlarına göre doğum sonrası üçüncü ayda postpartum depresyon oranları; Manisa'da (n=100) %19,0 (Üstgörül ve Yanıkkerem 2014), İzmir'de (n=179) %23,2 (Gur ve ark. 2014), Afyon'da (n=131) %22,9 olarak bulunmuştur (Dönmez ve Bükülmez 2015). Uluslararası birçok ülkenin katılımı ile gerçekleştirilen bir çalışmada (n=8209) doğum sonrası depresyon oranı beyaz ırk olan kadınlarda Avrupa'da %76,5, Amerika'da %75,0; siyah ırk olan kadınlarda Avrupa'da %17,3, Amerika'da %18,3; Latin olmayan Asyalı kadınlarda %6,2, Latin Amerikalılarda %2,5 ve Asya'da %1,9 olarak belirlenmiştir. Literatürde kadının eğitimi, yaşadığı toplum yapısı ve coğrafik özelliklerinin doğum sonrası depresyon yaşama durumu ile ilişkili olduğu ifade edilmektedir (Di Florio ve ark. 2017).

7.2. ARAŞTIRMANIN İKİNCİ AŞAMASINA YÖNELİK TARTIŞMA

Bu bölümde araştırmanın ikinci aşamasındaki girişim ve kontrol grubundaki kadınların tanıtıcı ve cinsel yaşam özelliklerine ilişkin bulgular, girişim grubunda olan kadınlara EX-PLISSIT modeline dayalı açık uçlu sorular ile sorulan soruların yanıtlarına ilişkin bulgular, girişim ve kontrol grubunun Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği-Kadın ve Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği-Kadın'dan aldıkları puanlara yönelik bulgular literatür doğrultusunda tartışılarak sunulmuştur.

7.2.1. Girişim ve Kontrol Grubundaki Kadınların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgulara Yönelik Tartışma

Bu araştırmada girişim grubundaki kadınların %41,4'ünün, kontrol grubundaki kadınların %57,5'inin 30 yaş altında olduğu bulunmuş olup, kadınların yaş ortalaması girişim grubunda 30,7±5,3, kontrol grubunda 29,5±5,1'dir. Sivas'ta Levine'nin koruma modeline göre yapılandırılmış doğum sonrası cinsel sağlık eğitimi programının etkinliğini değerlendiren bir araştırmada girişim grubundaki kadınların (n=32) yaş ortalaması 28,0±3,2, kontrol grubundakilerin (n=35) 29,0±2,2'dir. Antalya'da doğum sonrası dönemde kadınların cinsel problemlerinin çözümünde PLISSIT modelinin etkinliğini değerlendiren (n=123) bir çalışmada girişim grubundaki kadınların yaş ortalaması 27,9±4,9, kontrol grubundaki kadınların yaş ortalaması 26,7±5,0'dır (Yörük ve Karaçam 2016). Kars'ta yapılan bir araştırmada girişim grubundaki kadınların yaş ortalaması 23,6±1,2, kontrol grubunun 23,7±1,1 olarak belirlenmiştir (Kahramanoğlu ve ark. 2017). İran'da yürütülen çalışmada deney grubundaki kadınların yaş ortalaması 24,9±3,1, kontrol grubunda olanların 23,4±2,6'dır (Banaei ve ark. 2017). İran'da yapılan bir diğer araştırmada kadınların yaş ortalaması 29,8±5,5'tir (Rezaei ve ark. 2018). Araştırma sonuçları araştırmanın örneklem sayısına ve araştırmanın yapıldığı coğrafyanın özelliklerine göre değişiklik göstermektedir.

Bu araştırmada girişim grubundaki kadınların %64,3'ü, kontrol grubunun %35,0'ı üniversite mezunudur. Sivas'ta girişim grubundaki kadınların %51,4'ü, kontrol grubunun %60,0'ı üniversite ve üzeri eğitime sahiptir (Evcili ve ark. 2020). Antalya'da kadınların eğitim durumu incelendiğinde girişim grubunun %14,8'i,

kontrol grubunun %9,7'si üniversite eğitimine sahip olduğu bulunmuştur (Yörük ve Karaçam 2016). İran'da yapılan çalışmada deney grubunun %46,7'si, kontrol grubunun %48,9'u üniversite mezunudur (Banaei ve ark. 2017). İran'da yapılan bir diğer araştırmada kadınların %44,7'sinin üniversite mezunu olduğu belirlenmiştir (Rezaei ve ark. 2018). Araştırma sonuçlarından görüldüğü gibi araştırmaya katılan kadınların yaş ve eğitim açısından farklılıkları örneklem sayısı, kültürel ve coğrafi özellikleri göre değişiklik gösterdiği görülmektedir.

Bu araştırmada kadınların %55,3'ünün çalıştığı (girişim grubu %67,1; kontrol grubu %45,0) ve %74,7'sinin gelir giderine eşit olduğu (girişim grubu %78,6; kontrol grubu %71,3) bulunmuştur. Erzurum'da kadınların %52,2'sinin çalıştığı ve %72,4'ünün gelir durumunun orta seviyede olduğu saptanmıştır (Balaydın ve ark. 2020). Antalya'da kadınların %16,4'ünün (Yörük ve Karaçam 2016), Trabzon'da %26,7'sinin (Türk ve Erkaya 2019), Sivas'ta girişim grubundaki kadınların %22,9'unun, kontrol grubunun %14,3'ünün çalıştığı belirlenmiştir (Evcili ve ark. 2020). İran'da deney grubundaki kadınların %20,0'ının, kontrol grubundakilerin %13,3'ünün çalıştığı ve deney grubunun %44,4'ünün, kontrol grubunun %42,2'si orta düzeyde gelire sahip olduğu bulunmuştur (Banaei ve ark. 2017). Nepal'de kadınların %67,7'si ev hanımı olup çalışmamaktadır (Joshi ve ark. 2020). İran'da görüşme grubundaki kadınların %70,6'sının, kontrol grubundaki kadınların %82,4'ünün orta düzeyde gelire sahip olduğu bulunmuştur (Malakouti ve ark. 2020).

Bu araştırmada girişim grubundaki kadınların %45,7'si, kontrol grubundaki kadınların %53,8'i ilde doğmuştur. İstanbul'da yapılan bir araştırmada girişim grubundaki kadınların %68,8'i, kontrol grubunun %60,0'ı ilde doğmuştur (Demir 2016).

Bu araştırmada girişim grubundaki kadınların %41,4'ünün, kontrol grubundaki kadınların %40,0'ının normal kiloya sahip olup, beden kitle indeksi ortalaması 26,6±5,0'dır (girişim=26,4±4,4; kontrol=26,7±5,5). İran'da kadınların beden kitle indeksi ortalaması girişim grubunda 26,1±5,5, kontrol grubunda 25,5±4,1'dir (Malakouti 2020). İspanya'da kadınların beden kitle indeksi ortalaması 31,0±21,8 olup, %26,0'ı yüksek kiloya sahiptir (Manresa ve ark. 2020). Japonya'da kadınların beden kitle indeksi ortalaması 23,4±7,4 bulunmuştur (Saotome ve ark. 2018).

Bu araştırmada girişim grubundaki kadınların %57,1'inin, kontrol grubundaki kadınların %60,0'ının 1-5 yıl arasında evli olduğu belirlenmiştir. Evlilik yılı

ortalaması girişim grubundaki kadınlarda 5,7±4,1, kontrol grubunda 6,0±4,5'tir. Girişim grubunun %82,8'i, kontrol grubunun %86,2'si eşi ile tanışarak evlenmiş ve büyük çoğunluğu (girişim grubu %95,7; kontrol grubu %93,8) çekirdek aile yapısına sahiptir. Evlilik uyumlarını iyi olarak belirten kadınların oranı girişim grubunda %85,7, kontrol grubunda %82,5 olarak belirlenmiştir. Bu araştırma bulgularına paralel olarak Sivas'ta yapılan bir araştırmada girişim grubundaki kadınların %54,3'ünün, kontrol grubundakilerin %68,6'sının evlilik yılı 1-5 yıl arasındadır. Kadınların çekirdek aile yapısına sahip olma durumu girişim grubunda %80,8, kontrol grubunda %82,9 bulunmuştur (Evcili ve ark. 2020). Erzurum'da yapılan bir çalışmada kadınların %60,5'inin 1-5 yıl arasında evli ve %75,9'unun çekirdek aile yapısına sahip olduğu saptanmıştır (Balaydın ve ark. 2020). Trabzon'da kadınların %45,3'ünün iki yıllık evli ve %83,3'ünün çekirdek aile yapısına sahip olduğu belirlenmiştir (Türk ve Erkaya 2019). Kocaeli'nde yürütülen çalışmada girişim grubundaki kadınların evlilik süresi 16,6±4,9, kontrol grubunun 15,8±4,1 ay olarak saptanmıştır. Çekirdek aile yapısına sahip olan kadınların oranı girişim ve kontrol grubunda sırasıyla %80,0 ve %74,0'dır (Özdilek 2016). Mısır'da doğum sonrası dönemde PLISSIT modeli doğrultusunda verilen cinsel danışmanlığın cinsel yaşam kalitesine etkisinin incelendiği bir çalışmada kadınların yarısı (%50,0) 1-5 yıl arasında evli olup, %58,2'si çekirdek aile yapısına sahiptir (Abdelhakm ve ark. 2018). Yapılan çalışmalardan da görüldüğü gibi çekirdek aile yapısında yaşama son yıllarda artış göstermiştir.

Bu araştırmada girişim grubundaki kadınların %67,1'inin, kontrol grubundaki kadınların %41,2'sinin eşinin yaşı 33 yaş ve üzerindedir. Eşlerin yaş ortalaması girişim grubunda 34,2±5,2, kontrol grubunda 32,1±5,1'dir. Eşi üniversite mezunu olan kadınların oranı girişim grubunda %57,1, kontrol grubunda %35,0'dır. Yapılan çalışmalar incelendiğinde kadınların eşlerinin yaş ortalaması Antalya'da 31,5±4,5 (Yörük ve Karaçam 2016), Trabzon'da 30,2±4,7 olup, eşlerin %35,3'ü üniversite mezunudur (Türk ve Erkaya 2019). Erzurum'da yapılan çalışmada eşlerin %47,8'i 33-42 yaş aralığında ve kadınların %69,3'ünün eşi üniversite mezunudur (Balaydın ve ark. 2020). Nepal'de yürütülen bir çalışmada kadınların %35,1'inin eşi ilkokul mezunudur (Joshi ve ark. 2020). Lübnan'da gebelikte meydana gelen cinsel değişiklikleri incelemek amacıyla yapılan bir çalışmada kadınların eşlerinin yaş

ortalaması 33,6±6,7 saptanmıştır (Sassine ve ark. 2020). Araştırma sonuçları bu çalışmanın bulguları ile benzerlik göstermektedir.

Bu araştırmada girişim grubundaki kadınların %44,3'ünün, kontrol grubundaki kadınların %42,5'inin ilk gebeliğe sahip olduğu bulunmuştur. Girişim grubundaki kadınların %51,4'ü, kontrol grubundaki kadınların %48,8'i ilk kez doğum yapmıştır. Girişim grubundaki kadınların %14,3'ünün, kontrol grubundakilerin %6,3'ünün kürtaj öyküsü; girişim grubundaki kadınların %10,0'ının, kontrol grubundakilerin %13,7'sinin düşük öyküsü bulunmaktadır. Aydın'da bir araştırmada girişim grubundaki kadınların %35,0'ı, kontrol grubundakilerin %36,7'si ilk gebeliğe sahiptir (Yılmaz ve Taşpınar 2017). İstanbul'da gebelik öncesi cinsel yaşamın gebelik ve doğum sonrası dönem ile ilişkisini incelemek amacıyla yapılan bir çalışmada kadınların (n=59) %37,3'ünün primipar olduğu belirlenmiştir (Yıldız 2015). Antalya'da bir araştırmada girişim grubundaki kadınların %44,3'ünün, kontrol grubunun %37,1'inin ilk gebeliği; girişim grubundakilerin %45,9'unun, kontrol grubunun %41,9'unun ilk doğumu olduğu saptanmıştır. Girişim grubundaki kadınların %8,2'sinin, kontrol grubunda olanların %4,8'inin kürtaj öyküsü bulunmaktadır (Yörük ve Karaçam 2016). İran'da yürütülen bir araştırmada girişim grubundaki kadınların %41,2'sinin, kontrol grubunda olanların %50,0'ının ilk gebeliği olduğu saptanmıştır (Malakouti ve ark. 2020).

Bu araştırmada girişim grubunun %51,4'ü, kontrol grubunun %50,0'ının yaşayan bir çocuğu bulunmakta olup, son gebeliğine isteyerek gebe kalan kadın oranı girişim grubunda %90,0, kontrol grubunda %88,8'dir. Doğum sonrası dönemde PLISSIT modeli kullanılarak cinsel sağlığın değerlendirildiği Antalya'da yapılan bir çalışmada girişim grubundaki kadınların %45,9'unun, kontrol grubundaki kadınların %41,9'unun yaşayan bir çocuğu bulunduğu, girişim grubundakilerin %90,2'sinin, kontrol grubundaki kadınların %93,5'inin isteyerek gebe kaldığı saptanmıştır (Yörük ve Karaçam 2016). Erzurum'da kadınların %19,3'ü istenmeyen gebeliğe sahip olduğu belirlenmiştir (Balaydın ve ark. 2020). Aydın'da doğum sonrası erken dönemde ebeveynlere verilen emzirme eğitiminin bebeklerin ilk altı ay anne sütü alma durumuna etkisini incelemek amacıyla yapılan bir çalışmada girişim grubundaki kadınların %35,0'ının, kontrol grubunun %41,7'sinin yaşayan bir çocuğu bulunmaktadır (Yılmaz ve Taşpınar 2017). Mısır'da kadınların %77,3'ünün yaşayan üç çocuğu bulunmaktadır (Abdelhakm ve ark. 2018). Nepal'de yürütülen bir

çalışmada kadınların %48,2'sinin yaşayan bir, %30,9'unun iki çocuğu bulunmaktadır (Joshi ve ark. 2020). İran'da girişim grubundaki kadınların %47,1'inin, kontrol grubunun %61,8'inin bir çocuğu vardır. Girişim ve kontrol grubundaki kadınların %88,2'si isteyerek gebe kaldığını belirtmiştir (Malakouti ve ark. 2020). Yaşayan çocuk sayısı ve gebeliğin istenme durumu ülke ve bölgelere göre değişiklik göstermektedir. İstenmeyen gebeliklerin varlığı çiftlerin doğum kontrol yöntemi kullanmadıklarını göstermekle birlikte, doğum sonu dönemde hemşirelerin kadınlara doğum kontrol yöntemi seçme ve kullanma durumunda danışmanlık sunmasının önemli olduğu söylenebilir.

Bu araştırmada normal doğum yapan ve kendi isteği ile sezaryen olan kadınların oranı sırasıyla girişim grubunda %30,0 ve %27,1, kontrol grubunda %13,8 ve %20,0'dır. İstanbul'da gebelik ve doğum sonrası dönemde cinsel fonksiyonları değerlendirmek için 59 kadın ile yürütülen çalışmada kadınların %67,8'inin vajinal doğum yaptığı belirlenmiştir (Yıldız 2015). Sivas'ta girişim grubunun %59,3'ü, kontrol grubunun %51,4'ü vajinal doğum yapmıştır (Evcili ve ark. 2020). Aydın'da girişim grubunun %61,7'si, kontrol grubunun %73,3'ü vajinal doğum yapmıştır (Yılmaz ve Taşpınar 2017). İran'da yürütülen bir çalışmada deney grubundaki kadınların %40,0'ı, kontrol grubundakilerin %48,9'u sezaryen doğum yapmıştır (Banaei ve ark. 2017). Berlin'de kadınların %49,6'sı normal doğum, %6,9'u vakum ile vajinal doğum ve %20,3'ü sezaryen doğum yaptığı bulunmuştur (Wallwiener ve ark. 2017). Japonya'da yapılan bir çalışmada kadınların büyük çoğunluğu (%76,7) vajinal doğum yapmıştır (Saotome ve ark. 2018). İran'da cinselliğin BETTER modeli ile değerlendirildiği grupta kadınların %55,0'ı, PLISSIT modeli grubunda %67,5'i sezaryen ile doğum yapmıştır (Karimi ve ark. 2021). Ülke, bölge ve araştırma örneklemine göre yapılan çalışmalarda doğum şeklinin değiştiği görülmektedir. Çalışmalarda sezaryen oranlarının yüksek olması Dünya Sağlık Örgütü'nün önerdiği %15 olan sezaryen oranından oldukça yüksektir. Bu bağlamda gebe kadınlara normal doğumu teşvik edecek eğitimler verilmesi sezaryen oranlarını azaltmada yararlı olabilir.

Bu araştırmada kadınların büyük çoğunluğunun (girişim grubu %97,1; kontrol grubu %95,0) bebeklerini emzirdiği belirlenmiştir. Antalya'da girişim grubundaki kadınların %85,2'si, kontrol grubunun %71,0'ı (Yörük ve Karaçam 2016), Sivas'ta girişim grubundaki kadınların %96,8'i, kontrol grubunun %97,1'i bebeklerini

emzirdiği saptanmıştır (Evcili ve ark. 2020). Mısır'da kadınların %58,2'si doğum sonrası ikinci ayda bebeğini emzirdikleri bulunmuştur (Abdelhakm ve ark. 2018). İran'da doğum sonrası cinsel sağlığın değerlendirilmesinde BETTER ve PLISSIT modelinin etkinliğini karşılaştıran bir çalışmada BETTER modeli uygulanan grupta (n=40) kadınların %77,5'inin, PLISSIT grubunda (n=40) %92,5'inin bebeklerini yalnızca anne sütü ile besledikleri bulunmuştur (Karimi ve ark. 2021). Yeni doğanın gelişimi, sağlığının korunması ve sürdürülmesi için anne sütü oldukça önemli ve doğal bir besindir. Birleşmiş Milletler Uluslararası Çocuk Acil Durum Fonu (UNICEF) ve Dünya Sağlık Örgütü her bebeğin doğum sonrası ilk altı ay sadece anne sütü ile beslenmesini, daha sonra ek besinlerle birlikte olmak koşuluyla en az iki yaşına kadar anne sütüyle beslemenin devam ettirilmesini önermektedir.

Bu araştırmada girişim grubundaki kadınların %60,0'ı, kontrol grubundaki kadınların %63,8'i bebek bakımı için destek almadığını belirtmiştir. Bebek bakımı için destek alan girişim grubundaki kadınların %46,4'ü, kontrol grubunda olanların %48,3'ü eşinden destek aldığını ifade etmiştir. Doğum sonrası emzirme eğitiminin emzirme süresine etkisinin incelendiği Aydın'da yapılan bir çalışmada eğitim grubundaki kadınların %83,3'ü eşinden, %26,7'si eş dışında başka birinden, kontrol grubunun %73,3'ü eşinden, %53,3'ü eş dışında başka birinden bebek bakımı konusunda destek aldığı belirlenmiştir (Yılmaz ve Taşpınar 2017). PLISSIT modelinin doğum sonrası cinsel fonksiyonlar üzerine etkisini inceleyen Antalya'da yürütülen bir çalışmada girişim grubundaki kadınların %32,8'i bebek bakımı için destek aldıklarını ve desteği en çok annelerinden (%45,0) aldıklarını ifade etmişlerdir. Kontrol grubunun ise %46,8'i bebek bakımı için destek aldığını, %44,8'i bu desteği en çok kayınvalidesinden aldığını belirtmiştir (Yörük ve Karaçam 2016). Sosyal destek almak doğum sonrası dönemde özellikle annelerin psikolojik durumlarını olumlu yönde etkileyen ve yorgunluğu azaltan en önemli faktörlerdendir. Doğum sonrası dönemde kadınlara daha fazla sosyal destek sunulması anne ve bebek sağlığı için oldukça önemlidir.

Bu araştırmada girişim grubunda bulunan kadınların %85,7'si, kontrol grubunda bulunan kadınların %83,7'si ebeveyn odasında yatan çocuğu olduğunu ve girişim grubundaki kadınların %91,7'si, kontrol grubundakilerin %94,0'ı bir çocuğu ile birlikte yattığını belirtmiştir. Antalya'da deney grubundaki kadınların %90,2'si, kontrol grubundakilerin %83,9'u bebekleri ile aynı odada uyumaktadır. Bununla

birlikte bir çocuğu ile beraber yatan kadınların oranı girişim grubunda %83,6, kontrol grubunda %69,2 olarak bulunmuştur (Yörük ve Karaçam 2016). Trabzon'da yapılan bir çalışmada kadınların %48,0'ı doğum sonrası bebek ile aynı odada uyuduğunu belirtmiştir (Türk ve Erkaya 2019). Mısır'da kadınların %89,1'i bebekleri ile aynı odada uyumaktadır (Abdelhakm ve ark. 2018).

Bu araştırmada kadınların yaklaşık dörtte üçü (girişim=%75,7; kontrol=%77,5) doğum kontrol yöntemi kullandığını ifade etmiştir. Girişim grubundaki kadınların %52,8'i ve kontrol grubundaki kadınların %59,7'si kondom kullanmaktadır. Antalya'da girişim grubunda olan kadınların %91,8'i, kontrol grubunda olanların %91,9'u doğum sonrası dönemde doğum kontrol yöntemi kullandığı bulunmuştur. Girişim grubunda %39,3 ile geri çekme, kontrol grubunda %52,6 ile prezervatif en çok tercih edilen doğum kontrol yöntemidir (Yörük ve Karaçam 2016). Ankara'da yapılan çalışmada kadınların (n=303) %98,3'ünün aile planlaması danışmanlığı aldığı, doğum sonrası dönemde %27,4'ünün rahim içi araç, %24,1'inin kondom ve %13,8'inin geri çekme yöntemi kullanmak istediği bulunmuştur (Özel ve ark. 2019). Kenya'da 260 kadın ile yapılan çalışmada kadınların %69,9'u postpartum dönemde doğum kontrol yöntemi kullandığını belirtmiştir (Harrington ve ark. 2019). Nepal'de doğum sonrası kullanılan aile planlaması yöntemlerini inceleyen bir çalışmada kadınların yarısının (%50,0) karşılanmamış aile planlaması ihtiyacının olduğu, %37,1'inin kondom ve %29,3'ünün depo-provera yöntemini kullandıkları saptanmıştır (Joshi ve ark. 2020). Mısır'da doğum sonrası dönemde kadınların %10,9'unun doğum kontrol yöntemi kullanmadığı, %45,2'sinin enjeksiyon yöntemi ile korunduğu bulunmuştur (Abdelhakm ve ark. 2018). Nepal'de doğum sonrası aile planlaması yöntemi kullanma durumu incelenmiş, araştırmada kadınların %22,2'sinin doğum kontrol yöntemleri hakkında bilgilerinin yetersiz olduğu ve %35,4'ünün orta seviyede bilgilerinin olduğu saptanmıştır (Joshi ve ark. 2020). Yapılan çalışmalarda kadınların hala bir kısmının karşılanmamış aile planlaması gereksinimi olduğu görülmektedir. Doğum sonrası dönem istenmeyen gebeliklerin sıkça görüldüğü bir dönem olduğu için özellikle gebelik ve postpartum dönemde kadınlara doğum kontrol yöntemleri hakkında eğitim ve danışmanlık verilmesi cinsel sağlığın sürdürülmesinde oldukça önemlidir.

7.2.2. Araştırmanın İkinci Aşamasında Girişim ve Kontrol Grubundaki Kadınların Cinsel Yaşam Özelliklerine İlişkin Bulgulara Yönelik Tartışma

Araştırmaya katılan girişim grubundaki kadınların %24,3'ü, kontrol grubundaki kadınların %18,8'i daha önce cinsellik hakkında bilgi almıştır. Cinsellik hakkında bilgi alan girişim grubundaki kadınların %64,8'i, kontrol grubundaki kadınların %53,3'ü cinsel bilgiyi öğretmen/öğretim elemanından aldığını belirtmiştir. Antalya'da yürütülen araştırmada çalışma grubundaki kadınların %29,5'i ve kontrol grubundaki kadınların %37,1'i doğum öncesi, gebelik ve doğum sonrası dönemlerde cinsel yaşam hakkında bilgi aldıklarını ifade etmiştir. Çalışma grubundaki kadınların %38,9'u internet/kitaplardan ve %16,7'si arkadaşlarından bilgi aldıklarını; kontrol grubundakilerin ise %30,4'ü hemşire/ebelerden, %26,1'i doktorlardan ve %13,0'ı internet/kitaplardan bilgi almıştır (Yörük ve Karaçam 2016). Trabzon'da doğum sonrası cinselliğin değerlendirildiği bir araştırmada kadınların %56,0'ı (Türk ve Erkaya 2019), Mısır'da kadınların %85,5'i cinsellik hakkında bilgi almadığını belirtmiştir (Abdelhakm ve ark. 2018). Çalışmalarda doğum sonrası verilen cinsel eğitim kapsamında genellikle cinsel ilişkiye başlama zamanı hakkında bilgi verildiği görülmektedir. Postpartum dönemde gereksinimi olan ailelere yaşanabilecek cinsel sorunlar hakkında daha kapsamlı eğitim verilebilir (Khajehei ve ark. 2015; Jambola ve ark. 2020; Selimoğlu ve Beydağ 2020).

Bu araştırmada cinsellik hakkında bilgi düzeyini yeterli bulan kadın oranı girişim ve kontrol grubunda sırasıyla %72,9 ve %77,5'tir. Araştırmada kadınların doğum sonrası cinsel ilişkiye başlama zamanı ortalaması 53,2±18,1 gün olup, girişim grubunda olan kadınların %80,0'ı, kontrol grubundaki kadınların %67,5'i doğum sonrası 41. günden sonra cinsel ilişkiye başlamıştır. Sivas'ta yürütülen çalışmada girişim grubunun %56,2'si, kontrol grubunun %60,0'ı doğumdan 7-10 hafta sonra cinsel ilişkiye başlamıştır (Evcili ve ark. 2020). Kocaeli'nde postpartum ikinci ayda yapılan görüşmede doğum sonrası cinsel ilişkiye başlama zamanı ortalaması deney grubunda 36,9±19,1, kontrol grubunda 37,6±17,5 gün olduğu saptanmıştır (Özdilek 2016). Trabzon'da bir çalışmada kadınların %84,0'ının cinsel ilişkiye postpartum 6-10 hafta arasında başladığını belirtmiştir (Türk ve Erkaya 2019). İstanbul'da yapılan çalışmada kadınların doğum sonrası cinsel ilişkiye başlama zamanı ortalaması 11,4±4,1 hafta olarak bulunmuştur (Yıldız 2015). İsrail'de yapılan bir çalışmada,

cinsel ilişkiye başlama zamanı epizyotomisiz doğum yapanlarda 4,5±1,8, epizyotomili doğum yapanlarda 7,9±3,0, acil sezaryen olan kadınlarda 6,1±2,4 ve kendi isteği ile sezaryen olan kadınlarda 6,1±2,6 hafta olarak bulunmuştur (Lurie 2013). Literatürde genel olarak çiftlerin doğum sonrası cinsel ilişkiye başlamalarının beş-sekiz hafta arasında değiştiği belirtilmektedir (Escasa-Dorne 2015; Saotome ve ark. 2018; Selimoğlu ve Beydağ 2020). Ülkemizde cinsel ilişkiye başlama zamanının doğumdan altı hafta sonra olması önerilmekte, yapılan çalışmalar da bu görüşe genel olarak uyulduğunu göstermektedir.

Girişim grubundaki kadınların %74,3'ü, kontrol grubundaki kadınların %71,3'ü eşini cinsel olarak çekici bulduğunu ifade etmiştir. Eşinde cinsel problem olduğunu belirten kadınların oranı girişim grubunda %14,3, kontrol grubunda %10,0'dır. Eşinde cinsel problem olduğunu belirten girişim grubundaki kadınların %60,0'ı, kontrol grubundakilerin %62,5'i eşinde erken boşalma sorunu olduğunu ifade etmiştir. Japonya'da yapılan bir çalışmada doğum sonrası dönemde kadınların eşlerinin %22,7'sinde erektil disfonksiyon saptanmıştır (Saotome ve ark. 2018). Mısır'da doğum sonrası dönemde olan kadınların %5,7'si eşinde cinsel problem olduğunu belirtmiştir (Abdelhakm ve ark. 2018). Eşlerden herhangi birinde cinsel problem varlığı çiftlerin evlilik doyumunu olumsuz etkilemektedir. Sağlıklı ve mutlu evlilikler için cinsel sorun yaşayan çiftlerin cinsel terapi ya da danışmanlık alarak yaşadığı cinsel sorunların görüşülmesi oldukça önemlidir (Erdinç 2018).

