

Gebelik ve doğum sonrasında cinsel işlevlerde gözlenen değişiklikler: Önyargı mı? yoksa Gerçek mi?

Alterations in sexual functions during and after pregnancy: Prejudice? Or Real?

Fatma Beyazıt¹, Eren Pek², Başak Şahin³

¹Dr. Öğr. Üyesi, ²Uzm. Dr., Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Çanakkale, Türkiye

³Dr. Öğr. Üyesi, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Çanakkale, Türkiye

ÖZET

Kadındaki cinsel işlevler fiziksel, duygusal, sosyal ve psikolojik durumları içeren birçok değişkenin kompleks ve dinamik etkileşiminin bir sonucudur. Bununla birlikte cinsel işlevler her bireyin kişiliğinin önemli bir parçasıdır ve kişinin hayat kalitesini etkileyerek çiftlerin birbirleri ile olan etkileşimlerinde anahtar bir rol oynamaktadır. Kadın cinsel döngüsündeki işlev bozuklukları cinsel ilişki isteğinde, uyarılmada ve orgazmda azalmaya sebep olmaktadır. Gebeliğin insan fizyolojisi üzerinde birçok değişikliğe sebep olarak cinsel işlevler üzerinde belirgin etkileri olduğu bilinmektedir. Gebelikteki endokrin, biyolojik, psikosomatik ve sosyal faktörlerle birlikte anatomik değişiklikler ve değişik doğum şekilleri kadın cinsel işlevlerinde bozukluklara sebep olabilmektedir. Bu literatür derlemesi kadın cinsel işlevi ve işlev bozuklukları ile gebelikteki cinsel işlevleri inceleyen makalelerin bir özetini yaparak, bu parametrelerin kadının cinsellikle ilişkili hayat kalitesini nasıl etkilediğini değerlendirmeyi amaçlamaktadır.

Anahtar Sözcükler: Cinsel sağlık, cinsel işlev bozuklukları, gebelik, doğum

SUMMARY

Sexual function in women is a complex and dynamic interaction of multiple variables including physical, emotional, social, and physiological states. Moreover, sexual function is a key part of each human being's personality and a cornerstone in the overall couple relationship with an obvious affect on health related quality of life. A dysfunction in female sexual cycle can result in lack of desire for sexual contact, arousal and an inability to have an orgasm. Pregnancy is a period with many alterations in human physiology leading to challenges in sexual function. Endocrine, biologic, psychosomatic and social factors as well as anatomical alterations during pregnancy and the different mode of delivery may aggravate female sexual dysfunction. This literature review examines research articles that investigated female sexual function, sexual dysfunction, and sexual functioning in pregnancy in order to obtain how these parameters affect a woman's sexual related quality of life.

Key Words: Sexual health, sexual dysfunction, pregnancy, delivery

(*Klinik Psikiyatri* 2018;21:397-406)

DOI: 10.5505/kpd.2018.73644

GİRİŞ

Cinsel sağlık, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından bireyde sadece cinsel işlev bozukluğu olmaması olarak değil, aynı zamanda cinsel açıdan fiziksel, psikososyal ve sosyokültürel açıdan tam iyi olma hali olarak tanımlanmaktadır (1). Cinsel sağlık aynı zamanda biyolojik, sosyal ve kültürel etkileşimleri olan, gerek kadın gerek erkekte fiziksel, ruhsal ve ailesel iyilik halinin devamını sağlayan önemli bir parametredir. Toplumsal açıdan değerlendirildiğinde ise cinsel sağlık; genel sağlık değerlendirmelerinin en önemli bileşenlerinden bir tanesidir ve cinsel sorunlar insanları en fazla mutsuz eden sağlık sorunlarının başında gelmektedir.

Gebelik dönemi kadın hayatını kökten etkileyen çok yönlü bir süreçtir. Bu süreçte, fiziksel değişikliklerle birlikte birçok psikolojik değişiklik de söz konusudur. Özellikle ilk gebelik, kadın yaşamının en önemli olaylarından bir tanesidir çünkü bireysel anlamda tek başına kadını değil, çiftin yaşamında yeni bir dönem ve yeni bir ilişki biçiminin başlamasına neden olarak farklı ruhsal değişikliklerin yaşanmasına sebep olur. İşte bu noktada kadın bedeninde ortaya çıkan anatomik, fizyolojik ve ruhsal değişimler kadının cinsel yaşamını belirgin bir şekilde etkilemeye başlar (2). Perine ve pelvik taban kasları bu dönemde cinsellik açısından olumsuz etkilere maruz kalır ve emzirme dönemindeki artmış prolaktin salınımı libidoyu baskılayarak östrojen sekresyonunu artırır. Perine ve pelvis kaslarının cinsel ilişkideki rolleri dikkate alındığında zayıflamış bir pelvis tabanı orgazm ve cinsel ilişki esnasındaki ağrı oluşumunda etkili bir faktör olarak değerlendirilebilir. Bu karmaşık etkileşimlerden dolayı gebelikte ortaya çıkan cinsel bozuklukların tanımlanması ve tedavi çabaları giderek önem kazanan bir sorun olmaya başlamakta, sorunun çözümünde çok disiplinli bir yaklaşımın gerekliliği daha iyi anlaşılmaktadır.

Son yarım yüzyılda gebelikte ortaya çıkan cinsel işlev bozukluklarına artmış bir ilgi vardır. Bundan dolayı literatürde bu konu ile ilgili giderek artan sayıda çalışma görmek çok şaşırtıcı değildir. Ancak konu ile ilgili yapılan çalışmaların en büyük kısıtlılıkları bu çalışmaların çoğunun geriye dönük yapılmış olmaları, cinsel işlev değerlendirmelerinin

geçerliliği kanıtlanmamış materyaller kullanılarak ve cinselliğin farklı algılandığı zaman dilimlerinde yapılmış olmalarıdır (3,4). Bu nedenle bu çalışmaları kendi içlerinde karşılaştırmak hem çok zordur hem de sonuçlar çoğu zaman çelişkili olduğundan doğru bir yargıya varmak neredeyse imkânsızdır. Bu derlemenin amacı gebelik esnasında ve doğum sonrasında kadın cinsel işlevlerindeki farklılıkların ve değişikliklerin saptanarak güncel literatür bilgileri eşliğinde aktarılmasıdır. Bununla birlikte bu derlemede gebelikteki cinsel işlev bozukluklarının tam olarak anlaşılması açısından kadın cinselliği ve cinsel işlev bozuklukları hakkında bir takım bilgilerin de verilmesi planlanmıştır.

