

POSTPARTUM DÖNEMDE CİNSELLİK VE DANIŞMANLIK

Emine KOÇ* , Ümran OSKAY**

Cinsellik, insan yaşamının önemli bir parçasıdır. Psikolojik, fizyolojik, kültürel, etik, sosyolojik, bedensel, nörolojik faktörlerden etkilendiği gibi gelişim dönemlerinden ve yaşanan deneyimlerden de etkilenmektedir. Yenidoğanın dünyaya gelişiyle doğum sonu dönemde ortaya çıkan değişiklikler kadının cinsel sağlığını ve davranışlarını etkilemektedir. Doğum sonu dönemde kadınlarda disparoni, cinsel arzu uyarılma ve cinsel doyumda azalma gibi cinsel sorunlar görülebilir. Bu dönemde ebeler/hemşireler tarafından verilen danışmanlık hizmetleri kadının cinsel sorunlarla baş edebilmesi için önemlidir. Bu derlemede doğum sonu dönemde cinselliği etkileyen faktörler incelenmiş ve ebelerin/hemşirelerin bu döneme özgü nitelikli danışmanlık hizmeti sunabilmeleri için ipuçları verilmesi amaçlanmıştır.

Anahtar sözcükler: Doğum sonu dönem; cinsellik; danışmanlık

Sexuality And Consultancy On The Postpartum Period

Sexuality is an important part of human life. It is affected from not only psychological, physiological, cultural, ethical, sociological, physical, and neurological factors but also some experiences and periods of development. Changes that appear on the postpartum period affect the sexual health and behavior of the woman after childbirth. For instance, during this period, sexual problems such as dyspareunia, over arousal of concupiscence and decrease of sexual satisfaction may appear this woman. In addition, consultancy services provided by midwives/nurses are important to deal with these problems. This collective study analyzes the factors that affect sexuality and aims to give some clues for midwives/nurses in provision of these services in a more qualified way.

Keywords: Postpartum period; sexuality; counseling

*Ondokuzmayıs Üniversitesi Samsun Sağlık Yüksekokulu Kurupelit Kampüsü 55139 Atakum/SAMSUN
e-posta: emine_koc555@hotmail.com

** İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı,
Doç.Dr

Dünya sağlık örgütüne göre cinsel sağlık; sadece cinsel fonksiyon bozukluğu değil, aynı zamanda cinsellikle ilgili fiziksel ruhsal mental ve sosyal yönlerden tam bir iyilik halidir (WHO 2002). Görüldüğü gibi cinsellik çok boyutlu bir olaydır. Sadece psikolojik, fizyolojik, kültürel, etik, seksolojik, bedensel ve nörolojik faktörlerden değil, gelişim dönemlerinden ve yaşanan deneyimlerden de etkilenmektedir (Serati et al. 2010).

Bir bebeğin dünyaya gelişiyle; kadının anatomisi ve hormonları, aile yapısı, partner ilişkileri dolayısıyla; kadının doğum sonu cinsel sağlığı ve davranışlarını da etkilenmektedir (Leeman ve Rogers 2012). Doğum sonu meydana gelen değişimin çiftler farkında olmayabilir, eğer bu dönemde sağlık personelleri tarafından yeterli bilgi ve danışmanlık alınmazsa, kadınların çoğu cinsel kaygı ve endişelerini paylaşmakta sessiz kalıp, onun yerine sorunlarını arkadaşlarıyla paylaşmayı tercih edebilirler (Polomeno 2000). Barrett ve ark. (2000) doğum sonu 484 kadınla yaptığı çalışmada, cinsel işlev ve olası komplikasyonlar konusunda kadınların sadece %18'inin bilgi aldığını ve sadece %15'inin cinsellik hakkında konuşma başlatırken kendini rahat hissettiğini bildirmiştir. Bu bulgular sağlık personellerinin cinsellikle ilgili konuşmayı başlatabilmesi ve yeterli danışmanlık hizmetinin verilmesi gerektiğini göstermektedir (Johnson 2011). Bu dönemde cinsellikle ilgili yeterli danışmanlık alamama, cinsel sorunların daha da uzun sürmesine, kadın için çeşitli fiziksel, psikolojik ve sosyal sorunlara yol açabilir. Başlangıçtaki sorun zamanla derinleşerek tedavi edilmesi güç hale gelebilir. Bu nedenle de sorunun erken tanısı ve yönetimi çoğu zaman verilen basit bir danışmanlık hizmeti kadının gelecekteki cinsel yaşamının olumsuz etkilenmesini önlemek için oldukça önemlidir (Convery ve Spats 2009).