7.2.3. EX-PLISSIT Modeline Dayandırılarak Geliştirilen Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formuna Kadınların Verdikleri Yanıtlara Yönelik Tartışma

Bu bölümde girişim grubundaki kadınlara EX-PLISSIT modeline dayandırılarak geliştirilen yarı yapılandırılmış görüşme formu ile cinsel yaşamlarını incelemek amaçlı hazırlanan açık uçlu sorulara kadınların verdikleri yanıtlara ilişkin tartışma sunulmuştur.

Bu araştırmada kadınlar cinsellik kavramına daha çok sevgi ve mutluluk paylaşımı (Atıf sayısı=43), evlilik ve aile olma gerekliliği (Atıf sayısı=30), yük ve eziyet (Atıf sayısı=11) olarak tanımlamışlardır. İsrail'de cinselliğin kadınlar için anlamını değerlendiren bir araştırmada (n=17), kadınların cinselliği tabu olarak

gördüklerini, bu konunun aile içerisinde konuşulmadığını ve cinselliği üreme aracı olarak gördüğünü ifade etmişlerdir (Kasif ve Band-Winterstein 2017). Özellikle cinselliğin tabu olarak görüldüğü için konuşulamadığı ülkelerde cinsellik kavramının sadece üreme amaçlı olduğu düşünülmektedir.

Araştırmada kadınlara "Yaşamlarının herhangi bir döneminde cinsel sorununuzun olduğunu düşünüyor musunuz?" diye sorulduğunda en çok verilen yanıtlar utanma (Atıf sayısı=26) ve kendini yetersiz hissetme (Atıf sayısı=22)'dir. İran'da yapılan çalışmada düşük cinsel özgüven ve cinsel eğitimin cinsel yaşam kalitesini olumsuz etkilediği belirtilmektedir (Taherian ve Abad 2020). Literatürde cinsel partnerini memnun etme kaygısı ve kaybetme korkusu yaşayan bireylerin cinsel ilişkilerinde endişelerinin arttığı ve cinsel öz güvenlerinin azaldığı vurgulanmaktadır (Küt 2018).

Bu araştırmada kadınların gebelik öncesi cinsel yaşamı sorulduğunda aktif ve güzel (Atıf sayısı=58), rahat (Atıf sayısı=14) ve gebe kalma odaklı (Atıf sayısı=2) cevapları verilmiştir. Türk ve Erkaya'nın çalışmasında kadınların (n=150) %2,7'sinin gebelik öncesi cinsel yaşamla ilgili sorun varlığı belirlenmiştir (Türk ve Erkaya 2019). Evlilik ve cinsellik çalışmalarında sağlıklı bir cinsel yaşamın evlilik üzerinde olumlu etkilerinin olduğu vurgulanmaktadır (Erdinç 2018). Özellikle kadınlığın doğurganlık ile özdeşleştirildiği toplumlarda gebe kalamama sosyal izolasyona, çiftlerin evlilik ilişkilerinin ve cinsel hayatlarının bozulmasına neden olmaktadır. İnfertilite sorunu yaşayan kadınlarda üreme fonksiyonunu yerine getiremedikleri için kendilerini cinsel yönden yetersiz hissetmekte ve cinselliği sadece üremek için yaşadıklarından cinsel istekleri ve cinsel birleşme sıklığı azalmaktadır. Çiftlere verilebilecek kapsamlı bir cinsel eğitim hem cinsel yaşam kalitesini hem de evlilik yaşantılarında doyum ve mutluluğu arttıracaktır (Çağlar ve Oskay 2020).

Bu araştırmada kadınların gebelik döneminde cinsel yaşamları sorulmuştur. Kadınların en çok atıfta bulunduğu konular bebeğe zarar verme korkusu (Atıf sayısı=38) ve cinsel isteksizliktir (Atıf sayısı=35). Samsun'da yapılan nicel bir araştırmada gebelik dönemindeki kadınların (n=310) %83,2'si gebelik süresince cinsel ilişki sıklığının azaldığını, %80,0'i gebelik döneminde cinsel istekte azalma olduğunu, %71,9'u gebelikte cinselliği güvenli bulmadığını ve %58,7'si gebelikte cinsel ilişkiden korktuğunu ifade etmişlerdir (Topatan ve Koç 2020). Kars'ta yürütülen çalışmada kadınların %20,0'ının gebelik döneminde disparoni yaşadığı

bulunmuştur (Delibalta ve Çılgın 2020). İstanbul'da yapılan çalışmada kadınların %25,4'ünün gebelik döneminde cinsel fonksiyon bozukluğu yaşadığı belirlenmiştir (Yıldız 2015). Nijerya'da yapılan nicel bir çalışmada gebelik döneminde kadınların cinsel ilişkiye girme nedenleri evlilik uyumu ve sadakatsizliği önlemek (n=26), cinsel dürtüyü tatmin etmek (n=15) amaçlı olduğu bulunmuştur. Kadınlar cinsel ilişkiden kaçınma nedeni olarak cinsel isteğinin az olması (n=39), düşük yapma korkusu (n=14) ve ağrı (n=9) olduğunu ifade etmişlerdir (Bello ve ark. 2011). Doğum sonra cinsel yaşamı inceleyen 48 çalışmanın yer aldığı sistematik bir derlemede gebelikte cinsellik hakkında yetersiz bilgi ve olası obstetrik komplikasyonlar hakkındaki endişelerin, gebelikte cinsel ilişkiden kaçınmada en önemli neden olduğu belirtilmiştir (Serati ve ark. 2010). Bebeğe zarar verme endişesine bağlı olarak gebelik döneminde cinsellikten uzaklaşma konusunda endişeleri olan çiftlere gebelik döneminde sunulacak eğitim ve danışmanlık yararlı olabilir. Bununla birlikte eğitim programlarında kadınların endişelerini ifade etmelerine fırsat verilmesi ve çiftlerin bu konuda konuşmaya cesaretlendirilmesi gerekli ve önemlidir.

Bu araştırmada kadınların doğum sonrası cinsel ilişkiye başlarken hazır oluşları incelenmiş, yapılan nitel incelemede kadınlar doğum sonrası isteksiz olduğu için hazır hissetmiyordum (Atıf sayısı=153) ve eşimi mutlu etmek için yaşadım (Atıf sayısı=40) atıflarını en çok ifade ettikleri saptanmıştır. Sivas'ta yürütülen bir çalışmada girişim grubundaki kadınların %68,8'i, kontrol grubunun %68,6'sı doğum sonrası cinsel ilişkiyi eşi istediği için yaşadığını belirtmiştir (Evcili ve ark 2020). Trabzon'da doğum sonrası eşi tarafından cinsel ilişkiye zorlandığı için cinsel ilişki yaşadığını belirten kadınların oranı vajinal doğum yapanlarda %19,5, sezaryen doğum yapanlarda %11,0'dır (Türk ve Erkaya 2019). Doğum sonrası cinsel ilişkinin din ve kültürel olarak etkilendiğini belirten kadınların oranı vajinal doğum yapanlarda %27,3, sezaryen doğum yapanlarda %11,0'dır. Bununla birlikte lohusalık dönemi bitmeden cinsel ilişkiye başlanmamalı diyen kadınların oranı ise vajinal ve sezaryen doğum yapanlarda sırasıyla %95,2 ve %100,0 bulunmuştur (Türk ve Erkaya 2019). Literatürde doğum sonrası cinsel ilişkiye başlamak için önerilen süre altı haftadır. Bu sürede kadının üreme organlarında genel olarak fiziki bir iyileşme gerçekleşmektedir. Bunun yanı sıra cinsel birliktelik için yalnızca fiziki değil ruhsal

olarak da hazır hissetmenin gerekli olduğu çiftlere doğum sonrası verilecek eğitimlerde vurgulanması gereken diğer bir konudur.

Bu araştırmada kadınlar doğum sonrası cinsel yaşamının uykusuzluk/yorgunluk (Atıf sayısı=123) ve çocuğun uyanması/ağlaması (Atıf sayısı=49) nedeniyle etkilendiğini belirtmişlerdir. Bilindiği gibi yapılan araştırmalarda doğum sonrası kadınların cinsel yaşamını olumsuz etkileyen faktörlerin başında yorgunluk, anksiyete ve yenidoğanın bakımı gelmektedir (Holanda ve ark. 2014; Bahrami ve ark. 2014; Tüzmen 2019). Doğum sonrası kadınlara verilecek sosyal destek ile doğum sonrası döneme uyum kolaylaştırabilir.

Araştırmada kadınların doğum sonrası cinsel yaşam hakkında endişeleri sorulduğunda eş için yeterli olmama/aldatılma (Atıf sayısı=22) ve gebe kalma korkusu (Atıf sayısı=15) en sık verilen cevaplar olmuştur. Mısır'da PLISSIT modelinin etkinliğini değerlendiren bir araştırmada (n=110) danışmanlık öncesi cinsel yaşamda kendine güvenini kaybettiğini belirten kadınların oranı %27,3, cinsel danışmanlık sonrası %11,8'dir. Bununla birlikte araştırmada doğum sonrası cinsel yaşamları konusunda endişe duyan kadın oranı %33,6 iken, cinsel danışmanlık sonrası bu oran %5,5'e düşmüştür (Abdelhakm ve ark. 2018). Doğum sonrası oluşabilecek cinsel problem ve endişeler için gebelik döneminde ya da doğum sonrası cinsel ilişkiye başlamadan cinsel eğitim verilmesi oldukça önemlidir.

Bu çalışmada kadınlara doğum sonrası dönemde cinsel ilişkiye karşı tutumları sorulduğunda en çok cinsel isteksizlik ve yorgunluk (Atıf sayısı=153) ifadelerini vermiş oldukları bulunmuştur. Konya'da yürütülen çalışmada doğum sonrası kadınların %9,5'inin cinsel istekte azalma yaşadığı bulunmuştur (Tüzmen 2019). Mısır'da cinsel danışmanlık öncesi kadınların %36,4'ü, danışmanlık sonrası %9,1'i cinsel ilişkiden kaçındığını belirtmiştir (Abdelhakm ve ark. 2018). Iran'da doğum sonrası PLISSIT modeli kullanılarak yapılan bireysel ve grup danışmanlığının etkisi incelendiğinde; Larson'un Cinsel Memnuniyet Ölçeği cinsel arzu alt boyutunun ilk değerlendirme puanı bireysel danışmanlıkta 22,3±2,2, son değerlendirmede 22,3±2,5'tir. Grup olarak yapılan cinsel danışmanlıkta ilk değerlendirme puanı 21,5±3,3, danışmanlık sonrası 23,4±1,4 bulunmuştur. Bireysel olarak yapılan danışmanlıkta cinsel arzu puanında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmazken, grup halinde yapılan cinsel danışmanlığın cinsel arzu boyutunda istatistiksel olarak anlamlı bir artış olduğu saptanmıştır (Kargar ve ark. 2021). Doğum sonrası özellikle

annelerin ilgilerinin bebeğe yönelik olması, bebek bakımı konusunda yorgun düşmeleri cinsel hayatı önemsememelerine neden olabilmektedir. Doğum sonrası dönemde kadınlara verilecek cinsel danışmanlık ve konunun uzmanı ile yapılabilecek psikoterapi ile cinsel isteksizliğin nedenleri ve uygun tedavi yaklaşımı önerilebilir.

Bu araştırmada kadınlar doğum sonrası cinsel ilişki sırasında en fazla ağrı (Atıf sayısı=58) ve çocuğun uyanmasından (Atıf sayısı=49) rahatsız olduğunu belirtmiştir. Aydın'da yapılan bir araştırmada doğum sonrası birinci yılda kadınların %28,9'unun (Karaçam ve Çalışır 2012), Antalya'da kadınların %23,6'sının disparoni yaşadığı bulunmuştur (Yörük ve Karaçam 2016). Kanada'da yapılan bir çalışmada kadınların (n=151) doğum sonrası ikinci ayda %29,1'i, altıncı ayda %16,6'sının cinsel ilişki sırasında ağrı yaşadığı saptanmıştır (Cappell 2014). Nijerya'da kadınların (n=127) %36,2'si (Adanikin ve ark. 2015) ve %14,9'u (Anzaku ve Mikah 2014), Uganda'da kadınların %24,8'i doğum sonrası disparoni yaşadığı bulunmuştur (Alum ve ark. 2015). Doğum sonrası dönem disparoni yaşama oranının en fazla olduğu dönemlerden olup, bu dönemde verilecek cinsel danışmanlık ile bu sorunun önüne geçilebilir.

Bu çalışmada kadınlara doğum sonrası cinsel yaşamından memnun olma durumları sorulduğunda kadınlar memnun olduğunu (Atıf sayısı=90) ve memnun olmadığını (Atıf sayısı=60) ifade etmişlerdir. Konya'da doğum sonrası cinsel yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelendiği çalışmada kadınların %86,2'si cinsel ilişkiden memnun olduğunu bildirmiş ve %39,7'si doğum sonrası cinsel yaşamını orta olarak değerlendirmiştir (Tüzmen 2019). İran'da deney grubundaki kadınların %84,8'i, kontrol grubunun %86,9'u postpartum dönemde cinsel yaşantısından memnun olduğunu ifade etmiştir (Banaei ve ark. 2017). Mısır'da doğum sonrası dönemde kadınların (n=110) danışmanlık öncesi %6,7'si, danışmanlık sonrası %67,3'ü cinsel ilişki sıklığından memnun olduğunu belirtmiştir (Abdelhakm ve ark. 2018). PLISSIT modeline dayalı bireysel ve grup olarak yapılan cinsel danışmanlığın etkisini inceleyen bir çalışmada bireysel danışmanlık yapılan grubun cinsel memnuniyet puanı danışmanlık öncesi 98,3±8,5 olup, danışmanlık sonrası 106,2±5,1 bulunmuştur. Grup olarak yapılan danışmanlıkta katılımcıların cinsel memnuniyet puanı ilk değerlendirmede 102,0±13,4, son değerlendirmede 115,1±4,1'dir. Cinsel memnuniyet puanında her iki grupta da istatistiksel olarak anlamlı artış saptanmıştır (Kargar ve ark. 2021).

Bu çalışmada kadınlara "Doğum sonrası cinsel sorununuzun neler olduğunu düşünüyorsunuz?" diye sorulduğunda kadınlar en çok zaman ayıramama (Atıf sayısı=131), yorgunluk (Atıf sayısı=88), zevk alamama (Atıf sayısı=33), evin kalabalık olması (Atıf sayısı=25) ve vajinal kuruluk (Atıf sayısı=11) atıflarında bulunmuştur. Sivas'ta yapılan çalışmada kadınların doğum sonrası cinsel problemleri girişim grubunda cinsel istek ve uyarılmada azalma (%84,2), vajinal kuruluk (%68,4), disparoni (%63,1), anorgazmi (%68,4), memeden süt gelmesi (%52,6) ve memelerde hassasiyet (%47,3) olarak belirlenmiştir (Evcili ve ark 2020). İstanbul'da yapılan çalışmada kadınların büyük çoğunluğu (%84,6) doğum sonrası dönemde cinsel fonksiyon bozukluğu yaşadığı belirlenmiştir (Yıldız 2015). Kocaeli'de doğum sonrası IMB (Information-Motivation-Behavioural Skills) modeline uygun cinsel danışmanlığın cinsel yaşam üzerine etkisinin incelendiği bir çalışmada kadınların %4,8'i (n=5) ev ortamının kalabalık olması nedeni ile cinsel sorun yaşadığını ifade etmiştir (Özdilek 2016). Mısır'da PLISSIT modeli ile verilen cinsel danışmanlık öncesi kadınların %43,6'sı, danışmanlık sonrası %7,3'ü cinsel ilişkiden zevk almadığını ifade etmiştir (Abdelhakm ve ark. 2018). İrlanda'da kadınların postpartum altıncı ayda %46,3'ü cinsel isteksizlik, %43,0'ı vajinal kuruluk, %37,5'i cinsel ilişki sırasında ağrı ve %15,6'sı orgazm olamama sorunu yaşadığı saptanmıştır (O'Malley ve ark. 2018). Etiyopya'da doğum sonrası 509 kadın ile yürütülen bir çalışmada kadınlar en çok disparoni (%41,7), vajinal kuruluk (%27,1) ve cinsel uyarılma bozukluğu (%10,7) yaşadığı saptanmıştır (Jambola ve ark. 2020). İran'da yapılan bir çalışmada kadınların %2,4'ü doğum sonrası cinsel yaşantısının etkilenme nedeni olarak kültürel ve sosyal problemler olduğunu belirtmiştir (Shirvani ve ark. 2010). Çalışmalarda kadınların cinsel sağlık hakkında bilgi almaları ile eşin ve ailenin doğum sonrası destek olmasının kadınların cinsel yaşam kalitesini arttırdığı vurgulanmıştır (Shirvani ve ark. 2010; Olsson ve ark. 2011). Doğum sonrası çiftlerin cinsel yaşam kalitesini arttırmak ve cinsel disfonksiyonları azaltmak için cinsel eğitim ve danışmanlık almaları ve bebek bakımında sosyal destek almaları doğum sonrası döneme uyumu kolaylaştırabilir.

Bu çalışmada kadınların eşleri ile cinsel iletişimi değerlendirildiğinde kadınların bir kısmı iletişimsizlik sorunu yaşadığını (Atıf sayısı=70), bir kısmı da yeterli iletişim kurabildikleri (Atıf sayısı=69) ifade etmişlerdir. Erzurum'da kadınların %83,3'ü eşi ile iletişiminin iyi olduğunu belirtmiştir (Balaydın ve ark. 2020).

Mısır'da kadınların %12,7'si ilk değerlendirmede, %71,8'i danışmanlık sonrası değerlendirmede eşleri ile cinsel konuda iletişim problemi yaşamadığını belirtmiştir (Abdelhakm ve ark. 2018). Mutluluk veren ve tatmin edici cinsel yaşamın en önemli bileşenlerinden biri cinsel partner ile iletişim kurabilmektir. Çiftlere cinsellik ve cinsel iletişim hakkında bilgi verilmesi rahat iletişim kurmalarını ve sağlıklı cinsel hayat sürmelerini sağlar.

7.2.4. Araştırmanın İkinci Aşamasında Girişim ve Kontrol Grubundaki Kadınların Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği-Kadın Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgulara Yönelik Tartışma

Bu çalışmada doğum sonrası Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği-Kadın cinsel istek ortalama puanı ilk değerlendirmede girişim grubundaki kadınlarda 3,5±1,0, kontrol grubunda 3,2±0,7 bulunmuş, iki grubun cinsel istek puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Kars'ta yapılan bir çalışmada postpartum dönemde kadınların doğum sonrası ikinci ayda Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği'ne göre cinsel istek ortalama puanı 3,5±1,0 bulunmuştur (Delibalta ve Çılgın 2020). Meksika'da bebek videosu ve cinsel içerikli videoların beyin dalgasına olan etkilerinin incelendiği bir çalışmada postpartum üçüncü ayda kadınların Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği'ne göre cinsel istek puanı 3,8±0,8, beşinci ayda 3,7±0,8 bulunmuştur (Aguirre ve ark. 2020). İran'da yürütülen bir çalışmada FSFI ölçeği kullanılarak yapılan çalışmada ilk değerlendirmede girişim grubunun cinsel istek puan ortalaması 2,2±0,1, kontrol grubunun 2,5±1,0 olup, iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmemiştir. Son değerlendirmede girişim grubunun cinsel istek puanı 3,1±0,1, kontrol grubunun 2,2±01 olup, iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Shekhi ve ark. 2021). Çalışma sonuçlarından da görüldüğü gibi doğum sonrası ilk aylar fiziksel ve psikolojik sorunların fazla olduğu dönem olup, hem girişim hem kontrol grubunun cinsel istek durumlarının daha az olduğu görülmektedir. Doğum sonrası uyum süreci tamamlanıp, kadınların fiziksel ve psikolojik sağlığı normale döndükçe cinsel istek durumları da artmaktadır.

Bu araştırmada kadınların cinsel uyarılma puan ortalaması ilk değerlendirmede girişim grubunda 3,3±0,8, kontrol grubunda 3,5±0,7 olup, iki grup arasındaki fark

istatistiksel olarak anlamlı değildir. Delibalta ve Çılgın'ın çalışmasında Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği'ne göre cinsel uyarılma puan ortalaması 3,3±0,9'dur (Delibalta ve Çılgın 2020). Meksika'da yapılan bir çalışmada postpartum üçüncü ayda kadınların Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği'ne göre cinsel uyarılma puan ortalaması 2,5±1,1, beşinci ayda 3,5±0,9 bulunmuştur (Aguirre ve ark. 2020).

Bu çalışmada kadınların vajinal ıslanma/nemlenme puan ortalaması ilk değerlendirmede girişim grubundaki kadınların 3,1±0,9, kontrol grubundaki kadınların 3,0±0,9 olup, gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Doğum sonrası dönemde vajinal ıslanmayı arttırmada EX-PLISSIT modeli dayalı verilen cinsel danışmanlığın etkili olduğu görülmektedir. Kars'ta kadınların doğum sonrası Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği'ne göre vajinal ıslanma/nemlenme puan ortalaması 3,1±0,9 bulunmuştur (Delibalta ve Çılgın 2020). Meksika'da yapılan bir çalışmada postpartum üçüncü ayda kadınların Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği'ne göre vajinal ıslanma/nemlenme puanı 2,3±1,6, beşinci ayda 3,3±1,3'tür (Aguirre ve ark. 2020).

Bu araştırmada kadınların ilk değerlendirmede orgazm yaşama puan ortalaması girişim grubunda 3,5±0,9, kontrol grubunda 3,7±0,8'dir. Her iki grubun ilk değerlendirme puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Gebelik ve doğum sonrası dönemde cinsel yaşamın değerlendirildiği bir çalışmada kadınların (n=100) gebeliğin birinci trimesterında orgazm puan ortalaması 3,0±1,1 olup, postpartum dönemde 3,3±1,1 olarak saptanmıştır (Delibalta ve Çılgın 2020). Meksika'da postpartum üçüncü ayda kadınların orgazm puan ortalaması 2,2±1,9, beşinci ayda 3,3±1,5 saptanmıştır (Aguirre ve ark. 2020). Kadınların orgazm yaşayabilme durumunun cinsel uyarılmaya ayrılan zamanla ilişkili olduğu, cinsel uyarılmanın uzun tutulması durumunda kadınların orgazm yaşama durumu kolaylaştığı literatürde belirtilmektedir (Cinsel Sağlık Enstitüsü Derneği 2021). Doğum sonrası dönemde bebeğin uyanması, kadının cinselliğe kendini verememesi ve ebeveynlerin yorgun olması nedeniyle cinsel uyarılmaya yeterli zaman ayrılamamakta ve orgazm olamama problemi yaşanabilmektedir.

Araştırmada kadınların orgazmın tatmin edici olma durumu puan ortalaması ilk değerlendirmede girişim ve kontrol grubunda sırasıyla 2,4±1,1 ve 2,4±0,9 olup, gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Kars'ta yapılan çalışmada orgazmın tatmin edici olma durumu puan ortalaması 2,9±1,0 olarak

belirlenmiştir (Delibalta ve Çılgın 2020). Meksika'da yürütülen bir araştırmada postpartum üçüncü ayda kadınların orgazmın tatmin edici olma puan ortalaması 2,1±1,9, beşinci ayda 2,3±1,7 saptanmıştır (Aguirre ve ark. 2020). Doğum sonrası orgazm yaşamada sorun yaşandığından dolayı orgazmın tatmin edici olmasında da sorun yaşandığı düşünülebilir.

Bu çalışmada ilk değerlendirmede kadınların Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği-Kadın toplam puan ortalaması girişim grubunda 15,6±1,9, kontrol grubunda 15,8±2,3 olup, iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur. Kars'ta yapılan çalışmada Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği toplam puan ortalaması 16,3±3,9 bulunmuştur (Delibalta ve Çılgın 2020). Manisa'da doğum sonrası disparoni yaygınlığını belirlemek amacıyla yürütülen bir çalışmada kadınların Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği toplam puan ortalaması doğum sonrası üçüncü ay 15,2±4,1, altıncı ay 12,6±4,3 ve dokuzuncu ay 11,0±4,1 olarak bulunmuştur (Üstgörül ve Yanıkkerem 2018). Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği-Kadın'a göre 11 ve üzeri puan alanlarda cinsel fonksiyon bozukluğu olduğu kabul edilmektedir. Doğum sonrası ilk altı ay özellikle bebek bakımı, yorgunluk, uykusuzluk ve uyum sorunları devam etmektedir. Bu çalışma da doğum sonrası ilk altı ay içerisinde yapıldığı için cinsel fonksiyon bozukluklarının devam ettiği söylenebilir.

Bu araştırmada girişim grubundaki kadınların cinsel istek puan ortalamaları ilk değerlendirmede 3,5±1,0, cinsel danışmanlık sonrası yapılan değerlendirmede 2,9±0,6 olarak belirlenmiştir. Kontrol grubunun cinsel istek puanı ilk değerlendirmede 3,2±0,7, son değerlendirmede 2,8±1,0'dır. Her iki grubun da ilk ve son değerlendirmede cinsel istek puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Doğum sonrası ilk iki-üç aylık dönemde bebek bakımı, yeni hayata uyum, yorgunluk, uykusuzluk ve emzirme nedenli cinsel isteksizlik sorunları yaşanabilmektedir. Doğum sonrası döneme uyum sağlandıkça, kadının fiziksel ve psikolojik durumu normale dönmeye başladıkça cinsel isteği de artmaya başladığı literatürde vurgulanmaktadır (Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği 2021).

Bu araştırmada ilk değerlendirmede cinsel uyarılma puan ortalaması girişim grubunda 3,3±0,8, son değerlendirmede 3,1±0,6'dir. Kontrol grubunun cinsel uyarılma puanı ilk değerlendirmede 3,5±0,7, son değerlendirmede 3,3±0,8 olarak belirlenmiştir. Her iki grubun da cinsel uyarılma ilk ve son değerlendirme puanı arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Bu araştırmada girişim grubundaki kadınların ilk değerlendirmede vajinal ıslanma/nemlenme puan ortalaması 3,1±0,9, son değerlendirmede 2,5±0,7 olup, iki değerlendirme arasındaki puan farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Kontrol grubundaki kadınların vajinal ıslanma/nemlenme puan ortalaması ilk değerlendirmede 3,0±0,9, son değerlendirmede 2,8±1,0 olarak saptanmış ve puanlar arası fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Sivas'ta yapılan çalışmada doğum sonrası dönemde girişim grubundaki kadınların %68,4'ünde, kontrol grubunun %78,9'unda vajinal kuruluk saptanmıştır (Evcili ve ark. 2020). Doğum sonrası dönemde cinsel uyarılmaya yeterli zaman ayrılamaması ve prolaktin hormonunun yüksek olması nedeniyle vajinal kuruluk yaşanabilmektedir (Barbara ve ark. 2016; Matthies ve ark. 2019). Doğum sonrası EX-PLISSIT modeline dayalı verilen cinsel danışmanlığın vajinal ıslanma/nemlenme puanı üzerinde etkili olduğu belirlenmiştir.

Bu araştırmada girişim grubunda orgazm yaşama puan ortalaması ilk değerlendirmede 3,5±0,9, son değerlendirmede 3,6±0,8'dir. Kontrol grubunun orgazm yaşama puan ortalaması ilk değerlendirmede 3,7±0,8, son değerlendirmede 3,6±0,8 olarak bulunmuştur. Her iki grubun da ilk ve son değerlendirme puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Doğum sonrası dönemde cinselliğin değerlendirildiği bir çalışmada girişim grubundaki kadınların %68,4'ünün, kontrol grubundakilerin %57,8'inin orgazm yaşayamadığı saptanmıştır (Evcili ve ark. 2020). Doğum sonrası bebeklerin sık uyanması, annelerin yorgun olması gibi nedenlerden dolayı cinselliğe yeterli vakit ayrılamamakta ve orgazm olmada güçlük yaşanabilmektedir.