Kadında Cinsel Sağlık ve İşlev Tanımı

Kadın cinselliği; hem toplumsal olanı etkileyen hem de ondan etkilenen bir kavram olarak değerlendirildiğinde, kadının bireysel ve toplumsal yaşamında belirleyici bir rol oynar. Bu açıdan bakıldığında kadın cinsel sağlığı, genel sağlığın ayrılmaz bir parçasıdır ve tamamen kişinin içinde bulunduğu duygusal ve psikolojik etkenlere göre değişen bir niteliktedir.

Modern anlamda kadın cinselliğini anlamaya yönelik ilk çalışmalar 1950'li yıllarda Kinsey ve arkadaşları tarafından yapılmış (5), buradan temel alınarak geliştirilen 4 basamaklı fizyolojik modeller Masters ve Johnson tarafından 1966'da yayınlanmıştır (6). Bu modele göre cinsel yanıtın ilk basamağı uyarılmadır. Uyarılma fiziksel olabileceği gibi psikolojik de olabilir. Bu basamakta kadında vajinal ıslanma ve klitoral ereksiyon, erkekte ise penis ereksiyonu gerçekleşir. Bir sonraki aşama "plato"dur. Bu dönemde uyarılma en üst seviyeye çıkar ve kadında vajinal duvarın dış dörtte üçünde orgazmik platform adı verilen tipik kasılmalar oluşur ve meme boyutu bir miktar artar. Erkekte ise testisler büyüyerek skrotum içinde bir miktar yükselir. Boşalma ve orgazm aşamasında ise kadında vajinanın alt bölümünde istemsiz kasılma ile uterusu güçlü ve sürekliliği olan kasılmalar olur. Dış ve iç anal sfinkterde de kasılmalar oluşur. Erkekte ise bu dönemde semen güçlü bir şekilde dışarı atılır ve boşalma gerçekleşir. Son evre olan çözülme aşamasında ise cinsel organlardan kanın çekilmesiyle bedenin uyarılma öncesi durumuna

dönüşü gerçekleşir ve buna göreceli bir rahatlama duygusu eşlik eder (6). Bundan bir dekad sonra, Kaplan üç basamaklı cinsel yanıt modeli ile kadın cinselliğinin evrelerinin daha iyi anlaşılmasını sağlamıştır (7). Son olarak Basson 2000 yılında cinsel yakınlık temelli döngüsel model tanımlamasını yapmıştır (8). Bu döngüsel modelde Basson, kadının cinsel uyarıyı başlatmasının ya da cinsel uyarıya cevap vermesinin sonuçta cinsel ilişki olsun ya da olmasın birçok değişik etkenle ilişkili olduğunu belirtmiştir. Bu modele göre kadın, cinsel yanıt döngüsüne cinsel açıdan nötr olarak başlamakta ve sonrasında cinsel olmayan ihtiyaçlarının cinsel olduğunun farkına varıp cinsel uyarıyı değerlendirmeye almakta ve cinsel yanıt oluşturmaktadır. Cinsel olarak uyarılma da bunun sonucu olarak ortaya çıkmaktadır. Kadın artık cinsel isteğinin farkındadır ve bu cinsel istek sayesinde bir uyarıya cevap verme isteği sonuçta orgazm olsun ya da olmasın fiziksel iyilik haline sebep olmaktadır (8).

Biyolojik, sosyal, kişisel, kültürel ve psikolojik etkenler kadın cinsel sağlığı üzerinde baskın bir şekilde rol almaktadır. Biyolojik etkenlerden vasküler, nörolojik ve yapısal bileşenlerin kadın cinselliği üzerinde etkili olduğu günümüzde artık kesin olarak kabul edilmektedir (9). Kültürel açıdan ise cinsellik yargıları ve cinsiyet rolleri kadın ve erkekte son derece farklı olmaktadır. Kültür, toplumun gelenekleri ve inancı hem kadının hem de erkeğin cinsel sağlığının oluşmasında ve sağlıklı bir şekilde devam ettirilmesinde önemli rol oynarlar. Gelenekler kadının tüm yaşam döngüsü boyunca (puberte, evlilik, gebelik, menopoz ve yaşlılık dönemi) cinselliğini nasıl yaşaması gerektiğini belirlemektedir. Örnek verilmesi gerekirse menstruasyon ve gebelik döneminde cinsel aktivite bazı toplumlarda ayıp karşılanmakta veya yasaklanmaktadır.

Kadın cinselliği hakkındaki çalışmaların temel amacı kadındaki normal cinsel işlev aşamalarının tanımlanmasıdır. Özellikle Kinsey'le başlayan erken dönem çalışmaları daha çok cinsel işlevler ile fizyolojik etkenler arası ilişkilere odaklanmış iken yakın zamanlı çalışmalar emosyonel, mental ve sosyal değişkenlerin cinsel işlevler üzerinde olan etkilerini incelemişlerdir. Bunun sonucunda kadın cinselliği tanımlaması fiziksel, ruhsal ve sosyal

boyutları olan, kişiye göre değişiklik gösteren çok etkenli bir durum olarak cinsel istek, cinsel uyarı, orgazm ve tatmin olmak üzere 4 fazda tanımlanmaya başlanmıştır (10).