Postpartum dönemde; kadının cinsel yaşamını olumsuz etkileyecek durumlar: emzirme, postpartum depresyon, perineal travma ve epizyotomi, pelvik taban bozukluğu, doğum sayısı ve şeklidir.

Emzirmenin Cinselliğe Etkisi

Gebelik boyunca östrojen ve progesteron hormonları tarafından baskılanan prolaktin hormonu doğumdan sonra aktive olur ve süt yapımını sağlar. Doğumdan sonra, emzirmeyen annelerde; emzirme refleksi olmadığı için prolaktin düzeyi hızlı bir şekilde düşerken, emziren annelerde prolaktin seviyesinin artması, cinsellikte aktif rollere sahip östrojen ve androjenin azalmasına yol açar. Bu nedenle emziren kadınların cinsel isteklerinde azalma olduğu, cinsel yaşamlarına

daha geç başladıkları ve daha fazla cinsel sorun yaşadıkları ortaya konulmuştur. (Serati et al. 2010; Karaçam 2008; Signorella, Harlow ve Chekos 2001).

Rowland ve ark. (2005) emzirme ve cinsellik konusunda, 316 kadınla yaptıkları prospektif çalışma sonrasında; bebeklerini biberonla besleyen kadınların cinsel ilişkiye daha erken başladıklarını ve cinsel sorun yaşama oranlarının daha düşük olduğunu bildirmişlerdir. Sule-Odu ve ark. (2008) 371 kadınla yapmış olduğu prospektif araştırmada da bebeğini uzun emziren annelerin postpartum cinsel ilişkiye başlama zamanları bebeğini kısa süre emziren annelerden daha geç olduğu sonucu elde edilmiştir. Bu sonuç; bebek ne kadar çok emerse çiftin ilişkiye girebilme sürelerinin o kadar çok kısıtlanması veya kadının cinsel ilişkiye giremeyecek kadar yorgun olması ile ilişkilendirilmiştir. Doğum sonu dönemde özellikle ilk aylarda emzirme sıklığının fazla olması gece uykularının bölünmesine ve uykusuzluğa neden olmakta bu nedenle cinsel yaşama ilgi ve cinsel ilişki sıklığında azalma olabilmektedir (Leeman ve Rogers 2012). Olsson ve ark. (2005) kadınların postpartum cinsel yaşam ile ilgili yaptığı 27 kişilik grup görüşmelerinde doğum sonrası aile yaşamında oluşan değişiklikler ve stresin cinsel yaşamlarına etkisi konusunda kadınların en çok ifade ettikleri sorunlar içinde; “yorgunluk ve bebek bakımı nedeniyle zaman bulamama”, “sadece kendisi için zaman ayırma ihtiyacı” ve “boş zaman bulduğunda uyumayı, dinlenmeyi cinsel ilişkiye tercih etme” gibi faktörlerin önemli rol oynadığı bulunmuştur.

Emziren kadınlarda yorgunluk kadar disparoni de cinsel aktiviteyi olumsuz etkilemektedir. Emzirenlerde görülen östrojen seviyesindeki azalma vajinal mukozanın menstruasyon başlayıncaya kadar atrofik kalmasına neden olmakla birlikte sempatik ve parasempatik sinirlerdeki duyarlılığı azaltmaktadır. Bu durumda vajinal duvar kalınlığı inceler, daha çabuk hasar görür ve vajinal ortam daha asidik hale gelir. Tüm bu değişimlerin sonucunda lubrikasyon eksikliği ve disparoni gelişir. Disparoni over fonksiyonları ve menstruasyon tekrar başlayana kadar devam edebilir. Disparoni yaşayan kadınlar bir süre cinsel isteklerini kaybedebilmektedir (Serati et al. 2010; Karaçam 2008).

Avery ve ark. (2000) laktasyondaki 576 primipar kadını içeren prospektif kohort çalışmasında emzirme sırasında kadınların %55’inde vajinal kayganlıkta azalma olduğu ayrıca; emzirmeyi erken kesen kadınların (1ay), emzirmeyi daha uzun tutan (3-6ay) kadınlara kıyasla cinsel doyum ve uyarılmalarının daha az olduğu bildirilmiştir. Aynı zamanda yapılan çalışmalarda emziren kadınların 4 kat daha fazla disparoni deneyimledikleri bulunmuştur (Şahin 2009; Avery, Duckett ve Frantzich 2000).