Bu çalışmada girişim grubunda olan kadınların orgazmın tatmin edici olma puan ortalaması ilk değerlendirmede 2,4±1,1, son değerlendirmede 2,3±0,8 olarak saptanmıştır. Kontrol grubundaki kadınların orgazmın tatmin edici olma puan ortalaması ilk değerlendirmede 2,4±0,9, son değerlendirmede 2,4±1,1 olarak belirlenmiştir. Girişim ve kontrol grubunun ilk ve son değerlendirmede orgazmın tatmin edici olma puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Doğum sonrası cinsel ilişkiye yeterli zaman ayıramamaktan dolayı kadınlar orgazmı tatmin edici olarak yaşayamayabilirler.

Bu araştırmada girişim grubundaki kadınların ilk değerlendirmede Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği-Kadın toplam puan ortalaması 15,6±1,9, cinsel danışmanlık

sonrası 14,5±1,9 bulunmuştur. Kontrol grubunun ilk değerlendirmede Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği-Kadın toplam puan ortalaması 15,8±2,3, son değerlendirmede 15,0±3,2'dir. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği-Kadın toplam puan ortalaması bakımından her iki grupta da ilk ve son değerlendirme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmiştir. Antalya'da doğum sonrası dönemde olan kadınların cinsel sorunlarının çözümünde PLISSIT modelinin etkinliğini Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği ile değerlendirildiği bir çalışmada girişim grubunun ilk değerlendirmede ölçekten aldığı ortalama puan ortalaması 14,0±0,6, danışmanlık sonrası 14,0±0,5'tir. Kontrol grubunun ölçekten aldığı puan ortalaması ilk ve son değerlendirmede 14,0±0,5 olarak bulunmuştur (Yörük ve Karaçam 2016). Trabzon'da yapılan doğum şeklinin cinsel yaşam üzerine etkisini inceleyen çalışmada Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği toplam puan ortalaması vajinal doğum yapan kadınlarda 12,2±3,9, sezaryen doğum yapanlarda 12,6±4,3 olduğu belirlenmiştir (Türk ve Erkaya 2019). Sivas'ta yapılan çalışmada Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği puan ortalaması girişim grubunda ilk değerlendirmede 21,6±4,1, son değerlendirmede 19,2±2,1; kontrol grubunda ilk değerlendirmede 21,2±3,8, son değerlendirmede 21,0±2,4 bulunmuştur (Evcili ve ark. 2020). Doğum sonrası döneme uyum arttıkça kadınların cinsel disfonksiyonlarının azaldığı araştırma bulgularında görülmektedir.

7.2.5. Araştırmanın İkinci Aşamasında Girişim ve Kontrol Grubundaki Kadınların Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği-Kadın Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgulara Yönelik Tartışma

Bu araştırmada girişim grubundaki kadınların Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği "*Sıklık*" alt boyutu puan ortalaması ilk değerlendirmede 3,7±1,2, kontrol grubunda 4,5±1,7 olup, iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmiştir. İstanbul'da kadınlarda postpartum depresyonun doğum sonrası cinsel haz ve doyuma etkisinin incelendiği bir çalışmada postpartum 0-6 ay Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği "Sıklık" alt boyutu puan ortalaması 4,7±1,5 olup, 6-12 ayda 4,4±1,7 bulunmuştur (Şahin 2018). Bu durum doğum sonrası döneme uyumun artması ile kadınların cinsel yaşantılarının normale dönmesi ve cinsel ilişki sıklığının niteliksel olarak artması ile açıklanabilir.

Bu araştırmada "*İletişim*" alt boyutu puan ortalaması ilk değerlendirmede girişim grubunda 3,8±2,2, kontrol grubunda 3,2±2,1'dir. Her iki grubun ilk değerlendirmelerinde iletişim alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. İstanbul'da yürütülen çalışmada kadınların doğum sonrası Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği "İletişim" alt boyutu puan ortalaması 0-6 ayda yapılan değerlendirmede 4,5±1,6, 6-12 ayda 3,4±2,0 olarak belirlenmiş ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Şahin 2018). Doğum sonrası ilk aylarda bebeğe olan ilginin fazla olması nedeniyle çiftler arasında iletişim daha az yaşanmakta olup, doğum sonrası döneme uyum arttıkça çiftler arasındaki iletişim de artmaktadır. Bu araştırmada da hem girişim hem kontrol grubunun cinsel iletişimin niteliğindeki artışın nedeninin de buna bağlı olduğu düşünülmektedir.

Bu araştırmada ilk değerlendirmede "*Doyum*" alt boyutu puan ortalaması girişim grubunda 5,0±2,6, kontrol grubunda 4,1±3,2 olarak belirlenmiş ve iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur.

Bu çalışmada "*Kaçınma*" alt boyutu puan ortalaması ilk değerlendirmede girişim grubunda 2,9±2,1, kontrol grubunda 2,5±2,1'dir. Girişim ve kontrol grubunun ilk değerlendirmede kaçınma puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. İstanbul'da lohusa kadınlar ile yapılan bir çalışmada tek çocuğu olan kadınların kaçınma puan ortalaması 4,0±2,5, iki çocuğu olanların 5,8±2,8 olarak belirlenmiştir (Şahin 2018).

Bu araştırmada girişim grubundaki kadınların ilk değerlendirmede "*Dokunma*" alt boyutu puan ortalaması 4,8±3,2, kontrol grubunda 3,1±3,0 olarak belirlenmiş olup, iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır.

Bu araştırmada ilk değerlendirmede "*Vajinismus*" alt boyut puan ortalaması girişim grubunda 5,2±2,6, kontrol grubunda 4,8±2,6 olarak belirlenmiştir. Girişim ve kontrol grubunun vajinismus alt boyut puan ortalamaları arasında ilk değerlendirmede istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır.

Bu araştırmada "*Orgazm*" alt boyut puan ortalaması ilk değerlendirmede girişim grubunda 6,0±2,3, kontrol grubunda 5,4±2,8 olup, iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. İstanbul'da yürütülen çalışmada postpartum 0-6 ay arasında yapılan değerlendirmede kadınların orgazm alt boyut puan ortalaması 6,1±2,9 olup, 6-12. ay arasında yapılan değerlendirmede 5,2±3,3 bulunmuştur (Şahin

2018). Bu durum doğum sonrası döneme uyumun artması ile birlikte cinsel ilişkide orgazm alt boyutunun işlevselliğinin ve niteliğinin artması ile açıklanabilir.

Bu araştırmada Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği-Kadın toplam puanı ilk değerlendirmede girişim grubundaki kadınlarda 40,0±10,7, kontrol grubundaki kadınlarda 32,2±12,1 olarak belirlenmiştir. Girişim ve kontrol grubundaki kadınların Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği-Kadın puan ortalaması açısından ilk değerlendirmede istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. İstanbul'da yapılan çalışmada kadınların doğum sonrası dönemde Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği puan ortalaması 34,6±15,5 olarak belirlenmiştir (Şahin 2018).

Bu araştırmada girişim grubundaki kadınların ilk değerlendirmede "*Sıklık*" alt boyut puan ortalaması 3,7±1,2, son değerlendirmede 3,7±1,2 olarak bulunmuştur. Kontrol grubunun ilk değerlendirmede "*Sıklık*" alt boyut puan ortalaması 4,5±1,7, son değerlendirmede 4,0±1,5 olarak belirlenmiş ve iki puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. İstanbul'da lohusa kadınlar ile yapılan araştırmada kadınların Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği sıklık alt boyut puan ortalaması 5,2±1,7 olarak bulunmuştur (Şahin 2018).

Bu araştırmada "*İletişim*" alt boyutu puan ortalaması girişim grubunda ilk değerlendirmede 3,8±2,2, son değerlendirmede 3,5±2,2 olup, iki puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Kontrol grubundaki kadınların "*İletişim*" alt boyutundan aldığı puan ortalaması ilk değerlendirmede 3,2±2,1, son değerlendirmede 2,9±2,0 olup, iki puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmemiştir. İstanbul'da postpartum dönemdeki kadınların iletişim alt boyut puan ortalaması 5,2±1,7 bulunmuştur (Şahin 2018). Cinsel iletişimin çiftler arasında arttırılması cinsel yaşam kalitesini arttıran önemli bir faktördür. Doğum sonrası iletişim konusunda verilen cinsel eğitimin iletişim puan ortalamalarında etkili olduğu görülmektedir.

Bu araştırmada girişim grubunun "*Doyum*" alt boyut puan ortalaması ilk değerlendirmede 5,0±2,6, son değerlendirmede 4,3±2,2 olarak belirlenmiş ve iki puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Kontrol grubunun "*Doyum*" alt boyut puan ortalaması ilk değerlendirmede 4,1±3,2, son değerlendirmede 4,1±3,4 olarak bulunmuş olup, iki puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. İran'da doğum sonrası 82 nullipar kadın ile yapılan bir çalışmada PLISSIT modeline dayalı danışmanlığın cinsel yakınlık ve

cinsel doyum üzerine etkisi incelenmiştir. İlk görüşmede girişim grubunun Larson'un Cinsel Yakınlık ve Cinsel Doyum Ölçeği puanı 84,7 iken 12 hafta sonra yapılan değerlendirmede 115,0'a yükselmiştir. Kontrol grubunun ise ilk görüşmede cinsel yakınlık ve cinsel doyum puanı 86,9 iken, son değerlendirmede 91,0 bulunmuştur (Banaei ve ark. 2017). Cinsel ilişkiden doyum alma cinselliği konuşabilme, yeterli vakit ayırabilme ve cinsel ilişkiye kendini verebilme gibi faktörlerden etkilenebilmektedir. Doğum sonrası EX-PLISSIT modeline dayalı verilen cinsel danışmanlık ile cinsel doyumun arttırdığı görülmektedir.

Bu araştırmada İlk değerlendirmede "*Kaçınma*" alt boyut puan ortalaması girişim grubunda 2,9±2,1, son değerlendirmede 2,4±1,9 olarak bulunmuş olup, iki puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. İlk değerlendirmede "*Kaçınma*" alt boyut puan ortalaması kontrol grubunda 2,5±2,1, son değerlendirmede 2,2±2,0 saptanmış, iki puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Doğum sonrası verilen cinsel danışmanlığın cinsel kaçınma üzerinde etkili olduğu belirlenmiştir.

Bu araştırmada girişim grubundaki kadınların "*Dokunma*" alt boyutu puan ortalaması cinsel danışmanlık öncesi 4,8±3,2, cinsel danışmanlık sonrası 4,1±3,0 olarak bulunmuş ve iki puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubundaki kadınların "*Dokunma*" alt boyutundan aldıkları puan ortalaması ilk değerlendirmede 3,1±3,0, son değerlendirmede 2,6±2,5 olarak bulunmuştur. Doğum sonrası girişim grubuna verilen cinsel danışmanlık dokunma alt boyutunun niteliğinde ve işlevselliğinde etkili olduğu saptanmıştır.

Bu çalışmada "*Vajinismus*" alt boyut puan ortalaması girişim grubunda ilk değerlendirmede 5,2±2,6, son değerlendirmede 4,5±2,5 olup, iki puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Kontrol grubunda "*Vajinismus*" alt boyut puan ortalaması ilk değerlendirmede 4,8±2,6, son değerlendirmede 4,9±2,7'dir ve puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmamıştır. Doğum sonrası vajinal kuruluk, cinsel isteksizlik gibi sorunlar cinsel ilişki sırasında ağrı yaşama ve vajinismus problemlerine yol açabilmektedir (Banaei ve ark. 2017; Jambola ve ark. 2020). Bu çalışmada EX-PLISSIT modeline dayalı verilen cinsel danışmanlığın vajinismus puan ortalamaları üzerinde etkili olduğu saptanmıştır.

Bu araştırmada girişim grubundaki kadınların "*Orgazm*" puan ortalaması ilk değerlendirmede 6,0±2,3, son değerlendirmede 5,5±2,3 olarak belirlenmiş olup, iki puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. Kontrol grubundaki kadınların "*Orgazm*" alt boyutu puan ortalaması ilk değerlendirmede 5,4±2,8, son değerlendirmede 4,9±2,5 olarak bulunmuştur ve iki puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Doğum sonrası verilen EX-PLISSIT modeline dayalı cinsel danışmanlığın kadınların cinsel ilişkide orgazm yaşama puan ortalamasının azalmasında etkili olduğu görülmektedir.

Bu araştırmada girişim grubunun Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği-Kadın toplam puanı cinsel danışmanlık öncesi yapılan değerlendirmede 40,0±10,7, cinsel danışmanlık sonrası 33,0±10,8 olarak belirlenmiştir. Kontrol grubunun Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği-Kadın toplam puanı ilk değerlendirmede 32,2±12,1, son değerlendirmede 29,2±10,4 bulunmuştur. Ölçek toplam puanı her iki grupta da ilk ve son değerlendirme arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düştüğü, kadınların cinsel işlevlerinde ve ilişkinin niteliğinde iyileşme olduğu saptanmıştır. Bu durum doğum sonrası dönemde yeni döneme uyumun artması, annenin fiziksel ve psikolojik durumunun normale dönmesi ile birlikte cinsel yaşamlarında da iyileşme olduğu ile açıklanabilir.

Yapılan literatür incelenmesinde doğum sonrası cinsel yaşam değerlendirmesinde daha çok FSFI ölçeğinin kullanıldığı görülmektedir. İsrail'de yapılan bir araştırmada kadınların FSFI toplam puanları doğum sonrası altıncı haftada 14,1±10,8, 12. haftada 24,6±7,6, ve 24. haftada 27,7±5,1 olarak bulunmuştur (Lurie ve ark. 2013). Japonya'da FSFI ölçeğine göre yapılan değerlendirmede postpartum üçüncü ay ölçek toplam puan ortalaması 11,8±8,6 iken, altıncı ay 14,3±9,7 olarak belirlenmiştir (Saotome ve ark. 2018).

İran'da doğum sonrası EX-PLISSIT modeline dayalı verilen danışmanlığın kadın cinsel işlevlerine ve evlilik doyumları etkisi incelendiği çalışmada girişim grubunda görüşme öncesi FSFI skorları 19,7, görüşmeden dört hafta sonra 27,6 ve görüşmeden sekiz hafta sonra 30,0 olarak bulunmuştur. Kontrol grubunda ise FSFI skorları ilk değerlendirmede 20,8, dördüncü ayda 23,9 ve sekizinci ayda 25,3 olarak bulunmuş olup, iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (Malakouti ve ark. 2020).

İran'da 2019 yılında doğum sonrası 3-6 ay içinde bulunan 68 kadın ile yürütülen bir çalışmada FSFI ölçeğinden 28 puan ve altında alan kadınlar rastgele olarak müdahale ve kontrol grubuna ayrılmıştır. Müdahale grubundaki katılımcılara EX-PLISSIT modeline dayalı danışmanlık verilmiş ve kontrol grubundaki katılımcılar rutin doğum sonrası bakım almıştır. Müdahale grubundaki kadınların FSFI skoru başlangıçta 19,7±5,8, dört hafta sonra 27,7±2,2 ve sekiz hafta sonra 30,0±1,5 olarak bulunmuştur. Kontrol grubunda bu puanlar sırasıyla 20,8, 23,9 ve 25,3'tür. Çalışmada araştırmanın başlangıcında iki grup arasında cinsel işlev açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamışken, EX-PLISSIT modeline dayalı verilen danışmanlık sonrası müdahale grubunun FSFI skorları kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (Gholizadeh 2019).

Mısır'da PLISSIT modeline dayalı cinsel danışmanlığın doğum sonrası kadınların cinsel yaşam kalitesi üzerinde etkisini değerlendirmek amacıyla bir çalışma yapılmıştır. Kadınların cinsel danışmanlık öncesi sadece %13,6'sının cinsel yaşam kalitesi yüksek bulunmuş olup, danışmanlık sonrası bu oran %44,5'e yükselmiştir (Abdelhakm ve ark. 2018).

Müdahale ve kontrol gruplu olarak İran'da yürütülen bir çalışmada (n=90) doğumdan sonra ilk altı ay boyunca PLISSIT tabanlı danışmanlık modelinin kadınların cinsel işlevi üzerine etkinliği incelenmiştir. Her iki gruba da Edinburg Postpartum Depresyon Ölçeği, Larson'un Cinsel Memnuniyet ve Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi uygulanmıştır. Müdahale grubunun ortalama cinsel işlev skoru danışmanlık öncesi 19,3 iken, danışmanlık sonrası 27,9 olarak bulunmuştur. Kontrol grubunda ise ilk değerlendirmede ortalama cinsel işlev skoru 20,5, son değerlendirmede 22,4 olarak saptanmıştır (Banaei ve ark. 2018). Yapılan çalışma sonuçlarına göre doğum sonrası dönemde modele dayalı kapsamlı cinsel danışmanlığın cinsel disfonksiyonlar üzerinde olumlu etkisi olduğu söylenebilir.

8. SONUÇ VE ÖNERİLER

8.1. ARAŞTIRMANIN BİRİNCİ AŞAMASINA İLİŞKİN SONUÇLAR

Bu bölümde araştırmanın birinci aşamasında ulaşılan 189 kadının tanıtıcı ve cinsel yaşam özelliklerine ilişkin sonuçlar sunulmuştur.

8.1.1. Araştırmanın Birinci Aşamasında Kadınların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Sonuçlar

- ✓ Araştırmanın birinci aşamasında yer alan kadınların yaş ortalaması 29,9±5,3 (min=18, maks=45) olup, yaklaşık yarısı (%50,8) 30 yaş ve üzeridir.
- ✓ Kadınların %54,0'ı üniversite ve üzeri eğitime sahip, %51,9'u çalışmakta ve büyük çoğunluğu (%92,6) doğum sonrası çalışmaya başlamamıştır.
- ✓ Kadınların tamamının resmi nikahı ve sağlık güvencesi bulunmaktadır. Kadınların dörtte üçü (%75,1) gelirinin giderine eşit olduğunu ifade etmiştir ve %50,8'i ilçede doğmuştur.
- ✓ Araştırmaya katılan kadınların boy ortalaması 163,4±5,6 cm (min=150, maks=180), kilo ortalaması 71,1±13,5 kg (min=46, maks=142) olup, %38,1'i beden kitle indeksine göre normal kiloya sahiptir.
- ✓ Kadınların evlilik yılı ortalaması 5,8±4,4 yıl (min=1, maks=22) olup, %59,3'ü 1-5 yıl arasında evlidir. Kadınların büyük çoğunluğu (%85,2) eşleri ile tanışarak evlendiğini, çekirdek aile (%93,7) yapısına sahip olduğunu ve evlilik uyumlarının iyi (%83,1) olduğunu ifade etmiştir.
- ✓ Kadınların eşlerinin yaş ortalaması 32,9±5,4 (min=22, maks=49) olup, %43,4'ü 32 yaş altındadır. Kadınların eşlerinin %46,6'sı üniversite ve üzeri eğitim almıştır.
- ✓ Kadınların gebelik sayısı ortalaması 2,0±1,3 (min=1, maks=9), doğum sayısı ortalaması 1,7±0,9 (min=1, maks=6) olarak bulunmuştur. Kadınların %43,4'ü ilk kez gebe kaldığını, %50,3'ü ilk kez doğum yaptığını ifade etmiştir. Kadınların %9,5'inin küretaj, %1,6'sının ölü doğum ve %12,7'sinin düşük öyküsü bulunmaktadır. Kadınların yaklaşık yarısının (%50,8) bir yaşayan çocuğu

bulunmakta ve büyük çoğunluğu (%89,4) son gebeliğine isteyerek gebe kalmıştır. Kadınların %16,9'unun gebelik döneminde gebeliğe bağlı hastalık yaşadığı bulunmuştur. Kadınların %20,2'si normal ve %79,8'i sezaryen doğum yapmıştır.

- ✓ Çalışmada kadınların büyük çoğunluğu (%96,3) bebeklerini emzirdiğini ve eşinin yanında da emzirmeye devam ettiğini ifade etmiştir.
- ✓ Kadınların tamamı annelik görevi ile baş edebildiğini, %64,0'ı bebeğin bakımı için destek almadığını ve destek alan kadınların yaklaşık yarısı (%51,5) anne/kayınvalide'den destek aldığını belirtmiştir.
- ✓ Kadınların büyük çoğunluğu (%84,7) ebeveyn odasında yatan çocuğu olduğunu ifade etmiştir. Ebeveyn odasında yatan çocuğu olan kadınların %94,4'ü bir, %5,6'sı iki çocuk ile ebeveyn odasında yatmaktadır.
- ✓ Kadınların %76,2'si doğum sonrası dönemde doğum kontrol yöntemi kullanmaktadır. Doğum kontrol yöntemi kullandığını belirten kadınların %55,5'i kondom ve %33,3'ü geri çekme yöntemi kullandığını belirtmiştir.

8.1.2. Araştırmanın Birinci Aşamasında Kadınların Cinsel Yaşam Özelliklerine İlişkin Sonuçlar

Bu bölümde kadınların cinsel yaşam özellikleri ve cinsel ilişki sırasında ağrı yaşama özellikleri ile Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği- Kadın ve Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği depresyon bölümünden aldıkları puanlara ilişki sonuçlar verilmiştir.

- ✓ Araştırmaya katılan kadınların %79,9'u daha önce cinsellik hakkında bilgi almadığını söylemiştir. Cinsellik hakkında bilgi aldığını belirten kadınların %55,3'ü öğretmenlerinden, %36,8'i arkadaşlarından ve %7,9'u medyadan bilgi almıştır. Kadınların %65,1'i cinsellik hakkındaki bilgi düzeylerinin yeterli seviyede olduğunu belirtmiştir.
- ✓ Kadınların %57,7'si eşini çekici bulmakta ve %12,7'sinin eşinde cinsel problem bulunmaktadır. Eşinde cinsel problem olduğunu belirten kadınların %62,5'i eşinde erken boşalma ve %16,7'si cinsel isteksizlik sorunu olduğunu ifade etmiştir. Kadınların doğum sonrası cinsel ilişkiye başlama zamanı ortalaması 53,2±18,1 gün (min=20, maks=150) olup, %65,1'i doğum sonrası 41. günden sonra cinsel ilişkiye başladığını belirtmiştir.

- ✓ Kadınların %13,8'i gebelik öncesi, %10,6'sı gebelik döneminde ve %23,8'i doğum sonrası dönemde cinsel ilişki sırasında ağrı yaşadığını ifade etmiştir. Doğum sonrası cinsel ilişki sırasında ağrı yaşayan kadınların %57,8'i ağrı hissedince cinsel ilişkiyi bıraktığını ve %22,2'si ağrı yaşamanın cinsel ilişkisini etkilediğini söylemiştir.
- ✓ Kadınların %14,3'ünün Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği-Kadın'dan 10 ve altında puan aldığı saptanmıştır. Kadınların %6,3'ünün Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği depresyon bölümünden yedi üzeri puan aldığı bulunmuştur. Araştırmada Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği- Kadın'dan 10 ve altında puan alan 27 kadın ve Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği depresyon bölümünden yedi üzeri puan alan 12 kadın araştırmadan dışlanmıştır. Araştırmanın dahil edilme kriterlerini karşılayan 150 kadın ile araştırmanın ikinci aşamasına devam edilmiştir.

8.2. ARAŞTIRMANIN İKİNCİ AŞAMASINA YÖNELİK SONUÇLAR

Bu bölümde araştırmanın ikinci aşamasında girişim ve kontrol grubundaki kadınlara yönelik sonuçlar sunulmuştur.

8.2.1. Girişim ve Kontrol Grubundaki Kadınların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Sonuçlar

- ✓ Bu araştırmada girişim grubundaki kadınların %41,4'ü, kontrol grubundaki kadınların %57,5'i 30 yaş altında olup, iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Kadınların yaş ortalaması 30,1±5,2 (min=19, maks=45) olup, girişim (30,7±5,3) ve kontrol (29,5±5,1) grubunun yaş ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.
- ✓ Girişim grubunda olan kadınların %64,3'ü, kontrol grubunda olan kadınların %35,0'ı üniversite mezunu olup, iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. Girişim grubundaki kadınların %67,1'i, kontrol grubundaki kadınların %45,0'ı çalıştığını belirtmiş, iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Girişim grubundaki kadınların %10,0'ı, kontrol grubundakilerin %6,3'ü doğum sonrası çalışmaya başlamıştır.

- ✓ Girişim grubundaki kadınların %78,6'sı, kontrol grubundaki kadınların %71,3'ü gelirlerinin giderlerine eşit olduğunu belirtmiş ve iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Girişim grubundaki kadınların %45,7'si, kontrol grubundaki kadınların %53,8'i ilde doğmuş olup, iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur.
- ✓ Kadınların beden kitle indekslerine göre dağılımı incelendiğinde; girişim grubundaki kadınların %41,4'ü, kontrol grubundaki kadınların %40,0'ı normal kiloya sahip olduğu belirlenmiştir.
- ✓ Araştırmada girişim grubundaki kadınların %57,1'i, kontrol grubundaki kadınların %60,0'ı 1-5 yıl arasında evli olup, evlilik yılı ortalaması girişim grubundaki kadınlarda 5,7±4,1, kontrol grubunda 6,0±4,5'dır. Evlilik yılı ortalaması bakımında iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.
- ✓ Girişim grubunun %82,8'i, kontrol grubunun %86,2'si eşi ile tanışarak evlendiğini belirtmiştir.
- ✓ Girişim grubundaki kadınların %95,7'sinin, kontrol grubundaki kadınların %93,8'inin çekirdek aile yapısına sahip olduğu bulunmuştur.
- ✓ Evlilik uyumlarını iyi olarak belirten kadınların oranı girişim grubunda %85,7, kontrol grubunda %82,5'dir. Girişim grubundaki kadınların %67,1'inin, kontrol grubundaki kadınların %41,2'sinin eşinin yaşı 33 yaş ve üzeri olup, iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Araştırmada eşlerin yaş ortalaması girişim grubunda 34,2±5,2 (min=24, maks=49), kontrol grubunda 32,1±5,1 (min=22, maks=48) olup, iki grup arasında eşlerin yaş ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmiştir.
- ✓ Eşi üniversite mezunu olan girişim grubundaki kadınların oranı %57,1, kontrol grubundaki kadınların oranı %35,0 olup, eşin eğitim durumu açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur.
- ✓ Araştırmada girişim grubunda bulunan kadınların %44,3'ü, kontrol grubundaki kadınların %42,5'i bir gebeliğe sahip olduğu belirlenmiştir. Gebelik sayısı ortalaması girişim grubunda 2,0±1,4, kontrol grubunda 2,1±1,3 olup, iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Girişim grubundaki kadınların %51,4'ü, kontrol grubundaki kadınların %48,8'i bir kez doğum

yapmıştır. Kadınların doğum sayısı ortalaması girişim grubunda 1,6±0,8, kontrol grubunda 1,8±1,0 olarak bulunmuştur.

