T.C
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANA BİLİM DALI

ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ EĞİTİM AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNE KAYITLI GEBELERİN CİNSEL SAĞLIK DURUMLARININ VE DANIŞMANLIK GEREKSİNİMLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Gülhanım TOĞRUL DEMİRER
UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Sevgi ÖZCAN

ADANA-2025

T.C
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANA BİLİM DALI

ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ EĞİTİM AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNE KAYITLI GEBELERİN CİNSEL SAĞLIK DURUMLARININ VE DANIŞMANLIK GEREKSİNİMLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Gülhanım TOĞRUL DEMİRER
UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Sevgi ÖZCAN

ADANA-2025

TEŞEKKÜR

Türkiye Cumhuriyeti'nin kurucusu Gazi Mustafa Kemal ATATÜRK'e, bilimin ve aklın ışığında bizlere yol gösterdiği, kadınların eğitim hakkına öncülük ettiği ve özgür bireyler olarak var olmamızı sağladığı için minnettarım.

Tez çalışmamın her aşamasında bilgi, tecrübe ve yol göstericiliğiyle bana ışık olan, akademik anlamda olduğu kadar hayatımın her alanında da örnek aldığım değerli danışman hocam Prof. Dr. Sevgi ÖZCAN'a teşekkürlerimi sunarım. Bu zorlu süreçte karşılaştığım her güçlükte sabrı, anlayışı ve moral veren tutumuyla beni her zaman destekledi. Her soruma içtenlikle yanıt verdiği, her detayı titizlikle değerlendirdiği ve beni her zaman daha iyisini yapmaya teşvik ettiği için sonsuz teşekkür ederim.

Asistanlık dönemim boyunca bizlere emek veren değerli hocalarım Prof. Dr. Hatice KURDAK, Prof. Dr. Esra SAATÇİ, Prof. Dr. Ersin AKPINAR, Dr. Öğr. Üyesi Zeliha Yelda ÖZER, Dr. Öğr. Üyesi Ayşe Nur TOPUZ ve Öğr. Gör. Dr. Saliha BARUTÇU'ya,

Asistan olarak tanıştığım ve sonrasında her şeyimizi paylaştığımız beraber yol yürüdüğümüz canlarım haline gelen Uzm.Dr. Şebnem SAKAR ve Uzm.Dr. Maide MAĞARA başta olmak üzere tüm çalışma arkadaşlarıma,

Tez yazım sürecimde her an ulaşabildiğim ve bana teknik, motivasyonel destek sağlayan canım arkadaşım Dr. İbrahim Bahadır ERGÜN'e,

Uzakta da olsa sabrıyla ve arkadaşlığıyla manevi desteğini her zaman hissettiğim en yakın dostum Dr. Ayşegül YİĞİT ER'E,

Her zaman yanımda olan, sevgisini ve desteğini her zaman hissettiğim, dua ve sevgileriyle güç bulduğum tüm başarılarımın mimarları biricik canım aileme,

Bu tez sürecinde her zorluğun üstesinden gelmemde bana güç veren, sabrı, sevgisi ve inancıyla yanımda olan sevgili eşim Mustafa DEMİRER'e ve bana annelik duygusunu en güzel şekilde tattıran kalbimi kocaman yapan canım oğlum Kerem DEMİRER'e,

Teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Gülhanım TOĞRUL DEMİRER

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR I
İÇİNDEKİLER II
TABLOLAR LİSTESİ IV
KISALTMALAR LİSTESİ V
ÖZET VI
ABSTRACT VII
1. GİRİŞ ve AMAÇ 1
2. GENEL BİLGİLER 3
2.1. Gebelik 3
2.1.1. Gebelikte Biyopsikososyal Açıdan Yaşanan Değişiklikler 3
2.2. Cinsellik 7
2.2.1. Kadın Cinselliğinin Yaşam Dönemlerine Göre Değişimi 8
2.2.2. Kadın Cinsel Yanıt Modelleri 9
2.3. Gebelik Döneminde Cinsellik 10
2.4. Gebelerde Cinsel Sağlık Danışmanlığında Aile Hekiminin Rolü 20
3. GEREÇ ve YÖNTEM 22
3.1. Araştırmanın Tipi 22
3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi 22
3.3. Araştırma İçin Alınan İzinler 22
3.4. Verilerin Toplanması 22
3.5. Veri Toplama Araçları 23
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi 23
4. BULGULAR 25
5. TARTIŞMA 37

5.1. Katılımcı Gebelerin Cinsel Sağlık Durumları 37
5.2. Katılımcı Gebelerin Cinselliğe Karşı Tutumları 39
5.3. Katılımcı Gebelerin Cinsel Sağlıkla İlişkili Bilgi Kaynakları ve Eğitim/Danışmanlık Alma Gereksinimleri 40
5.4. Katılımcı Gebelerin Sosyodemografik Faktörler ve Gebelik Özelliklerine Göre Cinselliğe Karşı Tutumları 42
5.5. Çalışmanın Kısıtlılıkları ve Güçlü Yönleri 46
6. SONUÇ ve ÖNERİLER 48
6.1. Sonuçlar 48
6.2. Öneriler 49
KAYNAKLAR 50
EKLER……62
EK-1……..……..62
EK-2……63

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo No **Sayfa No**

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri 25
Tablo 2. Katılımcıların geçmiş gebelik deneyimleri 26
Tablo 3. Katılımcıların şimdiki gebelik özellikleri 26
Tablo 4. Katılımcıların cinsel sağlık durumları 27
Tablo 5. Katılımcıların cinsel sağlık konusunda bilgi kaynakları ve eğitim gereksinimleri 28
Tablo 6. Katılımcıların Gebelerde Cinselliğe Karşı Tutum Ölçeği (GCKTÖ) ve alt boyutlarından aldıkları puanların dağılımı 29
Tablo 7. Katılımcıların ölçek puanlarının trimesterlere göre karşılaştırılması 29
Tablo 8. Katılımcıların ölçek puanlarının sosyodemografik özelliklerine göre karşılaştırılması 31
Tablo 9. Katılımcıların ölçek puanlarının geçmiş gebelik deneyimlerine göre karşılaştırılması 32
Tablo 10. Katılımcıların ölçek puanlarının şimdiki gebelik deneyimlerine göre karşılaştırılması 32
Tablo 11. Katılımcıların ölçek puanlarının cinsel sağlık durumlarına göre karşılaştırılması 33
Tablo 12. Katılımcıların ölçek puanlarının cinsel sağlık konusunda bilgi kaynakları ve eğitim gereksinimlerine göre karşılaştırılması 35
Tablo 13. Katılımcıların bazı sayısal sosyodemografik özellikleri ile GCKTÖ puanlarının korelasyon analizleri 36
Tablo 14. Katılımcı gebelerin ölçekten aldıkları puanların aynı ölçek kullanılarak yapılan çalışmalarla karşılaştırılması……...39

KISALTMALAR LİSTESİ

DSM-5 **:** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder

DSÖ **:** Dünya Sağlık Örgütü

E/D **:** Eğitim/Danışmanlık

EASM **:** Eğitim Aile Sağlığı Merkezi

GCKTÖ **:** Gebelerde Cinselliğe Karşı Tutum Ölçeği

KHDP **:** Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği

ÖZET

Çukurova Üniversitesi Eğitim Aile Sağlığı Merkezine Kayıtlı Gebelerin Cinsel Sağlık Durumlarının Ve Danışmanlık Gereksinimlerinin Değerlendirilmesi

Amaç: Bu çalışmada birinci basamaktan hizmet alan gebelerin cinsel sağlık durumlarının ve cinsel danışmanlık alma gereksinimlerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel tipte planlanan çalışmanın evrenini Çukurova Üniversitesi Eğitim Aile Sağlığı Merkezindeki dört birime kayıtlı gebeler oluşturdu (N=183). Çalışma 01.09.2024-31.12.2024 tarihleri arasında herhangi bir nedenle merkeze başvuran ve çalışmayı kabul eden 130 gebe ile yürütüldü. Verilerin toplanmasında sosyodemografik bilgiler, gebelik özellikleri ilgili soruları içeren anket formu ve Gebelerde Cinselliğe Karşı Tutum Ölçeği kullanıldı.

Bulgular: Yaş ortalaması 29,02±5,08 (19-51) yıl olan gebelerin %6,2'sinin gebe kalmadan önce, %15,4'ünün ise gebelik sürecinde cinsel sağlık sorunu yaşadığı; %39,2'sinin şimdiki gebeliklerinde aile hekimi veya kadın doğum hekimlerinin cinsel yaşamları hakkında soru sorduğu ve öneride bulunduğu; %17,5'inde riskli durum gerekçesiyle gebelikte cinsel birleşmenin yasaklandığı; %50,8'inin gebelerde cinsel yaşam konusunda orta düzeyde bilgi sahibi olduğu ve %32'sinin bu bilgilere kadın doğum hekimi aracılığıyla ulaştığı saptandı. Katılımcıların %75,4'ünün cinselliğe karşı tutumlarının olumlu olduğu, %46,2'sinin aile hekimi veya hemşiresinden gebelerde cinsel yaşam konusunda eğitim/danışmanlık almak istediği saptandı. Eğitim düzeyi lisans/yüksek lisans olan gebelerin toplam puanlarının ilkokul ve lise mezunu olanlara göre daha yüksek olduğu bulundu ($p<0,001$). Evlilik yaşı ile toplam ($r=0,182$) ve onaylama ($r=0,225$); ilk gebelik yaşı ile onaylama ($r=0,215$) alt boyutu puanları arasında pozitif yönde zayıf ilişki olduğu saptandı ($p<0,05$).

Sonuç: Aile hekimlerinin ve hemşirelerinin gebelik izlemleri yaparken bu çalışmada saptanan bulguları (eğitim düzeyi düşük, ilk gebelik yaşı ve evlilik yaşı küçük gebelerin gebelikte cinselliğe karşı daha olumsuz tutuma sahip olması) göz önünde bulundurmaları, disipline özgü ilkelerden yararlanarak fırsatları değerlendirmeleri ve uygun girişimlerde bulunmaları önerilebilir.

Anahtar Sözcükler: Aile hekimliği, cinsellik, danışmanlık, gebelik

ABSTRACT

Evaluation of Sexual Health Status and Counseling Needs of Pregnant Women Registered at Çukurova University Training Family Health Center

Aim: This study aimed to evaluate the sexual health status and the need for sexual counseling among pregnant women receiving primary care services**.**

Materials and Methods: This cross-sectional study included pregnant women registered in four units of the Çukurova University Training Family Health Center (N=183). Between September 1 and December 31, 2024, data were collected from 130 pregnant women who visited the center for any reason and agreed to participate. A questionnaire including sociodemographic and pregnancy-related characteristics and the Attitude Scale Toward Sexuality in Pregnant Women (ASTSPW) was administered.

Results: The average age of pregnant women was 29,02±5,08 (19-51) years. 6.2% of them experienced sexual health problems before becoming pregnant, while 15.4% experienced such problems during pregnancy. 39.2% had been asked questions and given advice about their sex lives by their family doctor or obstetrician during their current pregnancy; 17.5% had been prohibited from having sexual intercourse during pregnancy due to risk factors; 50.8% had a moderate level of knowledge about sex during pregnancy, and 32% had obtained this information from their obstetrician. It was found that 75.4% of participants had a positive attitude towards sexuality, and 46.2% wanted to receive education/counselling on sexual life during pregnancy from their family doctor or nurse. It was found that the total scores of pregnant women with a bachelor's/master's degree were higher than those of primary and high school graduates ($p<0.001$). A weak positive correlation was found between age at marriage and total ($r=0.182$) and approval ($r=0.225$) scores, and between age at first pregnancy and approval ($r=0.215$) subscale scores ($p<0.05$).

Conclusion: When conducting pregnancy monitoring, family doctors and nurses should take into account the findings identified in this study (pregnant women with low educational levels, young age at first pregnancy, and young age at marriage having a more negative attitude towards sexuality during pregnancy). They should evaluate opportunities by utilising discipline-specific principles and take appropriate action.

Keywords: Family medicine, sexuality, counselling, pregnancy

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre cinsellik; "Fiziksel, duygusal, entelektüel ve sosyal yönlerin kişiliği, iletişimi ve aşkı zenginleştirici etkilerinin bileşiminden oluşmaktadır. Cinsellik, insanın sadece bedensel değil; duygusal, düşünsel ve toplumsal bütünlüğünü sağlayan, kişilik gelişimi, iletişim ve sevginin paylaşımını olumlu yönde zenginleştiren ve arttıran sağlıklılık halidir."[1] Cinsel işlevler bireyin kimliğinin temel unsurlarından biridir ve yaşam kalitesini etkileyerek partnerler arasındaki ilişkide belirleyici bir rol üstlenir.[2]

Gebelik, cinsel sağlık, dolayısıyla yaşam kalitesi üzerinde önemli etkisi olan bir dönemdir. Bireysel anlamda tek başına kadında değil, çiftin yaşamında yeni bir dönem ve yeni bir ilişki biçiminin başlamasına neden olur. Kadının bedeninde ortaya çıkan anatomik, fizyolojik ve ruhsal değişimler çiftlerin cinsel yaşamını belirgin bir şekilde etkilemeye başlar.[3] Gebelikte yaşanan bu değişiklikler kadar sosyokültürel faktörler ve cinselliğe karşı sahip olunan mitler de bu dönemdeki cinsel yaşam üzerine etki etmektedir.[4,5]Çiftlerde bir taraftan bebeğe zarar verme endişesiyle cinsel yaşamdan kaçınma, diğer yandan sağlıklı bir evlilik için cinsel yaşamın gerekliliği ikilemi de yaşanabilmektedir.[6] Gebeliğin kadın sağlığı üzerindeki etkisi ve beraberinde cinsel sağlığın ve eşler arasındaki paylaşımın bozulması hayat kalitesini önemli ölçüde etkilemektedir. Bu nedenle gebelikteki cinsel sorunların erken dönemde belirlenmesi, uygun yönetimin sağlanması gebe kadının bedensel ve ruhsal sağlığının korunması açısından önemlidir.[7]

Ülkemizde birinci basamakta aile hekimleri tarafından yürütülen doğum öncesi bakım hizmetlerinde standardizasyonu sağlamak ve doğum öncesi bakımın daha nitelikli yapılması için T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından "Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi" oluşturulmuştur. Rehberde her gebenin ilk 14 hafta içinde, 18-24, 30-32 ve 36-38 haftalar arasında olmak üzere dört kez izlenmesi ve her izlemde yapılması gereken muayene, ölçüm, test ve danışmanlık hizmetleri tanımlanmıştır. Bu rehbere göre gebelikte cinsel yaşam, ilk izlemden itibaren gebelere verilmesi önerilen danışmanlıklardan biridir.[8,9]

Gebelik döneminde cinselliğin araştırıldığı çok fazla sayıda araştırma mevcuttur. Ancak hemen hepsinin ikinci ve üçüncü basamak gebe polikliniklerinde yapıldığı dikkati çekmektedir. Bu çalışmada birinci basamaktan hizmet alan gebelerin cinsel sağlık

durumlarının ve cinsel danışmanlık alma gereksinimlerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Gebelik

Gebelik, erkek gameti (spermatozoon) ile kadın gametinin (ovum) ampuller bölgede birleşmesiyle başlar. Bu birleşme sonucunda oluşan zigot, fallop tüplerinde (tuba uterina) ortalama 5-6 gün süren bir yolculukla uterin kaviteye ulaşır. Zigot bu süre içerisinde bölünerek blastokist evresine geçer ve rahim iç zarına (endometriyum) implante olur. İmplantasyonun ardından endometriyumda histolojik ve morfolojik değişiklikler meydana gelir. Bu yapı, desidua adını alarak embriyonun gelişimi için uygun bir ortam oluşturur. Zamanla desidua, maternal ve fetal dokuların katkısıyla plasentaya dönüşür. Plasenta, gebelik boyunca (ortalama 40 hafta) embriyoya besin, oksijen ve immünolojik koruma sağlayan bir organ işlevi görür. Aynı zamanda fetal atık ürünlerin maternal dolaşıma geçişini sağlar ve hormon salgılayarak gebeliğin devamını destekler.[10,11]

Her ne kadar gebelik ve doğum biyolojik olarak doğal bir süreç olsa da birçok kadın için bu dönem yoğun bir stres kaynağı olabilmektedir. Fetal gelişim süresince anne ve fetüs arasında çeşitli hormonal ve biyokimyasal değişimler meydana gelir ve bu fizyolojik değişimlere karşı gebelerin verdiği yanıtlar bireysel farklılıklar gösterebilir.[11]

Gebelik dönemi, yalnızca anne adayını değil, aynı zamanda eşini ve diğer aile üyelerini de psikolojik ve sosyal açıdan etkileyen kapsamlı bir değişim sürecidir. Bu süreçte, aile bireyleri hem hamilelik sürecine hem de doğacak bebeğe yönelik yeni sorumluluklar üstlenmek zorunda kalır; bu durum da aile içinde yeniden bir denge ve uyum arayışını gündeme getirir. Anne adayının fiziksel ve duygusal değişimlere sağlıklı bir şekilde uyum sağlayabilmesinde, sosyal çevresinden alacağı destek büyük önem taşır. Ancak bu desteğin niteliği; ailenin tutumları, toplumun değer yargıları, kültürel yapılar ve dini inançlar gibi çeşitli etkenler doğrultusunda şekillenir.[11]

2.1.1. Gebelikte Biyopsikososyal Açıdan Yaşanan Değişiklikler

Gebelik, kadın fizyolojisinde kapsamlı ve çok yönlü değişikliklerin meydana geldiği, doğal fakat karmaşık bir süreçtir. Bu dönemde ortaya çıkan fizyolojik ve hormonal değişimler, gebeliğin sürdürülmesi ve fetüsün sağlıklı gelişimi için hayati önem

taşır. Gebelik süreci, organizmanın homeostatik dengesini yeniden yapılandırmasını gerektirir ve bu değişimler, kardiyovasküler, solunum, renal, gastrointestinal ve endokrin sistemler başta olmak üzere neredeyse tüm organ sistemlerini etkiler. Bu fizyolojik adaptasyonlar, annenin gebeliğe uyum sağlamasına yardımcı olurken, fetüsün intrauterin ortamda optimal gelişimini desteklemeyi amaçlar.[12]

Gebelik süresince ortaya çıkan fizyolojik değişimlere bağlı şikayetler, gebeliğin evrelerine göre farklılık gösterebilmektedir. İlk trimester (0-13. gebelik haftaları), hem fizyolojik hem de psikolojik açıdan bir adaptasyon süreci olarak değerlendirilir. Bu dönemde hem annenin organizması hem de psikoduygusal yapısı, gebelik koşullarına uyum sağlamaya çalışır. Adaptasyon süreci kişiden kişiye farklılık gösterebilir; bazı bireylerde bu değişimlere yanıt hızlı gelişirken, bazılarında süreç daha yavaş ilerleyebilir. Bu dönemde gözlenen yaygın semptomlar arasında; bulantı ve kusma, aşırı ya da acı tükürük salgısı (pityalizm), sık idrara çıkma, burun tıkanıklığı ve kanaması, vajinal akıntıda artış (lökore), diş eti kanamaları, genel yorgunluk hissi ve memelerde hassasiyet yer almaktadır. Bu belirtiler çoğunlukla gebeliğin ilk üç ayında yoğun olarak hissedilir ve genellikle ikinci trimestere doğru azalma eğilimindedir. Ancak bu yakınmalar, bazı bireylerde gebeliğin başlangıç dönemini zorlaştırabilecek düzeyde etkili olabilir.[13,14]

İkinci trimester (14-27. gebelik haftaları), gebelikte "denge dönemi" olarak tanımlanır. Bu evrede maternal organizma ile gelişmekte olan fetüs arasındaki fizyolojik uyum büyük ölçüde sağlanmıştır. Birçok kadında gebeliğin başlangıcında görülen rahatsız edici semptomlar hafifler veya tamamen ortadan kalkar. Uterusun henüz belirgin bir fiziksel rahatsızlık oluşturacak boyuta ulaşmamış olması ve spontan düşük riskinin azalması, bu dönemi gebeliğin en konforlu süreci haline getirmektedir. Bununla birlikte, ikinci trimesterde de bazı fizyolojik yakınmalar görülebilir. Bu dönemde yaygın olarak; kabızlık (konstipasyon), baş ağrısı, düşük tansiyon (hipotansiyon), çarpıntı hissi, iştah artışı, mide yanması, karpal tünel sendromu, artmış vajinal akıntı (lökore), round ligament kaynaklı pelvik ağrı, bel ve sırt ağrıları, ciltte pigmentasyon değişiklikleri ve çatlaklar (stria), ayrıca deride kaşıntı gibi semptomlar ortaya çıkabilir. Bu belirtiler genellikle gebeliğin fizyolojik sürecine bağlı olarak gelişir ve çoğu zaman ciddi bir patolojiye işaret etmez.[13,14]

Üçüncü trimester (28-40. gebelik haftaları), genellikle "bitkinlik dönemi" olarak adlandırılır. Bu evrede fetüsün büyüme hızı artar ve uterus hacmi belirgin şekilde genişler.