Emziren kadınlarda doğumdan sonra laktasyon nedeniyle; memelerinde olan fiziksel değişiklikler, meme duyarlılığının azalması ve memelerinden süt gelmesinin cinselliği olumsuz etkilediğini gösteren kanıt temelli çalışmalar da bulunmaktadır (Johnson 2011).

Ayrıca memelerin doğumdan önce olduğu gibi erotik istek uyandıran şekli ve diriliğinin kalmaması, doğum sonu dönemde memelerin cinsel bir obje olmaktan çıkıp bebeğin beslenmesinde rol alması kadının beden imajını dolayısıyla cinselliğini olumsuz etkilemektedir (Öz 2004).

Olsson ve ark. (2005) yaptığı çalışmada, doğum sonrası dönemde kadınların beden imajı ile ilgili çok sayıda fiziksel değişiklik yaşadıkları ve bu değişikliklerle baş etmede zorlandıkları bildirilmiştir. Ayrıca çalışma; kadınların memelerdeki fiziksel değişiklikler nedeni ile kendilerini daha az çekici hissetme, emzirmeye başladıklarından beri memelerini cinsellik ile ilgili görememe ve memelerin bu iki farklı fonksiyonunu birleştiremediklerini göstermektedir. Emziren ve emzirmeyen kadınların eşleri ile yapılan çalışmada da erkeklerin büyük çoğunluğunun eşlerinin emzirdikleri için kendilerini daha çok anne gibi hissettiklerini ve cinsel cazibelerini kaybettiklerini ifade ettikleri bildirilmiştir (Frazier ve Rodriguez 1995)

Buna rağmen emzirmenin direk memenin uyarılması, hassasiyetin artması, meme ölçüsünün artışından kaynaklanan cinsel arzu ve erotizmde artış sağladığını gösteren çelişkili verilerde bulunmaktadır (Abdool, Thakar ve Sultan 2009; Avery 2000). Bazı kadınlar için oksitosinin doğal etkisi seksüel uyarılmayı sağlayarak uterus kasılmalarının yoğun etkisi orgazm olmaya sebep olabilir (Convery ve Spats 2009; Johnson 2011). Ancak; Serati ve ark. (2010) meta analiz çalışmalarından elde edilen veriler postpartum cinsel iyileşmenin gecikmesinin, disparoni sorununun uzamasının emzirme ile ilişkili olduğunu, emzirmenin cinselliği olumsuz etkilediğini göstermektedir.

Postpartum Depresyonun Cinselliğe Etkisi

Fiziksel, sosyal ve psikolojik faktörlerden etkilenen doğum sonu depresyon %8-20 oranında görülmekte ve kadının cinsel sağlığını olumsuz etkilemektedir (Johnson 2011). Ülkemizde ise bu oran %39'lara çıkabilmektedir (Ak 2010). Gebelik ve doğum sonu dönemde anksiyete, depresyon gibi sorunlar gözden kaçır tedavi edilmezse şiddetlenerek doğum sonu depresyona neden olabilir. Ayrıca zayıf aile bağı, sigara alkol madde kullanımı, planlanmamış gebelik, düşük sosyal destek, stresli bir hamilelik süreci, düşük sosyoekonomik bir durum, adölesan

annelik, ailede duygu durum bozuklukları gibi davranışsal faktörler doğum sonu depresyonla ilişkilidir (Beydoun, Al-Sahab ve Tamim 2010).

Doğum sonu depresyona sahip kadınlarda; cinsel fonksiyon bozukluğu daha yaygındır (Leeman ve Rogers 2012). Kesitsel olarak yapılan nüfus tabanlı bir çalışmada depresif kadınların %40'ında arzu, uyarılma ve orgazm bozuklukları rapor edilmiştir. Ayrıca bu kadınların ilk 6 ayda cinsel ilişkiye başlamasının daha az olduğu bildirilmiştir (Jhannes et al. 2009).

Cinsel ilginin azalmasında depresyon tedavisi çözüme ulaşmayabilir. Hatta depresyon tedavisi için kullanılan ilaçlar devam eden cinsel fonksiyon bozukluğunun nedeni olabilmektedir. Serotonin inhibitörü veya serotonin ve norepinefrin inhibitörü depresyon tedavisi alan 2.247 kadınla yapılan kohort bir çalışmada kadınların %95.6'sında cinsel fonksiyonun bir aşamasında en az birinde bir bozulma olduğunu göstermektedir. Sırasıyla kadınların %83'ünde uyarılma, %79'unda arzu, %45.4'ünde orgazm bozukluğu görülmektedir (Clayton, Keller ve McGarvey 2006).