- ✓ Girişim grubundaki kadınların %14,3'ünün, kontrol grubundakilerin %6,3'ünün küretaj öyküsü bulunmaktadır. Düşük öyküsü oranı girişim grubunda %10,0, kontrol grubunda %13,7 olup, iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmemiştir.
- ✓ Girişim grubunun %51,4'ü, kontrol grubunun %50,0'ının yaşayan bir çocuğu vardır. Kadınların büyük çoğunluğu (girişim grubu %90,0, kontrol grubu %88,8) isteyerek gebe kaldığını ifade etmiş ve iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmemiştir.
- ✓ Girişim grubundaki kadınların %14,3'ü, kontrol grubundaki kadınların %17,5'i gebeliğinde hastalık yaşadığını ifade etmiştir.
- ✓ Kendi isteği ile sezaryen olan kadınların oranı girişim grubunda %27,1, kontrol grubunda %20,0'dır. Doğum şekli açısından girişim ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.
- ✓ Araştırmada girişim grubundaki kadınların %97,1'i, kontrol grubundaki kadınların %95,0'ı bebeklerini emzirdiğini belirtmiş olup, büyük çoğunluğu (%96,0) eşinin yanında da emzirmeye devam etmiştir.
- ✓ Girişim grubundaki kadınların %60,0'ı, kontrol grubundaki kadınların %63,8'i bebek bakımı için destek almadığını ifade etmiştir. Bebek bakımı için destek alan girişim grubundaki kadınların %46,4'ü, kontrol grubunda olanların %48,3'ü eşinden destek almakta olup, iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.
- ✓ Girişim grubunda bulunan kadınların %85,7'si, kontrol grubunda bulunan kadınların %83,7'si ebeveyn odasında yatan çocuğu olduğunu ifade etmiştir. Ebeveyn odasında yatan çocuğu olduğunu belirten girişim grubundaki kadınların %91,7'si, kontrol grubundakilerin %94,0'ı bir çocuğunun yattığını söylemiştir.
- ✓ Girişim grubunda bulunan kadınların %75,7'si, kontrol grubundaki kadınların %77,5'i doğum kontrol yöntemi kullandığını ifade etmiş, iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Doğum kontrol yöntemi kullanan girişim grubundaki kadınların %52,8'i ve kontrol grubundaki kadınların %59,7'si kondom kullandıklarını ifade etmiştir.

8.2.2. Araştırmanın İkinci Aşamasında Kadınların Cinsel Yaşam Özelliklerine İlişkin Sonuçlar

Bu bölümde girişim ve kontrol grubundaki kadınların cinsel yaşam özellikleri ve cinsel ilişki sırasında ağrı yaşama özelliklerine ilişkin sonuçlar verilmiştir.

- ✓ Girişim grubundaki kadınların %24,3'ü, kontrol grubundaki kadınların %18,8'i daha önce cinsellik hakkında bilgi aldığını ifade etmiştir. Cinsellik hakkında bilgi alan girişim grubundaki kadınların %64,8'i, kontrol grubundaki kadınların %53,3'ü cinsel bilgiyi öğretmen/öğretim elemanından almıştır. Cinsellik hakkında bilgi düzeyini yeterli bulan kadın oranı girişim ve kontrol grubunda sırasıyla %72,9 ve %77,5 olup, iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmemiştir.
- ✓ Girişim grubundaki kadınların %74,3'ü, kontrol grubundaki kadınların %71,3'ü eşini cinsel olarak çekici bulmaktadır.
- ✓ Eşinde cinsel problem olduğunu belirten kadınların oranı girişim grubunda %14,3, kontrol grubunda %10,0'dır. Eşinde cinsel problem olduğunu belirten girişim grubundaki kadınların %60,0'ı, kontrol grubundakilerin %62,5'i eşinde erken boşalma sorunu olduğunu ifade etmiştir.
- ✓ Kadınların %80,0'ı, kontrol grubundaki kadınların %67,5'i doğum sonrası 41. günden sonra cinsel ilişkiye başlamış olup, iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmemiştir.
- ✓ Girişim grubundaki kadınların %10,0'ı, kontrol grubundaki kadınların %18,8'i gebelik öncesi cinsel ilişki sırasında ağrı yaşadığını belirtmiş, iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Gebelik döneminde cinsel ilişki sırasında ağrı yaşayan kadınların oranı girişim grubunda %11,4, kontrol grubunda %12,5'tir. Doğum sonrası cinsel ilişki sırasında ağrı yaşadığını girişim grubunun %34,3'ü, kontrol grubunun %20,0'ı belirtmiş olup, iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmiştir. Doğum sonrası ağrı yaşayan girişim grubundaki kadınların %50,0'ı, kontrol grubundaki kadınların %68,8'i ağrı hissedince cinsel ilişkiyi bıraktığını belirtmiştir.

8.2.3. EX-PLISSIT Modeline Dayandırılarak Geliştirilen Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formuna Kadınların Verdikleri Yanıtlara Yönelik Sonuçlar

Bu bölümde kadınların EX-PLISSIT modeline dayandırılarak geliştirilen yarı yapılandırılmış görüşme formunda kadınların cinsel yaşamlarını incelemek amaçlı hazırlanan açık uçlu sorulara kadınların verdikleri yanıtlara ilişkin sonuçlar sunulmuştur.

- ✓ Kadınların "Cinsel hayatınızı nasıl tanımlarsınız? Cinsel hayatınız sizin için ne ifade ediyor?" sorusuna en çok verdikleri yanıtlar sevgi ve mutluluk paylaşımı (Atıf sayısı=43), evlilik ve aile olmanın gerekliliği (Atıf sayısı=30), yük ve eziyet (Atıf sayısı=11) olmuştur.
- ✓ Yaşamınızın herhangi bir döneminde cinsel sorununuzun olduğunu düşünüyor musunuz? sorusuna kadınların verdikleri ifadelerde utanma (Atıf sayısı=26), kendini yetersiz hissetme (Atıf sayısı=22), cinsel isteksizlik (Atıf sayısı=15) ve eşin mastürbasyon yapması (Atıf sayısı=4) en çok dile getirilen sorunlar olmuştur.
- ✓ Kadınların "Gebelik öncesi genel olarak cinsel yaşamınız nasıldı?" sorusuna verdikleri ifadeler aktif ve güzel (Atıf sayısı=58), rahat (Atıf sayısı=14), gebe kalmaya odaklı (Atıf sayısı=2) ve eşin erken boşalma sorunu (Atıf sayısı=2) şeklindedir.
- ✓ Kadınların "Gebelik döneminde genel olarak cinsel yaşamınız nasıldı? Gebelik cinsel yaşamınızı nasıl etkiledi?" sorularına verdikleri yanıtlar en çok bebeğe zarar verme korkusu yaşandığı (Atıf sayısı=38), cinsel isteksizlik (Atıf sayısı=15), ağrı ve enfeksiyon (Atıf sayısı=8) olmuştur.
- ✓ Kadınların "Doğum sonrası cinsel ilişkiye başlarken kendinizi nasıl hissettiniz?" sorusuna verdikleri yanıtlar isteksizlik ve hazır hissetmeme (Atıf sayısı=153), istekli ve hazır hissetme (Atıf sayısı=87) ve eşini mutlu etmek için cinsel ilişki yaşama (Atıf sayısı=40) olmuştur.
- ✓ Kadınlar "Doğum sonrası dönem cinsel yaşamınızı nasıl etkiledi? Bu konuda konuşmak ister misiniz?" sorusuna en çok uykusuzluk ve yorgunluk (Atıf sayısı=123) ve cinsel ilişki sırasında çocuğun uyanması ve ağlaması (Atıf sayısı=49) nedeniyle cinsel yaşantısının etkilendiğini ifade etmişlerdir.

- ✓ Kadınlar “Doğum sonrası sizin ve eşinizin cinsel ilişkiye karşı tutumunuz nasıl?” sorusuna en sık cinsel ilişkiye karşı isteksiz ve yorgun hissetme (Atıf sayısı=153), zaman ayıramama ve ilişkinin kısa sürmesi (Atıf sayısı=133) şeklinde yanıt vermişlerdir.
- ✓ Kadınlar “doğum sonrası dönemde kadınlar cinsel yaşamları hakkında bazı endişeler yaşayabilir. Sizin endişe duyduğunuz konular neler?” sorusunu eş için yeterli olmama ve aldatılma (Atıf sayısı=22) ile tekrar gebe kalma korkusu (Atıf sayısı=15) ifadeleri yer almaktadır.
- ✓ Kadınların “Doğum sonrası dönemde annelerin özellikle ilgileri bebeğe yönelik olduğundan ve hormonların etkisiyle cinsel isteklerinde azalma olabilmektedir. Sizin cinsel isteğiniz hakkında konuşmamızı ister misiniz?” sorusuna yanıtları cinsel isteksizlik yaşıyorum (Atıf sayısı=153) ve cinsel isteksizlik yaşamıyorum (Atıf sayısı=87) şeklinde olmuştur.
- ✓ Kadınların “Doğum sonrası cinsel ilişki sırasında rahatsız olduğunuz bir durum oluyor mu? Anlatmak ister misiniz?” sorusuna yanıtları en çok ağrı (Atıf sayısı=58), ilişki sırasında çocuğun uyanması/görme korkusu (Atıf sayısı=49) ve ilişkiye kendinin verememe/zevk alamama (Atıf sayısı=36) en çok atıf alan ifadelerdir.
- ✓ Kadınlara “Doğum sonrası cinsel yaşamınızdan memnun olma durumunu nasıl değerlendirirsiniz?” diye sorulduğunda kadınlar cinsel yaşamdan memnun olduğunu (Atıf sayısı=93) ve memnun olmadığını (Atıf sayısı=60) belirtmiştir.
- ✓ Kadınların “Doğum sonrası cinsel sorununuzun neler olduğunu düşünüyorsunuz?” sorusuna verdikleri yanıtlar en çok atıf alan kelimeler zaman ayıramama (Atıf sayısı=131), yorgunluk (Atıf sayısı=88) ve uykusuzluk (Atıf sayısı=59) olmuştur.
- ✓ Kadınlar “Eşiniz ile cinsel konular hakkında iletişimizi nasıl değerlendirirsiniz?” sorusuna iletişimsizlik sorunu yaşadığını (Atıf sayısı=70) ve yeterli iletişim kurabildiklerini (Atıf sayısı=69) ifade etmişlerdir.

8.2.4. Araştırmanın İkinci Aşamasında Girişim ve Kontrol Grubundaki Kadınların Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği-Kadın Puan Ortalamalarına Yönelik Sonuçlar

Bu bölümde doğum sonrası dönemde girişim ve kontrol grubundaki kadınların Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği-Kadın puan ortalamalarına yönelik sonuçlara yer verilmiştir.

- ✓ Cinsel istek ortalama puanı ilk değerlendirmede girişim grubundaki kadınlarda 3,5±1,0, kontrol grubundakilerde 3,2±0,7. Cinsel istek bakımından her iki grupta da ilk değerlendirme puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmemiştir.
- ✓ Doğum sonrası cinsel uyarılma ortalama puanı ilk değerlendirmede girişim grubunda 3,3±0,8, kontrol grubunda 3,5±0,7'dir ve iki puan arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.
- ✓ Vajinal ıslanma/nemlenme puan ortalaması ilk değerlendirmede girişim grubundaki kadınların 3,1±0,9, kontrol grubundaki kadınların 3,0±0,9 olup, iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.
- ✓ İlk değerlendirmede orgazm yaşama puan ortalaması girişim grubunda 3,5±0,9, kontrol grubunda 3,7±0,8'dir. İlk değerlendirmede gruplar arasındaki orgazm yaşama puan farkı istatistiksel olarak anlamlı saptanmamıştır.
- ✓ Orgazmın tatmin edici olma ilk değerlendirmede girişim ve kontrol grubunda sırasıyla 2,4±1,1 ve 2,4±0,9 olup, iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmemiştir.
- ✓ Doğum sonrası ilk değerlendirmede kadınların Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği-Kadın toplam puan ortalaması girişim grubunda 15,6±1,9, kontrol grubunda 15,8±2,3 bulunmuştur ve iki grup arasındaki puan farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir.
- ✓ Girişim grubundaki kadınların cinsel istek puan ortalamaları ilk değerlendirmede 3,5±1,0, cinsel danışmanlık sonrası yapılan değerlendirmede 2,9±0,6 olarak belirlenmiştir. Kontrol grubunun cinsel istek puanı ilk değerlendirmede 3,2±0,7, son değerlendirmede 2,8±1,0'dır. Her iki grubun ilk ve son değerlendirmede cinsel istek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur.

- ✓ İlk değerlendirmede cinsel uyarılma puan ortalaması girişim grubunda 3,3±0,8, son değerlendirmede 3,1±0,6; kontrol grubunda ilk değerlendirmede 3,5±0,7, son değerlendirmede 3,3±0,8 olarak bulunmuştur. Girişim ve kontrol grubunun ilk ve son değerlendirmede cinsel uyarılma puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmamıştır.
- ✓ Girişim grubundaki kadınların ilk değerlendirmede vajinal ıslanma/nemlenme puan ortalaması 3,1±0,9, son değerlendirmede 2,5±0,7 olup, iki puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmiştir. Kontrol grubundaki kadınların ilk değerlendirmede vajinal ıslanma/nemlenme puan ortalaması 3,0±0,9, son değerlendirmede 2,8±1,0 olarak saptanmış ve iki puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir.
- ✓ İlk değerlendirmede orgazm yaşama puan ortalaması girişim grubunda 3,5±0,9, son değerlendirmede 3,6±0,8'dir. Kontrol grubunun orgazm yaşama puan ortalaması ilk değerlendirmede 3,7±0,8, son değerlendirmede 3,6±0,8 olarak bulunmuştur. Girişim ve kontrol grubunun ilk ve son değerlendirmede orgazm yaşama durumu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.
- ✓ Girişim grubunda olan kadınların orgazmın tatmin edici olma puan ortalaması ilk değerlendirmede 2,4±1,1, son değerlendirmede 2,3±0,8'dir. Kontrol grubundaki kadınların orgazmın tatmin edici olma puan ortalaması ilk değerlendirmede 2,4±0,9, son değerlendirmede 2,4±1,1 olarak saptanmıştır. Girişim ve kontrol grubunun ilk ve son değerlendirmede orgazmın tatmin edici olma durumu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.
- ✓ Girişim grubundaki kadınların ilk değerlendirmede Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği-Kadın toplam puan ortalaması 15,6±1,9, cinsel danışmanlık sonrası 14,5±1,9 bulunmuştur. Kontrol grubunun ilk değerlendirmede Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği-Kadın toplam puan ortalaması 15,8±2,3, son değerlendirmede 15,0±3,2'dir (p=0,027). Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği-Kadın toplam puan ortalaması bakımından her iki grupta da ilk ve son değerlendirme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmiştir.

8.2.5. Girişim ve Kontrol Grubundaki Kadınların Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği-Kadın Puan Ortalamalarına Yönelik Sonuçlar

Bu bölümde doğum sonrası dönemde girişim ve kontrol grubundaki kadınların Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği- Kadın puan ortalamalarına yönelik sonuçlara yer verilmiştir.

- ✓ Kadınların "Sıklık" alt boyutundan aldığı puan ortalaması ilk değerlendirmede girişim grubunda 3,7±1,2, kontrol grubunda 4,5±1,7 olup, iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur.
- ✓ "İletişim" alt boyutu puan ortalaması ilk değerlendirmede girişim grubunda 3,8±2,2, kontrol grubunda 3,2±2,1 olarak belirlenmiştir. Girişim ve kontrol grubunun ilk değerlendirme puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.
- ✓ İlk değerlendirmede "Doyum" alt boyutu puan ortalaması girişim grubunda 5,0±2,6, kontrol grubunda 4,1±3,2 olup, iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmiştir.
- ✓ "Kaçınma" alt boyutu puan ortalaması ilk değerlendirmede girişim grubunda 2,9±2,1, kontrol grubunda 2,5±2,1'dir. Girişim ve kontrol grubunun ilk değerlendirmede kaçınma alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmemiştir.
- ✓ Girişim grubundaki kadınların ilk değerlendirmede "Dokunma" alt boyutu puan ortalaması 4,8±3,2, kontrol grubunda 3,1±3,0 olarak bulunmuş olup, iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır.
- ✓ İlk değerlendirmede "Vajinismus" alt boyut puan ortalaması girişim grubunda 5,2±2,6, kontrol grubunda 4,8±2,6 olarak bulunmuştur. Girişim ve kontrol grubunun ilk değerlendirmede vajinismus alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmemiştir.
- ✓ "Orgazm" alt boyut puan ortalaması ilk değerlendirmede girişim grubunda 6,0±2,3, kontrol grubunda 5,4±2,8 olarak belirlenmiştir. Girişim ve kontrol grubunda olan kadınların ilk değerlendirmede "Orgazm" alt boyutu puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur.
- ✓ Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği-Kadın toplam puanı ilk değerlendirmede girişim grubundaki kadınlarda 40,0±10,7, kontrol grubundaki kadınlarda

32,2±12,1 olarak bulunmuştur. Girişim ve kontrol grubundaki kadınların Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği-Kadın puan ortalaması açısından ilk değerlendirmede istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmiştir.

- ✓ Girişim grubundaki kadınların ilk değerlendirmede "Sıklık" alt boyut puan ortalaması 3,7±1,2, son değerlendirmede 3,7±1,2'dir ve iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur. Kontrol grubunun ilk değerlendirmede "Sıklık" alt boyut puan ortalaması 4,5±1,7, son değerlendirmede 4,0±1,5 olarak belirlenmiş olup, iki puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur.
- ✓ "İletişim" alt boyut puan ortalaması ilk değerlendirmede girişim grubunda 3,8±2,2, son değerlendirmede 3,5±2,2 olup, iki puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. Kontrol grubundaki kadınların "İletişim" alt boyutundan aldığı puan ortalaması ilk değerlendirmede 3,2±2,1, son değerlendirmede 2,9±2,0 olarak belirlenmiştir ve iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.
- ✓ Girişim grubunun "Doyum" alt boyut puan ortalaması ilk değerlendirmede 5,0±2,6, son değerlendirmede 4,3±2,2 olup, iki puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Kontrol grubunun "Doyum" alt boyut puan ortalaması ilk değerlendirmede 4,1±3,2, son değerlendirmede 4,1±3,4 olup, iki puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır..
- ✓ İlk değerlendirmede "Kaçınma" alt boyut puan ortalaması girişim grubunda 2,9±2,1, son değerlendirmede 2,4±1,9 olup, iki puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. "Kaçınma" alt boyut puan ortalaması ilk değerlendirmede kontrol grubunda 2,5±2,1, son değerlendirmede 2,2±2,0 olarak belirlenmiştir ve iki puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.
- ✓ Girişim grubundaki kadınların "Dokunma" alt boyutundan aldıkları puan ortalaması cinsel danışmanlık öncesi 4,8±3,2, cinsel danışmanlık sonrası 4,1±3,0 olarak belirlenmiş ve iki puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Kontrol grubundaki kadınların "Dokunma" alt boyutundan aldıkları puan ortalaması ilk değerlendirmede 3,1±3,0, son

değerlendirmede 2,6±2,5 olup, iki puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir.

- ✓ "Vajinismus" alt boyut puan ortalaması ilk değerlendirmede girişim grubunda 5,2±2,6, son değerlendirmede 4,5±2,5 olup, iki puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubunda "Vajinismus" alt boyut puan ortalaması ilk değerlendirmede 4,8±2,6, son değerlendirmede 4,9±2,7 olarak saptanmıştır ve iki puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.
- ✓ Girişim grubundaki kadınların "Orgazm" alt boyut puan ortalaması ilk değerlendirmede 6,0±2,3, son değerlendirmede 5,5±2,3 olup, iki puan ortalaması arasında fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Kontrol grubundaki kadınların "Orgazm" alt boyutu puan ortalaması ilk değerlendirmede 5,4±2,8, son değerlendirmede 4,9±2,5'tir ve iki puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.
- ✓ Girişim grubunun Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği-Kadın toplam puanı cinsel danışmanlık öncesi yapılan değerlendirmede 40,0±10,7, cinsel danışmanlık sonrası 33,0±10,8 olarak belirlenmiş olup, iki puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubunun Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği-Kadın toplam puanı ilk değerlendirmede 32,2±12,1, son değerlendirmede 29,2±10,4 olarak belirlenmiş olup, iki puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır.

8.3. ÖNERİLER

- ✓ Bu çalışmada kadınların yüzde 6,3'ünün doğum sonrası ilk iki ay içinde depresif semptomlar yaşadığı bulunmuştur. Bilindiği üzere doğum sonrası yaşanan depresyon anne ve bebek sağlığını olumsuz etkileyen bir sağlık sorunu olup, tedavi edilmediğinde postpartum psikoza kadar ilerleyebilmektedir.
- ✓ Bu araştırmada kadınların yaklaşık onda birinin istenmeyen gebeliğe sahip olduğu bulunmuştur. Özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerindeki sağlık profesyonellerinin üreme çağındaki tüm kadınlara istenmeyen gebeliklerden

korunmak için doğum kontrol yöntemleri anlatılıp ve kendisi için uygun olan yöntemi seçmesi konusunda destek olunabilir.

- ✓ Araştırmada kadınların normal doğum yapma oranlarının çok düşük olduğu belirlenmiştir. Bunun nedeni araştırmanın üçüncü basamak sağlık kuruluşunda yapılmış olmasından kaynaklı olabilir. Bunun yanı sıra Türkiye Sağlık ve Nüfus Araştırma sonuçlarına göre Türkiye'de sezaryen oranları %52,0 oranındadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün önerdiği (%15,0) sezaryen oranlarına ulaşabilmek için gebe kadınların normal doğum yapmaya teşvik edilmesi ve doğum öncesi hazırlık sınıfları ile gebe okullarının sayısının arttırılarak normal doğum hakkında bilgi verilmesi yararlı olabilir.
- ✓ Araştırmada kadınların yaklaşık yarısının bebek bakımı konusunda destek almadığı belirlenmiştir. Doğum sonrası sosyal destek almak lohusa kadının iyileşme sürecini hızlandırmada, stresle baş etmeye yardım etmede ve doğum sonrası depresif belirtilerin görülme oranını azaltmada yararlı olduğu bilinmektedir. Gebe kadınların, eşlerinin ve ailelerinin doğum sonrası sosyal destek almanın yararları ve önemi konusunda bilgilendirilmesi kadının desteklenmesine katkıda bulunabilir.
- ✓ Araştırmada kadınların büyük çoğunluğunun çocukları ile aynı odayı paylaştıkları görülmektedir. Amerikan Pediatri Derneği ilk altı ay bebeklerin bakımından sorumlu kişi ile aynı odayı paylaşmasının ani bebek ölümü sendromuna karşı koruyucu olduğunu belirtmektedir. Doğum sonrası annelere ani bebek ölümü sendromu hakkında eğitim verilerek bebeklerinin ilk altı ay bakım veren kişi ile beraber aynı odayı paylaşmanın bu konuda yararlı olabileceği anlatılabilir.
- ✓ Araştırmada doğum sonrası dönemde kadınların dörtte birinin doğum kontrol yöntemi kullanmadığı, kullanan kadınların %56,5'inin kondom ve %33,9'unun geleneksel yöntem kullandıkları belirlenmiştir. Doğum sonrası annenin fiziksel ve psikolojik olarak tam iyileşmenin sağlanması için en az iki yıl tekrar bir gebelik önerilmemektedir. Doğum sonrası erken zamanda yeni bir gebelik oluşumunu önlemek için lohusa kadınların tekrar cinsel ilişkiye başlamadan önce kullanabilecekleri doğum kontrol yöntemlerinin anlatılıp, uygun yöntemi seçme konusunda danışmanlık verilmesi önerilebilir.

- ✓ Araştırmaya katılan kadınların büyük çoğunluğunun cinsellik hakkında bilgi almadığı belirlenmiştir. Cinsel eğitim ailede başlayıp, okul hayatında devam etmesi gereken bir süreçtir. Cinselliğin tabu olarak görüldüğü ülkelerde cinselliği konuşmak ayıp ve günah kabul edildiği için hep bilinmeyen bir merak konusu olarak kalmaktadır. Üreme çağına geldiğinde iç güdüsel olarak sadece üreme amaçlı gerçekleştirilen bir cinsel birliktelikte yaşanan sorunlar çiftlerin cinsel yaşamını olumsuz etkilemektedir. Doğum sonrası dönem cinsel disfonksiyonların yoğun olarak yaşandığı dönemlerden biri olup, doğum sonrası cinsel yaşam hakkında verilen eğitim ve danışmanlık yaşanan cinsel sorunların azalmasına yardımcı olunabilir.
- ✓ Araştırmada yaklaşık on kadından biri eşinde cinsel problem olduğunu belirtmiştir. Partnerlerden herhangi birinde yaşanan cinsel sorun çiftin cinsel yaşam kalitesini ve evlilik uyumlarını etkilemektedir. Bu bağlamda çiftlerin cinsel sorun yaşamaları durumunda cinsel danışmanlık ya da terapi alması önerilebilir.
- ✓ Araştırmada kadınların gebelik öncesi (%14,7), gebelik dönemi (%12,0) ve doğum sonrası dönemde (%26,7) cinsel ilişki sırasında ağrı yaşadığı saptanmıştır. Literatürde doğum sonrası dönemde disparoni risk faktörleri; gebelik öncesi ve gebelik sırasında yaşanan cinsel sorunlar, eğitim düzeyi, doğum sayısı, doğum şekli, emzirme, perine bölgesindeki laserasyonlar, uykusuzluk, yorgunluk, bebek bakımının uzun sürmesi, psikiyatrik sorunlar ve stres olarak belirtilmektedir (Yee ve ark. 2013; Yörük ve Karaçam 2016; Üstgörül ve Yanıkkerem 2018). Bu nedenle doğum sonrası disparoni ve cinsel sorun yaşayan kadınların değerlendirilip danışmanlık alması önerilebilir.
- ✓ Yarı yapılandırılmış görüşmelerde bazı kadınların cinsel hayatı evlilik gerekliliği ya da yük/eziyet olarak algıladıkları belirlenmiştir. Evlenme çağındaki bireylere cinsellik hakkında verilecek eğitim ile cinselliğe karşı bakış açıları ve algıları değiştirilebilir.
- ✓ Kadınların gebelik döneminde cinsel yaşamlarının etkilenmesinin nedeni büyük çoğunlukta bebeğe zarar verme korkusu olarak belirlenmiştir. Gebelik döneminde cinsel ilişkinin risk oluşturabileceği gebelik komplikasyonları dışında cinsel ilişkiye girmenin gebeliğe zararı bulunmamaktadır. Sağlık profesyonellerinin gebe kadınlar ile cinsel hayatları hakkında konuşmaları;

cinsel mitlerin belirlenmesi, gebelik ve cinsel yaşam konusunda bilgilendirmeleri ve rahatsız olan kadınların gebelik döneminde cinsel ilişki yaşamaları konusunda cesaretlendirilmeleri önerilebilir.

- ✓ Doğum sonrası dönemde bazı kadınların cinsel ilişkiye başlarken kendini hazır hissetmediği belirlenmiştir. Doğum sonrası dönemde kadınlara genel olarak ilk 40 günden sonra cinsel ilişkiye başlayabilecekleri bilgisi verilmektedir. Bu süre kadınların üreme organlarının fiziksel olarak gebelik öncesi döneme dönmesi için belirtilen uygun zaman dilimidir. Bununla birlikte cinsel birlikteliği psikolojik hazıroluşluk da son derece önemli olduğu için çiftler bu konuda bilgilendirilebilir.
- ✓ Yarı yapılandırılmış görüşme sonuçlarına göre kadınların doğum sonrası yaşadıkları en önemli cinsel sorunlardan birinin cinsel isteksizlik olduğu bulunmuştur. Bilindiği gibi anneler bebekleri ile daha fazla zaman geçirmekte ve bu dönemde annelik rolüne adaptasyon yaşanmaktadır. Bu adaptasyon sürecinde bazı kadınlar annelik rolünü eş rolünden daha ön planda tutmaktadır. Doğum sonrası dönemde hem fiziksel hem de psikososyal sorunlar kadınların cinselliği ikinci plana atmalarına neden olabilmekte ve bazı kadınlar cinsel isteksizlik yaşayabilmektedir. Kadınlara doğum sonrası dönemde yaşanan cinsel isteksizliğin nedenleri ve çözüm yolları hakkında danışmanlık verilerek eşlerin bu dönemde daha fazla iletişim kurması sağlanarak cinsel isteksizliğe yönelik eğitim ve danışmanlık verilebilir.
- ✓ Doğum sonrası dönemde bazı kadınlar uykusuzluk ve yorgunluk nedeniyle cinsel hayatlarının etkilendiğini belirtmişlerdir. Doğum sonrası bebeğin bakımından sorumlu kişi genellikle annelerdir. Aile üyelerine emzirme dışında kalan zamanlarda bebeğin bakımında anneye destek olmaları hem annenin fiziksel iyileşmesini hızlandıracağı hem de psikolojik rahatlık sağlayacağı konusunda bilgi verilip, lohusa kadın için dinleme periyodları oluşturulabilir.
- ✓ Araştırmada kadınlar doğum sonrası cinsel ilişkiye zaman ayıramama ve ilişkinin kısa sürmesi nedeniyle cinsel hayatlarının etkilendiğini belirtmişlerdir. Kadınlara bebeklerinin derin uykuya daldıkları zamanları belirlemeleri ve cinsel ilişki için bu zamanları değerlendirmeleri konusunda bilgi verilebilir.
- ✓ Doğum sonrası dönemde bazı kadınların eşi için yeterli olmama ya da aldatılma gibi endişelerinin olduğu saptanmıştır. Doğum sonrası dönemde gebelik

dönemine ait kilolar kadınlarda beden algısında bozulmalara yol açabilmektedir. Doğum sonrası yapılan değerlendirmelerde beden algısı olumsuz etkilenen kadınların tespit edilip uygun beslenme konusunda eğitim verilebilir. Gerekirse uzman diyetisyenler ile görüşmeleri ve eşleri ile endişelerini paylaşmaları sağlanarak bu endişeleri azaltabilir.