Uterusun artan hacmi hem mekanik baskıya bağlı hem de dolaşım sistemi üzerindeki yükün artması nedeniyle çeşitli fiziksel rahatsızlıklara yol açabilir. Özellikle yorgunluk, alt ekstremitelerde varis oluşumu ve genel hareket kısıtlılığı bu dönemde sık görülür. Ayrıca organizmanın doğuma hazırlık sürecine girmesiyle birlikte pelvis bölgesindeki bağ dokularında gevşeme ve eklemlerdeki yapısal değişiklikler, pelvik ağrıya neden olabilir. Bu trimesterde, önceki dönemde görülen semptomlara ek olarak; uykuya dalmada güçlük (uykusuzluk), sık idrara çıkma, bacak krampları, artmış yorgunluk hissi, hemoroidal rahatsızlıklar, alt ekstremitelerde ödem ve artan uterin basıya bağlı olarak gelişen nefes darlığı gibi yakınmalar da yaygındır. Bu belirtiler hem artan fiziksel yük hem de doğum sürecine hazırlığın doğal bir sonucu olarak değerlendirilmektedir.[13,14]

Gebelik sürecinde annede meydana gelen fizyolojik değişiklikler, hem maternal organizmanın gebelik ve doğum sürecine uyum sağlamasını kolaylaştırmak hem de fetüsün sağlıklı bir şekilde büyümesini ve gelişmesini desteklemek amacıyla ortaya çıkar. Bu değişiklikler, gebeliğe özgü fizyolojik bir yanıt olarak değerlendirilir ve genellikle doğumdan sonraki 6-8 haftalık postpartum dönemde kademeli olarak gerileyerek pregestasyonel düzeylere döner.[15]

Hamilelik sırasında normalde oluşan değişiklikler ve rahatsızlıklar hormon salgılanmasındaki değişikliklerden etkilenir. Trofoblast hücreleri tarafından üretilen insan koryonik gonadotropin (hCG) hormonlarının varlığı over steroid hormonlarının üretiminin artmasına neden olur. Hamilelik sırasında, plasentanın endokrin fonksiyonu hormon ve salgılayıcı faktörler üretmek üzere gelişir. Plasenta tarafından üretilen ürünlerin etkisi sadece annenin kan dolaşımını etkilemekle kalmaz, aynı zamanda fetüsün kan dolaşımında da rol oynar. Bu durum, annenin vücudunun hamilelik nedeniyle oluşan fizyolojik değişiklikler ve fetal gelişime hazırlık nedeniyle bir adaptasyon biçimidir. Hamilelik sırasında oluşan değişiklikler, örneğin uterusun büyümesi, rahat bir pozisyon belirlemeyi zorlaştırdığı için uyku molalarının yerine getirilmesini etkileyecektir, ayrıca hormonal değişiklikler uykuyu zorlaştıran psikolojik değişikliklere neden olabilir. Stres, bu semptomlarda önemli rol oynayan psikolojik bir form iken, stres faktörleri beyin ve psikoloji dahil olmak üzere vücuttaki biyokimyasal ve hücresel süreçleri etkileyen bütünleştirici düzenleyici mekanizmaları içerebilir. Gebe kadınlarda rahatsızlık fizyolojik bir şeydir ancak rahatsızlık kontrol altına alınmazsa anne ve fetüs üzerinde hem fiziksel hem de psikolojik olarak daha fazla etki yaratacaktır. Fiziksel olarak anne sürekli ağrı

hissedecek ve alt karın bölgesinde hissedilen ağrı nedeniyle annenin aktivite düzenini etkileyecek, ayrıca anne uyurken her zaman hissedilen kramplar nedeniyle annenin dinlenme düzeni bozulacaktır.[16,17]

Gebeliğin erken dönemlerinde en sık karşılaşılan şikâyetlerden biri mide bulantısı ve kusmadır. Halk arasında genellikle "sabah bulantısı" olarak adlandırılsa da bu belirtiler günün herhangi bir saatinde ortaya çıkabilir. Hamile kadınların yaklaşık %80 ila %90'ı bu durumu deneyimler. Çoğu zaman mide bulantısı, kusma veya öğürme ile birlikte görülse de yalnızca bulantı yaşanması da mümkündür. Ancak tek başına kusma, nadir rastlanan bir durumdur. Bu semptomlar genellikle gebeliğin 4. haftasından itibaren başlar, 7 ila 12. haftalar arasında en yoğun seviyeye ulaşır ve çoğunlukla 16. haftadan sonra hafiflemeye başlar. Bununla birlikte, bazı gebelerde belirtiler 20. haftayı geçebilir ve nadiren de olsa doğuma kadar devam edebilir. Gebelikte görülen bulantı ve kusmanın daha ağır bir formu olan hiperemezis gravidarum ise gebelerin yaklaşık %2'sinde görülür ve ciddi tıbbi müdahale gerektirir. Bu durum annede sıvı kaybı (dehidratasyon), damar tıkanıklığı (venöz tromboz) ve psikolojik sorunlar gibi komplikasyonlara neden olabilirken, bebek açısından da büyüme-gelişme geriliği ve nörolojik gelişim sorunları gibi önemli riskler taşır. Hem anne hem de bebek sağlığı üzerindeki olumsuz etkileri nedeniyle hiperemezis gravidarum, dikkatle ele alınması gereken ciddi bir klinik tablodur.[18,19]

Gebelik, kadınların sadece fizyolojik değil, aynı zamanda psikolojik ve sosyal açıdan da büyük değişimler yaşadığı bir süreçtir. Bu dönemde kadın, hem bedenindeki değişimlere uyum sağlamaya çalışmakta hem de annelik gibi yeni bir role hazırlanmakta; aile içi ve iş yaşamındaki sorumlulukları da yeniden şekillenmektedir. Tüm bu dönüşümler, gebelik sürecini biyopsikososyal açıdan bir denge arayışı haline getirebilir. Dolayısıyla, bu dönemde kadınların stres ve kaygı yaratabilecek birçok faktörle karşılaşma olasılığı artmaktadır. Yaşanan bu değişimlerin etkisiyle ruh sağlığı ve genel iyilik hali olumsuz yönde etkilenebilir; psikososyal destek ihtiyacı artış gösterebilir. Bu nedenle gebelik dönemi, yalnızca fiziksel değil, ruhsal ve sosyal yönleriyle de bütüncül olarak ele alınmalıdır.[20]

Psikososyal sağlık, bireyin sosyal çevresiyle uyum içinde yaşaması ve bu çevrede ruhsal sağlığını olumsuz etkileyebilecek etkenlerin bulunmaması durumudur.[21] Gebelik döneminde kadının psikososyal sağlığı bireysel, ailesel ve çevresel faktörden

etkilenmektedir. Bu faktörler arasında kadının eğitim düzeyi, sosyoekonomik durumu, daha önceki gebelik ve doğum deneyimleri, sahip olunan çocuk sayısı, gebeliğin planlı olup olmaması, eş ile olan ilişki kalitesi ve aile bireylerinin gebeye yönelik tutumları yer almaktadır. Ayrıca annenin geçmişte yaşadığı ruhsal hastalıklar, çevresindeki olumlu ya da olumsuz rol modeller, gebeliğe ilişkin bilgi eksiklikleri, düşük öz saygı, sosyal izolasyon ve algılanan sosyal destek düzeyi de psikososyal sağlığı doğrudan etkileyen önemli etkenler arasında yer almaktadır.[22]

Gebelikteki psikososyal sorunların, anne ve fetüs sağlığı üzerinde önemli etkiler oluşturabileceği bilinmektedir. Ancak bu sorunların gebeliğin hangi döneminde daha yoğun yaşandığına dair kesin bir bulgu bulunmamaktadır. Bununla birlikte, her trimesterin kendine özgü psikolojik uyum süreçleri içerdiği kabul edilmektedir. İlk trimester, genellikle gebelik durumunun fark edilmesi ve bu yeni role psikolojik olarak uyum sağlanması süreciyle karakterizedir. İkinci trimesterde kadın, fetüsle kurduğu biyolojik ve duygusal bağı daha derinlemesine hissetmeye başlar. Üçüncü trimesterde ise yaklaşan doğuma dair belirsizlikler, doğumun nasıl gerçekleşeceği ve bebeğin sağlığı gibi konular, kaygı düzeyinde artışa neden olabilmektedir.[23]

2.2. Cinsellik

Cinsellik, bireyin doğum öncesinden itibaren yaşamı boyunca süren; değerleri, inançları, duyguları, kişiliği, tercihleri ve toplumsal çevresiyle şekillenen bir olgudur. Bu kavram yalnızca cinsel organları değil, tüm bedeni ve zihni içine alır.[1]

DSÖ'ye göre cinsel sağlık; yalnızca hastalık, işlev bozukluğu ya da sakatlığın bulunmaması değil, aynı zamanda bireyin cinsellikle ilgili duygusal, zihinsel ve sosyal açıdan tam bir iyilik halinde olmasıdır.[1]

Cinsellik, yalnızca üreme işleviyle sınırlı olmayan, bireyin doğum öncesinden başlayarak yaşamı boyunca süregelen, çok boyutlu bir olgudur. Bu kavram; bireyin biyolojik, psikolojik ve sosyal yönlerini içeren; bedensel olduğu kadar duygusal ve zihinsel süreçleri de kapsayan kapsamlı bir yapıya sahiptir. Cinsellik, bireyin cinsel kimliğini kazanma sürecini, bu kimliğe ilişkin davranış kalıplarını öğrenmesini ve erotik haz alma kapasitesini içeren karmaşık bir öğrenme ve etkileşim sürecidir. Ayrıca cinsellik, kişilerarası ilişkilerde sevgi, yakınlık ve bağlanma duygularını pekiştirerek duygusal

bağların güçlenmesine katkıda bulunur. Bu yönüyle cinsellik, sağlıklı bireysel gelişim ve doyumlu insan ilişkilerinin temel bileşenlerinden biri olarak değerlendirilmelidir.[24,25]

2.2.1. Kadın Cinselliğinin Yaşam Dönemlerine Göre Değişimi

Cinsellik, intrauterin dönemden başlayarak yaşamın sonuna kadar süren, her evrede değişim ve gelişim gösteren dinamik bir süreçtir. Kadında cinsel kimlik ve yanıt mekanizmaları zamanla değişim gösterir. Araştırmalar, dişi fetüste genital bölgeye yönelik fizyolojik yanıtların intrauterin dönemde başladığını ve cinsel tepki döngüsünün bu süreçte kısmen işlevsel hale geldiğini ortaya koymuştur.[26]

Doğum sonrası ilk bir yıl içinde, her iki cinsiyette de genital bölgeyi keşfetme davranışı ve mastürbasyon gözlemlenebilir. Üç ile beş yaş arasında çocuklar, toplumsal cinsiyet rolleriyle ilgili sosyal mesajları algılamaya başlar. Beş ile on iki yaş arası dönemde ise kültürel etkilere bağlı olarak romantik ilgi gelişebilir. Ergenlik dönemine giren 10-15 yaş arası bireylerde ise romantik ilişkiler ve cinsel kimlik arayışı daha belirgin hale gelir; bu süreç büyük ölçüde kültürel normlardan etkilenir.[27]

Ergenlik döneminde, biyolojik farklılaşmanın etkisiyle kadın cinsel döngünün evrelerini deneyimleyebilir hâle gelir. Bu süreçte mastürbasyonla ilgili kaygılar yoğun biçimde yaşanabilir. Erişkinliğe yaklaştıkça, bireyin cinsiyetiyle ilişkili toplumsal roller de belirginleşmeye başlar. Ergenlerin sergilediği cinsel roller, cinsiyet farklılıkları göstermekle birlikte büyük ölçüde içinde bulundukları kültürel yapı ve toplumsal beklentilerle uyumludur. Bu dönemde, ergenlerin cinsel davranışlarının ahlakçı tutumlarla sınırlandırılması, ileri yaşlarda kadının cinsel işlev bozuklukları yaşama olasılığını artırabilir. Mastürbasyonun bilinmemesi, konuşulmaması ya da olumsuz biçimde değerlendirilmesi; birçok kadında cinsel uyarılma ve haz gelişimini olumsuz yönde etkileyebilmektedir.[28]

Kadın yaşam döngüsünde erişkinlik dönemi, cinsel kimliğin daha belirgin hâle geldiği ve cinsel davranışların aktif şekilde deneyimlendiği bir evredir. Bu süreçte bireyin duygusal olarak bağlı olduğu düzenli partner ilişkilerinin gelişmesiyle birlikte, toplumsal rollerle paralel olarak cinsellik algısı da dönüşüme uğrar. Cinselliğin öğrenilebilir ve zamanla gelişen bir yeti olması nedeniyle, düzenli ve sağlıklı bir cinsel yaşantıya sahip kadınlarda yaş ilerledikçe orgazm olabilme kapasitesi ile cinsel haz düzeyinde artış gözlenebilir. Bununla birlikte; gebelik, emzirme dönemi ve infertilite gibi fizyolojik ya

da psikososyal açıdan stres oluşturan durumlar, kadın cinsel işlev bozukluklarının ortaya çıkmasında önemli rol oynayabilir. Bu tür süreçlerde cinsel istekte azalma, uyarılma güçlüğü ve orgazm disfonksiyonu gibi sorunlar gözlemlenebilir.[29]

Menopoz döneminde kadının cinsel yaşamı yalnızca fizyolojik değişimlerden değil, aynı zamanda yaşam olayları, stres düzeyi ve partnerle olan ilişkiler gibi psikososyal faktörlerden de etkilenmektedir. Bu dönemde yıllar ilerledikçe kadınların partnerleriyle cinsel ilişki kurma sıklığında azalma görülebilir. Menopoz, çoğunlukla cinsel uyarılma sürecini etkileyen hormonal değişiklikler yaratmakla birlikte, cinsel isteği doğrudan azaltıcı bir etkisi her kadında aynı şekilde gözlemlenmez. Yaşlanma, toplumda çoğu zaman cinsel işlevin sona erdiği bir dönem olarak algılansa da gerçekte cinsel yaşantının tamamen sona ermesi yerine biçim değiştirdiği bir süreçtir. Kadınlarda yaşla birlikte cinsel isteğin kaybolmaması, bu dönemde cinsel işlevsellikte ciddi bir bozulmanın her zaman yaşanmadığını göstermektedir.[30]

2.2.2. Kadın Cinsel Yanıt Modelleri

Cinsel yanıt döngüsü kavramı ilk olarak 1906'da Havelock Ellis tarafından ortaya konmuş ve iki aşamalı bir model olarak tanımlanmıştır. Daha sonra, 1966 yılında Masters ve Johnson insanlardaki cinsel yanıt sürecini dört aşamada ele alarak daha kapsamlı bir model geliştirmiştir. Bu model; uyarılma, plato, orgazm ve çözülme olmak üzere dört temel aşamadan oluşur. 1970 yılında Helen Singer Kaplan, cinsel işlev bozukluklarının tanımlanması ve sınıflandırılmasında temel alınan bir başka model sunmuştur. Kaplan'ın geliştirdiği üç aşamalı bu modelde plato evresine yer verilmemekte; bunun yerine istek, uyarılma ve orgazm aşamaları ön plana çıkarılmaktadır.[31]

İstek evresi, cinsel yanıt döngüsünün başlangıç aşamasıdır. Bireyin cinselliğe yönelik arzu duyması ve zihinsel olarak uyarılması bu evrede gerçekleşir. Psikolojik ve öznel bir yönü vardır.[32]

Uyarılma evresi, cinsel yanıtın bedensel olarak başladığı aşamadır. Kadında vajinal ıslanma (lubrikasyon), erkekte ise ereksiyon gözlenir. Uzun sürebilir ve uygun olmayan uyaranlarla kesintiye uğrayabilir.[33]

Orgazm evresi, cinsel yanıt döngüsünün en kısa süren ancak en yoğun fizyolojik ve duyusal yanıtların yaşandığı dönemidir. Kadında, vajina ve perine çevresindeki kasların ritmik kasılmalarıyla karakterizedir.[34]

Çözülme evresi, cinsel yanıt döngüsünün son aşamasıdır. Orgazm sonrası vücut fizyolojik olarak gevşer, cinsel uyarılma kademeli olarak azalır ve normale döner.[33,34]

2.3. Gebelik Döneminde Cinsellik

Gebelik dönemi, anne ve baba adaylarının cinsel yaşamında çeşitli değişimlerin gözlemlendiği bir süreçtir. Bu dönemde fizyolojik, psikososyal ve kültürel etkenlerin yanı sıra çift kimliğinden ebeveynliğe geçiş süreci de önemli rol oynar. Toplumsal normlar ve gebeliğe dair yaygın inançlar, özellikle kadının cinsel yaşamı üzerinde kısıtlayıcı ve olumsuz etkiler yaratabilmektedir.[7]

Gebelik süreci, kadınların yoğun fizyolojik ve psikolojik değişiklikler yaşadığı bir dönem olup, bu süreçte sağlıklı bir cinsel yaşamın sürdürülebilmesi için bilgi gereksinimi artmaktadır.[7]

İspanya'da gerçekleştirilen etnografik bir çalışmada, gebelik ve doğum sonrası dönemde maneviyatın cinsellik üzerindeki etkileri incelenmiştir. Bulgular, kadınların özellikle annelerinden edindikleri dini inançlar ve toplumsal normlar doğrultusunda bu süreçte cinselliklerini sınırlandırdıklarını ortaya koymuştur.[35]

Gebelikte meydana gelen fizyolojik değişimler, özellikle kandaki östrojen ve progesteron düzeylerinin artışı, kadınların kendilerini daha iyi hissetmelerine katkı sağlayabilir; ciltte yumuşama ve saçlarda parlaklık gibi olumlu dış görünüm değişiklikleri gözlemlenebilir. Ancak bu olumlu etkilerin yanı sıra, memelerde artan hassasiyet, karın bölgesinin büyümesi ve genital bölgedeki değişiklikler, gebelerin cinselliğe yönelik tutumlarını olumsuz yönde etkileyebilmektedir. [36,37]

Gebelikte cinselliğin nasıl yaşandığını ve hangi faktörlerden etkilendiğini inceleyen araştırmalar, gebelik ilerledikçe cinsel istek, ilişki sıklığı, orgazm ve tatmin düzeylerinde azalma yaşandığını ortaya koymaktadır. Cinsel aktivitenin gebelik sürecinde genellikle sürdüğü, ancak özellikle üçüncü trimesterde cinsel istek ve ilişki sıklığında belirgin bir düşüş gözlendiği bildirilmiştir. Orgazm yaşanması bireysel farklılıklar göstermekle birlikte, genel olarak gebelikte cinsel tatminde azalma eğilimi olduğu belirtilmektedir.[38,39]

Konsepsiyonu takiben memede glandüler ve vasküler yapılarda proliferasyon gözlenir; bu durum memelerde hacim artışı ve duyarlılıkla sonuçlanır. Özellikle birinci trimesterde, multipar olgularda cinsel stimülasyon sırasında belirgin vazokonjestion ve areolar bölgede hassasiyet artışı izlenir. Gebeliğin ilerleyen haftalarında meme

volümünde yaklaşık %30 artış meydana gelirken, bu süreçte duyarlılık azalır. Gebe olmayan kadınlarda görülen uyarılmaya bağlı meme başı ereksiyonu ve areolar pigmentasyon artışı, gebelikte daha silik seyredebilir. [40,41]

Gebelikte artan pelvik vaskularite, cinsel tansiyonda artışa neden olur. Gebelikte cinsel yaşamda ortaya çıkan değişiklikler cinsel işlev siklusunun fazlarına göre incelenmiştir.[39,41]

İstek fazı: Gebelik süresince libido bireysel farklılıklar göstermekle birlikte trimesterlere göre belirli bir seyir izleyebilir. Genellikle birinci trimesterde bulantı, yorgunluk ve hormonal değişimlere bağlı olarak cinsel istek azalır. İkinci trimesterde, fizyolojik adaptasyonla birlikte libido artabilir veya normale dönebilir. Üçüncü trimesterde ise artan fiziksel rahatsızlıklar ve anksiyete nedeniyle cinsel istekte yeniden azalma gözlenebilir. [42]

Uyarılma fazı: Gebelikte artan vazokonjeksiyon nedeniyle cinsel uyarı öncesi dönemde genital organlarda belirgin konjesyon gözlenir; bu yanıt, myotonik aktiviteden daha baskındır. Nullipar kadınlarda labia majör yapı genellikle gebelik öncesi gibidir, ancak multiparlarda ödemli ve belirgin büyüklüktedir. Labia minörler her iki grupta da genişleyebilir ve bu durum özellikle birinci ve ikinci trimester boyunca sürer. Üçüncü trimesterde konjesyon artışıyla labia minörler daha da belirginleşir. Cinsel stimülasyon olmasa dahi venöz dolgunluğa bağlı olarak mukoid akıntı artar; bu fizyolojik akıntı doğuma dek devam eder. Ayrıca vajinal lubrikasyon cinsel uyarı ile birlikte gebelikte genellikle daha yoğundur.[43]

Plato fazı: Artmış vazokonjesyon nedeniyle labia minörlerin rengi gebelik öncesinde olduğu gibi pembe tonlardan kırmızıya döner. Nullipar ve multipar kadınlarda genital bölgede konjesyon artışı, orgazmik platformun belirginleşmesine neden olur. Bu değişiklik, gebelik ilerledikçe daha da belirgin hâle gelir.[44]

Orgazm fazı: Gebelik süresince değişkenlik gösterir. Vajina distal üçte birinde kasılmalar ve uterin kontraksiyonlar gözlenir. Özellikle üçüncü trimesterin son dört haftasında, düzenli ritmik kontraksiyonlar yerine tonik spazmlar ortaya çıkabilir. Bazı gebelerde orgazm sırasında ağrı hissedilebilir ve bu ağrı birleşme sonrası da devam edebilir. Vazokonstriksiyonun tam olarak geçmemesi rahatsızlık yaratabilir. Öte yandan, pelvik konjesyon bazı kadınlarda cinsel hazzı ve orgazm sıklığını artırabilir; hatta orgazmı gebelikte ilk kez deneyimleyenler de bulunmaktadır. [45]

Çözülme fazı: Orgazm sırasında pelvik konjesyon tam olarak geçmez. Gebeliğin ilerlemesiyle genişlemiş damarlardaki kanın geri dönüşü artar. Bu uzun süreli damarlanma ve ödem, çevresel uyaran olmamasına rağmen kadında devam eden uyarılma hissine yol açar. Bazı gebe kadınlarda, sürekli uyarım sonucu orgazm yaşanmasına rağmen, orgazm sonrası gevşeme fazında uyarımın uzun sürmesi nedeniyle tatmin duygusunda azalma veya doyumsuzluk hissi oluşabilir. [46]

Gebelik dönemindeki cinsel ifade, her kadında farklılık gösterebilecek kadar kişiseldir. Bu süreçte cinsel yaşam; yalnızca fiziksel değişimlerle sınırlı kalmaz, aynı zamanda psikolojik durum, toplumsal kabuller, cinsellikle ilgili yanlış inanışlar ve geçmiş cinsel deneyimlerden de etkilenir.[47–49]

Gebelik sürecinde kadın vücudunda önemli hormonal değişiklikler yaşanır. Progesteron seviyesi normalin yaklaşık 10 katına çıkarken, östrojen miktarı da gebe olmayan bir kadının üç yılda ürettiği seviyeye ulaşır. Bu hormonlar ciltte yumuşama, saçlarda parlaklık ve genel bir iyi his hali yaratabilir. Ayrıca memelerde ve cinsel organlarda artan hassasiyet, kadının cinselliğe karşı daha duyarlı olmasına neden olabilir.[50]

Araştırmalar, gebeliğin ilk trimesterinde kadınların cinsel isteğinde genellikle azalma olduğunu göstermektedir. Bu dönemde mide bulantısı, kusma, yorgunluk, meme ve vajinal hassasiyet gibi fiziksel şikâyetler libidoyu düşürür. Bazı kadınlarda tiksinme o kadar artar ki, eşinin kokusuna bile tahammül edemez hâle gelebilirler. Ayrıca düşük yapma korkusu ve fiziksel rahatsızlıklar da cinsel ilişkiyi sınırlandırabilir. Öte yandan, doğum kontrolüne gerek duyulmaması bazı kadınlarda isteği artırabilir. Spontan düşük öyküsü olanlara genellikle bu dönemde ilişki önerilmez.[49,51]

İkinci trimester, cinsel aktivite açısından en uygun dönem olarak kabul edilir. Bu süreçte kadın, gebeliğe hem fiziksel hem de psikolojik olarak uyum sağlar. Yorgunluk ve bulantı azalırken, artan pelvik kanlanma cinsel isteği artırabilir. Anne adayı gebeliği kabullenmiş durumdadır. Ancak bazı eşler, cinsel ilişkinin bebeğe zarar vereceğinden ya da fetüsün ilişkiyi hissedebileceğinden endişe duyabilir.[49,52]