Perineal Travma ve Epizyotominin Cinselliğe Etkisi

Postpartum dönemde özellikle kadında laserasyon veya epizyotomi varsa; birçok çift cinsel aktiviteye başlama konusunda endişelidir (Gökyıldız 2004). Kadında; laserasyon veya epizyotomiden dolayı perineal ağrı, perineal ağrıda disparoniye neden olmaktadır (Leeman ve Rogers 2012). Radestad ve ark. (2008) yaptığı bir çalışmada; perineal ve vajinal yırtıklara sahip kadınların, 6 ay boyunca perinesi bozulmamış kadınlara göre disparoni açısından rölatif risk oranlarının yüksek olduğunu göstermiştir.

Ayrıca Barret ve ark. (2000) yaptığı çalışmada; kadınlarda cinsel problemlerin doğumdan önce %38 iken, doğumdan sonra ilk üç ayda %83'e çıktığını ve üç aydan sonra %64'e düştüğünü bildirmekte, bunun nedenini ise kadındaki laserasyon ve epizyotominin varlığından kaynaklandığı açıklamaktadır.

Signorella ve ark. (2001) disparoni ve obstetrik hikaye arasında ilişkiyi belirlemek için 615 primipar kadın üzerinde yaptığı çalışmada da; perine yırtığının derecesi arttıkça disparoni riskinin arttığını göstermiştir.

Pelvik Taban Fonksiyon Bozukluğunun Cinselliğe Etkisi

Pelvik tabanın kadında miksiyonu ve defekasyonu sağlama, koitusu gerçekleştirme gibi önemli fonksiyonları vardır. Pelvik taban desteğini sağlayan kas, sinir ve bağ dokusu yapılarında gebelik, vajinal doğum, obstetrik komplikasyonlar (epizyotomi vb) sırasında bir hasar pelvik taban bozukluğuna neden olmaktadır. Pelvik taban bozukluğu ise üriner, fekal inkontinansa ve cinsel disfonksiyona yol açmaktadır (Bilgiç, KızılkayaBeji ve Yalçın 2012).

Kadınların cinsel disfonksiyonları ve bozulmuş yaşam kalitesi ile doğum sonrası üriner ve fekal inkontinans şikayetleri arasında ilişki bulunmuştur. Doğum anında özellikle litotomi pozisyonunda oluşan nöromüsküler gerilme de, üriner ve fekal inkontinans oranını yükseltebilir (Johnson 2011).

Bu kadınlarda cinsel aktivitenin düşük, cinsel disfonksiyonun yüksek oranda görüldüğü bildirilmektedir. Bunun nedeni bu kadınların beden imajlarının düşük olması, utanma duygularının fazla olması, kendilerini fiziksel ve cinsel yönden feminen hissetmemeleri, koku nedeniyle endişe duymaları sürekli ped, bez kullanmaları idrar kaçırma korkusu, koitus sırasında idrar kaçırma, eşin olumsuz tepkisi ve çekiciliğinin azaldığını düşünme kadınların cinselliğini olumsuz etkilemekte ve yaşam kalitesini düşürmektedir (Akhan 2009).

Buna ek olarak Rogers ve ark. (2008) vajinal doğumdan sonra 444 kadında pelvik taban fonksiyonu ile genital travma ilişkisini inceledikleri çalışmada; pelvik taban şikayetleri yaygın ve genital travma ile ilişkili bulunmuştur. Ayrıca aynı kohort çalışmada 436 kadın arasında postpartum inkontinans yaygın olmasına rağmen çoğu kadın hafif semptomlara sahip, çok az kadın bu semptomlarının yaşam kalitesini etkilediğinden şikayetçi bulunmuştur. Başka bir çalışmada doğum sürecinde anal sfinkterin yırtılmasının, doğumdan sonraki süreçte cinsel birleşme sırasında fekal inkontinansın gelişmesine ($p=0.01$) sebep olduğunu göstermektedir (Mous, Muller ve Leeuw 2008). Bununla birlikte anal sfinkter yırtığına sahip kadınlar olmayan kadınlarla kıyaslandığında cinsel fonksiyon puanlarında hiçbir fark bulunmazken doğumdan sonra ilk 6 ayda cinsel aktiviteye dönme oranlarında azalma bulunmuştur (Brubaker et al. 2008).