- ✓ Kadınların bazıları cinsel ilişki sırasında çocuğun uyanması konusunda kendilerini rahatsız hissettikleri ve kendilerini cinsel ilişkiye veremediklerini belirmişlerdir. Bebek ile aynı odada yaşanan cinsel birlikteliklerde annenin kulağı hep bebeğinde olacağı için kadın kendini ilişkiye veremeyebilir. Bu nedenle özellikle cinsel ilişki sırasında tamamen boş bir odanın seçilmesi çiftleri rahatlatıp ve daha sağlıklı cinsel ilişki yaşamalarını önerilebilir.
- ✓ Araştırmada kadınların büyük çoğunluğu cinsel iletişim konusunda yetersiz olduklarını ifade etmişlerdir. Çiftler arasında cinsel iletişim çok önemlidir. Çiftlerin birbirlerine karşı istek ve arzularını, rahatsız oldukları durumları söyleyebilmeleri çiftlerin cinsel hayatlarına olumlu etki yapacaktır. Çiftlere cinsel iletişimi arttırmaları konusunda cinsel danışmanlık verilebilir.
- ✓ Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği beş sorudan oluşan cinsel disfonksiyonların varlığını belirleyen bir ölçektir. Bu araştırmada girişim grubuna EX-PLISSIT modeline dayalı verilen cinsel danışmanlık ile cinsel istek, vajinal ıslanma/nemlenme ve ölçek toplam puan ortalamasında istatistiksel olarak anlamlı bir azalma gerçekleşmiştir. Kontrol grubunda cinsel istek ve ölçek toplam puan ortalamasında istatistiksel olarak anlamlı düşüş olmuştur. Doğum sonrası modele dayalı verilen cinsel danışmanlık ile cinsel fonksiyonlarda iyileşme sağlanıp, vajinal kuruluğa bağlı yaşanan cinsel isteksizlik ve disparoninin önüne geçilebilir.
- ✓ Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği yedi alt boyuttan oluşan ve cinsel ilişkinin niteliği ile ilgili genel fikir veren bir ölçektir. Bu araştırmada girişim grubuna EX-PLISSIT modeline dayalı cinsel danışmanlık ile Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği alt boyutlarından iletişim, doyum, kaçınma, dokunma, vajinismus ve orgazm puan ortalamaları ile ölçek toplam puan ortalamasında istatistiksel olarak anlamlı azalma meydana gelmiştir. Kontrol grubunda sıklık alt boyut puan ortalaması ile Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği-Kadın toplam puan ortalamasında istatistiksel olarak anlamlı azalma gerçekleşmiştir. Doğum sonrası

kadın hayatının önemli yaşam dönemlerinden olup, modele dayalı verilen cinsel danışmanlık ile doğum sonrası cinsel yaşantının daha kaliteli ve nitelikli yaşanması sağlanabilir.

9. KAYNAKLAR

Abdelhakm EM, Said AR, Elsayed DMS. Effect of PLISSIT model sexual counseling program on sexual quality of life for postpartum women. American Journal of Nursing Science. 2018; 7(2): 63-72.

Abed M, Raeisi Z, Rezaei-Jamalouei H, Ansari Shahidi M. Promoting sexual self-efficacy of men with spinal cord injury using PLISSIT model. Psychology & Sexuality. 2020; 1-16.

Acele EÖ, Karaçam Z. Sexual problems in women during the first postpartum year and related conditions. Journal of Clinical Nursing. 2011; 21: 929-937.

Adanikin AI, Awoleke JO, Adeyiolu A, Alao O, Adanikin PO. Resumption of intercourse after childbirth in southwest Nigeria. The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care. 2015; 20(4): 241-248.

Aguirre RMH, González MH, Hernández MP, Gutiérrez CDCA, Guevara MÁ. Observing baby or sexual videos changes the functional synchronization between the prefrontal and parietal cortices in mothers in different postpartum periods. Social Neuroscience. 2020; 15(4): 489-504.

Akarsu RH, Beji NK. Kadın cinsel fonksiyon bozuklukları sınıflandırılmasında DSM-V kapsamında yapılan değişiklikler. Androloji Bülteni. 2016; 18(65): 134-137.

Akbulut Ş, Beji NK. Adölesan dönemi ve cinsellik. Social Mentality and Researcher Thinkers Journal. 2018; 4(14):1178-1185.

Aker MN, Uslu E, Tuna PT, Molu B. Hemşirelik öğrencilerinin cinsel sağlık bakımı vermeye ilişkin tutum ve inançları. Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi. 2018; 7(1): 41-49.

Akman S, Çakıcı M, Keskindağ B, Karaaziz M. Analysis of psychological factors and sexual life in postmenopausal women: A cross-sec-tional study. Turkish Journal Clinical Psychiatry. 2019; 22: 27-35.

Aktaş N, Karaçam Z. Doğum sonrası yorgunluk, kadının öz-bakım gücü ve ilişkili faktörler. İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dergisi. 2017; 27(3): 186-196.

Alix S, Cossette L, Cyr M, Frappier JY, Caron PO, Hébert M. Self-blame, shame, avoidance, and suicidal ideation in sexually abused adolescent girls: A longitudinal study. Journal of Child Sexual Abuse. 2020; 29(4): 432-447.

Almeida NGD, Britto DF, Figueiredo JV, Moreira TMM, Carvalho REFLD, Fialho AVDM. PLISSIT model: sexual counseling for breast cancer survivors. Revista Brasileira de Enfermagem. 2019; 72(4): 1109-1113.

Alum AC, Kizza IB, Osingada CP, Katende G, Kaye DK. Factors associated with early resumption of sexual intercourse among postnatal women in Uganda. Reproductive Health. 2015; 12(1): 107-114.

Ambrogini C, Lordello MC, Holzhacker S, Embiruçu T, Silva L, Silva I. Impact of genito-pelvic pain/penetration disorder on the female sexual response cycle. The Journal of Sexual Medicine. 2017; 14(5): 281.

American Academy of Pediatrics. SIDS and Other Sleep-Related Infant Deaths: Updated 2016 Recommendations for a Safe Infant Sleeping Environment. (Erişim tarihi: 21.03.2021). Erişim adresi: https://pediatrics.aappublications.org/content/138/5/e20162938.

American Nurses Association 2010. (Erişim tarihi: 24.04.2021). Erişim adresi: www.nursingworld.org/Nursing-Scope.

Anatomy and Physiology, Overview of the Reproductive System, (Erişim tarihi: 27.10.2020). Erişim adresi: https://med.libretexts.org/Bookshelves

Anbaran ZK, Baghdari N, Pourshirazi M, Karimi FZ, Rezvanifard M, Mazlom SR. Postpartum sexual function in women and infant feeding methods. Higher Education. 2015; 62: 16-9.

Annon J. The PLISSIT model: A proposed conceptual scheme for the behavioural treatment of sexual problems. Journal of Sex Education Therapy. 1976; 2(1): 1-15.

Anzaku AS, Mikah S. Postpartum resumption of sexual activity, sexual morbidity and use of modern contraceptives among Nigerian women in Jos. Annals of Medical and Health Science Research. 2014; 4: 210–216.

Ayaz S. Stomalı bireylerin cinsel sorunlarının değerlendirilmesinde PLISSIT modelinin kullanımı. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2014; 17: 59-63.

Aydemir Ö, Güvenir T, Küey L. Validity and realibility of Turkish version of Hospital Anxiety and Depression Scale. Turkish Journal of Psychiatry. 1997; 8: 280-287.

Aydoğdu F. Toplumsal cinsiyet rollerinin gelişimi ve cinsel eğitim. İçinde: Aynal Ş.Ö. (eds) Çocuk gelişimi I-II 2. Kitap. Eğiten Kitap Yayıncılık Org. Tic. Ltd. Şti. Erzincan; 2017; s: 71-89.

Aygin D, Aslan FE. Kadın cinsel işlev ölçeği'nin Türkçeye uyarlaması. Türkiye Klinikleri. 2005; 25(3): 393-9.

Aygin D, Yaman Ö. Kanserli hastalarda cinsellik nasıl değerlendirilmeli? Androloji Bülteni. 2017; 19(3): 98-107.

Azari-Barzandig R, Sattarzadeh-Jahdi N, Nourizadeh R, Malakouti J, Mousavi S, Dokhtvasi G. The effect of counseling based on EX-PLISSIT model on sexual

dysfunction and quality of sexual life of married women with multiple sclerosis: A randomized controlled clinical trial. Sexuality and Disability. 2020; 38(2): 271-284.

Bahrami N, Karimian Z, Bahrami S, Bolbolhaghighi N. Comparing the postpartum quality of life between six to eight weeks and twelve to fourteen weeks after delivery in Iran. Iranian Red Crescent Medical Journal. 2014; 16(7): 169-85.

Balaydın AS, Kızıltan B, Apay SE. Gebelikte vücut algısı ile kıskançlık durumu arasındaki ilişkinin araştırılması. Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2020; 3(2): 115-126.

Banaei M, Kariman N, Ozgoli G, Nasiri M, Ghasemi V, Khiabani A, Mohamadkhani Shahri L. Prevalence of postpartum dyspareunia: A systematic review and meta-analysis. International Journal of Gynecology and Obstetrics. 2021; 153(1): 14-24.

Banaei M, Moridi A, Dashti S. Sexual dysfunction and its associated factors after delivery: longitudinal study in Iranian women. Materia Socio-Medica. 2018; 30(3): 198.

Banaei M, Safarzadeh S, Shahrahmani H. Impact of counseling on sexual intimacy of lactating women. Annals of Tropical Medicine and Public Health. 2017; 10(6): 1763.

Banaei M, Tork Zahrani S, Pormehr-Yabandeh A, Ozgoli G, Azad M. Investigating the impact of counseling based on PLISSIT model on sexual intimacy and satisfaction of breastfeeding women. International Journal of Pharmaceutical Research & Allied Sciences. 2016; 5 (3): 489-499.

Barbara G, Pifarotti P, Facchin F, Cortinovis I, Dridi D, Ronchetti C, Vercellini P. Impact of mode of delivery on female postpartum sexual functioning: spontaneous vaginal delivery and operative vaginal delivery vs cesarean section. The Journal of Sexual Medicine. 2016; 13(3): 393-401.

Barrett G, Pendry E, Peacock J, Victor C, Thakar R, Manyonda I. Women's sexual health after childbirth. Obstetrics & gynecology international journal. 2000; 107(2): 186-195.

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

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

Başçı BA, Karataş N. Birinci basamakta cinsel sağlığın değerlendirilmesi. İçinde: Duman N.B. (Ed.). Cinsel Sağlık. Nobel Tıp Kitabevi; İstanbul; 2018, s: 69-78.

Bello FA, Olayemi O, Aimakhu CO, Adekunle AO. Effect of pregnancy and childbirth on sexuality of women in Ibadan, Nigeria. Journal of Obstetrics and Gynaecology. 2011; 1-6.

Berkol TD, Uzun I, Alataş E, Erensoy H, Özyıldırım İ. Birincil tanısı majör depresif bozukluk veya anksiyete bozukluğu olan cinsel yönden aktif kadınlardaki vajinismus komorbiditesi. The Medical Journal of Bakırköy. 2015; 11: 150-153.

Bıldırcın FD, Özdeş EK, Karlı P, Özdemir AZ, Kökçü A. Does type of menopause affect the sex lives of women? Medical Science Monitor: International Medical Journal of Experimental and Clinical Research. 2020; 26(92): 1811-1.

Bilgin NÇ, Potur DC. Doğum sonu dönem kanıt temelli yaklaşımlar ve hemşirelik. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi. 2010; 3(3): 80-87.

Boz İ, Akgün M. İnfertilitede birey merkezli bakım yaklaşımı. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi. 2019; 16 (2): 170-175.

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

Bulut A, Ortaylı N. Bir araştırmanın düşündürdükleri: Cinsel sağlık ama nasıl? Sted. 2004;13(2): 60.

Busby DM, Leonhardt ND, Leavitt CE, Hanna-Walker V. Challenging the standard model of sexual response: Evidence of a variable male sexual response cycle. The Journal of Sex Research. 2020; 57(7): 848-859.

Cappell JP. A Biopsychosocıal Approach to Persistent Postpartum Pain and Postpartum Sexual Function. Queen's University. Master thesis (Supervisor: Dr. C Pukall). Canada, 2014.

Centers for Disease Control, Adolescent Health: What Works in Schools (Erişim tarihi: 28.10.2020). Erişim adresi: https://www.cdc.gov/healthyyouth/whatworks/pdf/what-works-sexual-health-education.pdf

Cetişli NE, Kahveci M, Işık S, Hacılar A. Kadınların postpartum kontraseptif tercihleri ve tutumları. JAREN. 2020; 6(1): 67-72.

Chang SR, Chen KH, Lin HH, Chao YMY, Lai YH. Comparison of the effects of episiotomy and no episiotomy on pain, urinary incontinence, and sexual function 3 months postpartum: a prospective follow-up study. International Journal of Nursing Studies. 2011; 48(4): 409-418.

Chayachinda C, Titapant V, Ungkanungdecha A. Dyspareunia and sexual dysfunction after vaginal delivery in thai primiparous women with episiotomy. International Journal of Nursing Studies. 2015; 12(5): 1275-82.

Chisari C, Monajemi MB, Scott W, Moss-Morris R, McCracken LM. Psychosocial factors associated with pain and sexual function in women with Vulvodynia: A systematic review. European Journal of Pain. 2021; 25(1): 39-50.

Chun N. Effectiveness of PLISSIT model sexual program on female sexual function for women with gynecologic cancer. Journal of Korean Academy of Nursing. 2011; 41(4): 471-480.

Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği, (Erişim Tarihi: 20.03.2021) Erişim Adresi: https://www.cetad.org.tr/73/sik-sorulan-sorular/26/kadin-cinsel-anatomisi-nedir

Cinsel Sağlık Enstitüsü Derneği, (Erişim Tarihi: 04.03.2021). Erişim adresi: https://www.cised.org.tr/.

Cirik DA, Yerebasmaz N, Kotan VO, Salihoglu KN, Akpinar F, Yalvac S, Kandemir O. The impact of prenatal psychologic and obstetric parameters on postpartum depression in late-term pregnancies: A preliminary study. Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology. 2016; 55(3): 374-8.

Clayton AH, McGarvey EL. Changes in sexual functioning questionnaire. Handbook of sexuality-related measures. 2011; 290-295.

Cole R, Young J, Kearney L, Thompson JM. Infant care practices and parent uptake of safe sleep messages: A cross-sectional survey in Queensland, Australia. BMC Pediatrics. 2020; 20(1).

Cornelius JB, Okoro F, Piper CN. A comparison of the process and content of sexual communications among African American adolescent children living in parent and grandparent headed families. Adolescent Health, Medicine and Therapeutics. 2021; 12(1).

Coşkun A, Özerdoğan N. Palyatif bakımda cinsel sağlık. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2018; 4: 371-377.

Crane AK, Geller EJ, Bane H, Ju R, Myers E, Matthews CA. Evaluation of pelvic floor symptoms and sexual function in primiparous women who underwent operative vaginal delivery versus cesarean delivery for second-stage arrest. Female Pelvic Medicine & Reconstructive Surgery. 2013; 19 (1): 13-16.

Çağlar M, Oskay ÜY. İnfertilite ve cinsel yaşam üzerine etkileri. JAREN. 2020; 6(1): 157-62.

Dal NA, Özdemir Ç. Kadın doğum ve psikiyatri polikliniklerinde cinsel sağlık sorunları: Retrospektif bir çalışma. Androloji Bülteni. 2020; 22: 209−212.

Daneshfar F, Behboodi-Moghadam Z, Khakbazan Z, Nabavi SM, Nayeri ND, Ghasemzadeh S, Montazeri A. The influence of EX-PLISSIT (extended permission, limited information, specific suggestions, intensive therapy) model on intimacy and sexuality of married women with Multiple Sclerosis. Sexuality and Disability. 2017; 35(4): 399-414.

Dawson SJ, Leonhardt ND, Impett EA, Rosen NO. Associations between postpartum depressive symptoms and couples' sexual function and sexual distress trajectories across the transition to parenthood. Annals of Behavioral Medicine. 2021; 15: 117.

De Souza A, Dwyer PL, Charity M, Thomas E, Ferreira CHJ, Schierlitz L. The effects of mode delivery on postpartum sexual function: a prospective study. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology. 2015; 122(10): 1410-1418.

Delibalta RT, Çılgın H. Comparison of primipara women's pre-pregnancy, pregnancy, and postpartum sexual lives. Journal of Surgery and Medicine. 2020; 4(11): 1018-1022.

Demir S. Cinsel İşlev Bozukluğu Olan İnfertil Kadınlarda Cinsel Danışmanlığın Cinsel Sağlığa Etkisi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi. (Danışman: Doç.Dr. E. Aslan). İstanbul, 2016,

Dennerstein PL, Emma DL. Short scale to measure female sexuality: adapted from McCoy Female Sexuality Questionnaire. Journal of Sex and Marital Therapy. 2001; 27(4): 339-351.

Derogatis LR, Rosen R, Leiblum S, Burnett A, Heiman J. The Female Sexual Distress Scale (FSDS): Initial validation of a standardized scale for assessment of sexually related personal distress in women. Journal of Sex and Marital Therapy. 2002; 28(4): 317-330.

Di Florio A, Putnam K, Altemus M, Apter G, Bergink V, Bilszta J, Causes AT. The impact of education, country, race and ethnicity on the self-report of postpartum depression using the Edinburgh Postnatal Depression Scale. Psychological Medicine. 2017; 47(5): 787.

Dinçer Y, Oskay Ü. Menopoz döneminde kadınların cinsellik ile ilgili sorunlarının incelenmesi: Kalitatif bir çalışma. Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi. 2018; 4(2): 16-28.

Dişsiz M, Mamuk R, Oskay, Ü. Genito pelvik ağrı/penetrasyon bozuklukları ve güncel yaklaşımlar. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 2019; 9(3): 202-208.

Dönmez H, Bükülmez A. Postpartum depresyonun, annelerin bebeklerini emzirme süreleri ve bebek büyümesi üzerine etkisi. Selçuk Tıp Dergisi. 2015; 31(4): 358-62.

Dönmez A, Mehtap ER, Karaçam Z. Gebe okuluna başvuran gebelerin yaşadığı gebeliğe bağlı fiziksel sağlık sorunlarının incelenmesi. Life Sciences. 2018; 13(1): 1-10.

Duman, B.N. Cinsel Sağlık. Nobel Tıp Kitapevi: Ankara; 2019: 25-31.

Duman NB, Vural G. Cinsel sağlığın değerlendirilmesi. İçinde: Cinsel Sağlık. 1. Basım. Nobel Tıp Kitapevi: Ankara; 2019, s: 47-58.

Durna G, Ülbe S, Dirik G. Kadında cinsel işlev bozukluğunun tedavisinde bilinçli farkındalık temelli müdahaleler: Sistematik bir derleme. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2020; 11(4): 1-11.

Ellis H. Psychology of sex. A manual for students. The Journal of Nervous and Mental Disease. 1936; 83(5): 618.

Erdem Ö, Saime E. Okullarda transteoretik model temelli güvenli bisiklet kullanma davranışını geliştirme programı. Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi. 2020; 2(2): 112-125.

Erdinç İ. Evli Çiftlerde, Evlilik Uyumu, Cinsel Yaşam Doyumu ve Yaşam Doyumu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi F. Bal). İstanbul, 2018.

Escasa-Dorne MJ. Sexual functioning and commitment to their current relationship among breastfeeding and regularly cycling women in manila, philippines. Human Nature. 2015; 26: 89–101.

Escoffier JK. La psychanalyse et la théorie de la sexualité. Sexologies. 2020; 29(2): 47-56.

Esencan TY, Beji NK. Günümüze değin cinsellik konusunda yapılan çalışmaların irdelenmesi. Androloji Bülteni. 2015; 17(63): 301-310.

Esmkhani M, Kharaghani R, Shakibazadeh E, Faghihzadeh S, Korte JE, Merghati-Khoei E. Comparison of the effects of the PLISSIT Model Versus the

Sexual Health Model on Quality of Life among women with breast cancer. Sexuality and Disability. 2021; 39: 85–96.

Evcili F, Gölbaşı Z. Cinsel sağlık bilgi testi: geliştirme, geçerlik ve güvenirlik çalışması. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2017; (1): 29-33.

Evcili F, Demirel G, Bekar M, Guler H. Effectiveness of postpartum sexual health education programme structured according to Levine's Conservation Model: An interventional study. International Journal of Nursing Practice. 2020; 26(3): 128-55.

Faisal-Cury A, Menezes PR, Quayle J, Matijasevich A, Diniz SG. The relationship between mode of delivery and sexual health outcomes after childbirth. The Journal of Sexual Medicine. 2015; 12(5); 1212-1220.

Farnam F, Janghorbani M, Raisi F, Merghati-Khoei E Compare the effectiveness of PLISSIT and sexual health models on women's sexual problems in Tehran, Iran: A randomized controlled trial. The Journal of Sexual Medicine. 2014; 11: 2679–2689.

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.

Fidancı İ, Öncü MZ, Öztürk O. Role of the Transtheoretical model of behavior change in quitting smoking and gambling disorder together. Bağımlılık Dergisi. 2020; 21(3): 1-1.

Fisher CM. Adapting the Information–Motivation–Behavioral skills model: Predicting HIV-related sexual risk among sexual minority youth. Health Education Behavior. 2012; 39(3): 290–302.

Fisher JD, Fisher WA. Changing AIDS-risk behavior. Psychological Bulletin. 1992; 111(3): 455–474.

Fok W, Chan L, Yuen P. Sexual behavior and activity in Chinese pregnant women. Acta Obstetricia at Gynecologica Scandinavica. 2005; 84(10): 934–938.

Galazka I, Drosdzol-Cop A, Naworska B.,Czajkowska M, Skrzypulec-Plinta V. Changes in the sexual function during pregnancy. The Journal of Sexual Medicine. 2015; 12: 445–454.

Gewirtz-Meydan A, Hafford-Letchfield T, Ayalon L, Benyamini Y, Biermann V, Coffey A, Jackson J, Phelan A, Voß P, Zeman MG, Zeman Z. How do older people discuss their own sexuality? A systematic review of qualitative research studies, Culture, Health & Sexuality. 2019; 21(3): 293-308.

Golombok S, Rust J. Diagnosis of sexual dysfunction: relationships between DSM-III (R) and the GRISS. Journal of Sex and Marital Therapy. 1988; 3(1): 119-124.

Grabovac I, Pizzol D, McDermott DT, Swami V, Ilie PC, Forwood S, Yang L. Sexual intercourse and sleep in older age: Findings from the English longitudinal study of ageing. Atena Journal of Public Health. 2020; 3.

Granot M, Yovell Y, Somer E, Beny A, Sadger R, Uliel-Mirkin R, Zisman-Ilani Y. Trauma, attachment style, and somatization: a study of women with dyspareunia and women survivors of sexual abuse. BMC Women's Health. 2018; 18(1): 1-6.

Guendler J, Katz L, Flamini ME, Lemos A, Amorim M. Prevalence of sexual dysfunctions and orientations on sexuality in postpartum women: Cross-sectional study. Obstetrics and Gynecology. 2019; 133: 213-214.

Gur EB, Gokduman A, Turan GA, Tatar S, Hepyilmaz I, Zengin EB, Eskicioglu F. Mid-pregnancy vitamin D levels and postpartum depression. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology. 2014; 179: 110-6.

Gutzeit O, Levy G, Lowenstein L. Postpartum female sexual function: Risk factors for postpartum sexual dysfunction. Sexual Medicine. 2020; 8(1): 8-13.

Güleroğlu F, Beşer NG. Evaluation of sexual functions of the pregnant women. Journal Sexual Medicine. 2014; 11: 146–153.

Gültürk E, Akpınar A, Şen ŞR, Balcı H. Cinselliğin değerlendirilmesi: Hemşirelerin cinsellikle ilgili tutum ve inançları. İstanbul Bilim Üniversitesi Florence Nightingale Tıp Dergisi. 2018; 4(1): 63-70.

Gür K, Erol S, Kadıoğlu H, Ergün A, Bölüktaş R. The impact on adolescents of a Transtheoretical Model-based programme on fruit and vegetable consumption. Public Health Nutrition. 2019; 22(13): 2500–2508.

Haesler E, Bauer M, Fetherstonhaugh D. Sexuality, sexual health and older people: A systematic review of research on the knowledge and attitudes of health professionals. Nurse Education Today. 2016; 40: 57-71.

Hammond JA. Assessing Bicycle Helmet Use İn College-Aged Individuals Using The Transtheoretical Model Of Behavior Change. University of Montana, Graduate Student Theses (Supervisor: Stuart Hall). Missoula, 2017.

Handelzalts JE, Levy S, Peled Y, Yadid L, Goldzweig G. Mode of delivery, childbirth experience and postpartum sexuality. Archives of Gynecology and Obstetrics. 2018; 297(4): 927-932.

Harder H, Starkings RM, Fallowfieldn LJ, Menon U, Jacobs IJ, Jenkins VA. Sexual functioning in 4,418 postmenopausal women participating in UKCTOCS: A qualitative free-text analysis. Menopause (New York, NY). 2019; 26(10): 1100.

Harrington EK, Drake AL, Matemo D, Ronen K, Osoti AO, John-Stewart G, Unger JA. An Health SMS intervention on postpartum contraceptive use among women and couples in Kenya: A randomized controlled trial. American Journal of Public Health. 2019; 109(6): 934-941.

Harrison MS, Zucker R, Scarbro S, Sevick C, Sheeder J, Davidson AJ. Postpartum contraceptive use among Denver-based adolescents and young adults: Association with subsequent repeat delivery. Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology. 2020; 33(4): 393-397.

Hatzimouratidis K, Giuliano F, Moncada I, Muneer A, Salonia A. Verze Guideline Associates: Parnham A, Serefoglu EC, Male Sexual Dysfunction, 2020. https://uroweb.org/guideline/male-sexual-dysfunction/ Erişim tarihi: 26.03.2021.

Heetkamp KM, Peters IA, Bertens LC, Knapen MF. An unwanted pregnancy and language proficiency level are associated with first antenatal visit after the first trimester: Results from a prospective cohort study. Midwifery. 2020; 89: 1027-84.

Heidari M, Ghodusi M, Rezaei P, Abyaneh SK, Sureshjani EH, Sheikhi, RA. Sexual function and factors affecting menopause: A systematic review. Journal of Menopausal Medicine. 2019; 25(1): 15.

Heinemann J, Atallah S, Rosenbaum T. The impact of culture and ethnicity on sexuality and sexual function. Current Sexual Health Reports. 2016; 8(3): 144-150.

Holanda JBDL, Abuchaim EDSV, Coca KP, Abrão ACFDV. Sexual dysfunction and associated factors reported in the postpartum period. Acta Paulista de Enfermagem. 2014; 27(6): 573-578.

Hualthanom M, Thongnopakun S. Factors Related to Emergency Contraceptive Pill Use Based on the Information-Motivation-Behavioral Skills (IMB) Model among Female University Students in Chonburi Province. The Journal of Prapokklao Hospital Clinical Medical Education Center. 2020; 37(4): 273-280.

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

Jambola ET, Gelagay AA, Belew AK, Abajobir AA. Early resumption of sexual ıntercourse and its associated factors among postpartum women in Western Ethiopia: A Cross-sectional study. International Journal of Women's Health. 2020; 12: 381.