Kadında cinsel işlev bozuklukları

Kadın cinsel işlev bozukluğu cinsel yanıt döngüsünün evrelerindeki fizyolojik süreçlerden bir veya birkaç aşamasının (cinsel istek, cinsel uyarı, orgazm ve tatmin) bozulması olarak tanımlanmakla birlikte, kadınların genel yaşam kalitesini düşüren hormonal, vasküler, farmakolojik, nörojenik ve müsküler bileşenleri de olan çok yönlü bir problemdir (11). Bu bozuklukların net bir şekilde tanımlanması çoğu zaman mümkün olmamaktadır. Çünkü bir kadın için anormal olan bir durum bir başka kadın için normal olabilmektedir (12). Bununla birlikte cinsel işlev bozukluğunun mutlaka kadının kendisi tarafından tarif edilmiş olması gereklidir; sadece cinsel partner tarafından ifade edilen cinsel işlev bozukluğu belirtileri, kadın cinsel işlev bozukluğu olarak tanımlanamaz (13). Kültürel ve ailesel etmenlerin kadın cinsel işlevler üzerinde etkisinin yüksek olduğu bilinen ülkemizde, kadın cinsel işlev bozukluğu ile alakalı en geniş örneklemli çalışma Öksüz ve Malhan tarafından yapılmıştır (14). Kadın cinsel işlev bozukluğu ve risk etkenlerinin araştırıldığı 518 sağlıklı kadın üzerinde yapılan bu çalışmanın sonuçlarına göre 18-30 yaş aralığındaki kadınların %41'inde, 31-45 yaş grubu aralığındaki kadınların %53,1'inde ve 46-55 yaş grubu aralığındaki kadınların %67,9'unda cinsel işlev bozukluğu saptanmıştır. Kadınların %48,3'ü yaşadığı cinsel işlev bozukluğunu isteksizlik olarak tarif etmiş, %35,9'u uyarılma sorunu olduğunu, %40,9'u lubrikasyonda ve %42,7'si orgazmda sorun yaşadığını ifade etmiştir. En önemli risk etkeninin ise kadının yaşı olduğu belirtilmiş ve bunu sigara içimi, diyet temelli yaşam tarzı değişiklikleri ve menopoz takip etmiştir (14).

Gebelik fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişikliklere bağlı olarak cinsel yaşamın etkilendiği ve buna bağlı olarak cinsel işlev bozukluklarının görülebildiği bir dönemdir (15). Özellikle bu dönemdeki kadının cinsellik algısı; kültürel normlar, anne babalık düşüncesi, ekonomik etkenler, bilgi yetersizliği, cinsel yaşama yönelik olumsuz

düşünceler ve bebeğe zarar verme düşüncesi gibi nedenlerden dolayı kadında cinsel işlev bozukluğu sıklıkla görülmektedir. Bu cinsel işlev bozukluklarından en dikkat çekici olanı gebelik dönemi ilerledikçe azalan vajinal ilişki sıklığıdır. Gebelikte vajinal ilişkinin azalmasındaki bir diğer etken de gebenin ilerlemiş yaşı ve daha önce doğum yapmamış olmasıdır (16).

Gebelik döneminde kadın cinsel işlevleri

Gebe bir kadında cinsel işlev üzerine etkili birçok değişik etken mevcuttur. Bu etkenlerden en önemlisi hormonal etkenler olmakla birlikte emosyonel, sosyo-ekonomik, kültürel ve dini inançlar gibi hormonal olmayan etkenler de gebe kadındaki cinsel işlevler üzerine etkilidir. Hormonal etkenler içerisinde en dikkat çeken bu dönemde yaklaşık 10 kat artan progesteron düzeyleridir. Bununla birlikte gebe kadında gebelik boyunca üretilen östrojen hormonu gebe olmayan bir kadının 3 yılda ürettiği miktara eşittir. Yüksek miktarda üretilen bu hormonlar gebenin kendini daha iyi hissetmesini sağlamakta memeler ve cinsel organlarda bazı değişikliklere yol açarak gebe kadını cinsel ilişkiye daha duyarlı ve istekli hale getirmektedir (17). Gebelik ilerledikçe kadın cinsel organları ileri derecede kanlanma artışı gösterir ve kanla dolmaya başlar ve vajina morumsu bir renk tonu alır (Chadwick işareti). Artmış vaskülarite vajinal sensitiviteyi ve cinsel performansı artırabilir hatta bazı kadınlar orgazmı ilk defa gebe olduklarında deneyimlerler. Gebeliğin erken dönemlerinde memeler hormonal ve vasküler nedenlere bağlı olarak duyarlılaşmıştır ve cinsel yakınlaşmada olumsuz bir etken olarak algılanmaya başlanmıştır. Buna ek olarak ilerleyen gebelik haftalarında orgazmı birlikte memelerden süt salgısının ortaya çıkması gebe ve eşi için rahatsız edici bir durum olarak algılanabilmektedir. Vulvar ağrı ve üriner inkontinans da gebelik döneminde cinsel işlevler üzerinde negatif bir etki yaratmaktadır. Gebelik döneminde gerçekleşen tüm bu fizyolojik değişiklikler cinsellik üzerinde hem olumlu hem olumsuz etkiye sahip olabilmektedir (18).

Sosyal ve kültürel etkenler de gebelik döneminde çiftlerin cinsel hayatını etkileyebilmektedir. Özellikle çiftlerin eğitimi, meslek sahibi olup olmadıkları, evlilik süreleri hatta etnik kimlikleri gebelik-

teki cinsel işlevleri etkileyebilmektedir. Bu konuda en kapsamlı çalışmalardan biri Güleroğlu ve Gördeles Beşer tarafından yaklaşık 1811 gebe kadın üzerinde yapılmıştır (19). Yazarlar gebe kadınlardaki cinsel hayat üzerindeki en önemli etkenlerin ilerlemiş gebe yaşı, düşük eğitim düzeyi, 10 yıldan uzun evlilik süresi, istenmeyen gebelik ve gestasyonel hafta olduğunu belirtmişlerdir. Bununla birlikte sırt ağrısı, kabızlık, solunum sıkıntısı ve kramp gibi yapısal problemlerin de gebelikte cinsel hayat üzerinde negatif etkide bulunduğu bu çalışma ile gösterilmiştir (19).

Gebelik döneminde yaşanan bulantı ve kusmalar, halsizlik ve yorgunluk hissi gibi durumlar gebede cinselliği etkileyen etkenlerdendir. Çoğu gebe kadın gebelikte bu nedenlerden dolayı cinsel işlevlerinin etkilendiğini ve buna bağlı olarak azaldığını düşünmektedirler. Bunlara ek olarak gebelikte birlikte kadın bedeninde yaşanan değişiklikler gebe kadın tarafından bir olumsuzluk olarak algılanmakta ve cinsel işlevlerde azalmaya sebep olmaktadır (20,21). Gebeliğe bağlı olarak büyüyen karın ilişki pozisyonlarında sıkıntılara sebep olabilmektedir. Bu durumun aşılmasındaki en önemli yöntem ilişkinin değişik pozisyonlarda yapılmasıdır. Yan yana, kadın üstte, kadının dizleri ve elleri üzerinde durduğu pozisyonlar gebelik boyunca rahatlıkla ilişki kurulabilecek pozisyonlardır (22). Vajinal ilişki dışında gebelikte cinsel aktivite olarak masturbasyon, masaj uygulaması, oral seks, fantazi ve seks oyuncakları kullanımı çiftlerin cinsel yaşamları üzerinde olumlu etkilerde bulunabilir (23).