Doğum Sayısının ve Doğum Şeklinin Cinselliğe Etkisi

Literatürde kadının cinsel doyumu ve yaşadığı cinsel problemler ile doğum sayısı ve şeklinin ilişkisi hakkında farklı görüşler bulunmaktadır (Serati et al. 2010). Witting ve ark (2008) 2.081 kadın üzerinde yaptıkları çalışmada multipar kadınların orgazm ile ilgili daha az sorununun olduğunu ve ilişki tatmininin daha fazla olduğunu, doğum yapmamış kadınlarda daha fazla ağrı ve daha az cinsel doyum olduğunu belirlemişlerdir. Fakat; Kadri ve ark. (2002) tarafından 491 kadın üzerinde oluşan nüfus tabanlı bir çalışmada 4 ve üstü sayıda çocuklu kadınların daha az sayıda çocuğu olan kadınlara göre arzu düzeyi daha düşük bulunmuştur. Bu durum farklı kültür, farklı metodoloji kullanılmasıyla kaynaklanabilir (Johnson 2011). Genel olarak çalışmalar ilişkisinden memnun olan çiftlerin daha çok çocuk yapmaya karar verdiği ve ilişki memnuniyetinin arttıkça da cinsel işlev bozukluğunun azaldığını göstermektedir (Witting et al. 2008).

Doğum şeklinin cinselliği etkilemesi konusunda tutarsız bilgiler, son yıllarda elektif sezaryen oranlarını yükseltmiştir (Serati et al. 2010). Sezaryenin cerrahi bir uygulama ve anne için yüksek risk faktörleri komplikasyonlar içermesine rağmen; Wang ve ark. (2003) yapmış oldukları çalışmada kadınların %28.57'sinin vajinal genişlemeye neden olacağı ve bununda cinsel ilişkide zevk almasını etkileyeceğini inandıkları için sezaryen doğumu vajinal doğuma tercih ettiklerini saptamışlardır. Halbuki Güngör ve ark. (2007) primipar kadınlar üzerinde yaptığı bir çalışmada epizyotomili vajinal doğum yapan kadınlarla sezaryen doğum yapan kadınları cinsel doyumsuzluk prevalansı ve cinsel ilişki memnuniyet derecesi açısından karşılaştırmış, istatistiksel olarak anlamlı fark bulamamışlardır. Fakat; normal doğum yapan kadınlarda sezaryen yapanlara kıyasla; üriner, fekal inkontinans gibi pelvik taban disfonksiyonu oranının yüksek olduğu bu nedenle cinselliğin olumsuz etkilendiğini gösteren çalışmalar da vardır (Brubaker ve ark. 2008).

Bunlara ek olarak doğum şekli ve sayısı ile sadece kadının değil erkeğinde cinsel fonksiyonları arasında ilişkinin varlığına dair çelişkili çalışmalar bulunmaktadır (Serati et al. 2010).

Güngör ve ark. (2008) eşleri elektif sezaryen, mediolyotarel vajinal doğum yapmış ve doğum yapmamış 107 erkek üzerinde yaptığı prospektif kohort çalışmada erkek cinsel işlev bozukluğu sırasıyla; isteğe bağlı sezaryende %28.6, vajinal doğum grubunda %19.4, doğum yapmayan grupta ise %30 bulunmuştur. Bu durum doğum şeklinden veya sayısından erkeğin

cinsel fonksiyonlarının etkilenmediğini göstermektedir. Ayrıca partnerlerin cinsel doyumsuzluğu üç grupta benzer bulunmuştur. Bu bulgular elektif sezaryenin, doğum sonu cinsel yaşama çiftler için bir yarar sağlamadığının göstergesidir. Ayrıca çalışmada epizyotomisi olan ve olmayan eşler arasında cinsel zevkler arasında fark bulunmuştur.

Postpartum Döneme Özgü Cinsel Danışmanlık

Cinsellik temel insan gereksinimidir ve çalışmamızda görüldüğü gibi doğum sonu cinsel sağlığı etkileyen birçok faktör vardır. Cinsel sağlık her insanın hakkı olmasına rağmen; cinselliği açık bir şekilde ifade edememek ve bazı tabular, cinsellik hakkında basit sorunların karmaşık ve içinden çıkılmaz hale gelmesine neden olmuştur (Aygın ve Aslan 2005).