Üçüncü trimesterde uterusun büyümesine bağlı olarak fiziksel şikâyetler yeniden artar. Yorgunluk, mide sorunları, solunum güçlüğü ve pelvik ağrılar gibi belirtiler cinsel isteği azaltabilir. Orgazm sırasında yaşanan uterus kasılmaları rahatsızlık verebilir. Doğum yaklaştıkça enfeksiyon, doğum ağrısı ve erken doğum korkusu da cinselliğin

ikinci plana atılmasına yol açar. Bu dönemde bazı çiftler koitusun doğumu tetikleyeceğine inanarak cinsel ilişkiden kaçınabilir.[49,53]

Hekim önerileri, gebelikte cinsel ilişkiyi etkileyen önemli faktörlerden biridir. Yapılan araştırmalarda, hekimlerin büyük bir kısmının özellikle son trimesterde cinsel ilişkiden kaçınılmasını önerdiği görülmüştür. Masters ve Johnson'ın çalışmasına göre, 111 kadından 77'si son dönemde cinsel ilişkiye karşı uyarıldığını belirtmiştir. Ancak bu önerilerin süresi hekime göre değişmektedir; bazıları son üç ayı, bazıları ise yalnızca son bir ayı kapsamaktadır.[54,55]

Solberg'in çalışmasında, kadınların %29'una doğumdan 2-8 hafta önce cinsel ilişkiden kaçınmaları önerilmiştir. Ancak önerilen rahat pozisyonları uygulayanların oranı yalnızca %10'dur. Hekimlerin %5'i yan veya arka giriş pozisyonlarını önermiştir. Falicov'un araştırmasında ise 19 kadından 5'i doğuma 6-7 hafta kala koitusu bırakmaları yönünde uyarılmıştır. Holtzman'ın bulgularına göre, kadınların %60'ına gebelik süresince cinsellikle ilgili hiçbir tıbbi bilgi verilmemiştir. Ayrıca, hekim dışı kişilerin önerileri ve özellikle 1 ve 3. trimesterdeki vajinal kanamalar da cinsel ilişkiye ara verilmesinde etkili olmuştur.[50,56]

Gebelik, çiftler arasında duygusal yakınlığı artıran özel bir dönemdir. Mann, bu sürecin kadın ve erkeğin ihtiyaçlarını karşılamak için uygun bir zaman olduğunu belirtmiştir. Ancak gebeliğin getirdiği mutluluğa rağmen, fizyolojik ve psikolojik değişiklikler cinsel istekte azalmaya yol açabilir.[37,57]

Gebelik, çoğu zaman ebeveynler için uyum gerektiren doğal bir yaşam süreci olarak görülür. Ancak Oakley (1979), kültürel normların gebeliği kadınlığın bir simgesi gibi sunmasını eleştirmiş ve her kadının anne olmaktan mutluluk duymasının beklenmemesi gerektiğini vurgulamıştır. Ona göre gebelik, bazı kadınlar için yaşam düzenini zorlayan bir dönem olabilir. Ayrıca bu süreçte yaşanan stres, yalnızca kadını değil, eşini ve çiftin ilişkisini de etkileyebilir.[58]

Gebelik, kadın için birçok farklı duygusal anlam taşır. Bu dönemde kadınların gösterdiği tepkiler mutluluk, tiksinme, öfke, kaygı, korku ve depresyon gibi çeşitlilik gösterebilir. Çocuk sahibi olma içgüdüsü, kadının sevdiği bir partnerle yeni bir yaşam yaratma, kendine ait bir dost edinme arzusunu yansıtan karmaşık bir psikodinamik süreçtir. Her kadın gebeliğe farklı tepkiler verir; bu yanıtlar kişisel ve çevresel faktörlere

bağlı olarak değişir. Bazı kadınlar gebeliği planlamış ve emin olurken, diğerleri kararsızlık ve belirsizlik yaşayabilir.[59,60]

Cinsel yanıtlar, gebeliğin farklı evrelerinde çeşitli biçimlerde ortaya çıkar. Erken gebelikte bebek henüz gözle görülmediği için kadın daha içe dönük ve ruhsal olarak çekingen olabilir. İkinci trimester ise genellikle ebeveynler için olumlu ve mutlu bir dönemdir; gebe kadın bebeğin durumuna odaklanır ve onu kabul etme sürecindedir. Üçüncü trimesterde ise anne, bebeğini koruma içgüdüsüyle güçlenir, kaybetme korkusu artar ve bu durum hassasiyeti beraberinde getirir.[61,62]

Gebe kadın, doğumun gidişatı ve bebeğin sağlığı konusunda anksiyete duyar. Buna, cinsel çekiciliğini yitirme ve eşinin sevgisini kaybetme korkusu da eklenir. İçe dönüklüğü çift arasında mesafeye yol açabilir. Kariyer sahibi kadınlarda ise annelik, meslek hayatını etkileyeceği endişesi yaratabilir. Azalan cinsel istek yüzünden eşini yoksun bırakma düşüncesi, suçluluk duygusuna sebep olabilir.[63–65]

Gebelik süresince erkeğin ruhsal durumu da cinselliği etkiler. Erkek, yalnızca gebeliği değil, eşinin bedensel ve duygusal değişimlerini de kabullenmek zorundadır. Genellikle gurur ve mutluluk hissetseler de bazen anne adayının ilgisini paylaşmak zorunda oldukları fetüse karşı kıskançlık duyabilirler. Ayrıca yanlış inanışlar doğumun vajinayı genişleteceği ya da emzirmenin memeleri bozacağı gibi erkeğin kaygılarını artırabilir.[66]

Gebelik ilerledikçe çiftler, özellikle de uterus büyüdüğünde, fetüsün varlığını daha çok hisseder. Cinsel ilişki sırasında bebeğin hareketlerinin fark edilmesi, ebeveynlerde zarar verme korkusuna yol açabilir. Yapılan araştırmalarda, erkeklerin yarısının bu korku nedeniyle cinsel ilişkiden kaçındığı görülmüştür. Bazı erkekler eşlerinin hamileliğini kıskanırken, bazıları da kadının değişen beden görüntüsünün başkaları tarafından fark edilmesinden rahatsızlık duymuştur. Ayrıca bazı babalar gebelikte eşleriyle benzer fiziksel yakınmalar yaşamıştır.[67,68]

Bazı erkekler, eşleriyle değil de bebeğin annesiyle cinsel ilişkiye girmek konusunda karmaşık duygular yaşar. Bazıları gebeye dokunmayı kutsal bir şeyi bozmak olarak görüp cinsellikten kaçınabilir. Özellikle döllenme amacıyla cinselliğe değer veren dini inançlar bu tutumu güçlendirebilir. Öte yandan, bazı erkekler gebelik sürecinde eşlerine daha çok bağlanıp mutluluk hisseder.[69,70]

Bazı erkekler, eşlerinin gebeliği döneminde cinsel isteksizlik, ereksiyon sorunları ve orgazm korkusu yaşayabilir. Gebeliğe zarar verme endişesi nedeniyle cinselliği reddedebilir ya da öfke duyabilirler. Kimileri bu süreçte mastürbasyon yaparken, bazıları bu davranıştan suçluluk hissedebilir veya çocukça bulabilir.[71,72]

Erkeklerin çoğu eşinin gebeliği sırasında en az bir kez ereksiyon sorunu yaşayabilir; bu durum genellikle erektil disfonksiyon anlamına gelmez. Yoğun stres, yorgunluk veya alkol kullanımı bu sorunu tetikleyebilir. Bazı erkeklerde gebelik sürecinde sekse ilgi azalabilir; eşini çekici bulmamak, anne ve bebeğe zarar verme kaygısı ya da büyük duygusal değişimler cinsel işlevi etkileyebilir. Ayrıca performans beklentisi, yetersizlik korkusuna yol açarak ereksiyonu sürdürmeyi zorlaştırabilir.[24,73]

Gebelik, kadınlığın somut bir göstergesidir. Pek çok kadın bu dönemde cinsel kimliğini ve rolünü benimserken, bazıları kadınlığını kabullenmekte zorlanır ve gebeliği reddedebilir; özellikle planlanmamış gebeliklerde partnerini suçlayarak cinsel ilişkiden kaçınabilir. Psikodinamik açıdan kadın, gebeliği bilinçsizce erkeklerin yapamayacağı bir deneyim olarak görebilir; penis yoksunluğu hissiyle fetüsü bir erkek organı gibi hayal ederek kendini tamamlamaya çalışabilir. Erkeklerde ise tepkiler farklılık gösterir: Romantik yapıda olanlar ebeveynliği saygı ve merakla karşılar; kariyer odaklı erkekler bu durumu yük gibi görür; evcimen olanlar ise gebeliği bir armağan olarak kabul eder ve eşleriyle yakınlaşacaklarına inanırlar. Babalığı kabullenen erkekler ise bu sürece uyumlu ve olumlu yaklaşır.[74–76]

Fizyolojik süreç tüm kadınlarda benzer olsa da gebelikte cinselliğe dair tutumlar kültürden kültüre ve tarih boyunca büyük farklılıklar göstermektedir. Bazı toplumlarda gebe kadının cinsel ilişkiye girmesi kesin olarak yasaklanırken, bazı yerlerde ise gebeliğin özellikle başında cinsel ilişkinin bebeğin gelişimine katkı sağladığına inanılır. Kimileri sık cinsel ilişkinin ikiz gebeliklere yol açacağını düşünürken, bazı topluluklarda bu konuda herhangi bir sakınca görülmez. Örneğin eski Hindu inancında, gebeliğin sağlıklı devamı için düzenli cinsel ilişkiye ihtiyaç olduğu kabul edilirken, Yeni Gine'de kadın gebeliği anlaşıldığı andan çocuğun yürümeye başlamasına kadar cinsel ilişki tamamen yasaktır.[77,78]

Ürdün'de gebelik, evliliğin sağlamlığını pekiştiren ve kadının hâlâ kocasının cinsel ilgisini çektiğinin bir göstergesi olarak kabul edilir. Benzer anlayış bazen Amerika Birleşik Devletleri'nde de görülür. Buna karşılık, Hindistan'ın Punjab bölgesi gibi bazı

kültürlerde gebelik, utanç ve az konuşulan bir konu olup, cinsel ilişkinin gündeme gelmesiyle birlikte yoğun utanma duyguları yaşanır.[79–81]

Gebelikte cinsel birleşme, toplumdan topluma farklı tutumlarla karşılanır. Örneğin, Chaggu erkekleri beşinci aydan sonra cinsel ilişkiden kaçınır ve koitus interruptus uygular. Mean ve Newton'un araştırmasına göre, incelenen altı kültürün çoğunda gebelik sürecinde cinsel aktiviteden aşamalı olarak uzaklaşma görülür; bu kültürlerde gebelerin yalnızca %30'dan azı dokuzuncu ayda cinsel ilişkiyi onaylar. Haiti ve Meksika'da cinsel ilişkinin doğum kanalını ıslattığı ve doğumu kolaylaştırdığına inanılırken, Vietnam ve Filipinler'de anne ve bebeğe zarar vereceği düşünülür. İslam geleneğinde ise gebelikte kadın ve eşi arasındaki cinsel ilişki desteklenir ve sağlıklı kabul edilir.[50,81–83]

Ülkemizde gebelik döneminde cinsel ilişkide bulunmak, yerel ve bireysel farklılıklar gösterse de genellikle bir tür kontrolsüzlük olarak algılanmakta ve fetüse zarar vereceği endişesiyle çekince yaratmaktadır.[40]

Çeşitli kültürlerde erkekler, doğum sürecinde ortaya çıkan ağrı, postpartum yorgunluk ve tükenmişlik benzeri deneyimler yaşayabilmektedir. Bu deneyimler, baba ile yenidoğan arasında duygusal bağın güçlenmesini teşvik etmektedir. Prenatal eğitim programlarına babaların katılımı, gebelik sürecinde aktif katılımlarını artırmakta ve böylelikle doğum anında eşlerine destek olmalarını sağlamaktadır.[84]

Gebelik, istekli olarak planlansa dahi pek çok çiftte maddi kaygıları beraberinde getirebilir. Bu süreçte, ekonomik yüklerle başa çıkma konusunda yetersizlik hissi yaşanması yaygındır. Gebeliğin beklenmedik bir zamanda ortaya çıkması ve finansal olanakların sınırlı olması durumunda ise eşler arasında karşılıklı suçlamalar görülebilir; bu da çiftlerin cinsel yaşamını olumsuz etkileyebilir.[85–87]

Gebelik döneminde yaşanan minimal sorunlar dahi anne adayında stres yaratabilmekte ve bu durum cinsel sağlığı olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Bu dönemde sıklıkla karşılaşılan enfeksiyonlardan biri olan Candida albicans, vulvar irritasyon ve vajinal rahatsızlıkların en yaygın nedenidir. Genellikle gece artış gösteren yaygın kaşıntı, kadında uykusuzluk ve yorgunluk yaratırken; vajina ve vulvada kızarıklık ile ödem oluşmasına sebep olur. Tüm bu belirtiler, gebelik sürecindeki kadınların cinsel yaşamını da olumsuz yönde etkilemektedir.[88–91]

Gebelik döneminde üriner sistemde hem fonksiyonel hem de fizyolojik birçok değişiklik meydana gelir. Pelvik organların yer değiştirmesi ve hormonal faktörlerdeki

dalgalanmalar, büyüyen uterus ve fetüsün üreterler üzerinde baskı oluşturmasına neden olur. Bu değişiklikler, gebelerde üriner sistem enfeksiyonlarına zemin hazırlar. Gebelikte sık idrara çıkma ve stres tipi üriner inkontinans, en yaygın karşılaşılan yakınmalardandır. Noktüri, uyku düzenini bozarak anne adayında yorgunluk ve huzursuzluk hissine yol açar. Üriner inkontinans ise yalnızca fiziksel bir rahatsızlık oluşturmakla kalmaz; sosyal ve psikolojik etkileriyle de kadının cinsel yaşamını olumsuz yönde etkileyebilir. Özellikle gerçek stres inkontinans durumunda, cinsel ilişki sırasında çoğunlukla penetrasyon anında idrar kaçırma problemi yaşanabilmektedir.[90,92,93]

Hemoroidler ise anal bölgedeki varisli damarlar olup, gebelikte sıkça görülür. Gebelik süresince venöz dilatasyonun artması ve progesteronun periferik damar direncini azaltması, hemoroid oluşumuna zemin hazırlar. Önceki hemoroid öyküsü, kabızlık ve fazla kilo da risk faktörleri arasında yer alır. Doğumun ikinci evresinde hemoroid şikayetleri artabilir ve lohusalık döneminde rahatsızlık devam edebilir. Rektal kanama, anüs çevresinde kaşıntı ve mukozal değişiklikler, hem fiziksel rahatsızlık hem de psikolojik etkiler yoluyla cinsel yaşamı olumsuz etkileyebilir.[94–96]

DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) sınıflamasında disparoni, ‘Genito-Pelvik Ağrı/Penetrasyon Bozukluğu’ kapsamında ele alınmaktadır. Bu bozukluk; vajinal penetrasyon sırasında zorluk yaşanması, cinsel ilişki sırasında veya sonrasında vulvovajinal ya da pelvik ağrı hissedilmesi, ağrı beklentisi veya korkusu ile penetrasyon girişiminde pelvik taban kaslarında istemsiz kasılma gibi belirtilerle tanımlanır. Tanı koyulabilmesi için bu durumların en az altı ay sürmesi, kişide belirgin düzeyde sıkıntı oluşturması ve başka bir tıbbi durum ya da ilaç kullanımına bağlı olmaması gerekmektedir. Disparoni, hem fiziksel hem de psikolojik nedenlere bağlı olarak gelişebilir. Kadınlarda cinsel yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyebilir ve tedavisinde altta yatan nedenlerin kapsamlı şekilde değerlendirilmesi önemlidir. [97–99]

Reamy ve White (1985), gebelikte disparoninin ortaya çıkmasında çok sayıda faktörün rol oynadığını belirtmişlerdir. Gebelikte disparoninin fiziksel faktörleri arasında pelvik vazokonjesyon, vaginal konjesyon ve buna bağlı olarak azalmış lubrikasyon önemli rol oynar. Ayrıca, simfizis pubis ve sakroiliak eklemlerde subluksasyonlar meydana gelebilir. Gebeliğin erken haftalarında retrovert uterusun varlığı, fetal başın derin angojmanı ve koryoamnionitis gibi durumlar da disparoniye katkıda bulunabilir. Bunun yanı sıra, kandida, Trichomonas vaginalis, herpes simplex virüsü ve genital siğiller

gibi enfeksiyonlar ile üriner sistem enfeksiyonları da cinsel ağrının fiziksel nedenleri arasında yer almaktadır.[98,100,101]

Gebelikte disparoninin ortaya çıkmasında psikolojik faktörler de önemli bir yer tutar. Anksiyete, vajinismus, gebelik sürecine bağlı artan yorgunluk, değişen vücut imajı ve cinsel suçluluk duyguları, kadının cinsel yaşamını olumsuz etkileyebilir. Ayrıca çiftler arasındaki iletişim eksikliği ve yaşanan dargınlıklar da psikolojik stresi artırarak disparoniye katkıda bulunabilir. Bu nedenlerle, gebelikte cinsel ağrıların değerlendirilmesinde psikososyal etkenlerin göz önünde bulundurulması gerekmektedir. Gebelikte ve kadının herhangi bir yaşam döneminde disparoni içeren cinsel semptomların açıklanması, tanımlanması, değerlendirilmesi ve iyileştirilmesi önemlidir.[98,102,103]

Cinsellik yalnızca cinsel birleşmeden ibaret değildir; yakınlık, dokunma, kucaklama, öpme ve okşama gibi çok çeşitli davranışları kapsayan geniş bir deneyimler bütünüdür. Gebelik döneminde de cinselliğin yalnızca penis-vajina birleşmesine indirgenmemesi, duygusal ve fiziksel yakınlığın farklı yollarla da sürdürülebileceğinin hatırlanması önemlidir. Ancak, gebelikte cinsel aktivitenin fetüs sağlığı üzerindeki olumlu ya da olumsuz etkileri hakkında bilgi eksikliği, çiftlerin cinsel yaşamlarını sınırlamalarına yol açmaktadır. Yapılan araştırmalarda cinsel birleşmenin uterin kontraktilite ve preterm doğum riski ile ilişkisi konusunda çelişkili bulgular bildirilmektedir. Bu nedenle birçok gebe kadın, cinsel ilişkinin düşük veya erken doğum riskini artıracağı ya da fetüse zarar vereceği kaygısıyla cinsel aktiviteden kaçınma eğilimi göstermektedir.[24,104,105]

Normal gebelikte orgazm sırasında ortaya çıkan uterus kontraksiyonlarının erken doğumu tetiklediğine dair bir kanıt yoktur. Mills ve arkadaşlarının 10477 kadın üzerinde yaptığı araştırmada, cinsel ilişkinin gebelik sonucuna olumsuz etkisi saptanmamıştır. Benzer şekilde, Savage ve Reader da gebelik boyunca cinsel yaşamını sürdüren kadınlarda fetal distres riskinin artmadığını bildirmiştir.[106–108]

Gebelikte cinsel ilişkinin enfeksiyon oluşturarak fetusa zarar vereceği düşüncesi temelsizdir. Çünkü servikal kanal, bakterilerin rahim içine geçişini engelleyen kalın bir mukus tıkacı ile kaplıdır. Fetus, amniyon kesesi içinde dış etkenlerden izole bir şekilde gelişir; bu kese ve içindeki amniyon sıvısı travma ve basınca karşı oldukça dayanıklıdır. Dolayısıyla cinsel ilişki sırasında eşin ağırlığı da fetusa zarar vermez. Kurki ve Ylikorkala'nın 1993 yılında yaptıkları çalışmada, sağlıklı gebelerde cinsel ilişkinin

bakteriyel vajinozis ile bağlantılı olmadığı ve preterm doğuma zemin hazırlamadığı bildirilmiştir. Read ve Klebanoff ise sık cinsel ilişkinin genel olarak erken doğum riskini artırmadığını; ancak belirli mikroorganizma kolonilerinin varlığında bu riskin yükselebileceğini belirtmişlerdir.[108–110]

Geçmişte gebeliğin ilk aylarında düşük riskini, son haftalarında ise enfeksiyon olasılığını önlemek amacıyla cinsel ilişkinin kısıtlanması önerilirdi. Oysa günümüzdeki bilgiler, tıbbi olarak risk oluşturan özel durumlar bulunmadıkça gebelik süresince, hatta doğum yaklaşana kadar cinsel yaşamın sürdürülebileceğini göstermektedir. Bununla birlikte, daha önce tekrarlayan düşük öyküsü, erken doğum tehdidi, servikal yetmezlik, mevcut gebelikte düşük veya erken doğum riski, erken membran rüptürü, vajinal kanama, anne ya da eşte cinsel yolla bulaşan enfeksiyon varlığı gibi durumlarda cinsel ilişkinin sınırlandırılması önerilir. Ayrıca, fetusta ciddi gelişme geriliği veya fetal distres riski gibi özel durumlarda da hekimin belirleyeceği dönemlerde cinsel ilişkiden kaçınılması gerekir.[111–113]

İlk trimesterde görülen vajinal kanama, spontan abortusun habercisi olabilir ve bu dönemde çiftler kanama devam ettiği sürece cinsel ilişkiden kaçınabilirler. Kanamanın durmasıyla birlikte ise cinsel yaşam normale dönebilir. İkinci ve üçüncü trimesterde meydana gelen kanamalar ise uterin anomaliler, plasenta previa, ablatio plasenta ya da nedeni bilinmeyen faktörlerden kaynaklanabilir. Özellikle plasenta previa varlığında, cinsel ilişkinin mekanik etkileri veya uterusu kasıcı fonksiyonları kanamayı tetikleyebilir. Bu nedenle plasenta previa tespit edildikten sonra cinsel ilişkinin yasaklanması gerekebilir.[44,114–116]

Gebeliğin tüm döneminde, özellikle son iki ayda, orgazm sırasında ve orgazmsız da olsa uterin kontraksiyonların meydana geldiği bildirilmiştir. Goodlin'in yaptığı çalışmada, orgazm yaşayan kadınların %55'i orgazm sonrasında uterin kontraksiyonlar, pelvik ve sırt ağrısı veya round ligament üzerindeki baskı şikayetlerini belirtmiştir. Perkins ise multipar kadınların cinsel ilişki sırasında uterin irritabiliteyi nullipar kadınlara göre daha belirgin hissettiklerini rapor etmiştir. Birçok araştırmacı, koitus ve orgazm sırasında oluşan bu kontraksiyonların doğumu başlatacak kadar kuvvetli olmadığı görüşündedir.[113,117–119]