Javorski M, Rodrigues AJ, Dodt RCM, Almeida PC, Leal LP, Ximenes LB. Effects of an educational technology on self-efficacy for breastfeeding and practice of exclusive breastfeeding. Revista da Escola de Enfermagem da USP. 2018; 52: 33-29.

Jawed-Wessel S, Santo J, Irwin J. Sexual activity and attitudes as predictors of sexual satisfaction during pregnancy: A multi-level model describing the sexuality of couples in the first 12 weeks. Archives of Sexual Behavior. 2019; 48(3): 843-854.

Jen S. Older women and sexuality: Narratives of gender, age and living environment. Journal of Women and Aging. 2017; 29: 87-97.

Jenusiene G, Zilaitiene B, Adomaitiene V, Anuliene R, Bancrf S. Seual function, mood and menopause symptoms in Lithuanian postmenopausal women. Climacteric. 2013; 16: 185-193.

Joshi AK, Tiwari DP, Poudyal A, Shrestha N, Acharya U, Dhungana GP. Utilization of family planning methods among postpartum mothers in Kailali district, Nepal. International Journal of Women's Health. 2020; 12: 487.

Kahramanoglu I, Baktiroglu M, Hamzaoglu K, Kahramanoglu O, Verit FF, Yucel O. The impact of mode of delivery on the sexual function of primiparous women: a prospective study. Archives of Gynecology and Obstetrics. 2017; 295(4): 907-916.

Kaplan SA, Reis RB, Kohn IJ, Ikeguchi EF, Laor E, Te AE, Martins AC. Safety and efficacy of sildenafil in postmenopausal women with sexual dysfunction. Urology. 1999; 53(3): 481-486.

Karaçam Z, Çalışır H. İlk kez doğum yapan kadınlarda gebelik öncesi ve doğum sonrası dönemlerde disparoni görülme sıklığı ve ilişkili durumlar. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2012; 15(3): 205-213.

Karakas S, Aslan E. Sexual counseling in women with primary ınfertility and sexual dysfunction: Use of the BETTER model. Journal of Sex and Marital Therapy. 2019; 45(1): 21-30.

Karakuş A, Yanıkkerem E. Klimakterik dönemde cinsel disfonksiyon: Female Sexual Functıon Index (FSFI) - Kadın cinsel fonksiyon indeksi ile yapılan son 5 yıllık çalışmalar. Gümüşhane University Journal of Health Sciences. 2016; 5(1): 64-85.

Kargar M, Yousefzadeh S, Behnam HR, Saeed Vaghee S. Comparing the effect of solution-focused group counseling and ındividual counseling based on PLISSIT model on sexual satisfaction of women with high body mass ındex. Journal of Midwifery and Reproductive Health. 2021; 9(2): 2680-2689.

Karimi F, Babazadeh R, Asgharipur N, Esmaily H, Latifnejad Roudsari R. The effectiveness of counseling using PLISSIT model on depression, anxiety and stress, among postpartum women with sexual dysfunction: A randomized trial. Journal of Midwifery and Reproductive Health. 2019; 7(4): 1912-1920.

Karimi F, Babazadeh R, Roudsari RL, Asgharipour N, Esmaily H. Comparing the effectiveness of sexual counseling based on PLISSITand BETTER models on sexual selfdisclosure in women with sexual problems after childbirth: A randomized trial. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research. 2021; 26(1): 68-74.

Kasif T, Band-Winterstein T. Older widows' perspectives on sexuality: A life course perspective. Journal of Aging Studies. 2017; 41: 1-9.

Kazemi Z, Mousavi MS, Etemadifar M. The effect of counseling based on the PLISSIT model on sexual quality of life of married women with multiple sclerosis referring to MS center in 2019: A randomized, controlled trial. Archives of Women's Mental Health. 2020; 1-8.

Kennedy J, Pavličev M. Female orgasm and the emergence of prosocial empathy: An evo-devo perspective. Journal of Experimental Zoology Part B Molecular and Developmental Evolution. 2018; 330(2): 66-75.

Khajehei M, Doherty M, Tilley PJ, Sauer K. Prevalence and risk factors of sexual dysfunction in postpartum Australian women. The Journal of Sexual Medicine. 2015; 12(6): 1415-26.

Khalesi ZB, Bokaie M, Attari SM. Effect of pregnancy on sexual function of couples. African Health Sciences. 2018; 18(2): 227-234.

Kısa S, Zeyneloğlu S, Yılmaz D, Verim E. Evlilik hazırlığı yapan çiftlerin cinsellikle ilgili bilgi ve inanışları. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2013; 12(3).

Kingsberg SA, Schaffir J, Faught BM, Pinkerton JV, Parish SJ, Iglesia CB, Gudeman J, Krop J, Simon JA. Female sexual health: Barriers to optimal outcomes and a roadmap for ımproved patient-clinician communications. Journal of Women's Health (Larchmt). 2019; 28(4): 432-443.

Kinsey AC, Pomeroy WR, Martin CE. Sexual behavior in the human male. American Journal of Public Health. 2003; 93(6): 894-898.

Kinsey AC, Pomeroy B, Martin CE. Sexual behavior in the human male WB. Saunders Co Philadelphia. 1948; 610-666.

Kohler S, Annerstedt KS, Diwan V, Lindholm L, Randive B, Vora K, De Costa A. Postpartum quality of life in Indian women after vaginal birth and cesarean section: A pilot study using the EQ-5D-5L descriptive. BMC Pregnancy and Childbirth. 2018; 18: 427.

Komlenac N, Hochleitner M. Predictors for Low Frequencies of Patient-Physician Conversations Concerning Sexual Health at an Austrian University Hospital. Sexual Medicine. 2020; 8(1): 100-106.

Köroğlu E. DSM-5 Tanı Ölçütleri El Kitabı. HYB Yayıncılık: Ankara; 2013.

Kračun I, Tul N, Blickstein I, Velikonja VG. Quantitative and qualitative assessment of maternal sexuality during pregnancy. Journal of Perinatal Medicine. 2019; 47(3): 335-340.

Laganà AS, Platania A, Butticè S, Vitale SG. Comment on "Impact of mode of delivery on female postpartum sexual functioning: Spontaneous vaginal delivery and operative vaginal delivery vs cesarean section". The Journal of Sexual Medicine. 2016; 13(7): 1142-1143.

Lamont J, Bajzak K, Bouchard C, Burnett M, Byers S, Cohen T, Fisher W, Holzapfel S, Senikas V. Female sexual health consensus clinical guidelines. Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada. 2018; 40(6): 451-503.

Leavitt CE, Leonhardt ND, Busby DM. Different ways to get there: Evidence of a variable female sexual response cycle. The Journal of Sex Research. 2019; 56(7): 899-912.

Levin RJ. The human sexual response cycle. In The textbook of clinical sexual medicine. Springer, Cham. 2017; 39-51.

Li JY, D'Addario J, Tymon-Rosario J, Menderes G, Young MR, Johung K, Damast S. Benefits of a multidisciplinary women's sexual health clinic in the

management of sexual and menopausal symptoms after pelvic radiotherapy. American Journal of Clinical Oncology. 2021; 44(4): 143-149.

Lipschuetz M, Cohen SM, Liebergall-Wischnitzer M, Zbedat K, Hochner-Celnikier D, Lavy Y, Yagel S. Degree of bother from pelvic floor dysfunction in women one year after first delivery. European Journal of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Biology. 2015; 191: 90-94.

Lurie S, Aizenberg M, Sulema V, Boaz M, Kovo M, Golan A, Sadan O. Sexual function after childbirth by the mode of delivery: a prospective study. Archives of Gynecology and Obstetrics. 2013; 288(4): 785–792.

Maaita ME, Khreisat BM, Tasso OA, Otom NN, Aljaafreh BM, Abuassaf GM. Prevalence and associated risk factors of female sexual dysfunction among Jordanian women. Journal of Family Medicine and Primary Care. 2018; 7: 1488-92.

Makki M, Yazdi NA. Sexual dysfunction during primiparous and multiparous women following vaginal delivery. Tanzania Journal of Health Research. 2012; 14(4): 263-268.

Malakouti J, Golizadeh R, Mirghafourvand M, Farshbaf-Khalili A. The effect of counseling based on ex-PLISSIT model on sexual function and marital satisfaction of postpartum women: A randomized controlled clinical trial. Journal of Education and Health Promotion. 2020; 9.

Manresa M, Pereda A, Goberna-Tricas J, Webb SS, Terre-Rull C, Bataller E. Postpartum perineal pain and dyspareunia related to each superficial perineal muscle injury: A cohort study. International Urogynecology Journal. 2020; 31: 2367-2375.

Masliza W, Daud W, Yazid Bajuri M. Sexual dysfunction among postmenopausal women. Clinical Therapeutics. 2014; 165: 83–9.

Masters WH, Johnson VE. Human sexual response. Boston; 1966.

Matthies LM, Wallwiener M, Sohn C, Reck C, Müller M, Wallwiener S. The influence of partnership quality and breastfeeding on postpartum female sexual function. Archives of Gynecology and Obstetrics. 2019; 299(1): 69-77.

McDonald E, Woolhouse H, Brown SJ. Sexual pleasure and emotional satisfaction in the first 18 months after childbirth. Midwifery. 2017; 55: 60-66.

McDonald EA, Brown SJ. Does method of birth make a difference to when women resume sex after childbirth. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology. 2013; 120(7): 823-830.

McDonald EA, Gartland D, Small R, Brown SJ. Dyspareunia and childbirth: A prospective cohort study. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology. 2015; 122(5): 672–679.

McDonald E, Woolhouse H, Brown SJ. Sexual pleasure and emotional satisfaction in the first 18 months after childbirth. Midwifery. 2017; 55: 60-66.

McGahuey CA, Gelenberg AJ, Laukes CA, Moreno AM, Delgado PD, McKnnight MK, Manber R. The Arizona Sexual Experience Scale (ASEX): Reliability and validity. Journal of Sex & Marital Therapy. 2006; 26 (1): 25.

McHorney CA, Rust J, Golombok S, Davis S, Bouchard C, Brown C, Derogatis L. Profile of Female Sexual Function: A patient-based, international, psychometric instrument for the assessment of hypoactive sexual desire in oophorectomized women. Menopause. 2004; 11(4): 474-483.

Meston CM, Hull E, Levin RJ, Sipski M. Disorders of orgasm in women. The Journal of Sexual Medicine. 2004; 1(1): 66-68.

Mhiri M, Smaoui W, Bouassida M, Chabchoub K, Masmoudi J, Bahloul A. Unconsummated marriage in the Arab Islamic world: Tunisian experience. Sexologies. 2013; 22: 103–108.

Mick J, Hughes M, Cohen MZ. Sexuality and cancer: How oncology nurses can address it BETTER. Oncology Nursing Forum. 2003; 30(2): 152-153.

Mitchell KR, Geary R, Graham CA, Datta J, Wellings K, Sonnenberg P, Johnson AM. Painful sex (dyspareunia) in women: Prevalence and associated factors in a British population probability survey. BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology. 2017; 124(11): 1689-1697.

Moghassemi S, Ziaei S, Haidari Z. Female sexual dysfunction in Iranian postmenopausal women: prevalence and correlation with hormonal profile. The Journal of Sexual Medicine. 2011; 8: 3154–9.

Montejo AL, Calama J, Rico-Villademoros F, Montejo L, González-García N, Pérez J, SALSEX Working Study Group. A real-world study on antidepressant-associated sexual dysfunction in 2144 outpatients: The SALSEX I Study. Archives of Sexual Behavior. 2019; 48(3): 923-933.

Monteolone P, Mascagni G, Giannini A, Genezzani AR, Simoncini T. Symptoms of menopause – Global prevalence, physiology and ımplications. Nature Reviews Endocrinology. 2018; 14(4): 199–215.

Murphy M. Teaching and learning about sexual diversity within medical education: The promises and pitfalls of the informal curriculum. Sexuality Research and Social Policy. 2019; 16(1): 84-99.

Murray SH. Heterosexual men's sexual desire: Supported by, or deviating from, traditional masculinity norms and sexual scripts? Sex Roles. 2018; 78: 130–141.

Namlı Z, Karakuş G, Tamam L, Demirkol ME. Bipolar bozuklukta cinsellik ve cinsel işlev bozuklukları. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2016; 8(4): 309-320.

Nappia RE, Particcob M, Bigliac N, Cagnaccid A, Carloe DC, Luisif S. Attitudes and perceptions towards vulvar and vaginal atrophy in Italian post-

menopausal women: Evidence from the European REVIVE Survey. Maturitas. 2016; 91: 74–80.

Nazarpour S, Simbar M, Ramezani Tehrani F, Alavi Majd HJ. Effects of sex education and Kegel Exercises on the sexual function of postmenopausal women: A randomized clinical trial. Sexual Medicine. 2017; 14(7): 959-967.

Nho JH. Effect of PLISSIT model sexual health enhancement program for women with gynecologic cancer and their husbands. Journal of Korean Academy of Nursing. 2013; 43: 681-689.

Nowosielski K, Wróbel B, Kowalczyk R. Women's endorsement of models of sexual response: Correlates and predictors. Archives of Sexual Behavior. 2016; 45(2): 291-302.

O'Loughlin JI, Basson R, Brotto LA. Women with hypoactive sexual desire disorder versus sexual interest/arousal disorder: An empirical test of raising the bar. The Journal of Sex Research. 2018; 55(6): 734-746.

O'Malley D, Higgins A, Begley C, Daly D, Smith V. Prevalence of and risk factors associated with sexual health issues in primiparous women at 6 and 12 months postpartum; A longitudinal prospective cohort study (the MAMMI study). BMC Pregnancy and Childbirth. 2018; 18(1): 1-13.

Ochako R, Gichuhi W. Pregnancy wantedness, frequency and timing of antenatal care visit among women of childbearing age in Kenya. Reproductive Health. 2016; 13(1): 1-8.

Olsson A, Robertson E, Falk K, Nissen E. Assessing women's sexual life after childbirth: The role of the postnatal check. Midwifery. 2011; 27(2): 195-202.

Omani-Samani R, Amini P, Navid B, Sepidarkish M, Maroufizadeh S, Almasi-Hashiani A. Prevalence of sexual dysfunction among infertile women in Iran: A

systematic review and meta-analysis. International Journal of Fertility and Sterility. 2019; 12(4): 278.

Orisaremi TC. The influence of breastfeeding beliefs on the sexual behavior of the Tarok in north-central Nigeria. Sexual & Reproductive HealthCare. 2013; 4: 153-160.

Orr J, Layte R, O'Leary N. Sexual activity and relationship quality in middle and older age: Findings from the Irish Longitudinal Study on Ageing (TILDA). The Journals of Gerontology: Series B. 2019; 74(2): 287-297.

Ouyaba AT, Öztürk PÇ. The effect of the Information-Motivation-Behavioral skills (IMB) model variables on Orthorexia Nervosa behaviors of pregnant women. Research Square. 2021; 1-17.

Ölçer Z, Oskay Ü. Kanser hastalarına yönelik BETTER modeline dayalı cinsel danışmanlık. Androloji Bülteni. 2020; 22: 177−182.

Ören M, Kızıltepe R, Özekes BÇ. Yaşlılıkta cinsellik. Ege Tıp Dergisi. 2016; 55: 38-44.

Özdilek R. IMB Model Temelli Postpartum Cinsel Danışmanlığın Kadın Cinsel Sağlığına Etkisi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Doktora Tezi, (Danışman: Prof. Dr. A.M. Coşkun). İstanbul, 2016.

Özel Ş, Tozlu G, Ercan N, Engin-Üstün Y. Bir kadın sağlığı hastanesinde taburculuk sonrası hastanede lohusa izlem. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi. 2019; 2(1): 64-68.

Özilice Ö, Günay T. Emzirme ve sürdürülebilir kalkınma. İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastanesi Dergisi. 2018; 8(1): 1-7.

Özkan Z, Açıkgöz B, Ayoğlu FN. Gebe polikliniğine başvuran gebelerde istenmeyen gebelik sıklığı ve etkileyen faktörler. In 3. International 21. National Public Health Congress. 2019.

Özler A, Evsen MS, Tan P, Turgut A, Başaranoğlu S, Bez Y, Yalınkaya A, Gül T. Long-term changes in sexual functions following complicated pregnancies and deliveries. Journal of Clinical and Experimental Investigations. 2013; 4 (4): 429-435.

Özsoy SA, Çetinkaya A. Hemşirelikte kuram geliştirme. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2019; 35(2): 77-83.

Öztürk CŞ. Cinsel işlev bozukluklarına yönelik psikolojik müdahaleler. In Yeni Symposium. 2019; 57(2): 18-28.

Patton KT, Thibodeau GA. Anatomy and Physiology e-Book. Elsevier Health. New York; 2016.

Pauls RN. Anatomy of the clitoris and the female sexual response. Clinical Anatomy. 2015; 28(3): 376-384.

Piran M. Perinatal Alanda Çalışan Hemşire ve Ebelerin Bakımda Cinselliği Ele Alma Konusunda Yaşadığı Engeller ve Kolaylaştırıcı Faktörlerin Belirlenmesi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Ç. Yücel). Ankara, 2019.

Plopa M. Partners' sexual satisfaction in partnership and marriage: A study method. Journal of Sex and Marital Therapy. 2020; 46(1): 78-98.

Pluchinoa N, Drakopoulos P, Bianchi-Demicheli F, Wenger JM, Petignat P, Genazzani AR. Neurobiology of DHEA and effects on sexuality, mood and cognition. The Journal of Steroid Biochemistry and Molecular Biology. 2015; 145: 273–280.

Prieto-Castro R, Puigvert-Martínez AM, Artigas-Feliu R, Illán-Mateo P, Cruz-Culebra N, Artés-Ferragud M, José F. Opinions, attitudes, and perceptions in relation to erectile dysfunction and premature ejaculation in the undiagnosed spanish male population. Results of the PANDORA project. The Journal of Sexual Medicine. 2020; 17(8): 1495-1508.

Prochaska JO, Velicer WF. The transtheoretical model of health behavior change. American Journal of Health Promotion. 1997; 12(1): 38-48.

Pulverman CS, Meston CM. Sexual dysfunction in women with a history of childhood sexual abuse: The role of sexual shame. Psychological Trauma. 2020; 12(3): 291-299.

Quirk FH, Heiman JR, Rosen RC, Laan E, Smith MD, Boolell M. Development of a sexual function questionnaire for clinical trials of female sexual dysfunction. Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine. 2002; 11(3): 277-289.

Radziah M, Shamsuddin K, Jamsiah M, Normi M, Zahari TH, Syimah AT. Asiah MN. Early resumption of sexual intercourse and its determinants among postpartum Iban mothers. International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology. 2013; 2(2): 124–129.

Rahmani A, Grylka-Baeschlin S, Fallahi A, Allahqoli L, Gheshlagh RG, Abboud S, Rezaei E. Postpartum sexual quality of life: Scale development and psychometric properties assessment in Iran. Research Square. 2021; 1-16.

Ranahan M, Von Visger J, Kayler LK. Describing barriers and facilitators for medication adherence and self-management among kidney transplant recipients using the İnformation-Motivation-Behavioral Skills Model. Clinical Transplantation. 2020; 34(6): 138-62.

Rashidian M, Minichiello V, Knutsen SF, Ghamsary M. Barriers to sexual health care: a survey of Iranian-American physicians in California, USA. BMC Health Services Research. 2016; 16(1): 263.

Reyhan F, Özerdoğan N, Arık E. İhmal edilen bir konu: yaşlılıkta cinsellik. Sağlık Bilimleri Dergisi. 2018; 27(1): 76-79.

Rezaei N, Azadi A, Sayehmiri K, Valizadeh R. Postpartum sexual functioning and its predicting factors among Iranian women. The Malaysian Journal of Medical Sciences. 2017; 24(1): 94.

Rosen NO, Pukall C. Comparing the prevalence, risk factors, and repercussions of postpartum genito-pelvic pain and dyspareunia. Sexual Medicine Reviews. 2016; 4: 126-135.

Rosen CBrown J, Heiman S, Leiblum C, Meston R, Shabsigh D, Ferguson R, D'Agostino R. The Female Sexual Function Index (FSFI): A multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. Journal of Sex and Marital Therapy. 2000; 26(2): 191-208.

Rosen NO, Dubé J, Corsini-Munt S, Muise A. Sexual, relational, and psychological adjustment of women with sexual interest/arousal disorder and their partners: A comparison to control couples. Journal of Sexual Medicine. 2019; 16(1): 83–95.

Rowland D, Gutierrez BR. Phases of the sexual response cycle. Journal of Sex Research. 2017; 57(7): 848-859.

Saleh DM, Hosam F, Mohamed TM. Effect of mode of delivery on female sexual function: A cross-sectional study. Journal of Obstetrics and Gynaecology Research. 2019; 45(6): 1143-1147.

San Martín-Rodríguez L, Escalada-Hernández P, Soto-Ruiz N. A themed game to learn about nursing theories and models: A descriptive study. Nurse Education in Practice. 2020; 49: 102905.

Saotome TT, Yonezawa K, Suganuma N. Sexual dysfunctionand satisfaction in Japanese couples during pregnancy and postpartum. Sexual Medicine. 2018; 6: 348-355.

Sassine D, Ghulmiyyah L, Atallah S, Ghieh D, Saleh N, Slim S, Rameh G. Sexual changes during pregnancy in a Middle-Eastern population. Sexuality and Culture. 2020; 24(5): 1232-1251.

Selimoğlu EŞ, Beydağ KD. Doğum sonu dönemde emziren kadınların cinsel yaşam kalitesi. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2020; 11(1): 174-180.

Serati M, Salvatore S, Siesto G, Cattoni E, Zanirato M, Khullar V, Cromi A, Ghezzi F, Bolis P. Female sexual function during pregnancy and after childbirth. Journal of Sexual Medicine. 2010; 7: 2782-90.

Serrano Drozdowskyj E, Gimeno Castro E, Trigo López E. Factors ınfluencing couples' sexuality in the puerperium: A systematic review. Sexual Medicine Reviews. 2020; 8: 38-47.

Shahbazi Z, Farshbaf-Khalili A, Sattarzadeh N, Kamalifard M. The effect of sexual counseling based on PLISSIT model on sexual function of pregnant women: A randomized controlled clinical trial. International Journal of Women's Health and Reproduction Science. 2019; 7: 372-379.

Sheikhi ZP, Navidian A, Rigi M. Effect of sexual health education on sexual function and resumption of sexual intercourse after childbirth in primiparous women. Journal of Education and Health Promotion. 2020; 9.

Shifren JL. Overview of sexual dysfunction in women: Management. UptoDate. https://www.uptodate.com/contents/overview-of-sexual-dysfunction-in-women-management. Son erişim tarihi: 24.24.2021

Shirvani MA, Nesami MB, Bavand M. Maternal sexuality after child birth among Iranian women. Pakistan Journal of Biological Sciences. 2010; 13: 385-389.

Sinković M, Towler L. Sexual aging: A systematic review of qualitative research on the sexuality and sexual health of older adults. Qualitative Health Research. 2019; 29(9): 1239-1254.

Smith L, Grabovac I, Veronese N, Soysal P, Isik AT, Stubbs B, Jackson SE. Sleep quality, duration, and associated sexual function at older age: Findings from the English longitudinal study of ageing. The Journal of Sexual Medicine. 2019; 16(3): 427-433.

Smith RL, Gallicchio L, Flaws JA. Factors affecting sexual activity in midlife women: results from the midlife health study. Journal of Women's Health. 2017; 26(2): 103–108.

Sobhgol SS, Priddis H, Smith CA, Dahlen HG. The effect of pelvic floor muscle exercise on female sexual function during pregnancy and postpartum: A systematic review. Sexual Medicine Reviews. 2019; 7(1): 13-28.

Song M, Ishii H, Toda M, Tomimatsu T, Katsuyama H, Nakamura T, Nakai Y, Shimoya K. Association between sexual health and delivery mode. Sexual Medicine. 2014; 2(4): 153–158.

Southard NZ, Keller J. The importance of assessing sexuality. Clinical Journal of Oncology Nursing. 2009; 13: 213-217.

Soykan A. The reliability and validity of Arizona sexual experiences scale in Turkish ESRD patients undergoing hemodialysis. International Journal of Impotence Research. 2004; 16: 531-534.

Spaich S, Link G, Alvarez SO. Influence of peripartum expectations, mode of delivery, and perineal injury on women's postpartum sexuality. Journal of Sexual Medicine. 2020; 17: 1312-1325.

Štulhofer A, Buško V, Brouillard P. Development and bicultural validation of the new sexual satisfaction scale. Journal of Sex Research. 2010; 47(4): 257-268.

Sütsünbüloğlu E, Vural F. Evaluation of sexual satisfaction and function in patients following stoma surgery: A descriptive study. Sexuality and Disability. 2018; 36(4): 349-361.

Şahin Ö. Kadınlarda Postpartum Depresyon Seviyesinin Doğum Sonrası Cinsel Haz ve Doyuma Olan Etkisi. Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi (Danışman: Yrd. Doç. Dr. A Yosmaoğlu). İstanbul, 2018.

Şahin G, Buldak Cİ, Kaya V, Güvenç G, İyigün E. Türkiye'de hemşirelikte model kullanılarak yapılan lisansüstü tezlerin incelenmesi: Sistematik derleme. Hemşirelik Eğitim ve Araştırma Dergisi. 2020; 17(2): 170-9.

Şimşek Ç, Barlas GÜ, Ardıç E. Sağlık çalışanlarında cinselliğin değerlendirilmesi. JAREN. 2018; 4(3): 148-155.

Şirin A, Kavlak O. Kadın Sağlığı. 1. Baskı. Bedray Basın Yayıncılık. İstanbul: 2008, s: 62-81.

Taherian Z, Abad MJAE. The effectiveness of sexual skills training on the sexual desire and self-disclosure in women with sexual dysfunction. Journal of Advanced Pharmacy Education & Research. 2020; 10(2).

Tandoğan Ö, Kaydırak MM, Oskay Ü. Erkeklerin gebelikte cinsel yaşamla ilgili mitleri. Androloji Bülteni. 2019; 21: 134−139.

Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. XIII.Baskı, Sistem Ofset Matbaacılık: Ankara; 2018, s: 1-54.

Taylor B, Davis S. The extended PLISSIT model for addressing the sexual wellbeing of individuals with an acquired disability or chronic illness. Sexuality and Disability. 2007; 25(3): 135- 139.

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

Taylor JF, Rosen RC, Leiblum SR. Self-report assessment of female sexual function: psychometric evaluation of the Brief Index of Sexual Functioning for Women. Archives of Sexual Behavior. 1994; 23(6): 627-643.

Tekgül N, Saltık D, Danışmanlık ÇG. Cinsel sağlık eğitiminin, ergenlerde sağlıklarıyla ilgili sorumluluklarını arttırmadaki önemi. Smyrna Tıp Dergisi. 2015; 31-35.

Tesfay F, Mesfin E, Gedefaw A. Resumption of postpartum sexual ıntercourse and use of modern contraceptive among in-union women in Addis Ababa: Cross sectional study. Ethiopian Journal of Reproductive Health. 2018; 10(1): 22-13.

Timmers A. Attractiveness and sexual response, Queen's University, Doctoral thesis (Supervisor: Dr. M Chivers). Canada, 2019.

Topatan S, Koç E. Gebelik döneminde yaşanan kadın cinsel sıkıntı durumu ve ilişkili faktörler. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi. 2020; 34(1): 13-19.

Traena B, Hald GM, Grahamc C. Sexuality in Older Adults, An overview of the literature, Sexual function and its difficulties. International Journal of Sexual Health. 2017; 29: 1- 10.

Triviño-Juárez JM, Romero-Ayuso D, Nieto-Pereda B, Forjaz MJ, Oliver-Barrecheguren C, Mellizo-Díaz S, Plá-Mestre R. Resumption of intercourse, self-reported decline in sexual intercourse and dyspareunia in women by mode of birth: A prospective follow-up study. Journal of Advanced Nursing. 2018; 74(3): 637-650.

Tuğrul C, Öztan N, Kabakçı E. Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği'nin standardizasyon çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi. 1993; 4(2): 83-88.