Gebeliğin 1. trimesterinde her ne kadar gebelerde cinsel istek ve arzulamada farklılıklar rapor edilmiş ise de genel kanaat libidonun azalmasına bağlı olarak cinsel işlevlerde azalma olduğu yönündedir. Yapılan çalışmalar da bunu destekler mahiyettedir (24). Bununla birlikte gebeliğin ilk 3 ayında yaşanacak cinselliğin düşük riski ile ilişkili olabileceğine dair yaygın kanaatin mevcut olması bu dönemde cinsel ilişkiden kaçınılması sonucunu doğurmaktadır. Ancak yapılan çalışmalar birinci trimesterde yaşanan cinsellik ile erken doğum veya düşük riski arasında bir ilişki olmadığını göstermiştir (25). İkinci trimesterde gebeler pelvik konjesyonunun artmasına bağlı olarak daha erotik ve enerji dolu olduklarını ifade etmektedirler. Bu dönemde vajinal kayganlık artar, endişeler azalır ve

gebe kadında cinsel ilişkiye girme istek ve arzusu ortaya çıkabilir (20). Gebe kadın birinci trimesterdeki endişe ve yakınmalarından kurtulur, gebe olmanın hayatına getireceği değişiklikleri benimser ve cinsel ilişki fikrine daha sıcak bakmaya başlar. Üçüncü trimesterde ise fiziksel engeller ve ağrılar uterusun büyümesine paralel bir şekilde artar ve cinsel ilişki eskisine göre daha zor ve daha nadir bir hal alır (26). Halsizlik, gastrointestinal sistem problemleri, solunum sıkıntısı, sık idrara çıkma, fiziksel kapasitenin azalması, memelerden süt gelmesi, cinsel ilişki ve orgazm esnasında ortaya çıkan güçlü uterus kasılmaları libidonun azalmasına ve gebenin cinselliği ikinci plana atmasına neden olabilir. Libidonun bu dönemde azalmasının bir başka nedeni gebeliğin başlarında en yüksek seviyelerinde olan androjen düzeyinin gebelik ilerledikçe azalmış olmasıdır (17). Bununla birlikte gebeliğin ilerleyen döneminde yapılacak cinsel ilişkinin erken doğuma neden olacağı inancı gebenin ve partnerinin gebeliğin sonuna doğru cinsel ilişkiden tamamen kaçınmalarına sebep olmaktadır. Bu yaygın inanışın aksine güncel literatür verileri cinsel ilişki ile erken doğum arasında herhangi bir ilişkiyi desteklememektedir. Sayle ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada geç gebelik döneminde yapılan cinsel ilişkinin azalmış preterm doğum riski ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (27). Benzer şekilde Yost ve arkadaşları 165 gebe kadın üzerinde yaptıkları çalışmalarında, gebeliğin erken dönemlerinde nadir seks yapan veya hiç seks yapmayan gebelerin %28'inde erken doğum saptamışlar, erken dönemlerde seks yaptıklarını belirten kadınların ise %38'inde erken doğum hikâyesi rapor etmişlerdir (28). Ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamış ve yazarlar erken doğumu önlemede cinsel ilişkiden kaçınmanın yeterli deliller ile desteklenmediğini belirtmişlerdir.

Gebelik döneminde cinsel aktivite değişikliklerinin araştırıldığı çok sayıda çalışma mevcuttur (28-32). Bartellas ve arkadaşları 141 sağlıklı gebe üzerinde yaptıkları çalışmalarında, vajinal ilişki dışındaki diğer cinsel aktivitelerin (öpüşme, mastürbasyon, anal ilişki, oral seks vb.) gebeliğin erken ve ilerleyen evrelerinde sıklık açısından farklı olmadığını belirtmişler ancak vajinal ilişkide gebelik ilerledikçe belirgin azalma olduğunu saptamışlardır (4). Bu çalışmada gebelerin birinci

trimesterde %96'sının vajinal ilişkiye devam ettikleri, %89'unun ikinci trimesterde ve %67'sinin üçüncü trimesterde de ilişkiye devam ettikleri belirtilmiştir. Gebelerin vajinal ilişkiden çekinmelerinin temel nedeni olarak kanama ve doğum korkusu, infeksiyon kapma riski, membran rüptürü veya fetüse zarar verme ihtimali olduğu rapor edilmiştir (32,33). Çalışmada değerlendirilen gebelerin %58'inin gebelikle birlikte cinsel isteklerinin azaldığı, sevişme esnasında alınan zevkin ise gebelerin nerdeyse yarısında azaldığı rapor edilmiştir (4). Orgazm sıklığı da gebelerin üçte birinde azalmış olarak bulunmuştur. Ülkemizde yapılan ve gebelik döneminde cinsel işlevlerin değerlendirildiği bir çalışmada gebeliğin değişik dönemlerinde 589 sağlıklı gebenin cinsel işlev değerlendirilmesi yapılmıştır (20). Gebelik döneminde en sık saptanan cinsel işlev bozuklukları, klitoral duyarlılıkta (%94,2) ve libidoda (%92,6) azalma ile orgazm olamama (%81) olarak rapor edilmiştir. Yine bu çalışmada gebelik ilerledikçe cinsel ilişki sıklığının da azaldığı saptanmıştır. Özellikle üçüncü trimesterde gebelerin %41'i cinsel ilişki yaşamadıklarını belirtmişlerdir. Adınma'nın yaptığı bir başka çalışmada ise gebelik dönemindeki cinsel ilişki sıklığı (1,5/hafta), gebelik öncesi dönem ile kıyaslandığında (2,3/hafta) belirgin olarak düşük saptanmıştır (34). Bununla birlikte gebelerin %11'i ilk trimester boyunca hiç cinsel ilişkiye girmediklerini ve %63'ü gebelik döneminde cinsel ilişki sıklığının azalması gerektiğini belirtmişlerdir. Gebelik dönemindeki cinsel ilişkinin vajinayı genişlettiği ve doğumu hızlandırdığı, cinsel ilişkinin erken gebelikte ise düşüğe neden olabileceği en yaygın kanaatler olarak rapor edilmiştir. Gebelikte cinsel işlevler üzerine yapılan çalışmaların özeti Tablo 1'de belirtilmiştir.