Seminal sıvı prostaglandinler ve çeşitli enzimler açısından zengin olsa da doğumu başlatacak düzeyde bir etkisi yoktur. Ancak, gebelikte miad aşımı durumunda doğumu

tetiklemek amacıyla cinsel ilişki önerilmektedir. Maternal orgazm ile prematür doğum arasında herhangi bir bağlantı bulunmamıştır. Öte yandan, yoğun meme başı uyarısı da uterin kontraksiyonları tetikleyebileceğinden, erken doğum riski taşıyan ve cinsel ilişki sırasında şiddetli kasılmalar hisseden gebelerin bu tür uyarımlardan kaçınmaları tavsiye edilir.[89,99,105,120]

2.4. Gebelerde Cinsel Sağlık Danışmanlığında Aile Hekiminin Rolü

Gebelik, kadının yaşamında sadece fizyolojik değişimlerin değil; hormonal, psikolojik ve sosyal dönüşümlerin de yaşandığı çok boyutlu bir dönemdir. Bu süreçte, cinsellikle ilgili tutum, davranış ve algılarda önemli değişiklikler meydana gelir. Gebelerin büyük kısmı, düşüğe veya erken doğuma yol açma korkusu, fetüse zarar verme kaygısı, cinsel istekte azalma ve beden algısındaki değişiklik gibi nedenlerle cinsel ilişkiden uzaklaşabilir. Bu durum, kadının ruhsal sağlığının yanı sıra partner ilişkisinde iletişim sorunlarına ve cinsel işlev bozukluklarına da yol açabilmektedir.[121–124]

T.C. Sağlık Bakanlığı'nın "Aile Hekimliği Uygulama El Kitabı" ve "Gebelik, Doğum ve Lohusalık İzlemleri Rehberi" doğrultusunda aile hekimlerinin temel sorumluluğu; gebelik sürecini yalnızca obstetrik parametrelerle değerlendirmek değil, kadının bütüncül sağlığını gözeterek fiziksel, ruhsal ve cinsel sağlık konularında da izlem ve danışmanlık sağlamaktır. Bu kapsamda gebelikte en az dört kez yapılması önerilen standart gebelik izlemlerinde, aile hekiminin; cinsel istek değişiklikleri, cinsel ilişkiye dair kaygılar, disparoni, cinsel işlev bozukluğu veya partner ilişkilerinde zorluklar gibi konuları açık uçlu sorularla sorgulaması önemle vurgulanmaktadır.[122–124]

Gebelikte cinsel sağlık konusunda aile hekiminin rolü; kadın ve partnerine gebelikte cinselliğin fizyolojik temelleri, güvenli cinsel davranışlar ve yanlış inanışlar hakkında bilimsel bilgi sunmak; riskli obstetrik durumları (örneğin tekrarlayan düşük, erken doğum tehdidi, plasenta previa, erken membran rüptürü gibi) tanımak ve gerekli yönlendirmeleri yapmak; ayrıca kadının psikososyal iyilik hâlini ve partner ilişkisindeki uyumu desteklemektir.[121,123,124]

Kılavuzlara göre, aile hekimi yalnızca risklerin belirlenmesinden sorumlu değildir; aynı zamanda koruyucu sağlık yaklaşımının bir parçası olarak gebelerin cinsel yaşamla ilgili sorularını güvenle sorabilecekleri ilk başvuru noktasıdır. Gebelik izlemleri sırasında düzenli danışmanlık, olası cinsel işlev bozukluklarının erken tanı ve yönetimini

kolaylaştırır, böylece hem anne adayının yaşam kalitesi artar hem de çift ilişkisi güçlenir.[121,123,124]

Sonuç olarak, aile hekimliği pratiğinde gebelik izlemlerine cinsel sağlığın sistematik şekilde entegre edilmesi; yalnızca obstetrik sonuçların değil, kadının ve ailenin psikososyal uyumunun ve genel sağlığının korunması açısından da kritik bir rol taşımaktadır.[121,124]

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Çukurova Üniversitesi Eğitim Aile Sağlığı Merkezi (EASM) birimlerine kayıtlı gebelerin cinsel sağlık durumlarının ve cinsel danışmanlık gereksinimlerinin değerlendirilmesi amacıyla planlanan araştırma aşağıdaki araştırma sorularına yanıt aramak üzere kesitsel tipte bir anket çalışması olarak yürütüldü.

1. Birinci basamaktan hizmet alan gebelerin cinsel sağlık durumları nasıldır?
2. Birinci basamaktan hizmet alan gebelerin cinselliğe karşı tutumları nasıldır?
3. Birinci basamaktan hizmet alan gebelerin cinsel sağlıkla ilişkili bilgi kaynakları nelerdir ve eğitim/danışmanlık (E/D) alma gereksinimleri nasıldır?
4. Birinci basamaktan hizmet alan gebelerin cinselliğe karşı tutumları sosyodemografik faktörler, gebelik özellikleri gibi değişkenlere göre farklılaşmakta mıdır?

3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Çalışmanın evrenini araştırmanın başladığı tarihte Çukurova Üniversitesi EASM'deki dört birime (047, 051, 056, 062 Nolu) kayıtlı gebeler oluşturdu (N=183). Prevalans %50, hata payı %5, güvenilirlik %95 alındığında örneklem büyüklüğü 125 olarak hesaplandı. Sadece Türkçe okuma yazma bilmeme dışlama kriteri olarak kabul edildi.

3.3. Araştırma İçin Alınan İzinler

Araştırma öncesi Anabilim Dalı Akademik Kurulundan ve Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulundan (10.05.2024, karar no:21) gerekli izinler ve onaylar alındı.

3.4. Verilerin Toplanması

EASM'ye 01.09.2024-31.12.2024 tarihleri arasında herhangi bir nedenle başvuran 130 gebeye çalışma hakkında bilgi verilerek onamları alındıktan sonra yüz yüze anket formu uygulandı.

3.5. Veri Toplama Araçları

Veri toplama araçları olarak Gebelikte Cinselliğe Karşı Tutum Ölçeği (GCKTÖ) (34 soru) ve katılımcıların sosyodemografik özelliklerini (12 soru), geçmiş gebelik deneyimlerini (5 soru), şimdiki gebelik özelliklerini (4 soru), cinsel sağlık durumlarını (6 soru), cinsel sağlık bilgi kaynaklarını (2 soru) ve E/D gereksinimlerini (2 soru) sorgulayan anket formu kullanıldı.

Gebelikte Cinselliğe Karşı Tutum Ölçeği: Gebe kadınlar ve eşleri gebe olan erkeklerin gebelikte cinselliğe karşı tutumlarını değerlendirmek amacıyla Yılmaz Sezer (2018) tarafından geliştirilerek, geçerlik ve güvenirlilik çalışması yapılmıştır.[76] GCKTÖ toplam 34 maddeden ve üç alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin alt boyutları "gebelikte cinsel birleşmeye yönelik kaygı'', "gebelikte cinselliğe yönelik inançlar ve değerler" ve "gebelikte cinselliği onaylama" dır. Ölçekte olumlu tutum ifade eden maddelerin (1, 2, 5, 6, 11, 14, 20, 21, 23, 24, 28, 31, 32, 33, 34) puanlanmasında "hiç katılmıyorum"=1, "katılmıyorum"=2, "orta düzeyde katılıyorum"=3, "katılıyorum"=4 ve "tamamen katılıyorum"=5 olarak kodlanmıştır. Olumsuz tutum ifade eden maddeler (3, 4, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 15, 16, 17, 18, 19, 22, 25, 26, 27, 29, 30) ise tersten kodlanarak "hiç katılmıyorum"=5, "katılmıyorum"=4, "orta düzeyde katılıyorum"=3, "katılıyorum"=2 ve "tamamen katılıyorum"=1 olarak puanlandırılmaktadır. GCKTÖ'den alınabilecek toplam puan en düşük 34, en yüksek 170 olarak hesaplanmıştır. Cronbach Alpha katsayıları kaygı alt boyutu için 0,850; inanç ve değerler alt boyutu için 0.860; onaylama alt boyutu için 0,815; ölçeğin tümü için ise 0,902 olarak saptanmıştır. Ölçeğin test tekrar test korelasyon katsayısı 0,869 şeklinde bulunmuştur. Ölçeğin kesme noktası %71,3 duyarlılık ve %69,9 özgüllük ile en iyi puan 111,5 olarak belirlenmiş, ölçekten 111,5 ve üzeri puan alan bireylerin gebelikte cinselliğe yönelik olumlu tutumlara sahip olduklarının söylenebileceği belirtilmiştir.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler değerlendirilirken önce gruplandırmalar, kodlamalar ve hesaplamalar yapıldı. İstatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 22.0 programı kullanıldı. Kategorik ölçümler sayı ve yüzde olarak, sayısal ölçümlerse ortalama ve standart sapma (gerekli yerlerde medyan ve minimum-maksimum) olarak özetlendi. Sayısal ölçümlerin normal dağılım varsayımını sağlayıp

sağlamadığı Kolmogorov Smirnov testi ile test edildi. İki grup arasında sayısal ölçümlerin karşılaştırılmasında varsayımların sağlanması durumunda bağımsız gruplarda T testi, varsayımların sağlanmaması durumunda ise Mann Whitney U testi kullanıldı. İkiden fazla grubun sayısal ölçümlerinin genel karşılaştırılmasında varsayımların sağlanması durumunda Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA), varsayımların sağlanmaması durumunda ise Kruskal Wallis testi kullanıldı. Ölçek puanları arasındaki korelasyon analizinde Pearson bağıntı katsayıları kullanıldı. Katsayı 0-0,25 çok zayıf ilişki; 0,25-0,50 zayıf-orta derecede ilişki; 0,50-0,75 iyi derecede ilişki; 0,75-1,00 çok iyi derecede ilişki şeklinde yorumlandı. Tüm testlerde istatiksel $p<0,05$ anlamlı olarak kabul edildi.

4. BULGULAR

Yaş ortalaması 29,02±5,08 (19-51) yıl olan 130 katılımcı gebenin kendilerinin ve eşlerinin sosyodemografik özellikleri Tablo 1' de görülmektedir.

Katılımcıların eşlerinin yaş ortalaması 31,68±5,57 (20-54) yıl, evlilik yaşlarının ortalaması 25,19±3,81 (17-38) yıl, evlilik sürelerinin ortalaması 47,54±51,07 (6-276) ay, ilk gebelik yaşlarının ortalaması 26,44±4,42 (15-39) yıl, gebelik haftalarının ortalaması 21,42±9,88 (4-37) hafta olarak hesaplandı. Katılımcıların %51,5'i, eşlerinin ise %46,1'i lisans ve yüksek lisans mezunuydu. Katılımcıların %44,6'sı, eşlerinin ise %97,7'si çalışıyordu. Katılımcıların gelir düzeyi incelendiğinde; %25,4'ünün gelirinin giderinden az, %59,2'sinin gelirinin giderine eşit, %15,4'ünün gelirinin giderinden fazla olduğu saptandı. Katılımcıların %98,5'i çekirdek aileye sahipti.

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

		Ort±Ss	**Med (Min-Maks)**
Yaş		29,02±5,08	28 (19-51)
Eş yaşı		31,68±5,57	30 (20-54)
Evlilik yaşı		25,19±3,81	26 (17-38)
Evlilik süresi(ay)		47,54±51,07	24 (6-276)
İlk gebelik yaşı		26,44±4,42	27 (15-39)
Gebelik haftası		21,42±9,88	22 (4-37)
		n	**%**
Eğitim düzeyi	İlkokul	6	4,6
	Ortaokul	9	6,9
	Lise	29	22,3
	Önlisans	19	14,6
	Lisans	49	37,7
	Yüksek lisans	18	13,8
Eş eğitim düzeyi	İlkokul	5	3,8
	Ortaokul	15	11,5
	Lise	35	26,9
	Önlisans	15	11,5
	Lisans	38	29,2
	Yüksek lisans	22	16,9
Çalışma durumu	Çalışıyor	58	44,6
	Çalışmıyor	72	55,4
Eşin çalışma durumu	Çalışıyor	127	97,7
	Çalışmıyor	3	2,3
Gelir düzeyi	Geliri giderinden az	33	25,4
	Geliri giderine eşit	77	59,2
	Geliri giderinden fazla	20	15,4
Aile tipi	Çekirdek aile	128	98,5
	Geniş aile	2	1,5

Ort: Ortalama, Ss: Standart sapma, Med: Medyan, Min: Minimum, Maks: Maksimum

Katılımcıların geçmiş gebelik deneyimleri Tablo 2'te görülmektedir.

Katılımcıların toplam gebelik sayıları incelendiğinde; %56,9'unun bir, %23,8'inin iki, %12,3'ünün üç, %6,9'unun dört ve daha fazla gebelik öyküsü olduğu tespit edildi. Katılımcıların yaşayan çocuk sayıları incelendiğinde; %66,2'sinin hiç, %21,5'inin bir, %12,3'ünün iki ve daha fazla yaşayan çocuğu olduğu görüldü. Katılımcıların %20,8'sinin düşük, %13,1'inin küretaj, %16,9'unun daha önce riskli gebelik yaşadığı saptandı.

Tablo 2. Katılımcıların geçmiş gebelik deneyimleri

		n	%
Gebelik sayısı	1	74	56,9
	2	31	23,8
	3	16	12,3
	4	9	6,9
Yaşayan çocuk sayısı	0	86	66,2
	1	28	21,5
	2+	16	12,3
Düşük durumu	Evet	27	20,8
	Hayır	103	79,2
Küretaj durumu	Evet	17	13,1
	Hayır	113	86,9
Riskli gebelik durumu	Evet	22	16,9
	Hayır	108	83,1

Katılımcıların şimdiki gebeliği ile ilgili özellikler Tablo 3'te görülmektedir.

Katılımcıların %5,4'ünün tedavi ile, %29,2'sinin plansız gebelik olduğu görüldü. Katılımcıların gebelikte aile hekimine gitme sayıları incelendiğinde; %20,8'sinin bir, %33,1'ünün iki, %20,8'sinin üç, %16,9'unun dört, %8,5'inin beş ve daha fazla kez gittiği saptandı.

Katılımcıların kadın doğum hekimine gitme sayıları incelendiğinde; %12,3'ünün hiç veya bir, %11,5'inin iki, %11,5'ünün üç, %13,1'inin dört, %13,1'inin beş, %5,4'ünün altı, %10,8'inin yedi, %22,3'ünün sekiz ve daha fazla kere gebelikte kadın doğum hekimine gittiği görüldü.

Tablo 3. Katılımcıların şimdiki gebelik özellikleri

		n	%
Gebe kalma şekli	Doğal	123	94,6
	Tedavi	7	5,4
Gebelik planlı mı?	Evet	92	70,8
	Hayır	38	29,2

Tablo 3'ün devamı

Gebelikte aile hekimine gitme sayısı	1	27	20,8
	2	43	33,1
	3	27	20,8
	4	22	16,9
	5+	11	8,5
Gebelikte kadın doğum hekimine gitme sayısı	0-1	16	12,3
	2	15	11,5
	3	15	11,5
	4	17	13,1
	5	17	13,1
	6	7	5,4
	7	14	10,8
	8+	29	22,3

Katılımcıların gebelikte cinsel sağlık durumları ile ilgili özellikler Tablo 4'te görülmektedir.

Katılımcıların %39,2'sinin 'Şimdiki gebeliğinizde aile hekiminiz veya kadın hastalıkları-doğum hekiminiz size hiç cinsel yaşamınız hakkında soru sordu mu veya öneride bulundu mu?' sorusuna 'Evet' cevabı verdiği görüldü.

Katılımcıların %17,5'inin 'Şimdiki gebeliğinizle ilgili riskli bir durum olduğu gerekçesiyle hekiminiz tarafından cinsel birleşmenin yasaklandığı bir dönem oldu mu?' sorusuna 'Evet', cevabı verdiği tespit edildi.

Katılımcıların gebelikte cinsel birleşmenin yasaklandığı trimesterler incelendiğinde tamamının (n=23) 1.trimesterde olduğu, bunun %52,2'sinin düşük riski, %47,8'inin kanama sebebiyle olduğu saptandı.

Tablo 4. Katılımcıların cinsel sağlık durumları

		n	**%**
Gebe kalmadan önceki dönemde cinsel sağlık sorununuz var mıydı?	Evet	8	6,2
	Hayır	122	93,8
Gebelik sürecinde cinsel sağlığınızla ilgili bir sorun yaşadınız mı veya yaşıyor musunuz?	Evet	20	15,4
	Hayır	110	84,6
Şimdiki gebeliğinizde aile hekiminiz veya kadın hastalıkları-doğum hekiminiz size hiç cinsel yaşamınız hakkında soru sordu mu veya öneride bulundu mu?	Evet	51	39,2
	Hayır	79	60,8
Şimdiki gebeliğinizle ilgili riskli bir durum olduğu gerekçesiyle hekiminiz tarafından cinsel birleşmenin yasaklandığı bir dönem oldu mu?	Evet	23	17,5
	Hayır	107	82,5
Riskli durum neydi? (n=23)	Düşük riski	12	52,2
	Kanama	11	47,8
Hangi trimesterda yasaklandı? (n=23)	1.	23	100
	2. ve 3.	0	0

Katılımcıların cinsel sağlık konusunda bilgi kaynakları ve eğitim gereksinimleri ile ilgili özellikler Tablo 5'te görülmektedir.

Katılımcıların gebelikte cinsel yaşam konusundaki bilgi düzeyleri incelendiğinde %3,8'inin 'Çok kötü-Kötü', %50,8'sinin 'Orta', %36,2'sinin 'İyi', %9,2'sinin 'Çok iyi' cevabı verdiği görüldü.

Katılımcıların 'Gebelikte cinsel yaşam konusundaki bilgilere nereden ulaşırsınız?' sorusuna verdiği cevaplar incelendiğinde; sırasıyla %32'si kadın doğum hekimi, %23'ü internet, %15'i ebe, %13'ü aile hekimi, %10'u arkadaş, %5'i broşür, %2'si televizyon yanıtı verdiği görüldü.

Katılımcıların 'Gebe kalmadan önceki dönemde cinsel sağlık sorununuz var mıydı?' sorusuna verdiği cevaplar incelendiğinde %6,2'sinin 'Evet' cevabı verdiği saptandı.

Katılımcıların %15,4'ü 'Gebelik sürecinde cinsel sağlığınızla ilgili bir sorun yaşadınız mı veya yaşıyor musunuz?' sorusuna 'Evet' cevabı verdiği saptandı.

Katılımcılardan 'Aile hekiminizin veya hemşirenizin gebelikte cinsel yaşam ve sorunlarınızla ilgili konularda eğitim/danışmanlık vermesini ister misiniz?' sorusuna %46,2'si 'Evet' cevabını verdi. Bunların %9,2'sinin broşür, %9,2'sinin kitap, %5,4'ünün internet, %16,9'unun bireysel danışmanlık ve %5,4'ünün grupla danışmanlık tercih ettiği belirlendi.

Tablo 5. Katılımcıların cinsel sağlık konusunda bilgi kaynakları ve eğitim gereksinimleri

			n	**%**
Gebelikte cinsel yaşam konusundaki bilgi düzeyi	Çok kötü-Kötü		5	3,8
	Orta		66	50,8
	İyi		47	36,2
	Çok iyi		12	9,2
Gebelikte cinsel yaşam konusundaki bilgilere nereden ulaşırsınız?	Broşür	Evet	13	10
		Hayır	107	90
	İnternet	Evet	67	51,5
		Hayır	63	48,5
	Tv	Evet	5	3,8
		Hayır	125	96,2
	Arkadaş	Evet	26	20,0
		Hayır	104	80,0
	Aile hekimi	Evet	39	30,0
		Hayır	91	70,0
	Kadın doğum	Evet	92	70,8
		Hayır	38	29,2
	Ebe	Evet	43	33,1
		Hayır	87	66,9

Tablo 5'in devamı

Aile hekiminizin veya hemşirenizin gebelikte cinsel yaşam ve sorunlarınızla ilgili konularda eğitim/danışmanlık vermesini ister misiniz?	Evet	60	46,2
	Hayır	70	53,8
Nasıl bir eğitim/danışmanlık istersiniz?	Broşür	12	9,2
	Kitap	12	9,2
	İnternet	7	5,4
	Bireysel danışmanlık	22	17,0
	Grupla danışmanlık	7	5,4

Katılımcıların Gebelerde Cinselliğe Karşı Tutum Ölçeği ve alt boyutlarından aldıkları puanların dağılımı tablo 6'da görülmektedir. Buna göre; kaygı alt boyutu puan ortalaması 33,60±6,71, inanç ve değerler alt boyutu puan ortalaması 42,00±6,15, onaylama alt boyutu puan ortalaması ise 49,10±9,18 ve GCKTÖ puan ortalaması ise 124,77±18,31'dir.

Tablo 6. Katılımcıların Gebelerde Cinselliğe Karşı Tutum Ölçeği (GCKTÖ) ve alt boyutlarından aldıkları puanların dağılımı

	Ort±Ss	**Med (min-maks)**
Kaygı	33,60±6,72	34 (11-45)
İnanç ve Değerler	42,00±6,15	42 (26-50)
Onaylama	49,10±9,18	50 (24-75)
Toplam	124,77±18,31	125 (71-168)

Ort: Ortalama, Ss: Standart sapma, Med: Medyan, Min: Minimum, Maks: Maksimum

Katılımcıların Gebelerde Cinselliğe Karşı Tutum Ölçeği kesme değerine göre gruplandırıldığında %75,4'ünün olumlu tutuma sahip olduğu saptandı. Gebelik trimesterine göre 1.trimesterde gebelerin %70,3'ü, 2.trimesterde %81,4'ü, 3.trimesterde ise %74'ü olumlu tutuma sahipti (p=0,494) (Tablo 7).

Tablo 7. Katılımcıların ölçek puanlarının trimesterlere göre karşılaştırılması

Trimester	**Olumlu n (%)**	**Olumsuz n (%)**	**Toplam n (%)**
Birinci	26 (70,3)	11 (29,7)	37 (28,5)
İkinci	35 (81,4)	8 (18,6)	43 (33,1)
Üçüncü	37 (74,0)	13 (26,0)	50 (38,5)
Toplam	98 (75,4)	32 (24,6)	130 (100,0)

Katılımcıların cinselliğe karşı tutumlarının sosyodemografik özelliklerine göre karşılaştırılması Tablo 8'de görülmektedir.

Katılımcıların eğitim düzeylerine göre alt ve toplam ölçek puan ortalamaları incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar saptandı. İlkokul mezunu olanların toplam ölçek puanı lisans ve yüksek lisans mezunu olanların toplam ölçek puanından düşük ($p<0,001$)); lise mezunu olanların toplam ölçek puanı ön lisans, lisans ve yüksek lisans mezunu olanların toplam ölçek puanından düşük ($p<0,001$); ilkokul ve lise mezunu olanların kaygı alt boyut puanı, yüksek lisans mezunu olanların kaygı alt boyut puanından düşük ($p=0,006$); ilkokul ve lise mezunu olanların inanç alt boyut puanları ön lisans, lisans ve yüksek lisans mezunu olanların inanç alt boyut puanlarından düşük ($p<0,001$); lise mezunu olanların onaylama alt boyut puanları lisans ve yüksek lisans mezunu olanların onaylama alt boyut puanlarından düşük ($p<0,001$) bulundu.