Tuğut N. Cinsel işlev bozukluğu ve güncel yaklaşımlar. Turkiye Klinikleri Obstetric-Women's Health and Diseases Nursing-Special Topics. 2016; 2(1): 70-75.

Tutuncu B, Yildiz H. The influence on women's sexual functions of education given according to the PLISSIT model after hysterectomy. Procedia-Social and Behavioral Sciences. 2012; 47: 2000-2004.

Tülek N. Doğum Sonrası Sağlık Sorunları ve Bakım Hizmetleri Kapsamının Belirlenmesi. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. (Danışman: Prof. Dr. Z. Karaçam). Aydın, 2019.

Türk R, Erkaya R. Primipar kadınların doğum sonu cinsel yaşamlarının değerlendirilmesi. Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi. 2019; 15: 144-168.

Türkiye istatistik yıllığı. (Erişim tarihi: 20.04.2020). Erişim adresi: www.tuik.gov.tr.

Türkiye Nüfus Sağlık Araştırmaları, (Erişim tarihi: 28.03.2020). Erişim adresi: www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013.

Tüzmen H. Postpartum Dönemdeki Kadınların Cinsel Yaşam Kalitesi ve İlişkili Faktörler. Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi (Danışman: Prof. Dr. E. Ege). Konya, 2019.

United Nations Population Fund. Sexual and reproductıve health and rıghts: an essentıal element of unıversal health coverage, (Erişim Tarihi: 19.10.2020). Erişim adresi: https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub pdf/SRHR_an_essential_element_of_UHC_SupplementAndUniversalAccess_27-online.pdf

Uslu E, İnfal S, Ulusoy M.N. Cinsel sorunların çözümünde PLISSIT modelinin etkisi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2016; 8(1): 52-63.

Ülgen MG, Güleç G. Antidepresan ilaç tedavisi başlanan hastalarda anksiyete ve depresyon belirtileri ile cinsel işlevlerdeki değişikliklerin değerlendirilmesi; 3 aylık doğal izlem çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi. 2016; 27(3): 1-9.

Üstgörül S, Yanikkerem E. Dyspareunia and sexual dysfunction during postpartum period and related factors: A longitudinal study. Mathews Journal of Nursing and Health Care. 2018; 1(1): 006.

Üstgörül S, Yanıkkerem E. Doğum sonrası depresyonun maternal bağlanmaya etkisinin incelenmesi. International Refereed Academic Journal of Sports, Health & Medical Sciences. 2014; 12(4): 14-30.

Vaillancourt-Morel MP, Bergeron S, Blais M, Hébert M. Longitudinal associations between childhood sexual abuse, silencing the self, and sexual self-efficacy in adolescents. Archives of Sexual Behavior. 2019; 48(7): 2125-2135.

van Anders SM, Hipp LE, Kane LL. Exploring co-parent experiences of sexuality in the first 3 months after birth. Journal of Sexual Medicine. 2013; 10: 1988–1999.

Wallwiener S, Müller M, Doster A, Kuon RJ, Plewniok K, Feller S, Wallwiener C. Sexual activity and sexual dysfunction of women in the perinatal period: a longitudinal study. Archives of Gynecology and Obstetrics. 2017; 295(4): 873-883.

Watkins S, Meltzer-Brody S, Zolnoun D, Stuebe A. Early breastfeeding experiences and postpartum depression. Obstetrics & Gynecology. 2011; 118(2): 214-221.

World Health Organization. Sexual and reproductive health, (Erişim Tarihi: 16.10.2020). Erişim adresi: https://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/

Yanikkerem E, Koltan SO, Tamay AG, Dikayak Ş. Relationship between women's attitude towards menopause and quality of life. Climacteric. 2012; 15(6): 552-562.

Yanikkerem E, Goker A, Ustgorul S, Karakus A. Evaluation of sexual functions and marital adjustment of pregnant women in Turkey. International Journal of Impotence Research. 2016; 28(5): 176-183.

Yanikkerem E, Göker A, Çakır Ö, Esmeray N. Effects of physical and depressive symptoms on the sexual life of Turkish women in the climacteric period. Climacteric. 2018; 21(2): 160-166.

Yaya S, Ghose B. Prevalence of unmet need for contraception and its association with unwanted pregnancy among married women in Angola. PloS One. 2018; 13(12): 0209801.

Yee LM, Kaimal AJ, Nakagawa S, Houston K, Kuppermann M. Predictors of postpartum sexual activity and function in a diverse population of women. Journal of Midwifery Womens Health. 2013; 58(6): 654-661.

Yelboğa Z, Korgalı E. Psikofarmakoloji ve cinsel işlev. Androloji Bülteni. 2015; 17(62): 189-193.

Yıldız H. The relation between prepregnancy sexuality and sexual function during pregnancy and the postpartum period: A prospective study. Journal of Sex & Marital Therapy. 2015; 41(1): 49-59.

Yılmaz CA, Eryılmaz HY. Kadın cinsel fonksiyon sorgulama indeksinin (IFSF) geçerlik- güvenirlik çalışması. Androloji Bülteni. 2004; 18: 275- 276.

Yılmaz C, Taşpınar A. Doğum sonrası erken dönemde ebeveynlere verilen emzirme eğitiminin bebeklerin ilk altı ay anne sütü alma durumuna etkisi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2017; 6(3): 25-34.

Yılmaz E.D, Özer F. Epileptik hastalarda yaşam kalitesinin depresyon ve cinsel işlev bozukluğu ile ilişkisi. Epilepsi: Journal of the Turkish Epilepsi Society. 2019; 25(3).

Yörük F, Karaçam Z. The effectiveness of the PLISSIT model in solving postpartum sexual problems experienced by women. Athens Journal of Health. 2016; 3(3): 235-237.

Yücel M.K. Doğum ve Kadın Sağlığı. Palme yayıncılık; Ankara; 2015, s: 1-13.

Zamani M, Latifnejad Roudsari R, Moradi M, Esmaily H. "The effect of sexual health counseling on women's sexual satisfaction in postpartum period: A randomized clinical trial,". International Journal of Reproductive BioMedicine. 2019; 17: 41–50.

Zeren F, Gürsoy E. Neden cinsel sağlık eğitimi? Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 2018; 8(1): 29-33.

Zigmund AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. Acta Psychiatrica Scandinavica. 1983; 67: 361-370.

10. EKLER

EK I

Kadınların Tanıtıcı Özellikleri Soru Formu

1) Kaç yaşındasınız ?.....

2) En son bitirdiğiniz okul hangisidir?

1) Okuryazar değil
2) Okuryazar
3) İlkokul ve altı
4) Ortaokul
5) Lise
6) Üniversite
7) Lisansüstü

3) Herhangi bir işte çalışıyor muydunuz?

1) Evet (*Açıkça belirtiniz*…….) 2)Hayır

4) *(Üçüncü soruya evet yanıtı verenlere sorulacak)* **Doğum sonrası çalışmaya başladınız mı?**

1) Evet 2)Hayır

5) Resmi nikahınız var mı?

1) Evet 2) Hayır

6) Sağlık güvenceniz var mı?

1) Evet 2) Hayır

7) Aile tipiniz?

1) Çekirdek
2) Geniş

8) Gelir durumunuzu nasıl algılıyorsunuz?

1) Gelir giderden az
2) Gelir gidere denk
3) Gelir giderden fazla

9) Doğum yeriniz?

1) İl
2) İlçe
3) Köy

10) Boy : Kilo:

11) Kaç yıldır evlisiniz?.....

12) Eşiniz kaç yaşındadır?.....

13) Eşinizin en son bitirdiği okul hangisidir?

1) Okuryazar değil
2) Okuryazar
3) İlkokul ve altı
4) Ortaokul
5) Lise
6) Üniversite
7) Lisansüstü

14) Evlilik şekliniz hangisidir?

1) İsteyerek görücü usulü
2) İstemeden görücü usulü
3) Tanışıp, anlaşarak
4) Diğer……

15) Kaç kez gebe kaldınız?.....

16) Kaç kez doğum yaptınız? ……..

17) Kaç kez küretaj oldunuz?.....

18) Kaç kez ölü doğum yaptınız?.....

19) Kaç kez düşük yaptınız?.....

20) Kaç yaşayan çocuğunuz var)…….

21) Son bebeğinize isteyerek mi gebe kaldınız?

1) Evet 2) Hayır

22) Gebeliğinizde riskli bir durum ya da hastalık yaşadınız mı?

1) Evet (*Açıkça belirtiniz*…….) 2)Hayır

23) Doğum şekliniz hangisidir?

1) Normal doğum
2) Epizyotomi ile normal doğum
3) İsteyerek sezaryen
4) Acil sezaryen
5) Eski sezaryen
6) Diğer (……..)

EK II

Kadınların Cinsel Yaşam Özellikleri Soru Formu

1) Daha önce cinsel konularda bilgi aldınız mı?

1) Evet (Kimden bilgi aldınız, açıkça belirtiniz…….)
2) Hayır

2) Cinsellik hakkındaki bilgi düzeyinizi yeterli buluyor musunuz?

1) Çok yeterli
2) Yeterli
3) Karasızım
4) Yetersiz
5) Çok yetersiz

3) Eşinizi cinsel olarak nasıl algılıyorsunuz?

1) Çok çekici
2) Çekici
3) Karasızım
4) Çekici değil
5) Hiç çekici değil

4) Eşinizde herhangi bir cinsel problem var mı?

1) Var (açıkça belirtiniz)……..
2) Yok

5) Doğumdan ne kadar süre sonra cinsel ilişkiye başladınız?

…….

6) Gebelikten önce cinsel ilişki sırasında ağrı yaşıyor muydunuz?

1) Evet 2) Hayır

7) Gebelikte cinsel ilişki sırasında ağrı yaşıyor muydunuz?

1) Evet 2) Hayır

8) Doğum sonrası cinsel ilişki sırasında ağrı yaşıyor musunuz?

1) Evet 2) Hayır

9) Cinsel ilişki sırasında ağrı hissettiğinizde ne yapıyorsunuz? (8. Soruya evet yanıtı verenler yanıtlayacak)

…….

10) Cinsel ilişki esnasında olan ağrı eşiniz ile ilişkinizi etkiliyor mu?

1) Evet

2) Hayır

3) Bazen/ kısmen

11) Bebeğinizi emziriyor musunuz?

1)Evet 2) Hayır

12) Bebeğinizi eşinizin yanında emziriyor musunuz?

1)Evet 2) Hayır

13) Yatak odanızda yatan çocuğunuz var mı?

1)Evet 2) Hayır

14) Cevabınız evet ise çocuk sayısı ve yaşları nedir?

Çocuk sayısı:…….....Yaş:…….

15) Annelik göreviyle başa çıkabiliyor musunuz?

1) Evet 2) Hayır 3) Biraz/kısmen

16) Aile ve arkadaşlarınızdan bebeğin bakımı için destek alıyor musunuz?

1) Evet (Kimden açıkça belirtiniz…….)

2) Hayır

3) Biraz/kısmen

17) Evlilik uyumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?

1) İyi

2) Orta

3) Kötü

18) Doğum kontrol yöntemini kullanıyor musunuz?

1)Evet (Hangi yöntemi kullanıyorsunuz?.....)

2) Hayır

EK III
Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD)

Bu anket sizi daha iyi anlamamıza yardımcı olacak. Her maddeyi okuyun ve son birkaç gününüzü göz önünde bulundurarak nasıl hissettiğinizi en iyi ifade eden yanıtın yanındaki kutuyu işaretleyin. Yanıtınız için çok düşünmeyin, aklınıza ilk gelen yanıt en doğrusu olacaktır.

1) Kendimi gergin "patlayacak gibi" hissediyorum.
- o Çoğu zaman
- o Birçok zaman
- o Zaman zaman, bazen
- o Hiçbir zaman

2) Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum.
- o Aynı eskisi kadar
- o Pek eskisi kadar değil
- o Yalnızca biraz eskisi kadar
- o Neredeyse hiç eskisi kadar değil

3) Sanki kötü bir şey olacakmış gibi bir korkuya kapılıyorum.
- o Kesinlikle öyle ve oldukça da şiddetli
- o Evet, ama çok da şiddetli değil
- o Biraz, ama beni endişelendiriyor
- o Hayır, hiç de öyle değil

4) Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum.
- o Her zaman olduğu kadar
- o Şimdi pek o kadar değil
- o Şimdi kesinlikle o kadar değil
- o Artık hiç değil

5) Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor.
- o Çoğu zaman
- o Birçok zaman
- o Zaman zaman, ama çok sık değil
- o Yalnızca bazen

6) Kendimi neşeli hissediyorum.
- o Hiçbir zaman
- o Sık değil
- o Bazen
- o Çoğu zaman

7) Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşek hissediyorum.
- o Kesinlikle
- o Genellikle
- o Sık değil
- o Hiçbir zaman

8) Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum.
- o Hemen hemen her zaman
- o Çok sık
- o Bazen
- o Hiçbir zaman

9) Sanki içim pır pır ediyormuş gibi bir tedirginliğe kapılıyorum.
- o Hiçbir zaman
- o Bazen
- o Oldukça sık
- o Çok sık

10) Dış görünüşüme ilgimi kaybettim.
- o Kesinlikle
- o Gerektiği kadar özen göstermiyorum
- o Pek o kadar özen göstermeyebilirim
- o Her zamanki kadar özen gösteriyorum

11) Kendimi sanki hep bir şey yapmak zorundaymışım gibi huzursuz hissediyorum.
- o Gerçekten de çok fazla
- o Oldukça fazla
- o Çok fazla değil
- o Hiç değil

12) Olacakları zevkle bekliyorum.
- o Her zaman olduğu kadar
- o Her zamankinden biraz daha az
- o Her zamankinden kesinlikle daha az
- o Hemen hemen hiç

13) Aniden panik duygusuna kapılıyorum.
- o Gerçekten de çok sık
- o Oldukça sık
- o Çok sık değil
- o Hiçbir zaman

14) İyi bir kitap, televizyon ya da radyo programından zevk alabiliyorum.
- o Sıklıkla
- o Bazen
- o Pek sık değil
- o Çok seyrek

EK IV

ARİZONA CİNSEL YAŞANTILAR ÖLÇEĞİ (ACYÖ)

KADIN FORMU

Lütfen her madde için BUGÜN de dahil GEÇEN HAFTAKİ durumunuzu işaretleyin

Cinsel açıdan ne derece isteklisiniz?

1	2	3	4	5	6
Oldukça istekli	Çok istekli	Biraz istekli	Biraz isteksiz	Çok isteksiz	Tamamen isteksiz

Cinsel açıdan ne kadar kolay uyarılırsınız (tahrik olursunuz) ?

1	2	3	4	5	6
Oldukça kolay	Çok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	Çok zor	Oldukça zor

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

1	2	3	4	5	6
Oldukça kolay	Çok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	Çok zor	Asla olmaz

Ne kadar kolay orgazm olursunuz (doyuma ulaşırsınız)?

1	2	3	4	5	6
Oldukça kolay	Çok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	Çok zor	Asla boşalamam

Orgazmınız tatmin edici midir?

1	2	3	4	5	6
Oldukça tatmin edici	Çok tatmin edici	Biraz tatmin edici	Pek tatmin etmiyor	Çok tatmin etmiyor	Orgazma ulaşamam

EK V

Golombok–Rust Cinsel Doyum Ölçeği- Kadın

	Hiçbir Zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu Zaman	Her Zaman
1. Cinsel yaşama karşı ilgisizlik duyar mısınız?					
2. Eşinize, cinsel ilişkinizle ilgili olarak nelerden hoşlanıp, nelerden hoşlanmadığını sorar mısınız?					
3. Bir hafta boyunca cinsel ilişkide bulunmadığınız olur mu? (adet günleri, hastalık gibi durumlar dışında)					
4. Cinsel yönden kolaylıkla uyarılır mısınız?					
5. Sizce, sizin ve eşinizin ön sevişmeye (öpme, okşama gibi) ayırdığı zaman yeterli mi?					
6. Kendi cinsel organınızın, eşinizin cinsel organının girmeyeceği kadar dar olduğunu düşünür müsünüz?					
7. Eşinizle sevişmekten kaçınır mısınız?					
8. Cinsel ilişki sırasında doyuma (orgazma) ulaşabilir misiniz?					
9. Eşinize sarılıp, vücudunu okşamaktan zevk alır mısınız?					
10. Eşinizle olan cinsel ilişkinizi tatminkar bulur musunuz?					
11. Gerekirse rahatsızlık ve acı duymaksızın, parmağınızı cinsel organınızın içine sokabilir misiniz?					
12. Eşinizin cinsel organına dokunup, okşamaktan rahatsız olur musunuz?					
13. Eşiniz sizinle sevişmek istediğinde, rahatsız olur musunuz?					
14. Sizin için doyuma (orgazma) ulaşmanın mümkün olmadığını düşünür müsünüz?					
15. Haftada 2 defadan fazla cinsel birleşmede bulunur musunuz?					
16. Eşinize, cinsel ilişkinizle ilgili olarak, nelerden hoşlanıp, nelerden hoşlanmadığınızı söyleyebilir misiniz?					
17. Eşinizin cinsel organı, sizin cinsel organınıza rahatsızlık vermeden girebilir mi?					
18. Eşinizle olan cinsel ilişkinizde sevgi ve şefkatin eksik olduğunu hisseder misiniz?					
19. Eşinizin cinsel organınıza dokunup okşamasından zevk alır mısınız?					
20. Eşinizle sevişmeyi reddettiğiniz olur mu?					
21. Ön sevişme sırasında eşiniz bızırınızı (kitoris) uyardığında doyuma (orgazm) ulaşabilir misiniz?					
22. Sevişme boyunca, sadece cinsel birleşme için ayrılan süre sizin için yeterli mi?					
23. Sevişme sırasında yaptıklarınızdan tiksinti duyar mısınız?					
24. Kendi cinsel organınızın, eşinizin cinsel organının derine girmesini engelleyecek kadar dar oluğunu düşünür müsünüz?					
25. Eşinizin sizi sevip okşamasından hoşlanır mısınız?					
26. Sevişme sırasında cinsel organınızda ıslaklık olur mu?					
27. Cinsel birleşme anından hoşlanır mısınız?					
28. Cinsel birleşme anında doyuma (orgazma) ulaşır mısınız?					

EK VI

EX-PLISSIT MODELİNE DAYANDIRILARAK GELİŞTİRİLEN YARI YAPILANDIRILMIŞ GÖRÜŞME FORMU

Doğum sonrası birçok kadın cinsel açıdan bazı sorunlar yaşayabilmektedir. Kadınların bazıları cinsel sorunlarını sağlık profesyonellerine dile getirebilmekte, bazıları utanıp çekinmektedir. Bu bölümde sizin doğum sonrası cinsel sorunlarınız ile ilgili sorular yer almaktadır. Vereceğiniz cevaplar ve sesli yanıtlarınız hiçbir yerde kullanılmayacak, yaşanan sorunları belirlemek amacıyla sadece araştırma raporunda kullanılacaktır.

Öncelikle ses kaydına izin verdiğiniz için teşekkür ediyorum. Başlayabilir miyiz?

EX-PLISSIT modelinin ilk iki aşamasını içeren soru formu

A. İzin Verme ve Sınırlı Bilgi Aşaması

1) Cinsel hayatınızı nasıl tanımlarsınız?
Alternatif soru: Cinsel hayatınız sizin için ne ifade ediyor?

2) Yaşamınızın herhangi bir döneminde cinsel sorununuzun olduğunu düşünüyor musunuz?

3) Gebelik öncesi genel olarak cinsel yaşamınız nasıldı?

4) Gebelik döneminde genel olarak cinsel yaşamınız nasıldı?

5) Gebelik cinsel yaşamınızı nasıl etkiledi?

6) Doğum sonrası cinsel ilişkiye başlarken kendinizi nasıl hissettiniz?
Alternatif sorular:

- Cinsel ilişkiye başlamak sizin için zor oldu mu?
- Cinsel ilişkiye başlamak için kendinizi hazır hissediyor muydunuz?
- Cinsel istek durumunuz nasıldı?

7) Doğum sonrası dönem cinsel yaşamınızı nasıl etkiledi? Bu konuda konuşmak ister misiniz?

8) Doğum sonrası sizin ve eşinizin cinsel ilişkiye karşı tutumunuz nasıl?

9) Doğum sonrası dönemde kadınlar cinsel yaşamları hakkında bazı endişeler yaşayabilirler. Sizin endişe duyduğunuz konular neler?

10) Doğum sonrası dönemde annelerin özellikle ilgileri bebeğe yönelik olduğundan ve hormonların etkisiyle cinsel isteklerinde azalma olabilmektedir. Sizin cinsel isteğiniz hakkında konuşmamızı ister misiniz?

11) Doğum sonrası cinsel ilişki sırasında rahatsız olduğunuz bir durum oluyor mu? Anlatmak ister misiniz?

12) Doğum sonrası cinsel yaşamınızdan memnun olma durumunu nasıl değerlendirirsiniz?

13) Doğum sonrası cinsel sorununuz neler olduğunu düşünüyorsunuz?

14) Eşiniz ile cinsel konular hakkında iletişimizi nasıl değerlendirirsiniz?

15) Eşiniz, siz cinsel ilişkiyi istemediğiniz zaman nasıl bir tutum gösteriyor?
Alternatif soru: Bu konuda eşinizle hiç konuştunuz mu?

16) Sizin başka konuşmak istediğiniz, anlayamadığınız konu ya da soru var mı?

17) Ben size şimdi kadınların üreme organlarının yapısını ve cinsel döngüsünü anlatacağım, siz de kendi cinsel döngünüzde problem olduğu noktaları değerlendirin bu konuları not edelim bir sonraki görüşmemizde sizin bu sorunlarınız üzerinde yoğunlaşalım.

18) Bilgisayar, tablet ya da mobil internet kullanıyorsanız size bazı cinsel sağlıkla ilgili internet siteleri de önerebilirim;

- www.cised.org.tr/
- www.cetad.org.tr/
- www.kadinvekadin.net/kategori/cinsel-saglik
- www.cinselsaglik.name/cinsel-saglik-hakkinda-genel-bilgi

Bir sonraki görüşmemize kadar kendi cinsel hayatınızı düşünün, sorun olduğunu düşündüğünüz ya da kafanıza takılan bir konu olursa lütfen bir kağıda not edin, onun üzerinden görüşmemize devam edebiliriz.

EX-PLISSIT modelinin son iki aşamasını içeren soru formu

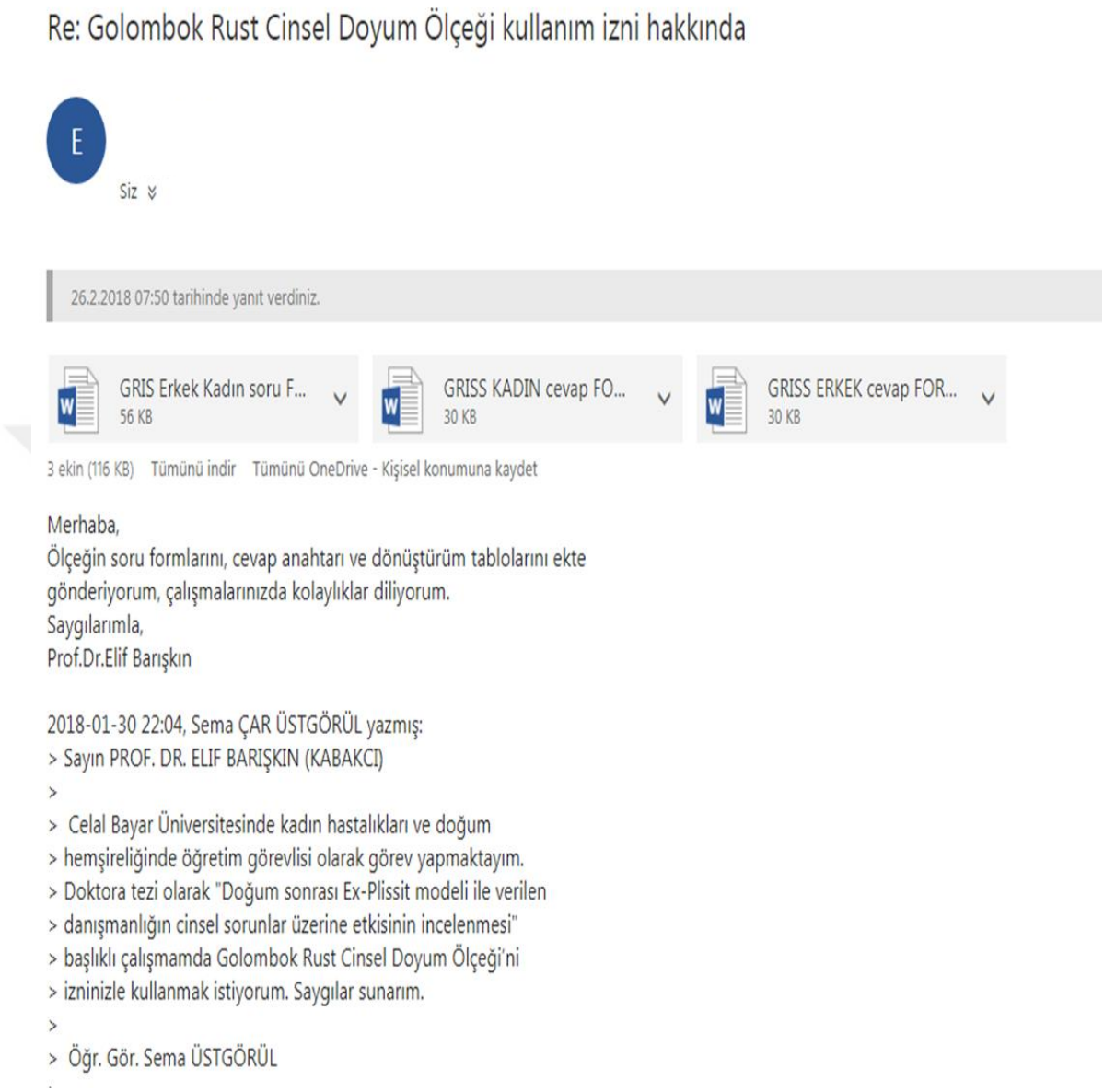
B) Özel Öneriler ve Yoğun Terapi Aşaması

Bu bölümde olası cinsel sorun ve problemlere yönelik hazırlanan eğitim içeriği ve eğitim broşürü verilmiştir.

- Yanlış cinsel inanışlar
- Cinsel isteksizlik
- Ağrılı cinsel ilişki (disparoni)
- Vajina içine erkek cinsel organının girme bozukluğu (vajinismus)
- Cinsel ilişkiden haz alamama (orgazm bozukluğu)
- Erkeklerde erken boşalma
- Erkeklerde üreme organının sertleşmesi problemi
- Aile planlaması yöntemleri

EK VII

Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği Kullanım İzni



Re: Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği kullanım izni hakkında

E

Siz

26.2.2018 07:50 tarihinde yanıt verdiniz.

GRIS Erkek Kadın soru F... 56 KB

GRISS KADIN cevap FO... 30 KB

GRISS ERKEK cevap FOR... 30 KB

3 ekin (116 KB) Tümünü indir Tümünü OneDrive - Kişisel konumuna kaydet

Merhaba,
Ölçeğin soru formlarını, cevap anahtarı ve dönüştürüm tablolarını ekte gönderiyorum, çalışmalarınızda kolaylıklar diliyorum.
Saygılarımla,
Prof.Dr.Elif Barışkın

2018-01-30 22:04, Sema ÇAR ÜSTGÖRÜL yazmış:
> Sayın PROF. DR. ELIF BARIŞKIN (KABAKCI)
>
> Celal Bayar Üniversitesinde kadın hastalıkları ve doğum
> hemşireliğinde öğretim görevlisi olarak görev yapmaktayım.
> Doktora tezi olarak "Doğum sonrası Ex-Plissit modeli ile verilen
> danışmanlığın cinsel sorunlar üzerine etkisinin incelenmesi"
> başlıklı çalışmamda Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği'ni
> izninizle kullanmak istiyorum. Saygılar sunarım.
>
> Öğr. Gör. Sema ÜSTGÖRÜL

EK VIII

Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Kullanım İzni



Re: Arizona Cinsel Yaşantılar ölçeği kullanım izni hakkında

AS Atilla Soykan
31.1 (Çar) , 05:13
Siz

Yanıtla

26.2.2018 07:38 tarihinde yanıt verdiniz.