Doğum sonrası kadın cinsel işlevleri

Doğum sonrası dönem çiftlerin artık yavaş yavaş ebeveynlik rollerine alışmaya başladıkları ve bununla birlikte doğum öncesi cinsel aktivitelerine dönme şansı yakaladıkları bir dönem olarak değerlendirilmektedir. Bu dönemde kadın cinsel işlevleri psikolojik, anatomik, hormonal ve kültürel etkenler ile yakından ilişkili ise de aile yapısı ve çiftlerin kendi içlerindeki ilişkileri de cinsel yaşam üzerinde belirgin bir etkiye sahiptir (35). Her ne kadar bu etkenlerin kendi içlerindeki önem sıralamasını yap-

Tablo 1. Gebelik süresince cinsel işlevlerdeki değişiklikleri inceleyen çalışmaların özeti

Yazar	Yıl	Sayı	Çalışma Tipi	Ölçüt	Sonuç
Adinma [34]	1995	440	Prospektif	Kadınların gebelik sürecindeki CA ile alakalı endişeleri	-Gebelik boyunca CA sayısında azalma -İlk trimesterde CA'den kaçınma -CA'nin doğumu hızlandırdığı ve düşüşe sebep olduğu korkusu -Ağrılı cinsel ilişki sıklığında gebelik boyunca artma -Gebelik ilerledikçe CA ve orgazma ulaşmada azalma
Oruc ve ark. [30]	1999	158	Prospektif	Gebelikte Cİ	-Gebelik ilerledikçe CA ve orgazma ulaşmada azalma -Özellikle 3. trimesterde CA ve cinsel istekte azalma -CA'nin gebelikte istenmeyen sonuçlara yol açabileceği korkusu
Bartelas ve ark [4]	2000	141	Retrospektif	Gebelikte cinsellik ve CA	-CA'de gebelik boyunca azalma -Gebelik süresince ve postpartum dönemde azalmış cinsellik -Gebelikte depresyon cinsel arzu ve tatmin üzerine etkili -Depresyon postpartum 3. aya kadar azalmış CA ile ilişkili
Naim and Bhutto [3]	2000	150	Retrospektif	Gebelikte cinsellik ve CA	-CA'nin gebelikte istenmeyen sonuçlara yol açabileceği korkusu
DeJudibus ve McCabe [36]	2002	138	Prospektif	Gebelik ve postpartum dönemde cinselliği etkileyen psikolojik faktörler	-Gebelik ilerledikçe Cİ parametrelerinde azalma -Gebelik ilerledikçe Cİ parametrelerinde azalma
Aslan ve ark. [28]	2005	40	Prospektif	Gebelikte Cİ	-Gebelik ilerledikçe Cİ parametrelerinde azalma -Gebelik ilerledikçe Cİ parametrelerinde azalma
Fok ve ark. [16]	2005	298	Prospektif	Gebelikte cinsel davranış ve CA	-Gebelik ilerledikçe Cİ parametrelerinde azalma -Gebelik ilerledikçe Cİ parametrelerinde azalma
Senkumwong ve ark. [21]	2006	360	Prospektif	Gebelikte Cİ	-Gebelik ilerledikçe Cİ parametrelerinde azalma -Gebelik ilerledikçe Cİ parametrelerinde azalma
Erol ve ark. [20]	2007	589	Prospektif	Gebelikte Cİ ve cinsel işlev bozukluğu	-Gebelik ilerledikçe Cİ parametrelerinde azalma -Gebelik ilerledikçe Cİ parametrelerinde azalma
Kennedy ve ark. [18]	2009	103	Prospektif	Gebelikte vulvar ve vajinal semptomlar	-Gebelik ilerledikçe Cİ parametrelerinde azalma -Gebelik ilerledikçe Cİ parametrelerinde azalma
Pauleta ve ark. [15]	2010	188	Prospektif	Gebelikte CA, cinsel algı ve cinsel tatmin	-Gebelik ilerledikçe Cİ parametrelerinde azalma -Gebelik ilerledikçe Cİ parametrelerinde azalma
Bello ve ark. [40]	2011	375	Prospektif	Gebelik ve doğumun kadın cinselliği üzerine etkisi	-Gebelik ilerledikçe Cİ parametrelerinde azalma -Gebelik ilerledikçe Cİ parametrelerinde azalma
Corbacioğlu [29]	2012	130	Prospektif	Gebelik farkındalığının erken gestasyonda Cİ üzerine etkisi	-Gebelik ilerledikçe Cİ parametrelerinde azalma -Gebelik ilerledikçe Cİ parametrelerinde azalma
Galazka ve ark. [31]	2015	520	Prospektif	Gebelikte Cİ	-Gebelik ilerledikçe Cİ parametrelerinde azalma -Gebelik ilerledikçe Cİ parametrelerinde azalma

CA: Cinsel aktivite; Cİ: Cinsel işlev

mak mümkün değil ise de anatomik açıdan değerlendirildiğinde perineal travma ağırlı cinsel ilişkiye yol açarak doğum sonrası erken dönemde cinsel ilişkiden kaçınılmasına veya cinsel ilişkiden zevk alınamamasına sebep olmaktadır (36,37). Hormonal açıdan ise doğum sonrası dönemde artan prolaktin seviyelerinin etkisiyle gerçekleşen androjen hormonlarındaki azalma cinsel istek ve uyarılmadaki azalmayla bağlantılı kabul edilmektedir (38). Doğum sonrası düşük östrojen seviyeleri ise vajinada kuruluk, atrofi ve konjesyonda azalmaya yol açarak ağırlı cinsel ilişki ve bununla bağlantılı olarak cinsel istekte ve uyarılmada azalma sebebi olabilmektedir (4,10).