Sorunların dile gelmemesinde toplumun ve dinin etkisi olabileceği gibi, erken taburculukla ebeveynlerin dikkatlerinin bebeğin bakımında olması ya da ebelerin ve hemşirelerin cinsellikle ilgili temel bilgi ve klinik beceri açısından yetersizliği etkili olabilir (Katz 2010).

Ebe/hemşire yeni anne adayları ve eşlerinin postpartum cinsellikle ilgili bilgi ve gereksinimlerine ve sorularına hazırlıklı, bu konularda ebeveynlere danışmanlık verecek donanıma sahip olmalıdır (Katz 2010). Çünkü ebeler ve hemşireler cinsellikle ilgili danışmanlık sağlamak için ideal konumdadırlar. Doğum sonu kadınlar kişisel bakım, yenidoğan bakımı duygusal destek için sık sık ebelerle ve hemşirelerle iletişime geçmektedir (Mick, Hughes ve Cohen 2004). Anneler cinsellikle ilgili konuyu dile getirmede çekingen davranırsa da ebelerin/hemşirelerin konuyu cinselliğe getirmesi gereklidir. Bazılarının cinsel sorunlarını ve güvensizliklerini paylaşmak için basit bir form yeterliyken, bazıları için ileri danışmanlık tedavi için sevk etmek gerekebilir. Bunun içinde iyi bir öykü almak çok önemlidir. Bir hastadan öykü alırken ilişkinin değerlendirilmesi, cinselliğin değerlendirilmesi ve hastanın destek ağlarını anlamak için önemli noktalar vardır; planlı bir gebelik mi, doğum travmatik miydi, çocuğun sağlığı, emzirme durumu, ilaç kullanma durumu vb. (Read 2004). Ayrıca cinselliği değerlendirmek ve tartışmak için PLISSIT ve BETTER gibi modelden faydalanabilir (Mick et al. 2004; Anon 1976). Bu modeller cinsel bilgileri tartışmayı sağlamak için basit olarak yapılandırılmış yaklaşımlardır. Bazı ebeler/hemşireler cinsellikle ilgili konuları tartışmak için ekstra zaman gerektiğini bunun imkansızlığını düşünse de; hastanede doğum öncesi eğitime, emzirme eğitimlerine, taburculuk eğitimlerinin içine cinsellik dahil edilebilir (Convery ve Spats 2009). Hatta sağlık ocağına aşı için gelen annelerle bu konular konuşulabilir. Ancak bu eğitim içerikleri Sağlık Bakanlığının ki gibi kısıtlı olmamalıdır. Sağlık Bakanlığı'nın doğum sonu cinsellikle ilgili eğitim içeriği; cinsel ilişkiye başlama

süresi, dispareni için vajinal kayganlaştırıcı ve aile planlaması konularını kapsadığından yeterli olmadığı düşünülmektedir (TC Sağlık Bakanlığı 2014).

Bu konulara ilave olabileceğini düşündüğümüz konular:

- Postpartum 3-6 ayda cinsel ilişki sıklığının azalmasının, cinsel istek ve orgazmda azalmanın normal olduğu açıklanmalıdır (Serati et al. 2010).
- Cinsel ilişki sırasında memeden süt gelmesi kadın ve eşi tarafından utanç kaynağı olabilir. Bunu önlemek için cinsel aktivite öncesi bebeğin emzirilmesi, anneye sütün nasıl boşaltabileceğinin gösterilmesi sağlanabilir (Polomeno 2000). Ayrıca cinsel birliktelik sırasında göğüs pedi kullanılarak sütyen veya tişört giyilmesi memeden gelen sütü gizlemek için başka bir strateji yoludur (Reader 2005).
- Emzirme döneminde çoğu kadının emzirme hassasiyeti artar. O nedenle cinsel ön sevişme sırasında memenin okşanmaması önerilebilir. Kadın bunun aksini de isteyebilir. Bu olasılıkların hepsi konuşulmalıdır (Convery ve Spats 2009).
- Bebeğin bakımıyla çiftlerde oluşan yorgunluk libidoyu olumsuz etkileyebilir. Banyo, müzik ve elle yapılan masaj uyarılmayı kolaylaştırabilir (Convery ve Spats 2009).
- Çoğu klinisyenler doğumdan sonra ilk 6 hafta cinselliğe başlamayı tavsiye etmemektedir. Bu dönemde çiftlere; cinselliğin sadece vajinal birleşmeden oluşmadığı, manuel genital stimülasyon gibi farklı alternatif tatmin yolları bulmaları önerilebilir (Johnson 2011).
- Epizyotomisi, laserasyonu olan kadınlara; penis girişi ve vajinal derinliğin kontrol edilebildiği kadının üstte olduğu pozisyon ve oturma banyosu önerilebilir (Minig et al. 2008).
- Vajinal açıklığın eski haline dönmesi, kasların tonüs ve gücünün artırılması varsa üriner fekal inkontinansı azaltmak için kadınlara kegel egzersizleri öğretilmelidir (Convery ve Spats 2009).
- Doğum öncesi perine masajı; perinenin elastikiyetini arttırarak doğum sonrası perineal travma ve perineal ağrı insidansını azaltmaktadır (Beckmann ve Garret 2006). Bu nedenle doğum öncesi eğitimlere perine masajları dahil edilmelidir.