Katılımcıların eşlerinin eğitim düzeylerine göre alt ve toplam ölçek puan ortalamaları incelendiğinde gruplar arası anlamlı bir fark bulunmuştur. Ortaokul mezunu olanların inanç alt boyut puanı yüksek lisans mezunu olanların inanç alt boyut puanından düşük bulundu ($p=0,045$).

Katılımcıların çalışma durumlarına göre alt ve toplam ölçek puan ortalamaları incelendiğinde gruplar arası anlamlı bir fark bulunmuştur. Çalışmayan katılımcıların onaylama alt boyut puanı çalışanlara göre düşük saptandı ($p=0,002$).

Katılımcıların eşlerinin çalışma durumlarına ve gelir düzeylerine göre alt ve toplam ölçek puan ortalamaları incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0,05$).

Katılımcıların aile tipine göre alt ve toplam ölçek puan ortalamaları incelendiğinde gruplar arası anlamlı bir fark bulunmuştur. Geniş aile tipine sahip katılımcıların kaygı ($p<0,001$), inanç ($p=0,020$), onaylama ($p=0,028$) alt boyut puanları çekirdek aile tipine göre düşüktü.

Tablo 8. Katılımcıların ölçek puanlarının sosyodemografik özelliklerine göre karşılaştırılması

		Kaygı	İnanç ve Değerler	Onaylama	Toplam
		Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss
Eğitim düzeyi	İlkokul	27,66±4,96	34,66±2,65	44,66±9,33	107,00±14,31
	Ortaokul	36,88±8,14	43,55±5,22	47,55±8,47	128,00±18,97
	Lise	31,24±7,11	37,89±6,18	43,03±7,51	112,17±15,50
	Önlisans	33,10±6,93	44,00±5,96	49,36±9,47	126,47±17,64
	Lisans	34,02±5,92	42,87±5,46	52,00±7,51	128,89±15,65
	Yüksek lisans	37,11±5,38	45,77±4,12	53,00±11,03	135,88±18,08
	p	**0,006**	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**
	Fark kaynağı	1-6 3-6	1-2,4,5,6 3-4,5,6	3-5,6	1-5,6 3-4,5,6
Eş eğitim düzeyi	İlkokul	31,80±2,94	39,00±3,00	45,20±5,01	116,00±8,15
	Ortaokul	32,73±5,31	39,13±5,93	44,66±6,82	116,53±14,28
	Lise	33,85±8,43	41,14±7,58	48,68±10,73	123,68±22,39
	Önlisans	31,46±6,05	42,26±5,28	47,33±6,98	12,06±13,01
	Lisans	34,05±6,30	42,42±5,76	51,65±7,66	128,13±17,16
	Yüksek lisans	34,86±6,34	45,09±4,19	50,50±11,19	130,70±18,31
	p	**0,528**	**0,045**	**0,065**	**0,137**
	Fark kaynağı		2-6		
Çalışma durumu	Çalışıyor	33,68±5,68	42,60±5,65	51,77±6,63	128,06±15,47
	Çalışmıyor	33,52±7,48	41,51±6,53	46,95±10,36	122,00±20,00
	p	**0,892**	**0,318**	**0,002**	**0,060**
Eşin çalışma durumu	Çalışıyor	33,62±6,69	42,08±6,07	49,01±9,10	124,72±18,07
	Çalışmıyor	32,66±9,07	38,33±10,11	53,00±14,10	124,00±32,35
	p	**0,809**	**0,298**	**0,460**	**0,946**
Gelir düzeyi	Gelir<gider	33,93±5,44	41,30±5,88	46,93±8,37	122,18±14,01
	Gelir=gider	34,16±6,61	42,24±6,44	50,45±8,82	126,87±18,89
	Gelir>gider	30,85±8,46	42,20±5,66	47,50±11,18	129,55±21,68
	p	**0,136**	**0,756**	**0,128**	**0,257**
Aile tipi	Çekirdek aile	33,74±6,67	42,15±6,07	49,32±9,08	125,22±17,97
	Geniş aile	24,50±0,70	32,00±0,00	35,00±1,41	91,50±0,70
	p	**<0,001**	**0,020**	**0,028**	**0,480**

Katılımcıların cinselliğe karşı tutumlarının geçmiş gebelik deneyimlerine göre karşılaştırılması Tablo 9'da görülmektedir.

Katılımcıların yaşayan çocuk sayısına göre alt ve toplam ölçek puan ortalamaları incelendiğinde yaşayan çocuk sayısı iki ve daha üzeri olan gebelerin inanç ve değerler alt boyut puanı, çocuğu olmayanlara göre daha düşük bulundu (p=0,037).

Gebelik sayısı dört ve üzeri olan katılımcıların daha az gebelik yaşayanlara göre toplam ve alt ölçek puanlarının düşük olduğu dikkati çekse de bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (p>0,05).

Katılımcıların gebelik sayısına, düşük, küretaj ve riskli gebelik durumlarına göre alt ve toplam ölçek puan ortalamaları incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (p>0,05).

Tablo 9. Katılımcıların ölçek puanlarının geçmiş gebelik deneyimlerine göre karşılaştırılması

		Kaygı	İnanç ve Değerler	Onaylama	Toplam
		Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss
Gebelik sayısı	1	34,13±6,97	42,24±5,92	49,51±9,69	125,89±19,06
	2	33,12±5,28	43,38±5,62	49,45±8,88	125,96±15,95
	3	34,00±7,87	40,68±6,68	49,37±7,38	124,06±17,80
	4+	30,11±6,67	37,55±7,38	44,11±8,56	111,77±18,28
	p	**0,379**	**0,067**	**0,417**	**0,175**
Yaşayan çocuk sayısı	0	34,13±6,93	42,53±6,11	49,72±9,37	126,39±18,84
	1	33,17±5,42	42,46±5,98	48,25±8,66	123,89±15,77
	2	31,43±7,46	38,31±5,72	47,31±9,22	117,06±18,56
	p	**0,315**	**0,037**	**0,542**	**0,168**
	Fark kaynağı		0-2		
Düşük durumu	Evet	33,88±6,47	42,44±7,12	49,62±7,29	125,96±17,54
	Hayır	33,52±6,80	41,88±5,91	48,97±9,64	124,37±18,58
	p	**0,803**	**0,675**	**0,741**	**0,691**
Küretaj durumu	Evet	32,52±7,22	40,88±7,44	47,47±6,65	120,88±16,95
	Hayır	33,76±6,65	42,16±5,96	49,35±9,05	125,28±18,51
	p	**0,483**	**0,424**	**0,433**	**0,358**
Riskli gebelik durumu	Evet	32,68±6,93	41,36±6,62	48,86±8,05	122,90±17,65
	Hayır	33,78±6,69	42,12±6,08	49,15±9,18	125,07±18,50
	p	**0,484**	**0,597**	**0,892**	**0,615**

Katılımcıların cinselliğe karşı tutumlarının şimdiki gebelik deneyimlerine göre karşılaştırılması Tablo 10'da görülmektedir.

Katılımcıların gebe kalma şekline göre alt ve toplam ölçek puan ortalamaları incelendiğinde tedaviyle gebe kalanların doğal yolla gebe kalanlara göre ölçek toplam, kaygı ve onaylama alt boyut puanları daha düşük; inanç ve değerler alt boyut puanı ise daha yüksek olduğu dikkati çekse de bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (p>0,05).

Katılımcıların gebeliğin planlı olma durumuna, gebelikte aile hekimine ve kadın doğum hekimine gitme sayısına göre alt ve toplam ölçek puan ortalamaları incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (p>0,05).

Tablo 10. Katılımcıların ölçek puanlarının şimdiki gebelik deneyimlerine göre karşılaştırılması

		Kaygı	İnanç ve Değerler	Onaylama	Toplam
		Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss
Gebe kalma şekli	Doğal	33,73±6,65	41,89±6,24	49,24±9,13	124,87±18,50
	Tedaviyle	30,83±7,98	44,16±3,60	46,33±9,55	121,33±14,56
	p	**0,303**	**0,380**	**0,451**	**0,350**
Gebelik planlı mı?	Evet	33,35±6,68	42,33±6,04	48,63±9,34	124,32±18,02
	Hayır	34,21±6,86	41,16±6,44	50,29±8,76	125,67±19,23
	p	**0,512**	**0,330**	**0,354**	**0,714**

Tablo 10'un devamı

Gebelikte aile hekimine gitme sayısı	1	31,81±7,61	39,81±6,80	47,62±9,40	119,25±21,57
	2	32,51±6,24	41,88±5,97	49,62±8,54	124,02±16,87
	3	35,74±6,46	43,14±5,90	49,29±9,50	128,18±17,70
	4	34,09±7,23	42,86±6,38	48,72±9,53	125,68±19,91
	5+	36,00±4,02	43,27±4,73	51,00±4,56	130,27±11,03
	p	**0,119**	**0,263**	**0,856**	**0,346**
Gebelikte kadın doğum hekimine gitme sayısı	0-1	31,93±7,48	40,06±6,88	45,37±9,16	117,37±20,77
	2	33,06±6,05	40,60±6,99	50,06±8,51	123,73±20,04
	3	34,73±6,23	43,13±5,50	49,8±7,79	127,66±12,43
	4	35,29±5,55	42,29±5,80	49,29±9,49	125,88±14,01
	5	33,41±8,33	42,11±6,63	51,82±9,83	127,35±22,69
	6	32,42±2,37	42,42±3,45	47,42±6,77	122,28±10,38
	7	36,14±6,94	41,78±7,84	51,57±9,51	129,50±19,86
	8+	32,37±7,05	42,96±5,39	48,41±9,02	123,75±19,18
	p	**0,575**	**0,825**	**0,558**	**0,720**

Katılımcıların cinselliğe karşı tutumlarının cinsel sağlık durumlarına göre karşılaştırılması Tablo 11'de görülmektedir. Katılımcıların 'Gebe kalmadan önceki dönemde cinsel sağlık sorununuz var mıydı?' sorusuna verdikleri cevaplar incelendiğinde; gebelik öncesi cinsel sağlık sorunu yaşayanların yaşamayanlara göre alt ve toplam ölçek puan ortalamalarının daha yüksek olduğu dikkati çekse de gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (p>0,05). Katılımcıların 'Gebelik sürecinde cinsel sağlığınızla ilgili bir sorun yaşadınız mı veya yaşıyor musunuz?', 'Şimdiki gebeliğinizde aile hekiminiz veya kadın hastalıkları-doğum hekiminiz size hiç cinsel yaşamınız hakkında soru sordu mu veya öneride bulundu mu?', 'Şimdiki gebeliğinizle ilgili riskli bir durum olduğu gerekçesiyle hekiminiz tarafından cinsel birleşmenin yasaklandığı bir dönem oldu mu?', 'Riskli durum neydi?' ve 'Hangi trimesterde yasaklandı?' sorularına verdikleri cevaba göre alt ve toplam ölçek puan ortalamaları incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (p>0,05).

Tablo 11. Katılımcıların ölçek puanlarının cinsel sağlık durumlarına göre karşılaştırılması

		Kaygı	**İnanç ve Değerler**	**Onaylama**	**Toplam**
		Ort±Ss	**Ort±Ss**	**Ort±Ss**	**Ort±Ss**
Gebe kalmadan önceki dönemde cinsel sağlık sorununuz var mıydı?	Evet (n=8)	37,37±6,73	44,75±5,92	54,5±7,91	136,62±19,24
	Hayır	33,35±6,66	41,81±6,15	48,75±9,17	123,92±18,05
	p	**0,101**	**0,193**	**0,087**	**0,125**
Gebelik sürecinde cinsel sağlığınızla ilgili bir sorun yaşadınız mı veya yaşıyor musunuz?	Evet (n=20)	32,55±7,81	40,95±7,13	46,60±10,22	120,10±19,36
	Hayır	33,79±6,52	42,19±5,97	49,56±8,95	125,54±18,08
	p	**0,449**	**0,409**	**0,185**	**0,223**

Tablo 11'in devamı

Şimdiki gebeliğinizde aile hekiminiz veya kadın hastalıkları-doğum hekiminiz size hiç cinsel yaşamınız hakkında soru sordu mu veya öneride bulundu mu?	Evet (n=51)	34,47±6,83	42,68±6,23	50,72±9,29	127,88±20,13
	Hayır	33,03±6,62	41,55±6,10	48,06±9,01	122,65±16,85
	p	**0,237**	**0,309**	**0,107**	**0,113**
Şimdiki gebeliğinizle ilgili riskli bir durum olduğu gerekçesiyle hekiminiz tarafından cinsel birleşmenin yasaklandığı bir dönem oldu mu?	Evet (n=23)	32,81±7,34	42,09±6,12	49,45±6,97	124,36±17,54
	Hayır	33,75±6,60	41,98±6,19	49,03±9,59	123,77±18,54
	p	**0,551**	**0,940**	**0,813**	**0,923**
Riskli durum neydi? (n=23)	Düşük riski	34,36±8,00	43,18±7,04	52,36±6,20	129,90±18,56
	Kanama	31,33±6,32	40,33±5,43	46,00±,667	117,66±15,13
	p	**0,457**	**0,526**	**0,254**	**0,263**

Katılımcıların cinselliğe karşı tutumlarının cinsel sağlık konusunda bilgi kaynakları ve eğitim gereksinimlerine göre karşılaştırılması Tablo 12'de gösterilmektedir.

Katılımcıların gebelikte cinsel yaşam konusundaki bilgi düzeyine göre alt ve toplam ölçek puan ortalamaları incelendiğinde; bilgi düzeyini çok kötü-kötü olarak değerlendiren grubun puanları diğer gruplara göre düşük saptandı ancak bu durum istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı (p>0,05).

Katılımcıların 'Gebelikte cinsel yaşam konusundaki bilgilere nereden ulaşırsınız?' sorusuna verdikleri cevaba göre alt ve toplam ölçek puan ortalamaları incelendiğinde gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmadı (p>0,05).

Katılımcıların 'Aile hekiminizin veya hemşirenizin gebelikte cinsel yaşam ve sorunlarınızla ilgili konularda eğitim/danışmanlık vermesini ister misiniz?' sorusuna verdikleri cevaba göre alt ve toplam ölçek puan ortalamaları incelendiğinde; danışmanlık almak istemeyen katılımcıların toplam (p=0,013), kaygı (p=0,033), inanç (p=0,032), onaylama (p=0,051) puanları danışmanlık almak isteyenlere göre düşük saptandı.

Katılımcıların 'Nasıl bir eğitim/danışmanlık istersiniz?' sorusuna verdikleri cevaba göre alt ve toplam ölçek puan ortalamaları incelendiğinde gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmadı (p>0,05).

Tablo 12. Katılımcıların ölçek puanlarının cinsel sağlık konusunda bilgi kaynakları ve eğitim gereksinimlerine göre karşılaştırılması

			Kaygı	İnanç ve Değerler	Onaylama	Toplam
			Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss
Gebelikte cinsel yaşam konusundaki bilgi düzeyi	Çok kötü-Kötü		28,80±8,34	39,00±7,93	41,20±10,84	109,00±26,20
	Orta		33,66±6,51	41,74±5,82	49,36±8,26	124,77±17,09
	İyi		34,57±6,00	43,34±5,81	49,17±8,98	127,08±16,22
	Çok iyi		31,41±9,07	39,41±7,76	50,75±13,16	121,58±26,63
	p		0,186	0,129	0,248	0,186
Gebelikte cinsel yaşam konusundaki bilgilere nereden ulaşırsınız?	Broşür	Evet	34,07±6,80	42,69±6,22	53,07±9,57	129,84±18,16
		Hayır	33,54±6,73	41,92±6,17	48,66±9,07	124,13±18,16
		p	0,788	0,671	0,101	0,288
	İnternet	Evet	32,76±6,50	41,58±6,22	50,11±8,56	124,46±18,36
		Hayır	34,49±6,87	42,44±6,09	48,03±9,75	124,96±18,40
		p	0,143	0,427	0,196	0,876
	Tv	Evet	33,00±6,81	40,80±6,97	48,94±9,01	127,00±26,84
		Hayır	33,62±6,74	42,04±6,14	49,94±9,01	124,61±18,04
		p	0,840	0,658	0,311	0,458
	Arkadaş	Evet	32,69±5,96	41,73±5,91	48,61±9,70	123,03±16,01
		Hayır	33,82±6,90	42,06±6,24	49,23±9,09	125,12±18,89
		p	0,443	0,804	0,761	0,605
	Aile hekimi	Evet	32,87±6,20	41,12±5,34	49,28±7,19	123,28±15,86
		Hayır	33,91±6,93	42,37±6,46	49,03±9,94	125,31±19,32
		p	0,421	0,292	0,888	0,563
	Kadın doğum	Evet	34,15±6,47	42,55±5,90	50,18±9,05	126,89±18,43
		Hayır	32,26±7,17	40,65±6,62	46,50±9,07	119,42±17,11
		p	0,145	0,110	0,067	0,084
	Ebe	Evet	32,53±6,24	41,53±5,84	49,10±9,18	123,13±16,66
		Hayır	34,12±6,91	42,22±6,32	49,12±9,94	125,48±19,12
		p	0,205	0,547	0,974	0,495
Aile hekiminizin veya hemşirenizin gebelikte cinsel yaşam ve sorunlarınızla ilgili konularda eğitim/danışmanlık vermesini ister misiniz?	Evet		34,95±6,77	43,25±6,20	50,80±9,41	129,00±18,72
	Hayır		32,44±6,49	40,92±5,95	47,65±8,78	121,02±17,24
	p		0,033	0,032	0,051	0,013
Nasıl bir eğitim/danışmanlık istersiniz?	Broşür		31,47±6,72	42,34±7,83	43,78±7,68	134,25±15,13
	Kitap		37,42±8,45	38,45±8,93	48,45±9,85	122,33±21,76
	İnternet		38,75±7,86	41,57±8,94	49,58±9,81	118,00±18,54
	Bireysel danışmanlık		41,72±8,94	47,75±9,75	48,85±9,54	133,81±15,53
	Grupla danışmanlık		32,45±6,89	38,75±8,76	42,48±9,64	127,28±24,45
	p		0,103	0,234	0,085	0,170

Katılımcıların bazı sayısal sosyodemografik özellikleri ile GCKTÖ toplam puanlarının korelasyon analizleri Tablo 13'te görülmektedir. Bu tabloya göre;

Evlilik yaşı ile toplam (r=0,182; p=0,038) ve onaylama (r=0,225, p=0,010)**;** ilk gebelik yaşı ile onaylama (r=0,215; p=0,014) puanları arasında pozitif yönde zayıf ilişki olduğu saptandı.

Tablo 13. Katılımcıların bazı sayısal sosyodemografik özellikleri ile GCKTÖ puanlarının korelasyon analizleri

		Kaygı	İnanç ve Değerler	Onaylama	Toplam
Yaş	**r**	-0,030	-0,008	0,168	0,050
Eş yaşı	**r**	-0,114	-0,078	0,073	-0,040
Evlilik yaşı	**r**	0,088	0,145	0,225*	0,182*
Evlilik süresi (ay)	**r**	-0,084	-0,087	-0,011	-0,074
İlk gebelik yaşı	**r**	0,031	0,075	0,215*	0,120
Gebelik haftası	**r**	0,094	0,151	-0,020	0,054

**p<0, 05*

5. TARTIŞMA

Çukurova Üniversitesi EASM birimlerine kayıtlı yaş ortalaması 29,02±5,08 (19-51) yıl olan 130 gebenin cinsel sağlık durumlarının ve danışmanlık gereksinimlerinin değerlendirildiği çalışmanın tartışma bölümü araştırma sorularına yanıt verecek tarzda sunulmuştur.

5.1. Katılımcı Gebelerin Cinsel Sağlık Durumları

Katılımcıların %6,2'si gebe kalmadan önce, %15,4'ü gebelik sürecinde cinsel sağlık sorunu yaşadığını; %17,5'i şimdiki gebeliklerinde riskli bir durum (%52,1'i düşük riski, %47,8'i kanama riski) gerekçesiyle cinsel birleşmenin birinci trimesterde yasaklandığını belirtmiştir. Gebelik döneminde cinselliği araştıran çalışmalar genel olarak bulgularımızı destekler niteliktedir. Efe'nin 2006 yılında Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği'ne (KHDP) başvuran 1026 gebe ile yaptığı çalışmaya göre; gebelik sürecinde cinsellik, çoğunlukla gebelikle ilgili bir problem yaşandığında gündeme gelmekte olup, bu durumlarda genellikle ilk tercih edilen yaklaşım cinsel ilişkinin kısıtlanması olmaktadır.[125] Oruç ve arkadaşlarının 1997 yılında Celal Bayar Üniversitesi Hastanesi KHDP'ye ve Manisa'daki altı aile sağlığı merkezinden birine başvuran 158 gebe ile gebeliğin cinsellik üzerine olan etkisi konusunda yaptıkları çalışmanın sonucu, cinsel isteğin gebelik boyunca azaldığı yönündedir.[40] Yangın ve Eroğlu'nun 2011 yılında Antalya'da bir aile sağlı merkezine kayıtlı 73 gebe ile yaptığı araştırmada, gebelerin son trimester döneminde cinsel yaşamlarında çeşitli kısıtlamalar yaşadıkları ortaya konmuştur. Katılımcılar, bu kısıtlamaların; fiziksel rahatsızlıklar, fetüse zarar verebileceği endişesi, İslami inanç çerçevesinde gebelikte cinsel ilişkinin günah sayılması, verniks kazeozanın sperm olarak yanlış değerlendirilmesi sonucu bebeğin "lekeli" doğacağı düşüncesi ve sağlık çalışanlarından alınan hatalı önerilerden kaynaklandığını ifade etmişlerdir.[126] Khalesi ve arkadaşlarının 2018 yılında İran'ın Rasht şehrinde bir aile sağlığı merkezlerine kayıtlı 124 gebe ile yaptığı çalışmada cinsel işlev sıklığının gebelik başlarında ve üçüncü trimesterde daha düşük seviyelerde olduğu saptanmıştır.[127] Bilge ve arkadaşlarının 2021 yılında Zeynep Kamil Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde KHDP'ye başvuran 152 gebe ile yapmış olduğu çalışmada birinci ve üçüncü trimesterdeki gebelerin cinsel memnuniyet

düzeylerinin daha düşük olduğu belirtilmiştir.[128] Fernandez Carasco ve arkadaşlarının 2024 yılında yaptığı araştırmada gebelerde gebeliğin ilk trimesterinde cinsel istek ve dolayısıyla cinsel ilişki sıklığı azaldığı, ikinci trimesterde cinsel istek düzeylerinin gebelik öncesi düzeylere benzer düzeylere yükseldiği, üçüncü trimesterde ise tekrar cinsel istek ve cinsel ilişki sıklığının azaldığı ortaya konmuştur.[61] Zahumensky ve arkadaşlarının 2008 yılında Prag'daki Charles Üniversitesi Tıp Fakültesi'nin KHDP'ye başvuran 474 gebe ile yaptığı çalışmada grubunun tamamında gebelik süresince koital aktivitede ve orgazm sayısında anlamlı azalma, cinsel işlev bozukluklarında ise artış gözlendiği belirtilmiştir.[129] Yeniel ve Petri 2013 yılında yaptığı çalışmada gebeliği; kadınlarda cinsel işlev bozukluğunun en yaygın sorunlardan biri olarak görmüş ve kadınların %40'ını etkilediğini bildirmişlerdir.[130] İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Anabilim Dalından Güney ve Bal'ın 2023 yılında web tabanlı çevrimiçi anket kullanarak yaptığı 298 gebenin katıldığı çalışmada; gebelerin %58,7'sinin cinsel ilişki sıklığının azaldığı belirtilmiştir.[42] Nijerya'da Oche ve arkadaşları tarafından Usmanu Danfodiyo Üniversitesi Hastanesi'nin KHDP'ye başvuran 170 gebeyle yaptıkları araştırmaya göre, kadınların %87,9'u gebelik sürecinde cinsel ilişkiyi riskli bulmamış, %61,1'i ise bu dönemde cinsel yaşamlarını devam ettirdiklerini ifade etmiştir.[131] Özçoban ve Dilcen'in 2022 yılında Balıkesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde doğum hazırlığı eğitim programlarına katılan 120 gebe ile yaptığı çalışmada, gebelerin %78'i gebelik döneminde cinselliği güvenli olarak değerlendirmiştir.[132] Topatan ve Koç'un 2020 yılında Ondokuz Mayıs Üniversitesi gebe polikliniğinde 310 gebe ile yaptığı çalışmada gebelik haftası ilerledikçe gebelerin cinsel sorunlarının arttığı ifade edilmiştir.[133] Şentürk Erenel ve arkadaşlarının 2021 yılında Gazi Üniversitesi Hemşirelik Bölümü'nde 179 gebe ile yaptığı çalışmada gebelik haftası arttıkça cinsel ilişki sıklığının azaldığı belirtilmiştir.[71] Liu ve arkadaşlarının 2013 yılında Tayvan Bilim ve Teknoloji Üniversitesi'nde 62 gebe ile yaptığı çalışmada gebelik trimesteri ilerledikçe cinsel ilişki yaşama oranın azaldığı gösterilmiştir.[134]

Katılımcıların gebelik öncesinde ve gebelik sürecinde cinsel sorun yaşama, şimdiki gebeliklerinde riskli durum nedeniyle cinsel birleşme yasaklanma durumlarına göre GCKTÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Literatürde bu bulguyu tartışabileceğimiz bir çalışmaya rastlanmamıştır.