Doğum sonrası dönemde görülen cinsel işlev bozukluklarının bir diğer nedeni ise annenin doğum sonrası dönemde yaşadığı uykusuzluk, yorgunluk ve cinsel ilişki için vakit bulamaması gibi etkenlerdir. Özellikle doğum sonrası dönemde görülen anksiyete ve depresyon gibi psikolojik etkenler cinsel istekte azalmaya veya kayba, uyarılma sorunlarına ve antidepresan kullanımına bağlı orgazma ulaşmada güçlüğüne sebep olabilmektedir. Kültürel ve sosyal özellikler çiftlerin doğum sonrası dönemde cinsel aktiviteye başlama sürelerini etkileyen bir diğer etkidir. Özellikle lohusalık olarak adlandırılan doğum sonrası ilk 6 haftada cinsel ilişkinin yasak olduğuna dair sosyal ve dini inanışlar bu dönemde cinsel aktivitede bulunulmaması sonucunu doğurmaktadır. Ülkemizde yapılan çalışmalar da bu gözlemi desteklemekte, cinsel aktiviteye doğum sonrası başlama süresi yaklaşık ortalama 30 gün ve üzeri olarak bildirilmektedir (29,30). Lohusalık döneminde cinsel ilişkiden kaçınmanın bir diğer nedeni ise kanama ve akıntı devam ediyorken cinsel ilişki yaşamının enfeksiyon riskini artıracak kuşkusudur. Bu kuşkuğdaki gerçeklik payı yapılan çalışmalar tarafından da desteklenmektedir (39). Özellikle doğum şekli, epizyotomi uygulanıp uygulanmadığı ve doğum esnasında perine yaralanması hikayesi bu dönemde yaşanacak cinsel ilişkiye bağlı enfeksiyon riski ile ilişkili bulunmuştur (40).

Emzirme döneminin kadın cinsel işlevleri üzerinde etkisi olduğu aşikardır. Yapılan çalışmalar, emzirmenin doğum sonrası dönemdeki kadının cinsel işlevleri üzerinde değişik etkileri olabileceğini ortaya koymaktadır. Göğüslerdeki hassasiyet, cin-

sel ilişki sırasında göğüslerden süt gelmesi, kadının kendisini cinsel olarak çekici hissetmemesi ve yeni bir gebelik endişesi cinsel işlevler üzerinde negatif etkili etkenler olarak görülmektedir (41). Bu bulgulara tamamen zıt olarak emzirmenin kadın cinselliği üzerinde olumlu etkileri olduğunu belirten çalışmalar da mevcuttur. Masters ve Johnson emziren ve emzirmeyen anneleri doğum sonrası 6-8. haftalarda cinsel işlevler açısından karşılaştırmışlar ve emziren kadınların cinsel ilişkiye daha erken başladıklarını ve cinsel istek düzeylerinin emzirmeyen kadınlar ile kıyaslandığında daha fazla olduğunu belirtmişlerdir. Doğum sonrası 2. ayda bebeğini hala emzirmeye devam eden annelerde de aynı durum olduğunu belirtmişlerdir (8). Falicov da benzer şekilde emzirme döneminin cinsel işlevler üzerinde olumlu etkileri olduğunu 1973 yılında yaptığı bir çalışmada belirtmiştir (42). Ancak belirtilen her iki çalışmanın da sosyal ve kültürel olarak doğum ve cinselliğin farklı algılandığı dönemlerde yapılmış olması sonuçların günümüz için de uyarlanıp uyarlanamayacağı kaygısını beraberinde getirmektedir. Emzirmenin kadın cinselliği üzerinde etkisinin olmadığını belirten çalışmalar da mevcuttur. Heidari ve arkadaşları 2009 yılında yayınladıkları bir çalışmada, emzirme dönemindeki kadınlarda cinsel aktiviteyi değerlendirmişler ve emzirmenin cinsel işlevler üzerinde etkili olmadığını rapor etmişlerdir (43).

Doğum sonrası dönemde cinsel işlevlerin normale gelmesi için gereken süre konusunda literatürde çelişkili veriler mevcuttur. Connolly ve arkadaşları doğum sonrası 2, 6, 12 ve 24. haftalarda cinsel işlev değerlendirmesi yaptıkları kadınların yaklaşık %80'inde cinsel aktivitenin 3. ayın sonunda normale döndüğünü belirtmişlerdir (44). Ağırlı cinsel ilişki şikâyetleri ise 3. ayda kadınların %30'unda devam etmekte iken 6. ayın sonu itibarıyla kadınların sadece %17'si ağırlı cinsel ilişki yaşadığını belirtmiştir. Benzer şekilde Barrett ve arkadaşları 484 doğum sonrası kadını inceledikleri çalışmalarında, doğum sonrası 6. ayda kadınların %89'unun eski cinsel aktivitelerine kavuştuklarını belirtmişlerdir (45). Ancak bu kadınlarda ilk 3 aylık dönemde ağırlı cinsel ilişki, vajinal lubrikasyonda azalma, vajinal gevşeklik, kanama ve cinsel isteksizlik gibi cinsel işlev bozukluk sıklığı artmıştır. Altıncı ayın sonunda halen cinsel işlev bozukluğu

tarifleyen kadınlarda emzirmenin devam ediyor olması ve ağırlı cinsel ilişki hikâyesi, en önemli risk etkenleri olarak belirtilmiştir.

Doğum şeklinin kadında cinsel işlev bozukluğu üzerine etkisi

Doğum şeklinin cinsel işlevler üzerine olan etkisi çok sayıda çalışmanın konusu olmaya devam etmektedir. Bu çalışmaların büyük bir kısmında, cinsel sağlığın doğumun şekli ile değişebildiği gösterilmiştir. Çünkü klitoris, vulva ve perineyi inerve eden pudendal sinir vajinal doğum esnasında bebeğin başının basısıyla ve/veya forsepsle zarar görebilmekte ve buna ek olarak vajinal prolapsusa bağlı hipotonik olan vajinal kaslar orgazm kabiliyetinde azalmaya yol açabilmektedir (46).

Her ne kadar literatür verileri çelişkili de olsa genel kanı müdahaleli doğumların cinsel işlevler üzerinde olumsuz etkilerinin bulunduğu yönündedir. Normal vajinal doğum yapmış ve mediolateral epizyotomisi olan gebelerde doğumdan 6 ay sonra cinsel ilişki sırasında anlamlı şekilde daha fazla ağrı tespit edilmiş, buna karşın sezaryen grubunda gebelik öncesi ve doğum sonrası 6. ay değerlendirmelerinde cinsel işlevler açısından anlamlı fark saptanmamıştır (47). Shirvani ve arkadaşları vajinal doğum yapan primiparların doğumdan 6 aylık bir süre boyunca cinsel hazlarında ve cinsel doyumlarında azalma olduğunu rapor etmişlerdir (48). Bu bulgulara rağmen epizyotominin cinsel işlevler üzerine olumsuz etkisi halen net değildir. Epizyotominin cinsel işlevler üzerine etkisini inceleyen prospektif bir çalışmada doğum şeklinin ve epizyotominin cinsel ilişkiye başlama veya orgazm ile bir ilişkisinin olmadığı gösterilmiştir (44). Çoğu kadın doğum sonrası 6. haftadan itibaren ağrısız ilişki ve 12. haftadan itibaren de orgazma ulaştıklarını belirtmişlerdir.