Ayrıca bunlara ek olarak cinsel fonksiyon bozukluğu ile ilgili yazılı materyaller veya broşürlerle bu konuda hizmet veren merkezlerin iletişim numaraları çiftlere destek için yararlı olabilir (Convery ve Spats 2009).

KAYNAKLAR

World Health Organization. Sexual health: Working definitions 2002. Available at: http://www.who.int/reproductive-health/gender/sexual_health.html(Erişim Tarihi:02.02.2014).

Serati M, Salvatore S, Siesto G, Cattoni E, Zanirato M, Khullar V et al. (2010). Female sexual function during pregnancy and after childbirth. *J Sex Med*, 7: 2782-2790.

Leeman LM, Rogers RG (2012). Sex after childbirth: postpartum sexual function. *American College of Obstetricians and Gynecologists*, 119(3): 647-655.

Polomeno V (2000). Sex and pregnancy: A perinatal educator's guide. *J Perinat Educ*, 9:15-27. Barrett G, Pendry E, Peacick J, Victor C. Thakar R, Manyonda I (2000). Women's sexual health after childbirth. *BJOG*, 107:186-195.

Johnson CE (2011). Sexual health during pregnancy and the postpartum. *J SexMed*, 8(5): 1267- 1284.

Convery KM, Spats DL (2009). Sexuality and breastfeeding, What do you know?. *MCN The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 34(4): 219-223.

Karaçam Z (2008). Normal postpartum dönem fizyolojisi ve bakımı. Şirin A. (Ed). *Kadın Sağlığı*. Bedray Basım Yayıncılık, İstanbul, 708-756.

Signorella LB, Harlow BL, Chekos AK, Repke JT (2001). Postpartum sexual functioning and its relationship to perineal trauma: A retrospective cohort study of primiparous women. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 184(5): 881-890.

Rowland M, Foxcroft Laura, Hopman WM, Rupa P (2005). Breastfeeding and sexuality immediately postpartum. *Canadian Family Physician*, 51(10): 1367-1373.

Sule-Odu AO, Fakoya TA, Oluwole FA, Ogundahunsi OA, Olowu AO (2008). Postpartum sexual abstinence and breastfeeding pattern in Sagamu, Nigeria. *African Journal of Reproductive Health*, 12(1): 96-100.

Olsson A, Lundqvist M, Faxelid E, Nissen E (2005). Women's thoughts about sexual life after childbirth: Focus group discussions with women after childbirth. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 19(4): 381-387.

Avery MD, Duckett L, Frantzich CR (2000). The experience of sexuality during breastfeeding among primiparous women. *J Midwifery Womens Health*, 45(3): 227-236.

Şahin N (2009). Kadınlarda postpartum dönemde cinsel yaşam. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 40(3): 125-130.

Öz F (2004). Sağlık Alanında Temel Kavramlar. 5. Basım, İmaj İç ve Dış ticaret A.Ş., Ankara, 83-111.

Frazier L, Rodriguez-Garcia R (1995) Cultural paradoxes relating to sexuality and breastfeeding. *J Hum Lactation*, 11(4): 111-115.

Abdool Z, Thakar R, Sultan AH (2009). Postpartum female sexual function. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 14(5): 133–137.

Ak M (2010). Doğum sonu ilk altı ayda maternal depresyon görülme sıklığı ve etkileyen faktörler. *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 7(2): 39-42.