5.2. Katılımcı Gebelerin Cinselliğe Karşı Tutumları

Katılımcıların GCKTÖ toplam ve alt boyutlarından aldıkları puanlar aynı ölçek kullanılarak yapılan çalışmalarla karşılaştırıldığında (Tablo 14) çalışmamızda ölçek puanlarının diğer çalışmalara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Ayrıca çalışmamızda kesme değer önerildiği gibi 115,5 alındığında GCKTÖ'den alınan puanlara göre birinci trimester döneminde olan gebelerin %70,3'ünün, ikinci trimesterde olan gebelerin %81,4'ünün, üçüncü trimesterde olan gebelerin %74,0'ının gebelikte cinselliğe yönelik olumlu tutumlara sahip olduğu ve trimesterlere göre farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir. GCKTÖ toplam puanına göre ise katılımcıların %75,4'ünün cinselliğe karşı tutumu olumlu bulunmuştur. Güney ve Bal'ın yaptığı çalışmada gebelerin %50,7'sinin cinselliğe karşı olumlu tutumlarının olduğu belirlenmiştir ve bununla uyumlu olarak katılımcıların %51,7'si cinsel yaşam kalitesini iyi olarak ifade etmiştir.[42] Yuvarlan ve Beydağ'ın yaptığı çalışmada KHDP'ye başvuran gebelerin %24'ünün cinselliğe yönelik tutumlarının olumlu olduğu gösterilmiştir.[135] Altınayak ve Hür'ün çalışmasında gebelerin %51,7'sinin gebelikte cinselliğe karşı tutumları olumlu bulunmuştur.[136]

Tablo 14. Katılımcı gebelerin ölçekten aldıkları puanların aynı ölçek kullanılarak yapılan çalışmalarla karşılaştırılması

Yazar Tarih Yer	Örneklem Sağlık Kuruluşu	GCKTÖ Toplam Puanı	Kaygı Alt Boyut Puanı	İnanç ve Değerler Alt Boyut Puanı	Onaylama Alt Boyut Puanı	Olumlu Tutum Oranı
Demirer, Özcan 2025 Aile Hekimliği, Adana	130 gebe 1.basamak	124,77±18,31	33,6±6.71	42±6,15	49,1±9,18	%75,4
Yuvarlan, Beydağ[135] 2024 Hemşirelik, İstanbul	369 gebe 2.basamak	90,11±10,21	22,70±6,53	18,89±5,72	48,51±8,73	%24
Altınayak, Özkan[137] 2024 Ebelik, Samsun	404 gebe 2.basamak	115,92±17,09	30,53±6,77	37,40±8,37	47,98±8,95	-
Güney, Bal[42] 2023 Ebelik, Malatya	298 gebe 3.basamak	112,36±14,21	28,17±6,17	38,13±6,66	46,06±7,06	%50,7
Altınayak, Hür[136] 2022 Ebelik, Samsun	290 gebe 3.basamak	113,58±18,45	30,49±7,70	38,62±7,86	44,46±9,15	%51,7
Pamuk[138] 2021 Hemşirelik, Ordu	288 gebe 3.basamak	117,28±15,05	32,03±6,07	39,48±5,56	49,31±8,54	%57,1 %82,1 %62,1

Çalışmamızda ölçek puanlarının cinselliğe karşı olumlu tutum oranının yüksek olmasının sebebi diğer çalışmaların 2.ve/veya 3. basamağa başvuran gebelerle, bu çalışmanın ise birinci basamağa izlemler için başvuran gebelerle yapılması olabilir. Bir

diğer sebep örneklem gruplarının gebelik haftasına göre dağılımlarındaki farklılık olabilir. Nitekim Pamuk ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada GCKTÖ'den alınan puanlara göre birinci trimester döneminde olan gebelerin %57,1'inin, ikinci trimesterde olan gebelerin %82,1'inin, üçüncü trimesterde olan gebelerin %62,1'inin gebelikte cinselliğe yönelik olumlu tutumlara sahip olduğu ve trimesterlere göre farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir.[138]

5.3. Katılımcı Gebelerin Cinsel Sağlıkla İlişkili Bilgi Kaynakları ve E/D Alma Gereksinimleri

Katılımcıların gebelikte cinsel yaşam konusundaki bilgi düzeyleri incelendiğinde %3,8'inin çok kötü/kötü, %50,8'inin orta, %45,4'ünün iyi/çok iyi olarak değerlendirdiği saptanmıştır. Katılımcıların 'Gebelikte cinsel yaşam konusundaki bilgilere nereden ulaşırsınız?' sorusuna verdiği cevaplar incelendiğinde; sırasıyla %32'si kadın doğum hekimi, %23'ü internet, %15'i ebe, %13'ü aile hekimi, %10'u arkadaş, %5'i broşür, %2'si televizyon yanıtı vermiştir. Öcalan ve Toker'in Tokat'ta KDHP'ye başvuran 515 gebe ile yaptığı çalışmada gebelerin %46,4'ünün gebelikte cinsel yaşam konusunda bilgi sahibi olduklarını belirtmiştir.[3] Dağlı ve Reyhan'ın Çukurova Üniversitesi Abdi Sütçü Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Sağlık Bakım Hizmetleri Bölümü'nde 483 öğrenci ile yaptığı çalışmada gebelikte cinsel yaşam konusunda orta düzeyde bilgi sahibi olduğu tespit edilmiştir.[139]

Katılımcıların %60,8'i şimdiki gebeliklerinde aile hekimi veya kadın doğum hekimlerinin cinsel yaşamları hakkında soru sormamış ve öneride bulunmadığını belirtmiştir. Khalesi ve arkadaşlarının 2018 yılında yaptığı çalışmada gebelerin %68'i gebelik süresi boyunca cinsel sorunları sağlık çalışanlarına asla sormamış ve cinsel sorunları tartışmamıştır.[127] Yuvarlan ve Beydağ'ın İstanbul'da 2024 yılında KHDP'ye başvuran 369 gebe ile yaptığı çalışmada katılımcıların %71,9'u, gebelikleri boyunca cinsel yaşama dair sağlık çalışanlarından destek veya bilgi almadıklarını belirtmiştir.[135] Gazi Üniversitesi Hemşirelik Bölümü'nden Şentürk Erenel ve arkadaşlarının 2022 yılında 179 gebe ile yaptığı çalışmada çoğu gebenin gebelik süresince cinsellikle ilgili E/D veya bilgi edinmediği bildirilmiştir.[71] Bilen Sadi ve Aksu'nun 2016 yılında Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Antenatal Bakım Polikliniği'ne başvuran 105 gebe ile yaptığı çalışmada gebelerin çoğu

gebelik döneminde cinsellik hakkında bilgi almadıklarını belirtmiştir.[140] Bulgularımız, literatürdeki diğer araştırmalarla paralellik göstermekte ve gebelikte cinsel yaşama ilişkin sağlık çalışanlarının E/D verme konusundaki yetersizliğini ortaya koymaktadır. Bu konuda Ribeiro ve arkadaşlarının 2017'de Brezilya'da, Sao Paulo Federal Üniversitesi'nde 3122 gebe ile yaptığı araştırmada da, gebelikte cinsellikle ilgili olumsuz inançlar vurgulanmakta ve sağlık profesyonellerinin bu dönemde çiftleri bilgilendirmesi gerektiği belirtilmektedir.[141]

Katılımcılardan 'Aile hekiminizin veya hemşirenizin gebelikte cinsel yaşam ve sorunlarınızla ilgili konularda E/D vermesini ister misiniz?' sorusuna %46,2'si olumlu yanıt vermiştir. Bunların %9,2'si broşür, %9,2'si kitap, %5,5'i internet, %16,9'u bireysel danışmanlık %5,4'ü grupla danışmanlığı tercih etmiştir. Güney ve Bal'ın yaptığı araştırmada gebelerin %24,6'sı sağlık profesyonellerinden bilgi almak istediklerini belirtmişlerdir.[42]

Çalışmamızda gebelikte cinsel yaşam konusundaki bilgi düzeyine göre alt ve toplam ölçek puan ortalamaları incelendiğinde; bilgi düzeyini çok kötü-kötü olarak değerlendiren grubun puanları diğer gruplara göre düşük saptanmış ancak bu durum istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır. Literatürde gebelikte cinsel yaşama ilişkin bilgi düzeyi ile ölçek puanlarının doğrudan karşılaştırıldığı bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle araştırmamız, söz konusu alanda öncü nitelikte olup bilgi düzeyi ile cinsel yaşama ilişkin tutum ve deneyimlerin ilişkisini ortaya koyma açısından önem taşımaktadır.

Cinsel yaşam konusunda aile hekimi veya hemşiresinden E/D almak isteyen katılımcıların toplam ölçek ve alt boyut puanları danışmanlık almak istemeyenlere göre yüksek ve istatiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Katılımcıların talep ettikleri E/D türüne göre alt ve toplam ölçek puan ortalamaları incelendiğinde gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Güney ve Bal'ın çalışmasında sağlık çalışanlarından bilgi edinmeyi tercih eden gebelerin kaygı alt boyut puan ortalamalarının daha düşük olduğu; ayrıca gruplar arasında anlamlı bir fark bulunduğu belirlenmiştir.[42]

5.4. Katılımcı Gebelerin Sosyodemografik Faktörler ve Gebelik Özelliklerine Göre Cinselliğe Karşı Tutumları

Katılımcıların yaşları ile GCKTÖ toplam ve alt boyut puanları arasında anlamlı bir korelasyon saptanmamıştır. Güney ve Bal'ın çalışmasında 29 yaş ve altı gebelerin GCKTÖ toplam, inanç ve değerler ve onaylama alt boyut puanlarının daha yüksek olduğu belirtilmiştir ve gruplar arası istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur.[42] Altınayak ve Özkan'ın yaptığı çalışmada gebelerin yaşı arttıkça kaygı alt boyut puanı, onaylama alt boyu puanı ve GCKTÖ toplam puanının da yükseldiğini belirtilmiştir fakat gruplar arası istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır.[137] Bizim çalışmamız literatürdeki iki çalışmadan farklı sonuç göstermektedir. Güney ve Bal'ın bulgusu genç gebelerde yüksek puanlara işaret ederken, Altınayak ve Özkan yaşla artış olduğunu göstermektedir. Bizde ise yaş ile GCKTÖ puanları arasında anlamlı ilişki yoktur. Bu fark demografik yapı, kültürel farklılıklar ve ölçüm zamanlaması gibi faktörlerden kaynaklanabilir.

Katılımcıların eşlerinin yaşları ile GCKTÖ toplam ve alt boyut puanları arasında anlamlı bir korelasyon saptanmamıştır. Altınayak ve Özkan'ın yaptığı çalışmada eşlerin yaşı arttıkça gebelikte cinsellik kaygı, onaylama alt boyut puan ortalamaları ve GCKTÖ toplam ortalamasının da yükseldiğini belirtmiştir ve gruplar arası istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur.[137] Bizim çalışmamızla literatür arasındaki fark demografik yapı, kültürel farklılıklar ve ölçüm zamanlaması gibi faktörlerden kaynaklanabilir.

Katılımcıların evlilik süreleri ile GCKTÖ toplam ve alt boyut puanları arasında anlamlı bir korelasyon saptanmamıştır. Güney ve Bal'ın çalışmasında evlilik süresi 1-5 yıl arasında gebelerin GCKTÖ toplam puan, inanç ve değerler alt boyut puanının daha yüksek olduğu belirtilmiştir ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirtilmiştir. Evlilik süresi 11 yıl ve üzeri olanların kaygı alt boyut puanının daha düşük olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirtilmiştir.[42] Altınayak ve Özkan'ın yaptığı çalışmada evlilik süresi arttıkça kaygı alt boyut puanı, onaylama alt boyut puanı ve GCKTÖ toplam puanının da yükseldiğini belirtmiştir ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur.[137] Bizim çalışmamızda evlilik süresi ile puanlar arasında ilişki saptanmamış, literatürde ise farklı çalışmalar ve birbirine zıt bulgular bildirmiştir. Bu farklılıklar, demografik özellikler, kültürel faktörler, kullanılan ölçüm yöntemleri ve ölçüm zamanlamasından kaynaklanmış olabilir.

Katılımcıların gebelik haftası ile GCKTÖ toplam ve alt boyut puanları arasında anlamlı bir korelasyon saptanmamıştır. Çalışmamızla uyumlu olarak Güney ve Bal'ın çalışmasında gebelik haftası ile GCKTÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirtilmiştir.[42] Altınayak ve Özkan'ın yaptığı çalışmada gebelik haftası ilerledikçe, GCKTÖ toplam, kaygı ve onaylama alt boyut puanlarında artış olduğu ve gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunduğu belirtilmiştir.[137]Alan Dikmen ve arkadaşlarının çalışmasında gebelik haftası arttıkça gebelikte cinselliğe karşı tutumun daha olumsuz olduğu belirtilmiştir ve gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur.[142] Bu farklılık, çalışmalarda yer alan gebelerin sosyodemografik özellikleri, kültürel yapıları, cinsellik konusundaki bilgi düzeyleri ve tutumlarının farklı olmasından kaynaklanabilir. Ayrıca, gebelik haftalarının gruplandırılma biçimi, kullanılan veri toplama araçları, örneklem büyüklüğü ve araştırmanın yürütüldüğü dönem gibi metodolojik farklılıklar da sonuçlar üzerinde etkili olmuş olabilir.

Katılımcıların evlilik yaşları ile GCKTÖ toplam ölçek ve onaylama alt boyutu puanları arasında; ilk gebelik yaşı ile onaylama alt boyutu puanları arasında pozitif yönde zayıf ilişki olduğu saptanmıştır. Gebelik yaşı arttıkça GCKTÖ toplam ve onaylama alt boyutu puanı da artmaktadır. Literatürde bu bulguları tartışabileceğimiz bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Katılımcıların eğitim düzeylerine GCKTÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde gruplar arasında anlamlı bir fark bulunduğu görülmüştür. İlkokul ve lise mezunlarının GCKTÖ toplam ve alt boyut puanlarının; ön lisans, lisans ve yüksek lisans mezunlarına göre daha düşük olduğu görülmüştür. Bu bulguyla uyumlu olarak literatürde eğitimin cinselliğe yönelik tutumla olumlu ilişkisini ortaya koyan çalışmalar bulunmaktadır. Güney ve Bal'ın çalışmasında üniversite ve üzeri eğitim düzeyine sahip gebelerin GCKTÖ toplam puanları, inanç ve değerler alt boyut puanlarının daha yüksek olduğu ve gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunduğu belirtilmiştir.[42] Altınayak ve Özkan'ın 2024 yılında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Hastanesinin KHDP'ye başvuran 404 gebe ile yaptığı çalışmada gebelerin eğitim düzeyi yükseldikçe, GCKTÖ toplam, kaygı ve inanç ve değerler alt boyutları puanlarının da arttığı saptanmıştır ve gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunduğu belirtilmiştir.[137] Eryılmaz ve arkadaşlarının 2002 yılında Malatya'da bir aile sağlığı merkezinde 238 gebe ile yaptığı

çalışmada düşük eğitim düzeyine sahip gebelerin, gebelik sürecinde cinsel yaşamlarının olumsuz etkilendiği ortaya konmuştur.[143] Çalışmamızın bulguları, eğitim düzeyinin artmasının cinselliğe ilişkin farkındalığı, olumlu tutumları ve iletişim becerilerini artırdığını bildiren literatür ile de parallelik göstermektedir.

Katılımcıların eşlerinin eğitim düzeylerine göre GCKTÖ toplam ve alt boyut puanları incelendiğinde ortaokul mezunu olanların inanç ve değerler alt boyut puanının yüksek lisans mezunu olanların inanç ve değerler alt boyut puanından düşük bulunduğu ve gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmüştür. Altınayak ve Özkan'ın 2024 yılında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Hastanesinin KHDP'ye başvuran 404 gebe ile yaptığı çalışmada gebelerin eşlerinin eğitim düzeyi yükseldikçe, GCKTÖ toplam, kaygı, inanç ve değerler alt boyut puanlarının da arttığı saptanmıştır ve gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunduğu belirtilmiştir.[137]

Katılımcıların çalışma durumlarına göre alt ve toplam ölçek puan ortalamaları incelendiğinde çalışan katılımcıların GCKTÖ toplam ve alt boyut puanları çalışmayanlara göre yüksek bulunmuştur fakat sadece onaylama alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Bu bulguyla uyumlu olarak Altınayak ve Özkan'ın yaptığı çalışmada çalışan gebelerin GCKTÖ toplam ve alt boyut puanları çalışmayanlara göre daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.[137] Bu bulgu, çalışan gebelerin cinselliğe yönelik tutumlarının daha olumlu olduğunu gösteren literatürle paralellik göstermektedir.

Katılımcıların gelir düzeylerine göre GCKTÖ toplam ve alt boyut puanları incelendiğinde gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmadığı görülmüştür. Güney ve Bal'ın çalışmasında gelir düzeyi iyi olan gebelerin GCKTÖ toplam puanları ve inanç ve değerler alt boyut puanlarının daha yüksek olduğu belirtilmiştir.[42] Altınayak ve Özkan'ın çalışmasında geliri giderinden düşük olanların GCKTÖ toplam, inanç ve değerler, onaylama alt boyutları puanları diğerlerine göre düşük olduğu ve gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunduğu belirtilmiştir.[137] Çalışmamızın bulguları, gelir düzeyinin GCKTÖ puanları üzerinde belirgin bir etkisi olmadığını göstermekte olup, literatürdeki bazı çalışmalarla farklılık göstermektedir; bu durum örneklem özellikleri ve sosyoekonomik dağılımlardaki farklılıklardan kaynaklanabilir.

Katılımcıların aile tipine göre GCKTÖ toplam ve alt boyut puanları incelendiğinde çekirdek aile tipine sahip katılımcıların kaygı, inanç ve değerler ve onaylama alt boyut

puanlarının geniş aile tipine göre yüksek olduğu görülmüştür fakat istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu bulguyla uyumlu olarak Altınayak ve Özkan'ın yaptığı çalışmada çekirdek aile tipine sahip gebelerin GCKTÖ toplam, kaygı ve onaylama alt boyutları puanlarının geniş aileye göre yüksek olduğu ve gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunduğu belirtilmiştir.[137]

Katılımcıların düşük durumu, küretaj durumu ve riskli gebelik durumuna göre GCKTÖ toplam ve alt boyut puanları incelendiğinde gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmadığı görülmüştür. Altınayak ve Hür'ün yaptığı araştırmada öncesinde düşük durumu olan gebelerin olmayanlara göre GCKTÖ toplam ve onaylama alt boyut puanlarının daha düşük olduğu ve gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunduğu belirtilmiştir.[136] Literatürde bu bulguyu tartışabileceğimiz bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Çalışmamızda gebelikte aile hekimine ve kadın doğum hekimine gitme sayısına göre GCKTÖ toplam ve alt boyut puanları incelendiğinde gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmadığı görülmüştür. Literatürde bu bulguyu tartışabileceğimiz bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Çalışmamızda yaşayan çocuk sayısı iki ve daha üzeri olan gebelerin GCKTÖ toplam, kaygı ve onaylama alt boyut puanlarının çocuğu olmayanlara göre daha düşük bulunduğu fakat gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür. İnanç ve değerler alt boyut puanın ise çocuğu olmayanlara göre anlamlı olarak daha düşük bulunduğu görülmüştür. Bu durum, çok çocuklu gebelerin cinselliğe ilişkin tutumlarının önceki gebelik deneyimleri ve artan sorumluluklarla birlikte farklılaşabileceğini düşündürmektedir. Literatürde bu bulguyu tartışabileceğimiz bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Gebelik sayısı dört ve üzeri olan katılımcıların daha az gebelik yaşayanlara göre GCKTÖ toplam ve alt boyut puanlarının düşük olduğu dikkati çekse de bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Gebeliğin planlı olma durumuna göre GCKTÖ toplam ve alt boyut puanları incelendiğinde gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmadığı görülmüştür. Tedaviyle gebe kalanların doğal yolla gebe kalanlara göre ölçek toplam, kaygı ve onaylama alt boyut puanları daha düşük; inanç ve değerler alt boyut puanı ise daha yüksek olduğu dikkati çekse de bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Çalışmamızla uyumlu olarak Altınayak ve Hür'ün yaptığı araştırmada

istatistiksel anlamda fark saptanmamış olsa da gebelik sayısı daha fazla olan, gebeliği planlı ve tedavi ile gerçekleşen gebelerin gebelikte cinselliğe karşı tutumlarının daha olumsuz olduğu belirlenmiştir.[136] Altınayak ve Özkan'ın çalışmasında istemli gebeliği olanların ve ilk gebeliği olanların GCKTÖ toplam, kaygı ve inanç ve değerler alt boyutları puanlarının istemeyerek gebe olanlara göre daha yüksek olduğu ve gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunduğu belirtilmiştir.[137] Benzer şekilde Pamuk ve arkadaşlarının 2021 yılında yaptığı çalışmada tedavi yoluyla gebelik elde eden, ilk gebeliği olan ve plansız gebeliği olan katılımcıların cinselliğe ilişkin daha olumsuz tutumlar sergilediği ve gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunduğu belirtilmiştir.[138] Alan Dikmen ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada istemli gebeliği olanların kaygı alt boyut puanlarının istemeyerek gebe olanlara göre daha yüksek olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunduğu belirtilmiştir.[142] Bu bulgular gebeliğin planlı olup olmaması, tedavi ile gerçekleşip gerçekleşmemesi ve gebelik sayısının cinselliğe yönelik tutumları etkileyebildiğini, ancak farklı çalışmaların sonuçlarıyla tam olarak örtüşmediğini göstermektedir. Dolayısıyla bu değişkenlerin gebelikte cinselliğe yönelik tutumun daha geniş örneklemli çalışmalarla incelenmesi gerektiği söylenebilir.