Doğum sonrası dönemde cinsel işlevlerin etkilendiği bir diğer durum da doğum esnasında meydana gelebilecek perine yırtıkları gibi obstetrik komplikasyonlardır (35,37). Doğum esnasında oluşan perine yırtıkları doğum sonrası azalmış libido, orgazm ve cinsel tatmin ile ilişkilidir. Bununla birlikte cinsel ilişki esnasında ağrı da bu dönemde kadınların cinsel isteksizliklerinin bir

diğer nedenidir (35). Signorello ve arkadaşları doğum esnasında gelişen perineal hasarın doğum sonrası cinsel işlevler üzerindeki etkilerini incelemişler ve perineal hasar derecesinin doğum sonrası cinsel aktiviteye başlama süresi ile ilişkili olduğu sonucuna varmışlardır (49). Perine yırtığı olmayan doğum sonrası kadınların %54'ü doğum sonrası 6. haftada cinsel aktiviteye başladıklarını belirtmişlerken 2. derece perineal yırtığı olan kadınlarda bu oran %39, üçüncü ve dördüncü derece yırtığı olan kadınlarda bu oran yaklaşık %25'ler civarındadır. Benzer şekilde Rathfish ve arkadaşları epizyotomisi ve ikinci derece perineal yırtıkları olan kadınlarda, cinsel ilişki sırasında ağrı ve azalmış libido ve orgazm oranları bildirmişlerdir (37). Her ne kadar çalışmaların büyük kısmı perineal hasar ile cinsel aktiviteye başlama süresi arasında bir ilişki olduğunu gösterse de Buhling ve arkadaşları epizyotomili ve perine yırtıklı kadınlarda cinsel ilişkiye 6-8 hafta içinde başlama oranını %31, 8 hafta geçtikten sonra başlama oranını ise %50 olarak rapor etmişlerdir (50). Perine hasarı olmayan kadınlarda ise bu oran sırasıyla %30 ve %50'dir ve gruplar arasında istatistiksel bir fark saptanmamıştır.

SONUÇ

Tüm bu tartışmaların ışığında, literatür kanıtları göstermektedir ki gebelik ve doğum sonrası dönem cinsellik üzerinde belirgin ve negatif etkilere sahip olabilmektedir. Burada asıl önemli olan gebelik ve doğum sonrası dönemdeki normal cinsel işlev kavramının tanımlanmasıdır. Çalışmalardaki çelişkili sonuçların temel nedeni de işte bu "normal" kavramının coğrafi, sosyal, kültürel ve etnik etkenlerden belirgin bir şekilde etkilenmesidir. Ancak özellikle üçüncü trimesterde kesin bir şekilde azaldığı gösterilen cinsel ilişki sıklığı, cinsel istek ve orgazm gibi cinsel işlevler hakkında çiftlere uygun danışmanlık hizmetinin verilmesi son derece önemlidir. Bununla birlikte doğum şeklinin cinsel işlevler üzerinde etkili olduğunu net olarak gösteren kanıtlar olmadığından doğum şeklinin seçiminde cinsel işlev kaygıları en son gözetilecek etken olmalıdır. Vajinal doğumlarda cinsel işlev üzerine etkili olduğu gösterilen en önemli parametre perineal yaralanmalardır. Unutulmamalıdır ki gebelik ve doğum sadece genel hayat kalitesi üzerinde değil aynı zamanda cinsel yaşam kalitesi

üzerinde de önemli bir etkiye sahiptir.

Yazışma adresi: Dr. Eren Pek ,Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Çanakkale, Türkiye drerenpek@hotmail.com