Beydoun HA, Al-Sahab B, Beydoun MA, Tamim H (2010). Intimate partner violence as a risk factor for postpartum depression among Canadian women in the maternity experience survey. *Ann Epidemiol*, 20(8): 575–583.

Jhannes CB, Clayton AH, Odom DM, Rosen RC, Russo PA, Shifren JL et al. (2009). Distressing sexual problems in United States women revisited: Prevalence after accounting for depression. *J Clin Psychiatry*, 70(12): 1698-1706.

Clayton A, Keller A, McGarvey EL (2006): Burden of phase-specific sexual dysfunction with SSRIs. *J Affect Disord*, 91(1): 27–32.

Gökyıldız Ş (2004). Postpartum dönemde cinsellik ve etkileyen faktörler. *Androloji Bülteni*, 16: 75-77.

Radestad I, Olsson A, Nissen E, Rubertsson C (2008). Tears in the vagina, perineum, sphincter ani, and rectum and first sexualintercourse after childbirth: A nationwide follow-up. *Birth*, 35(2): 98 –106.

Bilgiç D, KızılkayaBeji N, Yalçın Ö (2012). Ürojinekoloji hastalarında cinsel fonksiyon değerlendirmesi. *J Turk Soc Obstet Gynecol*, 9(3): 142- 152.

Akhan SE (2009). Pelvis tabanı ve cinsel yaşam. Yalçın Ö (Ed.). *Temel Ürojinekoloji*. Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti., İstanbul, 525- 541.

Rogers RG, Leeman LM, Migliaccio L, Albers LL (2008). Does the severity of spontaneous genital tract trauma affect postpartum pelvic floor function?. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*, 19(3): 429–435.

Mous M, Muller SA, de Leeuw JW (2008). Long-term effects of anal sphincter rupture during vaginal delivery: Faecal incontinence and sexual complaints. *BJOG*, 115(2): 234–238.

Brubaker L, Handa VL, Bradley CS, Connolly A, Moalli P, Brown MB, Weber A. (2008). Sexual function 6 months after first delivery. *Obstet Gynecol*, 111(5): 1040–1044.

Witting K, Santtila P, Alanko K, Harlaar N, Jern P, Johansson A et al. (2008). Female sexual function and its associations with number of children, pregnancy, and relationship satisfaction. *J Sex Marital Ther*, 34(2): 89–106.

Kadri N, Alami KHM, Tahiri SM (2002). Sexual dysfunction in women: Population based epidemiological study. *Arch Womens Ment Health* , 5(2): 59–63.

Wang H, Xu X, Yao Z, Zhou Q (2003). Impact of delivery types on women's postpartum sexual health. *Reproduction Contraception*, 14(4): 237-242.

Güngör S, Başer I, Ceyhan S, Karasahin E, Açikel CH (2007). Mode of delivery and subsequent long term sexual function of primiparous women. *Int J Impot Res*, 19(4): 358–365.

Güngör SBI, Ceyhan T, Karasahin E, Kilic S (2008). Does mode of delivery affect sexual functioning of the man partner?. *J SexMed*, 5(1): 155–163.

Aygin D, Aslani FE (2005). Cinsel işlev bozukluklarında ne yapıyoruz? Ne yapmalıyız? *Androloji Bülteni*, 264-267.

Katz A (2010). Sexually speaking; sexual changes during and after pregnancy. *The American Journal of nursing*, 110(8): 50-52.

Mick J, Hughes M, Cohen MZ (2004). Using the BETTER Model to assess sexuality. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 8(1): 84-86.

Read J (2004). ABC of sexual health: Sexual problems associated with infertility, pregnancy, and ageing. *BMJ*, 329: 559–561.

Anon, JS. (1976). The PLISSIT Model: A proposed conceptual scheme for the behavioral treatment of sexual problems. *Journal of Sex Education and Therapy*, 2: 1-15

TC Sağlık Bakanlığı. Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi. <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/dogumsonubakim.pdf> (Erişim Tarihi: 06.06.2014).

Reader F (2005). Is there sex after childbirth? *Journal of the Association of Chartered Physiotherapists in Women's Health*, 29(2): 28-35.

Minig L, Trimble EL, Sarsotti C, Sebastiani MM, Spong CY (2008). Building the evidence base for postoperative and postpartum advice. *Obstet Gynecol*, 114(4): 892–900.

Beckmann MM, Garrett AJ (2006). Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 25(1): 5123.