5.5. Çalışmanın Kısıtlılıkları ve Güçlü Yönleri

Her araştırmada olduğu gibi bu çalışmanın da bazı kısıtlılıkları ve güçlü yönleri bulunmaktadır. Bu nedenle sonuçların aşağıda sunulan kısıtlılıklar ve güçlü yönler ışığında değerlendirilmesi uygundur.

Çalışma evreni, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği EASM'ye kayıtlı gebelerden oluştuğu için bulguların tüm gebeler için genellenmesi bilimsel olarak uygun değildir. Ayrıca, araştırma verileri yüz yüze görüşme yöntemiyle yapılmasından kaynaklı olarak verilerin güvenilirliği görüşmecilerin verdiği bilgiler ile sınırlıdır. Çalışma kesitsel nitelikte olduğundan neden sonuç ilişkisi kurulamaz ve yalnızca mevcut duruma dair bir değerlendirme yapılabilir.

Yaptığımız çalışma, ulaşılabilen literatüre göre ülkemizde birinci basamakta gebelerde cinsel sağlık durumlarının ve E/D gereksinimlerinin değerlendirildiği sayılı çalışmalardandır. Ayrıca geçerliliği ve güvenilirliği kanıtlanmış bir ölçeğin kullanılmış olması, sonuçların güvenilirliğini artırmış ve literatüre katkı sağlayacak nitelikte veriler elde edilmesine imkân vermiştir. Çalışmanın gebelikte cinsel yaşama yönelik bilgi, tutum

ve E/D gereksinimlerini ele alması, aile hekimleri açısından E/D hizmetleri ve gebe izlem polikliniğinin yakın takip ve değerlendirmelerine yol gösterecek önemli veriler sunmaktadır.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Çukurova Üniversitesi EASM'ye kayıtlı gebelerin cinsel sağlık durumlarının ve E/D gereksinimlerinin değerlendirildiği bu çalışmaya yaş ortalaması 28,9±4,6 (18-39) yıl olan 130 gebe katılmıştır.

Katılımcıların %6,2'sinin gebe kalmadan önce, %15,4'ünün ise gebelik sürecinde cinsel sağlık sorunu yaşadığı, %39,2'sinin şimdiki gebeliklerinde aile hekimi veya kadın doğum hekimlerinin cinsel yaşamları hakkında soru sorduğu ve öneride bulunduğu görülmüştür. Katılımcıların %17,5'inde riskli durum gerekçesiyle gebelikte cinsel birleşmenin yasaklandığı görülmüştür. Katılımcıların %50,8'inin gebelerde cinsel yaşam konusunda orta düzeyde bilgi sahibi olduğu ve %32'sinin bu bilgilere kadın doğum hekimi aracılığıyla ulaştığı görülmüştür. Katılımcıların %46,2'si aile hekimi veya hemşiresinden gebelerde cinsel yaşam konusunda E/D almak istemişlerdir.

Katılımcıların GCKTÖ toplam puan ortalamasının 124,77±18,31 olduğu ve ölçek kesme değerine göre gruplandırıldığında %75,4'ünün olumlu tutuma sahip olduğu saptanmıştır. Kaygı, inanç ve değerler, onaylama alt boyut puan ortalamaları ise sırasıyla 33,60±6,71, 42,00±6,15 ve 49,10±9,18'dir.

Katılımcıların yaş, eş yaşı, evlilik süresi, gebelik haftası ile GCKTÖ toplam, kaygı, inanç ve değerler, onaylama alt boyut puanları arasında anlamlı bir korelasyon saptanmamıştır.

Katılımcıların evlilik yaşları ile GCKTÖ toplam ölçek ($r=0,182$; $p=0,038$) ve onaylama ($r=0,225$, $p=0,010$) alt boyutu puanları arasında; ilk gebelik yaşı ile onaylama ($r=0,215$; $p=0,014$) alt boyutu puanları arasında pozitif yönde zayıf ilişki olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların eğitim düzeyine göre ilkokul ve lise mezunu olanların toplam ölçek puanı ($p<0,001$), kaygı alt boyut puanı ($p=0,006$), inanç ve değerler alt boyut puanı ($p<0,001$) ve onaylama alt boyut puanı ($p<0,001$) lisans ve yüksek lisans mezunu olanlara göre daha düşük ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Katılımcıların eşlerinin eğitim düzeyine göre ortaokul mezunu olanların inanç ve değerler alt boyut puanının yüksek lisans mezunu olanların inanç ve değerler alt boyut puanından düşük ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0,045$).

Katılımcıların gelir düzeyi, aile tipi, gebelik sayısı, düşük durumu, küretaj durumu, riskli gebelik durumu, yaşayan çocuk sayısı, gebelik haftası durumu, gebelikte aile hekimine ve kadın doğum hekimine gitme sayısına göre toplam ölçek ve alt boyut puanları incelendiğinde gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Katılımcıların gebelikte cinsel yaşam konusunda aile hekimi veya hemşiresinden E/D almak isteyen katılımcıların toplam ölçek puanı danışmanlık almak istemeyenlere göre yüksek ve istatiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,013$).

6.2. Öneriler

Çalışmamızda eğitim düzeyi düşük, evlilik yaşı ve ilk gebelik yaşı küçük gebelerde ölçek puanlarının anlamlı derecede düşük bulunması, bu grubun cinsel sağlık ve gebelik dönemine ilişkin bilgi, tutum ve davranış açısından daha fazla desteğe ihtiyaç duyduğunu göstermektedir. Bu nedenle, özellikle ilkokul ve lise mezunlarına yönelik yapılandırılmış eğitim programları hazırlanabilir ve uygulanabilir. Cinsel sağlık eğitimlerinin içerikleri, gebelerin yaş ve eğitim düzeyine göre uyarlanıp; görsel materyaller, basit ve anlaşılır dil kullanımı, grup eğitimleri ve bireysel danışmanlık yöntemleri bir arada uygulanabilir.

Cinselliğin sağlık bakımının önemli bir parçası olduğu düşünüldüğünde, aile sağlığı merkezlerinde görev yapan hekim ve hemşirelerin, gebelerin cinsel sağlık konusunda bilgi ve tutumlarına yönelik E/D hizmetlerini sistematik şekilde gebe izlemlerinde sunmaları önerilebilir. Gebelerin gebelik sürecinde bilgiye erişimini kolaylaştırmak için mobil uygulamalar, rehber kitapçıklar ve çevrimiçi eğitim modülleri geliştirilebilir.

Gelecek araştırmalar için, daha geniş örneklemlerle ve farklı bölgelerde yapılacak çalışmaların sonuçların genellenebilirliğini artıracağı düşünülmektedir. Ayrıca, nitel araştırma yöntemleri kullanılarak gebelerin cinsel sağlık deneyimlerinin, inançlarının ve değerlerinin daha derinlemesine incelenmesi önerilmektedir. Partnerlerin de dahil edildiği çift odaklı çalışmaların yürütülmesi, cinsel sağlık ve yaşamla ilgili tutumların daha bütüncül bir şekilde anlaşılmasına katkıda bulunabilir.

KAYNAKLAR

1. **Bozdemir N, Özcan S.** Cinselliğe ve cinsel sağlığa genel bakış. *Turkish journal of family medicine and primary care*, **2011;** 5(4).

2. **Nakić Radoš S, Soljačić Vraneš H, Šunjić M.** Sexuality during pregnancy: what is important for sexual satisfaction in expectant fathers? *J Sex Marital Ther,* **2015;** 41:282-293.

3. **Öcalan D, Toker S, Doğan EK, Alparslan Ö.** Is there a relationship between pregnant women's sexual attitudes and body image? *Afr J Reprod Health,* **2024;** 28:56-67.

4. **Chang SR, Chen KH, Lin HH, Yu HJ.** Comparison of overall sexual function, sexual intercourse/activity, sexual satisfaction, and sexual desire during the three trimesters of pregnancy and assessment of their determinants. *Journal of Sexual Medicine,* **2011;** 8:2859-2867.

5. **Kračun I, Tul N, Blickstein I, Velikonja VG.** Quantitative and qualitative assessment of maternal sexuality during pregnancy. *J Perinat Med,* **2019;** 47:335-340.

6. **Grussu P, Vicini B, Quatraro RM.** Sexuality in the perinatal period: A systematic review of reviews and recommendations for practice. *Sexual and Reproductive Healthcare,* **2021;** 30.

7. **Ertem G, Sevi Ü.** Gebeliğin Cinselliğe Etkisi The Effect of Pregnancy Over Sexuality, *Dirim Tıp Gazetesi,* **2009;** 40-47.

8. **Kılıç M.** Multiple analyses of the factors affecting the utilization of antenatal care: a middle anatolia sample doğum öncesi bakım almayı etkileyen faktörlerin çoklu analizi: bir iç anadolu örneği, *J Clin Anal Med,* **2014;** 5(6): 498-502.

9. **Başar F, Çiçek S.** Annelerin Yeterli Prenatal Bakım Alma Durumları ve Etkileyen Faktörler. *OPUS Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi,* **2018;** 9(16):2574-2596

10. **Oyelowo T.** Pregnancy. *Mosby's Guide to Women's Health,* **2007;** 180-200.

11. **Döner Güner P, Bölükbaşı H, Tezcan E, Gözükara İ, Hakverdi AU, Özer C.** Factors Associated with Pregnancy and Maternity Adjustment of Pregnant Women in the Prenatal Period. *Kafkas Journal of Medical Sciences,* **2021;** 11(1):45-51.

12. **Shagana JA, Dhanraj M, Jain A, Nirosa T.** Physiological changes in pregnancy. *Drug Invention Today,* **2018;** 10:1594-1597.

13. **Coşar Çetin F, Demirci N, Yeşilçiçek Çalık K, Çil Akıncı A.** Gebelikte olağan fiziksel yakınmalar. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni,* **2017;** 48:135-141.

14. **Colamatteo A, Fusco C, Micillo T, D'Hooghe T, de Candia P, Alviggi C, Longobardi S, Matarese G.** Immunobiology of pregnancy: from basic science to translational medicine. *Trends Mol Med.* **2023;** 29(9):711-725.

15. **Pillay PS, Catherina NP, Tolppanen H, Mebazaa A, Tolppanen H, Mebazaa A.** Physiological changes in pregnancy, *Cardiovasc J Afr,* **2016;** 27(2):89-94.

16. **Nalbant S.** Gebelikte gelişen fizyolojik değişiklikler, Onuncu Ulusal İç Hastalıkları Kongresi, **2022;** 39-40.

17. **Yulianti R, Harja ENP, Sah A, Azachra AC, Merlinda E, Fadia P, Wahyuni RT, Dewi VF.** The effect of hormones on physiological and psychological adaptations during pregnancy, *Journal for Quality in Women's Health,* **2023;** 6(2):100-112.

18. **Özer Kaya D.** Editörden, *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi,* **2021;** 6(1):1-3.

19. **Bülbül M, Kaplanoğlu M, Arslan Yıldırım E, Yılmaz B.** Hiperemezis Gravidarum. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi,* **2017;** 26:269-269.

20. **Özşahin Z, Erdemoğlu Ç, Karakayalı Ç.** Psychosocial Health Level and Related Factors in Pregnancy. *The Journal of Turkish Family Physician,* **2018;** 9:34-46.

21. **Nulufer Erbil RN, Ozlem Akin RN.** The Effect of Perceived Social Support on Pregnancy Stress: A Descriptive and Cross-Sectional Study. *International Journal of Caring Sciences*, **2024;** 17(1):426-437.

22. **Korukcu O, Deliktas A, Aydin R, Kabukcuoglu K.** Investigation of the Relationship Between the Psychosocial Health Status and Fear of Childbirth in Healthy Pregnancies. *Clinical and Experimental Health Sciences,* **2017; 7**:152-158.

23. **İşcan G, İşcan SC, Koç EM, Karçaaltıncaba D.** Sosyodemografik ve obstetrik özelliklerin gebelik depresyonuna etkisi. *SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi,* **2018;** 25:429-435.

24. **Uçtu AK, Bekmezci H, Özerdoğan N.** Gebelikte Cinsellik Sexuality During Pregnancy. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi Derleme GUSBD,* **2017;** 6.

25. **Taylor TF.** The origins of human sexual culture: Sex, gender and social control. *Journal of Psychology and Human Sexuality,* **2006;** 18:69-105.

26. **Bilgin Z, Kömürcü N.** Kadın cinselliği ve kanıt temelli yaklaşımlar. *Androloji Bülteni*, **2016;** 18(64):48-55.

27. **Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği.** Kadın Cinselliği, Bilgilendirme Dosyası-5. **2007;** 29.

28. **Nusbaum M, Rosenfeld JA.** *Sexual Health across the Lifecycle : A Practical Guide for Clinicians*. Cambridge University Press, **2004**.

29. **Sağlık Bakanlığı.** Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı, Ankara No: 1: B, Üreme Sağlığına Giriş Katılımcı Rehberi. *Ankara TC Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Basımevi,* **2009**.

30. **Güler A.** *Yaşam boyu cinsellik,* Akademisyen Online, **2019:**729-734.

31. **Tepeler A, Yaşar H, Özkan L.** Kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluklarına güncel yaklaşım, Journal of Clinical and Experimental Investigations, **2010;** 1(3):235-240.

32. **İncesu C.** Dsm-5 ve Cinsel İşlev Bozuklukları. *Noro Psikiyatr Ars,* **2011;** 48:1-1.

33. **Büyükkayacı Duman N, Koçak YD, Yilmazel G.** *Kadınlarda Cinsel İşlev Bozukları ve Hemşirelik Yaklaşımı*. https://www.researchgate.net/publication/338885381, **2015**.

34. **Akbulut F.** *Kadınlarda Cinsel Fonksiyon Bozukluklarının Sınıflaması ve Tedavisi*. https://www.researchgate.net/publication/285895025, **2015**.

35. **Cantarino SG, Pinto JMM, Fabiao JAS, Garcia AMC, Abellan MV, Rodrigues MA.** The importance of religiosity/spirituality in the sexuality of pregnant and postpartum women. *PLoS ONE*, **2016;** 11.

36. **Khoddam S, Lotfi R, Kabir K, Merghati-Khoei E.** The effect of a tele-educational intervention on modifying dysfunctional sexual beliefs of pregnant women: a randomized controlled trial. *BMC pregnancy and childbirth*, **2022;** 22(1):495.

37. **Arıca SG, Alkan S, Bali Y, Mansuroğlu YE, Özer C.** Gebeliğin cinsel yaşam üzerine etkileri, *Turkish Family Physician,* **2014;** 2(3):19-25.

38. **Gökyildiz Ş, Beji NK.** The effects of pregnancy on sexual life. *J Sex Marital Ther,* **2005;** 31:201-215.

39. **Fok WY, Chan LYS, Yuen PM.** Sexual behavior and activity in Chinese pregnant women. *Acta Obstet Gynecol Scand,* **2005;** 84:934-938.

40. **Gumusay M, Erbil N, Demirbag BC.** Investigation of sexual function and body image of pregnant women and sexual function of their partners. *Sexual and Relationship Therapy*, **2021;** 36(2):296-310.

41. **Von Sydow K.** Sexuality during pregnancy and after childbirth: A metacontent analysis of 59 studies. *J Psychosom Res,* **1999;** 47:27-49.

42. **Güney E, Bal Z.** Gebelerin, cinsel yaşam ve cinselliğe karşı tutumlarının değerlendirilmesi. *Androloji Bülteni,* **2023;** 25(1).

43. **Jawed-Wessel S, Sevick E.** The impact of pregnancy and childbirth on sexual behaviors: A systematic review. *The Journal of Sex Research*, **2017;** 54(4):411-423.

44. **Karabulutlu Ö.** Effects of Pregnancy on Women Sexualty. *Kafkas Journal of Medical Sciences* **2018;** 8:124-132.

45. **Saltukoğlu G, Bulut B.** Kadınlarda cinsel işlev bozukluğunun tedavisinde mindfulness temelli terapilerin kullanımının etkinliği, Tıpta Uzmanlık Tezi, 2021.

46. **Efe H, Bozkurt M, Şahin L, Mutlu MF, Api M, Çetin A.** The effects of pregnancy on the sexual life of Turkish women. *Proceedings in Obstetrics and Gynecology,* **2014;** 4(1):1-11.

47. **Okobi OE.** A systemic review on the association between infertility and sexual dysfunction among women utilizing female sexual function index as a measuring tool. *Cureus*, **2021;** 13(6).

48. **Hatice Y.** Sexuality During and After Pregnancy. *Post-maternity Body Changes: Obstetric Fundamentals and Surgical Reshaping,* **2023;** 63:99-122.

49. **Uçtu AK, Bekmezci H, Özerdoğan N.** *Gebelikte Cinsellik Sexuality During Pregnancy*. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi Derleme GUSBD*, **2017;** 6.

50. **Eserdağ S, Yücedağ M, Anğın AD, Yılmaz Ö, Ertekin LT, Anğın P.** Sexual life changes in pregnant women during COVID-19 outbreak. *Journal of Surgery and Medicine*, **2021;** 5(6):597-601.

51. **Orji EO, Ogunlola IO, Fasubaa OB.** Sexuality among pregnant women in South West Nigeria. *J Obstet Gynaecol,* **2002;** 22:166-168.

52. **Ertem G, Sevil Ü.** Gebeliğin cinselliğe etkisi. *Dirim*, **2010;** 2(7):40-47.

53. **Basson R.** Sexual Desire and Arousal Disorders in Women. *New England Journal of Medicine,* **2006;** 354:1497-1506.

54. **Uncu Y.** Gebelik ve Cinsel Yaşam. *Türkiye Klinikleri Aile Hekimliği - Özel Konular,* **2014;** 5:134-137.

55. **Kahraman A, Aytekin MŞ, Öcalan D.** Gebelikte yaşanan cinsel sorunlar ve güncel ebelik yaklaşımı, *Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*, **2022;** 4(2):147-155.

56. **Gałązka 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(2), 445-454.

57. **De Judicibus MA, McCabe MP.** Psychological factors and the sexuality of pregnant and postpartum women. *J Sex Res,* **2002;** 39:94-103.

58. **Finlayson K, Crossland N, Bonet M, Downe S.** What matters to women in the postnatal period: A meta-synthesis of qualitative studies. *PloS one*, **2020;** 15(4):231415.

59. **Kök G, Güvenç G, Erdoğan EN, Pardes BB, Kadayıfçı GNY, Karaşahin KE.** Gebelerin Prenatal Dönemde Cinselliğe Yönelik Tutumlarının Belirlenmesi. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, **2025;** 10(3):407-412.

60. **Kaur RP, Gupta V, Christopher AF, Bansal P.** Potential pathways of pesticide action on erectile function-a contributory factor in male infertility. *Asian Pacific Journal of Reproduction*, **2015;** 4(4): 322-330.

61. **Fernández-Carrasco FJ, Diaz-Soria A, Armenta-Calvo N, Valls-Ferrer V.** Influence of Pregnancy on Sexual Desire in Pregnant Women and Their Partners: Systematic Review. *Public Health Rev,* **2023;** 44:1606308.

62. **Gałązka I, Drosdzol-Cop A, Naworska B, Czajkowska M, Skrzypulec-Plinta V.** Changes in the Sexual Function During Pregnancy. *J Sex Med,* **2015;** 12:445-454.

63. **Korukcu O, Deliktas A, Aydin R, Kabukcuoglu K.** Investigation of the Relationship Between the Psychosocial Health Status and Fear of Childbirth in Healthy Pregnancies. *Clinical and Experimental Health Sciences,* **2017;** 7:152-158.

64. **Dağlar G, Nur N, Bilgiç D, Kadıoğlu M.** Gebelikte duygulanim bozukluğu. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, **2015;** 2(1):27-40.

65. **Alder J, Fink N, Bitzer J, Hösli I, Holzgreve W.** Depression and anxiety during pregnancy: A risk factor for obstetric, fetal and neonatal outcome? A critical review of the literature. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine,* **2007;** 20:189-209.

66. **Genesoni L, Tallandini MA.** Men's psychological transition to fatherhood: An analysis of the literature, 1989-2008. *Birth,* **2009;** 36:305-318.

67. **Siegel MJ.** Measuring the effect of husband's health on wife's labor supply. *Health Econ,* **2006;** 15:579-601.

68. **Dagla C, Antoniou E, Sarantaki A, Iliadou M, Mrvolkjak I, Andersson E, Dagla M.** The Effect of Antenatal Education on Expectant Fathers' Attitudes toward Breastfeeding and Attachment to the Fetus. *Nurs Rep,* **2023;** 13:243.

69. **Corbacioglu Esmer A, Akca A, Akbayir O, Goksedef BPC, Bakir VL.** Female sexual function and associated factors during pregnancy. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, **2013;** 39(6):1165-1172.

70. **Lemay CA, Cashman SB, Elfenbein DS, Felice ME.** A qualitative study of the meaning of fatherhood among young urban fathers. *Public Health Nurs,* **2010;** 27:221-231.

71. **Şentürk Erenel A, Pelit Aksu S, Koç G.** Gebeliğin kadınların cinsel fonksiyonu üzerine etkisi. *Gazi Sağlık Bilimleri Dergisi,* **2022**; 47-56.

72. **Basson R.** To cite this article: Rosemary Basson (2001) Human Sex-Response Cycles. *Journal of Sex &Marital Therapy,* **2011;** 27:33-43.

73. **Jamali S, Mosalanejad L.** Sexual dysfnction in Iranian pregnant women. *Iran J Reprod Med,* **2013;** 11:479.