Sn Sema Çar Üstgörül,

Arizona Cinsel Yaşantılar ölçeğini kullanmanıza izin veriyorum..
Çalışmalarınızda başarılar

Prof. Dr. Atilla Soykan

From:
To: "ia
Sent: .
Subject: Arizona Cinsel Yaşantılar ölçeği kullanım izni hakkında

Sayın Prof. Dr. Atilla Soykan
Celal Bayar Üniversitesinde kadın hastalıkları ve doğum hemşireliğinde öğretim görevlisi olarak görev yapmaktayım. Doktora tezi olarak "Doğum sonrası Ex-Plissit modeli ile verilen danışmanlığın cinsel sorunlar üzerine etkisinin incelenmesi" başlıklı çalışmamda Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeğini izninizle kullanmak istiyorum. Saygılar sunarım.
Öğr. Gör. Sema ÜSTGÖRÜL

EK IX

Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Konusu Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 08/05/2018-E.41775

T.C.
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

Sayı : 74547675-302.14.01-
Konu : Sema ÜSTGÖRÜL'ün Tez Konusu Hk.

SBE HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

Enstitümüz 0604.2018 tarih ve 16/3 sayılı yönetim kurulu toplantısında,Hemşirelik Anabilim Dalı 151361002 numaralı doktora programı öğrencisi Sema ÜSTGÖRÜL'ün 04.04.2018 tarihinde yapılan ve kabul kararı verilen tez konusunun etik kurul onayı alınması kaydı ile "**Doğum Sonrası Kadınlarda EX-PLISSIT Modeli İle Verilen Danışmanlığın Cinsel Sorunlar Üzerine Etkisinin İncelenmesi**" olarak belirlenmesine OY BİRLİĞİ ile karar verildi.

Gereğini ve bilgilerinizi rica ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Ayşe AKTAŞ
Enstitü Müdürü

EK X

Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Etik Kurul İzni

T.C.
Manisa Celal Bayar Üniversitesi
Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Etik Kurulu
Karar Formu

KARAR TARİH / NO	**30 / 05 / 2018/ 20.478.486 -**		
ARAŞTIRMANIN ADI	Doğum sonrası kadınlara EX-PLISSIT modeli ile verilen danışmanlığın cinsel sorunlar üzerine etkisinin incelenmesi		
SORUMLU ARAŞTIRMACI	Doç. Dr. Emire YANIKKEREM - MCBÜ Sağ. Bil. Fak. Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği AD		
ARAŞTIRMA EKİBİ	Öğr. Gör. Sema ÜSTGÖRÜL		
ARAŞTIRMANIN NİTELİĞİ	**UZMANLIK TEZİ** ☐	**YÜKSEK LİSANS - DOKTORA TEZİ** ☒	**AKADEMİK AMAÇLI** ☐
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	18 / 05 / 2018 / Tarih ve 23681 sayılı; araştırma dosyası		
KARAR BİLGİLERİ	Araştırma dosyası incelenmiş, bilimsel ve etik açıdan **UYGUN** olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.		

Unvanı/Adı/Soyadı	Araştırma İle İlişkisi Olan Üye	Toplantıya Katılmayan Üye	Unvanı /Adı /Soyadı	Araştırma İle İlişkisi Olan Üye	Toplantıya Katılmayan Üye
Prof. Dr. Zeki ARI Tıbbi Biyokimya AD	☐	☐	Doç. Dr. Serdar TOK Spor Bilimleri Fakültesi	☐	☐
Prof. Dr. Murat DEMET Psikiyatri AD	☐	☐	Dr. Öğr. Üyesi Selim ALTAN Tıbbi Etik AD	☐	☐
Prof. Dr. Betül ERSOY Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Al	☐	☐	Dr. Öğr. Üyesi Nurgül Güngör TAVŞANI Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü	☐	☒
Doç. Dr. Beyhan Cengiz ÖZYURT Halk Sağlığı AD	☐	☐	Mukadder YILMAZER Avukat	☐	☐
Doç. Dr. Tuğba ÇAVUŞOĞLU Farmakoloji AD	☐	☐	Sivil Üye Hüseyin TUNÇAY	☐	☐

Etik Kurulumuzun kararı yukarda belirtilmiştir. Araştırmanız Her Hangi Bir Aşamada Etik Kurulumuzun "İzleme – Denetleme" Görevi Gereği Lüzumu Halinde Haberli / Habersiz Olarak Denetlenebilir. Araştırma Başvuru Formunun Taahhütname – Bölüm E kısmında belirtilmiş olan hususların dikkate alınarak istenilen bilgilerin Etik Kurulumuza zamanında iletilmesi konusunda bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Zeki ARI
Başkan

EK XI

Hastane Veri Toplama İzni

Evrak Tarih ve Sayısı: 26/09/2018-E.81497

T.C.
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
Hafsa Sultan Hastanesi Başhekimliği

Sayı : 61804347-100-
Konu : Sema Üstgörül Tez Uygulama İzni Hk.

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 13/09/2018 tarihli ve 28233352-100-E.76822 sayılı yazı.

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Doktora öğrencisi Sema Üstgörül'ün ***"Doğum sonrası kadınlara EX-PLISSIT modeli ile verilen danışmanlığın cinsel sorunlar üzerine etkisinin incelenmesi"*** konulu tez çalışması hakkındaki ilgi yazınıza Başhekimliğimizce 77089 numaralı ile verilen cevap yazısında sehven 'Tıp Fakültesi Dekanlığı Sağlık Bilimleri Etik Kurulu'nun 31/05/2018 tarih ve E-49226 sayılı retrospektif çalışmalar konulu kararına istinaden' yazılmıştır.Söz konusu çalışma retrospektif değil anket çalışması olup Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'nda yapması uygun bulunmuştur.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Emin KURT
Başhekim

EK XII

Bilimsel Araştırma Projesi Onayı

GÖREV ALDIĞI PROJELER **Tarih:** 18-05-2021

NO	BÖLÜMÜ	PROJE NO	TÜRÜ	KONU	DANIŞMAN/YÖNETİCİ-YÜRÜTÜCÜ ARAŞTIRMACI	PROJEDEKİ GÖREVİ	PROJE SÜRESİ BAŞLAMA TAR. BİTİŞ TAR. TAMAMLANMA TAR.	T.BÜTÇE	DURUM
1	Hemşirelik Bölümü	2019-168	Doktora Tezi Araştırma Projesi	İnfertil Çiftlere Verilen Fertilite Desteği Eğitiminin Etkisinin İncelenmesi	**Doç.Dr. Emre YANIKKEREM** Arş.Gör. Özge BAYDAR Doç.Dr. Yıldız UYAR	Yürütücü	2 YIL 10-03-2020 10-03-2022	11,968.00	Proje kabul edildi, başladı veya sürüyor
2	Hemşirelik Bölümü	2018-228	Doktora Tezi Araştırma Projesi	Doğum Sonrası Kadınlara Ex-Plıssıt Modeli İle Verilen Danışmanlığın Cinsel Sorunlar Üzerine Etkisinin İncelenmesi	**Doç.Dr. Emre YANIKKEREM** Doç.Dr. Aslı GÖKER Öğr.Gör. Sema ÜSTGÖRÜL	Yürütücü	2 YIL - 3 AY 24-04-2019 24-07-2021	5,935.00	Proje kabul edildi, başladı veya sürüyor
3	Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD	2018-140	Genel Araştırma Projesi	Kadınların İnfertiliteden Etkilenme Düzeyi ve Evlilik Uyumu İle Cinsel Disfonksiyon Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	Prof.Dr. N. Kemal KUŞÇU Doç.Dr. Aslı GÖKER **Doç.Dr. Emre YANIKKEREM** Arş.Gör. Özge TOPSAKAL Doç.Dr. Yıldız UYAR	Araştırmacı	1 YIL - 6 AY 04-10-2018 04-04-2020 13-05-2020	5,865.19	Proje tamamlandı
4	Hemşirelik Bölümü	2017-202	Genel Araştırma Projesi	İşitme Engelli Kadınlara Verilen Planlı Eğitimin Klimakterik Dönemde Yaşanan Semptomlara Etkisi	**Doç.Dr. Emre YANIKKEREM** Öğrenci Nicole ESMERAY Öğrenci Özge GÖBEL	Yürütücü	1 YIL - 6 AY 08-01-2018 08-07-2019 18-04-2019	14,357.59	Proje tamamlandı
5	Hemşirelik Bölümü	2017-198	Genel Araştırma Projesi	Hemşirelik Öğrencilerinin Girişimcilik Eğilimi ve Sosyal Medya Bağımlılığını Etkileyen Faktörler	**Doç.Dr. Emre YANIKKEREM** Öğrenci Aslı KARAKUŞ SELÇUK	Yürütücü	1 YIL 08-01-2018 08-01-2019 25-10-2018	12,360.37	Proje tamamlandı
6	Hemşirelik Bölümü	2017-090	Doktora Tezi Araştırma Projesi	Serviks Kanseri Risk Faktörleri ve Önlenmesine Yönelik Verilen Web Tabanlı Eğitimin Pap Smear Yaptırma Davranışlarına Etkisi	**Doç.Dr. Emre YANIKKEREM** Öğrenci Aslı KARAKUŞ	Yürütücü	1 YIL - 6 AY 27-07-2017 27-01-2019 28-02-2019	9,818.78	Proje tamamlandı
7	Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD	2016-098	Alt Yapı Projesi	Dört Boyutlu Ultrasonografinin Anne Bebek Bağlanması Üzerine Etkisi	Doç.Dr. Aslı GÖKER **Doç.Dr. Emre YANIKKEREM** Prof.Dr. Naci Kemal KUŞÇU	Araştırmacı	2 YIL - 9 AY 01-09-2016 01-06-2019 25-12-2019	199,260.00	Proje tamamlandı
8	Hemşirelik Bölümü	2014-156	Bilimsel Etkinliklere Katılım Hızlı Destek Projesi	Gebe Kadınlarda Eş Şiddeti, Depresyon ve Yalnızlık: Türkiye? De Kırsal ve Kentsel Alan Örneği	**Doç.Dr. Emre YANIKKEREM**	Yürütücü	1 YIL 28-01-2015 28-01-2016 11-03-2015	3,000.00	Proje tamamlandı

Manisa Celal Bayar Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimince desteklenen yukarıdaki projelerde proje ekibinde yer almıştır.

Ömer VAROL
Şube Müdürü

EK XIII

Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

ÇALIŞMANIN ADI (*Araştırma başvuru formunda bölüm A.2'de yer alan araştırma adı kullanılmalıdır*.) **:**

Doğum sonrası dönemde kadınlara verilen danışmanlığın cinsel sorunlar üzerine etkisinin incelenmesi

Bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını bilgilerinizin nasıl kullanılacağının çalışmanın neleri içerdiğini ve olası yararlarını risklerini ve rahatsızlık verebilecek konuları anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız ve eğer istiyorsanız özel veya aile doktorunuzla konuyu değerlendiriniz. Eğer çalışmaya katılmaya karar verirseniz imzalamanız için size bu Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu verilecektir. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Eğer isterseniz, bu çalışmaya katılımınızla ilgili olarak hekiminiz / aile doktorunuz bilgilendirilecektir. Çalışma amacıyla yapılan normal muayeneniz sırasında istenilen tetkikleriniz dışındaki tüm laboratuvar testleri çalışma destekleyicisi tarafından karşılanacak; size veya bağlı bulunduğunuz özel sigorta veya resmi sosyal güvenlik kurumuna ödetilmeyecektir.

ÇALIŞMANIN KONUSU VE AMACI:

Doğum sonrası dönemde cinsel fonksiyon bozuklukları toplumda sıklıkla karşılaşılan önemli bir sağlık sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu nedenle cinsel sağlık mutlaka sağlık profesyonelleri tarafından değerlendirilmesi gereken özel bir konudur. Cinsel sağlık değerlendirilirken çiftlerin cinsel öyküsü, şimdiki cinsel doyumu ve psikolojik sağlık durumu ele alınmalı, cinsellik veya üremeyle ilgili korku ve endişelerini ifade etmelerine fırsat verilmelidir.

Bu araştırma, doğum sonrası dönemdeki kadının cinsel işlevlerini ve bunun niteliğini etkileyen faktörleri dikkate alarak bireye özgü cinsel danışmanlık hizmetinin kadının cinsel sağlığına etkisini belirlemek amacıyla planlanmıştır.

ÇALIŞMA İŞLEMLERİ:

Bu çalışma Öğr. Gör. Sema ÜSTGÖRÜL tarafından, Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi'nde doğum yapan kadınlar ile yapılacaktır. Hastaneden taburcu olurken kadınların ev adresleri ve telefon numaraları alınacak, yapılacak görüşmeler hakkında bilgi verilecektir. Doğum sonrası cinsel ilişkiye başlamış olan kadınlara ev ziyareti yapılacak ve cinsel sağlıkları değerlendirilecektir. Doğum sonrası cinsel sağlık problemi yaşayanlara belirlenen cinsel sorunlara yönelik kişiye özel cinsel danışmanlık verilecektir. Cinsel terapi dışında uygulanması gereken ileri bir tedavi var ise bireyler ilgili uzmana yönlendirilecektir.

Görüşme sırasında söyleyeceklerinizin tümü gizlidir. Bu bilgileri araştırmacılardan başka kimse görmeyecektir. Araştırma sonucunda ise, isminiz kesinlikle rapora yansıtılmayacaktır. Bu anket sorularından istediğiniz soruya cevap verip istemediğiniz soruya cevap vermeyebilirsiniz. Ancak bilimsel çalışmanın amacına ulaşabilmesi için sorulara eksiksiz cevap vermeniz önemlidir.

ÇALIŞMAYA KATILMAMIN OLASI YARARLARI NELERDİR?

Bu çalışma doğum sonrası dönemde kadınların yaşadıkları cinsel sağlık sorunlarının erken tespitini, ileri tetkik ve tedavi için sevk edilmesini sağlayabilir. Bununla birlikte özel ve mahrem kabul edilen cinsel sağlık değerlendirilmesinin doğum sonrası dönemde yapılan diğer hizmetlere dahil edilmesi gerçekleşebilir.

Çalışmaya katılmanız ile doğum sonrası yaşanılan cinsel problemleriniz belirlenecek, probleminize yönelik danışmanlık hizmeti ile sorununuz çözülmeye çalışılacaktır.

GÖNÜLLÜYE UYGULANACAK İŞLEMLERİN OLASI ZARARLARI NELERDİR?

Bu çalışmanın size hiçbir zararı bulunmamaktadır.

KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?

Hiçbir şekilde ad ve soyadınız ve kişisel bilgileriniz hiçbir yerde açıklanmayacaktır.

SORU VE PROBLEMLER İÇİN BAŞVURULACAK KİŞİLER :

1. Sema ÜSTGÖRÜL

Çalışmaya Katılma Onayı

Yukarıdaki bilgileri doktorumla ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı cevapladı. Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyor ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve yönetmeliği geçersiz kılmaz. Doktorum saklamam için bu belgenin bir kopyasını çalışma sırasında dikkat edeceğim noktaları da içerecek şekilde bana teslim etmiştir.

Gönüllü Adı Soyadı:		*Tarih ve İmza:*
Adres ve Telefon:		

Veli / Vasinin Adı Soyadı:		*Tarih ve İmza:*
Adres ve Telefon:		

Tanık[1] Adı Soyadı:		*Tarih ve İmza:*
Adres ve Telefon:		

Araştırmacı[2] Adı Soyadı:		*Tarih ve İmza:*
Adres ve Telefon:		

1: *Gönüllünün bilgilendirilme işlemine başından sonuna dek tanıklık eden kişi*

2:Gönüllüyü araştırma hakkında bilgilendiren kişi

EK XIV

Cinsel Terapi Eğitimi Katılım Belgesi



CİSED

CİNSEL SAĞLIK ENSTİTÜSÜ DERNEĞİ

CİNSEL TERAPİ EĞİTİMİ KATILIM SERTİFİKASI

Sertifika No : 0858
Tarih : 08.04.2018

Sayın **SEMA ÜSTGÖRÜL;**

Sağlık Bakanlığı Sertifikalı Eğitim Yönetmeliği, 4721 sayılı Türk Medeni Kanunu ve **5253 Sayılı Dernekler Kanunu**'nun ilgili maddeleri, **CİSED tüzüğünün 2. maddesi** ve **CİSED Yönetim Kurulu'nun 27.12.2007 tarihli kararları** uyarınca, 11.11.2017 ile 08.04.2018 tarihleri arasında CİSED tarafından gerçekleştirilen **120 saatlik (6 ay) Cinsel Terapi Eğitimi**'nin teorik ve pratik çalışma ve sınavını başarı ile tamamlamış ve **Cumhuriyet Kanunları**'nın ve ilgili meslek grubunun yasa ve tüzüklerinin tanıdığı bütün hak ve yetkilerden faydalanmak üzere bu **Cinsel Terapi Eğitimi Katılım Sertifikası**'nı almaya hak kazanmıştır.

EKXV

İleri Cinsel Terapi Katılım Belgesi



CİNSEL SAĞLIK ENSTİTÜSÜ DERNEĞİ

CİSED

SEXUAL HEALTH INSTITUTE ASSOCIATION

2020

Sema Üstgörül

Cinsel Sağlık Enstitüsü Derneği (CİSED) tarafından 06.06.2020 - 07.06.2020 tarihleri arasında düzenlenen 2 günlük (20 saatlik) İLERİ DÜZEY CİNSEL TERAPİ EĞİTİMİ'nin tüm teorik ve pratik çalışmalarını başarıyla tamamlamış, CİSED standartlarında gerekli bilimsel bilgi ve mesleki yeterlilikleri göstermiş, ruh sağlığı ve cinsel sağlık bilimi alanında faaliyet gösteren uluslararası ve ulusal tüm kurum ve kuruluşların etik kurallarında belirtilen mesleki davranış ilkelerine bağlı kalmayı ve faaliyet göstereceği ülkenin kanunlarına uygun davranmayı taahhüt ederek, kanunların tanıdığı tüm hak ve yetkilerden faydalanmak üzere **"İLERİ DÜZEY CİNSEL TERAPİ EĞİTİMİ KATILIM BELGESİ"** almaya hak kazanmıştır.

Has completed all the theoretical and practical studies of 2 days (20 hours) of ADVANCED LEVEL SEX THERAPY TRAINING organized by the **Sexual Health Institute Association (CİSED)** between 06.06.2020 - 07.06.2020, has demonstrated the required scientific knowledge and professional competencies in line with CİSED standards, has committed to adhere to the principles of professional conduct stated in the ethical rules of all international and national institutions and organizations operating in the field of mental health and sexual health science and to comply with the laws of the country of practice, is hereby considered qualified to receive **"ADVANCED LEVEL SEX THERAPY TRAINING PARTICIPATION CERTIFICATE"** in order to benefit from all the rights and authorizations given by the laws.

TARİH : 07.06.2020
BELGE NO :
20200610AD4CD72385CAFF598904

CİSED

CİNSEL SAĞLIK ENSTİTÜSÜ DERNEĞİ (CİSED)
www.cised.org.tr | cised@cised.org.tr
0(312) 212 66 26 | 0(555) 274 41 97

EK XVI

Gebelik ve Cinsel Yaşam Kursu Katılım Belgesi



KATILIM BELGESİ

2. Uluslararası Gebelik Doğum ve Lohusalık Kongresi

SEMA ÜSTGÖRÜL

30 Kasım - 03 Aralık 2017 tarihleri arasında The Green Park Hotel Ankara'da düzenlenen
"2. Uluslararası Gebelik Doğum ve Lohusalık Kongresi" kapsamında
gerçekleştirilen **GEBELİK VE CİNSEL YAŞAM KURSU**'na katılmıştır.

Prof. Dr. Aydan BİRİ
Kongre Başkanı

Prof. Dr. Akın SİVAŞLIOĞLU
Kurs Başkanı

Prof. Dr. Eray ÇALIŞKAN
Kurs Başkanı

Doç. Dr. Çağrı GÜLÜMSER
Kongre Sekreteri

Ek XVII- Araştırmacının Özdüşümsel Notları

Cinselliğin tabu olarak görüldüğü ülkemizde toplumumuzda yaşayan bireyler ile cinsellik hakkında konuşmak oldukça zordu. Doğum sonrası süreçte özellikle kadınlar daha çok bebekleri hakkında soru sormaya, bebek bakımı hakkında danışmanlık almaya alışkın olmaları nedeniyle kendi bakımları ve cinsel hayatları hakkında konuşmaları kadınlar tarafından araştırmanın başlangıcında oldukça tuhaf karşılandı. Özellikle Aile Sağlığı Merkezi'nin dahi olmadığı köy yerlerinde yaşayan kadınlara yapılan ev ziyaretlerinde bazı kadınlar "Ne yani biz aşı için dahi şehir mekezine iniyoruz, siz bunu konuşmaya buraya mı geldiniz?" diye şaşkınlıklarını belirttiler.

Araştırmanın yürütülmesi sürecinde bazı kadınlar cinsel yaşamlarında yaşadıkları sorunları anlatırken utandıklarını ve zorlandıklarını gözlemledim. Çalışmanın başlangıcında kadınlar ile cinsel yaşamlarını daha derinlemesine incelemek için yarı yapılandırılmış görüşme formunu hazırlamıştık, bu formun kadınların cinsel yaşamları hakkında konuşmasında yararlı olduğunu gördüm.

Bilindiği gibi bireylerin cinsel yaşamlarını bir başkasına anlatması için güven duyması oldukça önemlidir. Bu çalışmada kadınlar ile hastanede üniformam ile öğretim görevlisi kimliğim ile tanışmam kadınlarda güven duygusunu başlatma konusunda oldukça yararlı oldu. Bu aşamadan sonraki ev ziyaretlerimi kolaylaştırdı. Görüşmeler ilerledikçe kadınların cinsel yaşamlarını derinlemesine benimle paylaştıklarını gözlemledim. Kadınların birçok alanda cinsel sorun yaşadıklarını gözlemledim. Cinsel sorunların çeşitliliği arttıkça bazı konuları daha derinlemesine öğrenme noktasında bu konuda aldığım eğitimleri devam ettirdim.

Kadınlar ile yapılan görüşmelerde bazı kadınların bu konuları benimle konuşabilmesinden dolayı mutlu olduğunu belirtmeleri araştırma sürecinde motivasyonumu arttırdı. Araştırma veri toplama sürecinde eğitim seviyesi yüksek olan kadınların eğitim seviyesi düşük olan kadınlara göre cinsel sorunları çok daha kolaylıkla konuşabildiğini gözlemledim. Bununla birlikte cinsel danışmanlığın uzun bir süreç olduğunu, kadınlarda güven duygusu oluşturmanın önemli olduğunu ve bu konuda araştırma yapmak isteyen kişilerin kendisini sürekli geliştirmesinin önemli olduğunu deneyimledim.

ÖZGEÇMİŞ

Adı	Sema	**Soyadı**	ÜSTGÖRÜL
Doğum Yeri		**Doğum Tarihi**	
Uyruğu		**Tel**	
E-mail			

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	**Mezuniyet Yılı**
Yüksek Lisans	Manisa Celal Bayar Üniversitesi-Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği	2016
Yüksek Lisans	Manisa Celal Bayar Üniversitesi-Hemşirelik	2012
Lisans	Hacettepe Üniversitesi	2007
Lise	İzmir Kız Lisesi	2002

İş Deneyimi

Görevi	**Kurum**	**Süre (Yıl - Yıl)**
Hemşire	Kent Hastanesi acil servis ve IVF	2008-2010
Hemşire	CBÜ Hastanesi Psikiyatri	2010-2012
Öğr. Gör.	CBÜ Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği	2012-devam ediyor

Yabancı Dilleri	**Okuduğunu Anlama***	**Konuşma***	**Yazma***
İngilizce	Orta	Orta	Orta

Yabancı Dil Sınav Notu #								
YDS	ÜDS	YÖKDİL	TOEFL IBT	TOEFL PBT	TOEFL CBT	FCE	CAE	CPE
55.0	52	70						

Bilgisayar Bilgisi

Program	**Kullanma becerisi**
Office	İyi

***Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendiriniz.

T.C.
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
YÜKSEK LİSANS/DOKTORA TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI'NA

Tez Adı
DOĞUM SONRASI KADINLARA EX-PLISSIT MODELİ İLE VERİLEN DANIŞMANLIĞIN CİNSEL SORUNLAR ÜZERİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ

Tezime ilişkin 24/05/2021 tarihinde yapılan Turnitin adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı %11'dir.

Belirtilen azami benzerlik oranlarına göre tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Tarih ve İmza

24.05.2021

Adı Soyadı : SEMA ÜSTGÖRÜL
Öğrenci No :151361002
Anabilim Dalı : Hemşirelik
Programı : Hemşirelik

DANIŞMAN ONAYI
UYGUNDUR.
(Unvan, Ad Soyad, İmza)

Doç. Dr. Emre YANIKKEREM

Açıklamalar

1-Tez Çalışması Orjinallik Raporu (TÇOR), TURNITIN İntihal Tespit Programı kullanımı için kişisel hesap alma hakkı bulunan tez danışmanları, Enstitülerde görevlendirilen personeller, Kütüphane ve Dokümantasyon Daire Başkanlığı'nda görevlendirilen kütüphaneciler tarafından alınır.

2-Sayfa sayısı 400'den az olan tezler için tez savunmasından önce ve başarılı olması durumunda düzeltmelerden sonra olmak üzere 2 kez TÇOR alınır.(400 sayfadan fazla olan tezler 400 ve katları şeklinde bölünerek Turnitin veri tabanına yüklenmesi gerekmektedir. Bu gibi durumlarda benzerlik oranının hesaplanmasına ilişkin detaylı forma, kütüphane web sayfasında bulunan Turnitin kullanım kılavuzlarının altından erişilebilir.)

3-TÇOR, tezin yalnızca Kapak Sayfası, Giriş, Ana Bölümler ve Sonuç bölümlerinden oluşan kısmının tek bir dosya olarak intihal tespit programına yüklenmesi ile alınır.

Programa yükleme yapılırken Dosya Başlığı (document title) olarak tez başlığının tamamı, Yazar Adı (author's first name) olarak öğrencinin adı, Yazar Soyadı (author's last name) olarak öğrencinin soyadı bilgisi yazılır.

4- TURNITIN İntihal tespit programına yüklenen dosyanın süreçlenmesinde, ilgili programdaki filtreleme seçenekleri aşağıdaki şekilde ayarlanır: - Kaynakça hariç, - Alıntılar hariç, - 5 kelimeden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç (Limit match size to 5 words)

5-***İsteğe bağlı ayarlar kısmından; "Ödevleri şuraya gönder?" seçeneği mutlaka DEPO YOK şeklinde işaretlenmesi gerekmektedir;*** aksi durumda aynı tezin ikinci kez yüklenmesi durumunda benzerlik %100 çıkacaktır ve depodan tezi silmek çok uzun süreç gerektirecektir.

6- Raporlama işlemi tamamlandıktan sonra, kaydedilmiş olan ekranın görüntüsünü sağ üst köşesinde yüzdelik sayı olarak belirtilen "benzerlik oranı," raporlamaya tabi tutulmuş olan dosyanın "toplam sayfa sayısı" ve raporlama işleminin yapıldığı "tarih" bilgisi, "Yüksek Lisans/Doktora Tez Çalışması Orjinallik Raporu" formuna işlenir.

7- ***Benzerlik oranında tüm sorumluluk öğrenciye aittir.***

8-Tez savunma sınavı sonrasında başarılı bulunan öğrenci, tez savunma sınavı tarihi sonrasında tezde yapılmış muhtemel değişiklikleri içeren dosya kullanılarak alınmış ikinci bir intihal raporundaki bilgiler kullanılarak hazırlanmış ve tez danışmanı tarafından onaylanarak imzalanmış ikinci bir "Yüksek Lisans/Doktora Tez Çalışması Orjinallik Raporu'nu Enstitüye teslim etmekle yükümlüdür.

9-Turnitin Hakkında Bilgiler: http://kutuphane.cbu.edu.tr/turnitin.9370.tr.html