KAYNAKLAR

1. World Health Organization. Measuring sexual health: Conceptual and practical considerations and related indicators. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2010; p1-13. (whqlibdoc.who.int/hq/2010/who_rhr_10.12_eng.pdf)
2. Uncu Y. Gebelik ve Cinsel Yaşam. *Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics* 2014;5:134-7.
3. Naim M, Bhutto E. Sexuality during pregnancy in Pakistani women. *J Pak Med Assoc* 2000;50:38-44.
4. Bartellas E, Crane JMG, Daley M, Bennett KA, Hutchens D. Sexuality and sexual activity in pregnancy. *BJOG* 2000;107:964-8.
5. Kinsey AC, Pomeroy W, Martin C, Gebhard P. *Sexual Behavior in the Human Female*, Philadelphia: W.B. Saunders 1953:p18-33.
6. Masters WH, Johnson VE. *Human sexual response*. Boston:Little, Brown, 1966:p132.
7. Kaplan HS. Disorders of sexual desire and other new concepts and techniques in sex therapy. New York: Brunner/Hazel Publications,1979;p52-145.
8. Basson R. The female sexual response: a different model. *J Sex Marital Ther* 2000;26:51-65.
9. Munarriz R, Kim NN, Goldstein I, Traish AM. Biology of female sexual function. *Urol Clin North Am* 2002;29:685-93.
10. Korğalı EÜ. Emzirme ve kadın cinsel sağlığı. *Androloji Bülteni* 2016;18:198-201.
11. Akarsu RH, Beji NK. Kadın cinsel fonksiyon bozuklukları sınıflandırılmasında DSM-V kapsamında yapılan değişiklikler. *Androloji Bülteni* 2016;18:134-37.
12. Basson R. Women's sexual function and dysfunction: Current uncertainties, future directions. *Int J Impot Res* 2008;20:466-78.
13. Chen CH, Lin YC, Chiu LH, Chu YH, Ruan FF, Liu WM, Wang PH. Female sexual dysfunction: definition, classification, and debates. *Taiwan J Obstet Gynecol*. 2013;52:3-7.
14. Oksuz E, Malhan S. Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction in Turkish women. *J Urol* 2006;175:654-58.
15. Pauleta JR, Pereira NM, Graça LM. Sexuality during pregnancy. *J Sex Med* 2010;7:136-42.
16. Fok WY, Chan LY, Yuen PM. Sexual behavior and activity in Chinese pregnant women. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2005;84:934-38.
17. Regan PC, Lyle JL, Otto AL, Joshi A. Pregnancy and changes in female sexual desire: A review. *Social Behavior and Personality: An international journal* 2003;31:603-12.
18. Kennedy CM, Turcea AM, Bradley CS. Prevalence of vulvar and vaginal symptoms during pregnancy and the puerperium. *Int J Gynaecol Obstet* 2009;105:236-9.
19. Tosun Güleröglü F, Gördeles Beşer N. Evaluation of sexual functions of the pregnant women. *J Sex Med* 2014;11:146-53.
20. Erol B, Sanli O, Korkmaz D, Seyhan A, Akman T, Kardioğlu A. A cross-sectional study of female sexual function and function during pregnancy. *J Sex Med* 2007;4:1381-7.
21. Senkumwong N, Chaovitsaree S, Rugsao S, Chandrawongse W, Yanunto S. The changes of sexuality in Thai women during pregnancy. *J Med Assoc Thai*. 2006;89 Suppl 4:S124-9.
22. Lee JT, Lin CL, Wan GH, Liang CC. Sexual positions and sexual satisfaction of pregnant women. *J Sex Marital Ther*. 2010;36:408-20.
23. Murtagh J. Female sexual function, dysfunction, and pregnancy: implications for practice. *J Midwifery Womens Health*. 2010;55:438-46
24. Alder EM. Sexual behaviour in pregnancy, after childbirth and during breast-feeding. *Baillieres Clin Obstet Gynaecol* 1989;3:805-21.
25. Moscrop A. Can sex during pregnancy cause a miscarriage? A concise history of not knowing. *Br J Gen Pract*. 2012;62:e308-10.
26. Jawed-Wessel S, Sevic E. The Impact of Pregnancy and Childbirth on Sexual Behaviors: A Systematic Review. *J Sex Res*. 2017;54:411-423.
27. Sayle AE, Savitz DA, Thorp JM Jr, Hertz-Picciotto I, Wilcox AJ. Sexual activity during late pregnancy and risk of preterm delivery. *Obstet Gynecol* 2001;97:283-9.
28. Aslan G, Aslan D, Kizilyar A, Ispahi C, Esen A. A prospective analysis of sexual function during pregnancy. *Int J Impot Res* 2005;17:154-7.
29. Corbacioglu A, Bakir VL, Akbayir O, Cilesiz Goksedef BP, Akca A. The role of pregnancy awareness on female sexual function in early gestation. *J Sex Med* 2012;9:1897-903.
30. Oruc S, Esen A, Selman L, Adiguzel H, Uyar Y, Koyuncu F. Sexual behaviour during pregnancy. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 1999;39:48-50.
31. Gazka I, Drosdzol-Cop A, Naworska B, Czajkowska M, Skrzypulec-Plinta V. Changes in the sexual function during pregnancy. *J Sex Med* 2015;12:445-54.

32. Robson K, Brant HA, Robson KM, Kumar R. Maternal sexuality during first pregnancy and after childbirth. *Br J Obstet Gynaecol* 1981;88:882-9.
33. Moscrop A. Can sex during pregnancy cause a miscarriage? A concise history of not knowing. *Br J Gen Pract* 2012;62:e308-10
34. Adinma JI. Sexuality in Nigerian pregnant women: perceptions and practice. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 1995;35:290-3.
35. Fodstad K, Staff AC, Laine K. Sexual activity and dyspareunia the first year postpartum in relation to degree of perineal trauma. *Int Urogynecol J.* 2016;27:1513-23.
36. DeJudicibus MA, McCabe MP. Psychological factors and the sexuality of pregnant and postpartum women. *J Sex Res* 2002;39:94-103.
37. Rathfisch G, Dikencik BK, Kizilkaya Beji N, Comert N, Tekirdag AI, Kadioglu A. Effects of perineal trauma on postpartum sexual function. *J Adv Nurs.* 2010;66:2640-9.
38. LaMarre AK, Paterson LQ, Gorzalka BB. Breastfeeding and postpartum maternal sexual functioning: A review. *The Can J Hum Sexual.* 2003;12:151-68.
39. Anzaku AS, Mikah S. Postpartum Resumption of Sexual Activity, Sexual Morbidity and Use of Modern Contraceptives Among Nigerian Women in Jos. *Ann Med Health Sci Res.* 2014;4: 210-6.
40. Bello FA, Olayemi O, Aimakhu CO, Adekunle AO. Effect of pregnancy and childbirth on sexuality of women in ibadan, Nigeria. *ISRN Obstet Gynecol* 2011;2011:856586.
41. Avery MD, Duckett L, Frantzich CR. The experience of sexuality during breastfeeding among primiparous women. *J Midwifery Womens Health.* 2000;45:227-37.
42. Falicov CJ. Sexual adjustment during first pregnancy and post partum. *Am J Obstet Gynecol.* 1973;117:991-1000.
43. Heidari M, Merghati KE, Kiani A, Mohammadi TS. A study of the relationship between sexual activity and breastfeeding. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2009;19:54-60.
44. Connolly A, Thorp J, Pahel L. Effects of pregnancy and childbirth on postpartum sexual function: a longitudinal prospective study. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2005;16:263-7.
45. Barrett G, Pendry E, Peacock J, Victor C, Thakar R, Manyonda I. Women's sexual health after childbirth. *BJOG* 2000;107:186-95.
46. Kasap E, Aksu EE, Sahin N, Güçlü S, Gür EB. Does Delivery Method Have Any Effect On Sexual Function? *Tepecik Eğitim. ve Araştır. Hast. Dergisi* 2016;26:201-206.
47. Baksu B, Davas I, Agar E, Akyol A, Varolan A. The effect of mode of delivery on postpartum sexual functioning in primiparous women. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2007;18:401-6.
48. Shirvani MA, Nesami MB, Bavand M. Maternal sexuality after child birth among Iranian women. *Pak J Biol Sci* 2010;13:385-9.
49. Signorello LB, Harlow BL, Chekos AK, Repke JT. Postpartum sexual functioning and its relationship to perineal trauma: A retrospective cohort study of primiparous women. *Am J Obstet Gynecol* 2001;184:881-90.
50. Buhling KJ, Schmidt S, Robinson JN, Klapp C, Siebert G, Dudenhausen JW. Rate of dyspareunia after delivery in primiparae according to mode of delivery. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2006;124:42-6.