74. **Van Den Bergh B, Simons A.** A review of scales to measure the mother-foetus relationship, *Journal of Reproductive and Infant Psychology,* **2009;** 27(2):114-126.

75. **Daud S, Zahid AZM, Mohamad M, Abdullah B, Mohamad NAN.** Prevalence of sexual dysfunction in pregnancy. *Arch Gynecol Obstet,* **2019;** 300;1279-1285.

76. **Yılmaz Sezer N.** Gebelikte cinselliğe karşı tutum ölçeğinin geliştirilmesi, Gazi Üniversitesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara, **2018**.

77. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. Current Approaches in Psychiatry. www.cappsy.org.

78. **DeLamater J, Friedrich WN.** Human sexual development. *Journal of Sex Research*, **2002;** 39:10-14.

79. Çocuk yaşta evlilik - UNICEF VERİLERİ. https://data.unicef.org/topic/child-protection/child-marriage/.

80. **Ahuja A, Duggal M, Liu JY, Sharma P, Basavarajappa DH, Bagga R, et al.** A qualitative study to understand sociocultural beliefs around perinatal and neonatal health in rural areas of Mohali, Punjab, India. *Front Glob Womens Health,* **2023;** 30(4).

81. **Bawadi H, Al-Hamdan ZM, Farhat E, Aldasoqi KY, Alhammdan M, et al.** The Rights of Unborn and Newborn Babies in Jordanian Arab Culture: Implications for Practice. *Open Nurs J* **2022;** 16.

82. **Sular ME.** Zerdüştîlerin kutsal kitabı avesta bağlamında meşru ve gayri meşru cinsel ilişkiler. *Dicle Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi,* **2023;** 40-60.

83. Bridging the silence: The importance of sex education in Haitian culture - The Haitian Times. https://haitiantimes.com/2024/04/23/sex-education-haitian-families-talk/?utm_source=chatgpt.com.

84. **Duman ME.** Babaların Gebelik Dönemine ve Doğum Sürecine Katılımı Üzerine Bir Derleme. *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi,* **2024;** 508-539.

85. **Aksay Y, Beyazıd Gülhan Y, Saygin N, Körükcü Ö.** Gebelerin Psikososyal Sağlıkları Doğum Tercihini Etkiler mi? Is There any Effect of Psychosocial Health of Pregnant Women on Birth Preference. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi Araştırma Makalesi GUSBD,* 2017; 6:138-145.

86. **Çelik AS, Atasever İ.** Gebelerde algılanan stres düzeylerinin ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi,* **2020;** 23:267-276.

87. **Conger RD, Conger KJ, Martin MJ.** Socioeconomic Status, Family Processes, and Individual Development. *J Marriage Fam,* **2010;** 72:685.

88. **Çankaya S, Dereli Yılmaz S.** Gebelikte görülen genital enfeksiyonların kadın sağlığı açısından önemi, *Maltepe Tıp Dergisi,* **2012;** 4(4):12-13.

89. **Donders G, Bellen G, Ausma J, Verguts L, Vaneldere J, Hinoul P, et al.** The effect of antifungal treatment on the vaginal flora of women with vulvo-vaginal yeast infection with or without bacterial vaginosis. *European Journal of Clinical Microbiology and Infectious Diseases* **2011;** 30:59-63.

90. **Sağlık Bakanlığı.** Acil obstetrik bakım yönetim rehberi, Ankara, 2022.

91. **Tuddenham S, Hamill MM, Ghanem KG.** Diagnosis and Treatment of Sexually Transmitted Infections: A Review. *JAMA,* **2022;** 327:161-172.

92. **Dinç A.** Gebelik, Doğum ve Doğum Sonrası Dönemlerde Üriner İnkontinans ve Korunma Yolları. *Florence Nightingale J Nurs,* **2014;** 16:143-149.

93. **Wesnes SL, Rortveit G, Bø K, Hunskaar S.** Urinary incontinence during pregnancy. *Obstetrics and Gynecology,* **2007;** 109:922-928.

94. **Lohsiriwat V.** Hemorrhoids: From basic pathophysiology to clinical management. *World Journal of Gastroenterology : WJG,* **2012;** 18:2009.

95. **Staroselsky A, Nava-Ocampo AA, Vohra S, Koren G.** Hemorrhoids in pregnancy. *Canadian Family Physician,* **2008;** 54:189.

96. **Togo A, Kante L, Poudiougo A, Traore A, Bocoum A, Traore Y, Konate M, et al.** Anal disorders in pregnant and postpartum women: epidemiological, diagnostic and therapeutic aspects in 10 maternities of Bamako in Mali. *Pan African Medical Journal,* **2024;** 14:47-66.

97. **Basson R.** Human sex-response cycles. *J Sex Marital Ther,* **2001;** 27:33-43.

98. **Basson R, Brotto LA, Laan E, Redmond G, Utian WH.** Assessment and management of women's sexual dysfunctions: Problematic desire and arousal. *Journal of Sexual Medicine,* **2005;** 2:291-300.

99. **Stenson AL.** Vulvodynia: Diagnosis and Management. *Obstet Gynecol Clin North Am,* **2017;** 44:493-508.

100. **Tayyeb M, Gupta V.** Dyspareunia. *StatPearls* https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK562159/ **2023**.

101. **Urinary Incontinence in Women, ACOG.** https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/practice-bulletin/articles/2015/11/urinary-incontinence-in-women.

102. **Brotto L, Atallah S, Johnson-Agbakwu C, Rosenbaum T, Abdo C, Byers ES, Graham C, et al.** Psychological and Interpersonal Dimensions of Sexual Function and Dysfunction. *Journal of Sexual Medicine,* **2016;** 13:538-571.

103. **FitzGerald MP, Graziano S.** Anatomic and Functional Changes of the Lower Urinary Tract During Pregnancy. *Urologic Clinics of North America,* **2007;** 34:7-12.

104. **Serçekuş P, Vardar O, Özkan S.** Fear of childbirth among pregnant women and their partners in Turkey. *Sexual and Reproductive Healthcare,* **2020;** 24.

105. **Mirzaei N, Jahanian Sadatmahalleh S, Bahri Khomami M, Moini A, Kazemnejad A.** Sexual function, mental health, and quality of life under strain of COVID-19 pandemic in Iranian pregnant and lactating women: a comparative cross-sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes*, **2021;** 19(1):66.

106. **Black A, Guilbert E, Costescu D, Wagner MS, Whelan AM.** Canadian Contraception Consensus (Part 2 of 4). *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada,* **2015;** 37:1033-1035.

107. **Keskin İ, Yeşilyurt İ, Tekin AB.** The Impact of Physical Activity Level and Sexual Activity During Pregnancy on Labor. *Kafkas Tıp Bilimleri Dergisi,* **2024;** 14:196-201.

108. **Bartellas E, Crane JMG, Daley M, Bennett KA, Hutchens D.** Sexuality and sexual activity in pregnancy. *BJOG,* **2000;** 107:964-968.

109. **Yo Y, Kawasaki K, Moriuchi K, Shiro R, Shimaoka M, Matsumura N.** The effect of sexual intercourse during pregnancy on preterm birth: prospective single-center cohort study in Japan. In *Healthcare,* **2023;** 11(11):1657.

110. **MacPhedran SE.** Sexual activity recommendations in high-risk pregnancies: what is the evidence?. *Sexual medicine reviews*, **2018;** 6(3):343-357.

111. **Committee on Practice Bulletins-Obstetrics, The American College of & Obstetricians.** Practice bulletin no. 130: prediction and prevention of preterm birth. *Obstetrics and gynecology* **2012;** 120:964-973.

112. **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. *Arch Gynecol Obstet,* **2013;** 288:785-792.

113. **Zlatkin R, Rosen H.** Sex in the Second and Third Trimesters. *Sex and Pregnancy: From Evidence-Based Medicine to Dr Google*, **2022;** 77.

114. **Burton GJ, Jauniaux E.** Pathophysiology of placental-derived fetal growth restriction. *Am J Obstet Gynecol,* **2018;** 218:745-761.

115. **Khashan AS, Mortensen PB, McNamee R, Baker PN, Abel KM.** Sex ratio at birth following prenatal maternal exposure to severe life events: A population-based cohort study. *Human Reproduction,* **2009;** 24:1754-1757.

116. **Wolman I.** Berek and Novak's Gynecology, 15th Edition: Lippincott Williams and Wilkins, **2012:**1560.

117. **Bhat GS, Shastry A.** Sexually Induced Orgasm to Improve Postpartum Pelvic Floor Muscle Strength and Sexual Function in Primiparous Women After Vaginal Delivery: A Prospective Randomized Two-Arm Study. *Journal of Sexual Medicine,* **2022;** 19:1634-1643.

118. **Carbone L, De Vivo V, Saccone G, D'Antonio F, Mercorio A, Raffone A, Arduino B, et al.** Sexual Intercourse for Induction of Spontaneous Onset of Labor: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Journal of Sexual Medicine,* **2019;** 16:1787-1795.

119. **Kavanagh J, Kelly AJ, Thomas J.** Sexual intercourse for cervical ripening and induction of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews,* **2001**.

120. **de Vaan MDT, Eikelder MlT, Jozwiak M, Palmer KR, Davies-Tuck M, et al.** Mechanical methods for induction of labour. *Cochrane Database Syst Rev,* **2019**.

121. **Çoban A.** Birinci basamakta gebe takibi. *Aile Hekimliğinde*, **2024:**37.

122. **Khosla R, Say L, Temmerman M.** Sexual health, human rights, and the law, **2015;** 22:725-726.

123. **Sağlık Bakanlığı.** Doğum öncesi bakım yönetim rehberi, Ankara, **2018**.

124. **Türkiye Halk Sağlığı Kurumu.** Gebe Bilgilendirme Sınıfı Eğitim Kitabı, Ankara, **2014**.

125. **Efe H.** Sağlık Bakanlığı Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği Gebeliğin Kadın Cinselliği Üzerindeki Etkileri, Haseki Üniversitesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul, **2006**.

126. **Yangin HB, Eroğlu K.** Investigation of the sexual behavior of pregnant women residing in squatter neighborhoods in Southwestern Turkey: A qualitative study. *J Sex Marital Ther,* **2011;** 37:190-205.

127. **Khalesi ZB, Bokaie M, Attari SM.** Effect of pregnancy on sexual function of couples. *Afr Health Sci,* **2018;** 18:227.

128. **Bilge Ç, Mecdi Kaydırak M, Öner Ö, Balkaya NA.** Gebelikte cinsel işlev ve cinsel memnuniyetin Değerlendirilmesi, **2021;** 9:684-693.

129. **Zahumensky J, Zverina J, Sottner O, Zmrhalova B, Driak D, Brtnicka H, Dvorska M, et al.** Comparison of labor course and women's sexuality in planned and unplanned pregnancy, *J Psychosom Obstet Gynaecol,* **2008;** 29(3):157-63.

130. **Yeniel AO, Petri E.** Pregnancy, childbirth, and sexual function: Perceptions and facts. *International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction,* **2014;** 25:5-14.

131. **Mansur Oche O, Abdullahi Z, Tunau K, Ango JT, Yahaya M, et al.** Sexual activities of pregnant women attending antenatal clinic of a tertiary hospital in North-West Nigeria. *Pan African Medical Journal,* **2020;** 37:140.

132. **Özçoban FA, Dilcen HY.** The Effect of Pregnancy Process on Marital Adjustment and Sexuality Gebelik Sürecinin Evlilik Uyumuna ve Cinselliğe Etkisi. *Turkish Journal of Familiy Medicine and Primary Care,* TJFMPC, **2022;** 16(4).

133. **Topatan S, Koç E.** Gebelik Döneminde Yaşanan Kadın Cinsel Sıkıntı Durumu ve İlişkili Faktörler, *F.Ü. Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi,* **2020;** 34(1):13-19.

134. **Liu HL, Hsu P, Chen KH.** Sexual Activity during Pregnancy in Taiwan: A Qualitative Study. *Sex Med,* **2013;** 1:54-61.

135. **Yuvarlan E, Beydağ DK.** Gebelerin gebelikte cinselliğe karşı tutumu ve etkileyern faktörler, *Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi,* **2024;** 6(1): 21-31.

136. **Altinayak SÖ, Hür S, Yurtçiçek Eren S, Arslan B, Artan M.** Araştırma Makalesi/Research Article Evaluation of Pregnant Women's Attitudes Towards Sexuality. *Journal of Women's Health Nursing (JOWHEN)* **2024;** 138-149.

137. **Altınayak SÖ, Özkan H.** Gebelerde Cinsel Sağlık Okuryazarlığının Cinsellik Tutumları ile İlişkisi. *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi*, **2024;** 14(3):605-615.

138. **Pamuk T.** Gebelerin Cinselliğe Karşı Tutumunun Cinsel İşleve Etkisi. http://earsiv.odu.edu.tr:8080/xmlui/handle/11489/239, **2021**.

139. **Dağlı E, Reyhan FA.** Cinsel sağlık eğitiminin sağlık ile ilgili farklı bölümlerde öğrenim gören öğrencilerin gebelikte cinsel mitlerine etkisi. *YOBÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, **2022;** 3(2):66-75.

140. **Sadi ZB, Aksu H.** Gebelikte eşlerin cinsel yaşami ve etkileyen etmenlerin incelenmesi. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, **2016;** *19*(2).

141. **Costa Ribeiro M, Scanaviono MT, Amaral MLS, Horta ALM, Torloni MR.** Beliefs About Sexual Activity During Pregnancy: A Systematic Review of the Literature. *J Sex Marital Ther,* **2017;** 43: 822-832.

142. **Alan Dikmen H, Gönenç İM, Özaydın T.** Sexuality during pregnancy: attitudes, self-efficacy and self-consciousness. *Women Health,* **2023;** 63:518-530.

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

EKLER

EK-1

Aydınlatılmış Onam Formu

Bu çalışma gebelerin cinsel sağlık durumlarının ve danışmanlık gereksinimlerinin değerlendirilmesine yönelik uzmanlık tezimle ilgilidir**.** Bu çalışmaya katılımınız gönüllülük esasına dayanmaktadır. Araştırmaya katılmayı kabul etmeniz durumunda ekteki anketi doldurmanız istenmektedir. Çalışma karşılığı bir ödeme yapılmayacaktır ve sizden herhangi bir ücret alınmayacaktır. Çalışmaya katılmak istemezseniz bu durum kurumdan aldığınız hizmeti, tanı ve tedavi süreçlerinizi kesinlikle etkilemeyecektir. Gönüllü olarak katılacağınız bu çalışmadan istediğiniz zaman gerekçeli ya da gerekçesiz ayrılabilirsiniz. Vermiş olduğunuz bilgiler yalnızca bilimsel araştırma amacıyla kullanılacak ve gizli tutulacaktır. Çalışma ile ilgili anketleri doldururken sorunuz olursa bilgi/yardım talep edebilirsiniz. Yardım ve katkılarınız için teşekkür ederiz.

Bilgilendirilmiş gönüllü olur formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen çalışmacı tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum. Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının adı, soyadı, imzası: Tarih:

Bu çalışma ile ilgili bilgileri katılımcıya açıkladım ve bilgilendirilmiş gönüllü olurunu aldım.

Araştırmacının adı, soyadı, imzası: Tarih:

EK-2

Anket Formu

1.a. Yaşınız kaçtır?	**1.b. Eşinizin yaşı kaçtır?**
2.a. Eğitim durumunuz nedir? 1)Okuryazar 2) İlkokul 3) Ortaokul 4) Lise 5)Ön lisans 6) Lisans 7) Yüksek lisans/Doktora	**2.b. Eşinizin eğitim durumu nedir?** 1)Okuryazar 2) İlkokul 3) Ortaokul 4) Lise 5)Ön lisans 6) Lisans 7) Yüksek lisans/Doktora
3.a. Çalışma durumunuz nedir? 1)Çalışıyor 2) Çalışmıyor	**3.b. Eşinizin çalışma durumu nedir?** 1)Çalışıyor 2) Çalışmıyor
4. Ailenizin gelir düzeyi nasıldır?	a) Gelirimiz giderimizden az b) Gelirimiz giderimize eşit c) Gelirimiz giderimizden fazla
5. Aile tipiniz nedir?	1)Çekirdek aile 2) Geniş aile
6. Evlenme yaşınız kaçtır?	……..
7. Evlilik süreniz ne kadardır?	……..
8. Geçmiş gebeliklerinizle ilgili sorular **a. Gebelik sayınız kaçtır?** …… **b.İlk gebelik yaşınız kaçtır?** ……. **c.Yaşayan çocuk sayınız kaçtır?**..... **d.Hiç düşük durumunuz oldu mu?** 1)Evet 2) Hayır **e.Hiç küretaj durumunuz oldu mu?** 1)Evet 2) Hayır **f. Hiç riskli gebelik durumunuz oldu mu?** 1)Evet 2) Hayır	
9. Şimdiki gebeliğinizle ilgili sorular **a.Şimdiki gebelik haftanız kaçtır?** ……. **b.Gebe kalma şekliniz nasıldır?** 1)Doğal 2)Tedavi ile **c. Gebeliğiniz planlı mıydı?** 1)Evet 2) Hayır **d. Kaç kez gebelik kontrolüne gittiniz?** 1)Aile Hekimliğine…..kez 2) Kadın-Doğuma……kez	
10. Şimdiki gebeliğinizde aile hekiminiz veya kadın hastalıkları-doğum hekiminiz size hiç cinsel yaşamınız hakkında soru sordu mu veya öneride bulundu mu?	1)Evet 2) Hayır
11. Şimdiki gebeliğinizle ilgili riskli bir durum olduğu gerekçesiyle hekiminiz tarafından cinsel birleşmenin yasaklandığı bir dönem oldu mu?	1)Evet 2) Hayır <u>Evet ise riskli</u> durum neydi?..... Hangi hafta-aylar arası yasaklandı?.....

12. Gebelikte cinsel yaşam konusundaki bilgi düzeyinizi nasıl tanımlarsınız?	1)Çok kötü 2) Kötü 3) Orta 4)İyi 5) Çok iyi
13. Gebelikte cinsel yaşam konusundaki bilgilere nereden ulaşırsınız? (Birden çok seçenek işaretlenebilir)	1)Broşür, kitap 2)İnternet 3)Tv programları 4)Aile/Arkadaş 5)Aile hekimi 6)Kadın-Doğum hekimi 7)Ebe/Hemşire 8)Diğer
14. Gebe kalmadan önceki dönemde cinsel sağlık sorununuz var mıydı?	1)Evet 2) Hayır
15. Gebelik sürecinde cinsel sağlığınızla ilgili bir sorun yaşadınız mı veya yaşıyor musunuz?	1)Evet 2) Hayır
16. Aile hekiminizin veya hemşirenizin gebelikte cinsel yaşam ve sorunlarınızla ilgili konularda eğitim/danışmanlık vermesini ister misiniz?	1)Evet 2) Hayır <u>Evet ise nasıl bir eğitim/danışmanlık tercih edersiniz?</u> 1.Broşür 2.Kitap önerisi 2.İnternet önerisi 3.Bireysel eğitim/danışmanlık 4.Grupla eğitim/danışmanlık

Gebelikte Cinselliğe Karşı Tutum Ölçeği

Lütfen her ifade için size en uygun seçeneği işaretleyiniz	**Hiç Katılmıyorum**	**Katılmıyorum**	**Orta Düzeyde Katılıyorum**	**Katılıyorum**	**Tamamen Katılıyorum**
1.Gebelikte cinsel yaşantının evliliğin devamı için gerekli olduğunu düşünürüm.					
2.Gebelikte cinsel birleşmeyi bebeğin hissetmeyeceğini düşünürüm.					
3.Gebelikte cinsel birleşmenin yasak olduğunu düşünürüm.					
4.Gebe iken eşimle cinsel birleşmeye girdiğimde suçluluk hissederim.					
5.Gebelikte cinsel birleşmeden korkmam.					
6.Sağlıklı bir gebelikte cinsel birleşmenin tehlikesiz olduğunu düşünürüm.					

7.Gebelikte cinsel birleşmenin kadında ağrıya neden olacağını düşünürüm.					
8.Gebelikte cinsel birleşmenin günah olduğunu düşünürüm					
9.Gebelikte cinsel yaşantının annelik ile bağdaşmadığını düşünürüm.					
10.Bebeğin hissedeceğini düşünerek gebelikte cinsel birleşmeden kaçınırım.					
11.Sağlıklı bir gebelikte cinsel birleşmeyi kısıtlamaya gerek olmadığını düşünürüm.					
12.Gebelikte cinsel yaşantının ahlaksızlık olduğunu düşünürüm.					
13. Gebelikte cinsellik ile ilgili konuların konuşulmasının bebeği rahatsız edeceğini düşünürüm.					
14.Gebelikte cinsel birleşmenin anneye zarar vermeyeceğini düşünürüm.					
15.Gebelikte cinsel birleşmeden mümkün olduğunca uzak dururum.					
16.Gebelikte cinsel birleşmenin bebeği kirlettiğini düşünürüm.					
17.Gebelik süresince cinsellik ile ilgili konuları konuşmaktan utanırım.					

Lütfen her ifade için size en uygun seçeneği işaretleyiniz	**Hiç Katılmıyorum**	**Katılmıyorum**	**Orta Düzeyde Katılıyorum**	**Katılıyorum**	**Tamamen Katılıyorum**
18.Gebelikte cinsel birleşmenin erken doğuma neden olacağını düşünürüm.					
19.Gebeliğin kadını kutsallaştırdığına inandığım için cinsel birleşmede bulunmaktan kaçınırım.					
20.Gebe kalma endişesi olmadığı için gebelikte cinsel birleşmeye daha rahat girerim.					
21.Gebelikte cinsel birleşmenin bebeğe zarar vermesinden korkmam.					
22.Gebelikte cinsel birleşmenin kanamaya neden olacağını düşünürüm.					
23.Gebelikte kendi kendine tatmin olmanın sakınca taşımadığını düşünürüm.					

24.Gebelikte cinsel yaşantının beni eşime yakınlaştırdığını hissederim.					
25.Gebelikte cinsel birleşme sırasında bebeğin rahatsız olacağını düşünürüm.					
26.Gebelikte cinsel birleşmenin enfeksiyona neden olacağını düşünürüm.					
27.Gebelikte kadın vücudunun cinsel birleşme için uygun olmadığını düşünürüm					
28.Gebelikte cinsel yaşantıdan uzak durmanın eşimle ilişkimizin bozulmasına neden olacağını düşünürüm.					
29.Gebelikte cinsel yakınlaşmada bulunduğumda bebeğimden utandığımı hissederim.					
30.Gebelikte cinsel birleşmenin düşüğe neden olacağını düşünürüm.					
31.Gebelikte öpme, sarılma, yakınlaşma gibi davranışlarla cinsel paylaşımımı sürdürürüm.					
32.Gebelikte cinsel yaşantıdan uzak durduğumda kendimi mutsuz hissederim.					
33.Gebelikte cinsel birleşmenin bebeğe zarar vermeyeceğini düşünürüm.					
34.Gebelikte cinsel yaşantının normal olduğunu düşünürüm.					