2026

DOKTORA TEZİ

Özlem SEYMEN



T.C.

ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

PRİMİPAR GEBELERDE PLISSIT MODELİNE GÖRE YAPILANDIRILMIŞ MOTİVASYONEL GÖRÜŞMEYLE DESTEKLENEN CİNSEL SAĞLIK DANIŞMANLIĞININ ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

DOKTORA TEZİ

Özlem SEYMEN

HEMŞİRELİK PROGRAMI

Ankara, 2026

T.C.
ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

PRİMİPAR GEBELERDE PLISSIT MODELİNE GÖRE YAPILANDIRILMIŞ MOTİVASYONEL GÖRÜŞMEYLE DESTEKLENEN CİNSEL SAĞLIK DANIŞMANLIĞININ ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

DOKTORA TEZİ

Özlem SEYMEN

Prof. Dr. Sena KAPLAN

Doç. Dr. İlknur Münevver GÖNENÇ

HEMŞİRELİK PROGRAMI

Ankara, 2026

T.C.
ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Primipar Gebelerde PLISSIT Modeline Göre Yapılandırılmış Motivasyonel Görüşmeyle Desteklenen Cinsel Sağlık Danışmanlığının Etkisinin Değerlendirilmesi

Özlem SEYMEN

Doktora Tezi

Tez Danışmanı
Prof. Dr. Sena KAPLAN
İkinci Danışman
Doç. Dr. İlknur Münevver GÖNENÇ

Jüri Üyeleri
Prof. Dr. Şengül YAMAN SÖZBİR
Prof. Dr. Sena KAPLAN
Doç. Dr. Ayten ARIÖZ DÜZGÜN
Doç. Dr. Meltem UĞURLU
Dr. Öğr. Üyesi Sema KOÇAŞLI

Okuduğumuz ve Savunmasını dinlediğimiz bu tezin bir Doktora derecesi için gereken tüm kapsam ve kalite şartlarını sağladığını beyan ederiz.

Prof. Dr. Esra ÇALIK VAR
Enstitü Müdürü

Bu tezin Doktora derecesi için gereken tüm şartları sağladığını tasdik ederim.

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda patent ve telif haklarını ihlal edici etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tezde kullanılmış olan tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

07.01.2026

Özlem SEYMEN

TEŞEKKÜR

Doktora eğitimim süresince ve tezimin her aşamasında bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan; emeğini, ilgisini ve desteğini hiçbir zaman esirgemeyen, sabır ve hoşgörüyle bana rehberlik eden değerli hocam ve tez danışmanım Sayın Prof. Dr. Sena KAPLAN'a,

Tezimin yürütülmesinde akademik katkıları ve yol göstericiliğiyle süreci kolaylaştıran değerli hocam ve tez eş danışmanım Sayın Doç. Dr. İlknur Münevver GÖNENÇ'e,

Tez çalışmamın her aşamasında değerli görüş ve önerileriyle bilimsel gelişimime ışık tutan tez izleme kurulu üyelerim Sayın Prof. Dr. Şengül YAMAN SÖZBİR'e ve Sayın Dr. Öğr. Üyesi Sema KOÇAŞLI'ya,

Tez savunmama katılarak beni onurlandıran değerli jüri üyeleri hocalarım Sayın Doç. Dr. Halime ABAY'a, Sayın Doç. Dr. Ayten ARIÖZ DÜZGÜN'e ve Sayın Doç. Dr. Meltem UĞURLU'ya,

Doktora eğitimim sürecinde akademik gelişimime katkı sağlayan hocalarım Sayın Prof. Dr. Sena KAPLAN'a, Sayın Prof. Dr. Sevil ŞAHİN'e, Sayın Doç. Dr. Ayten ARIÖZ DÜZGÜN'e, Sayın Prof. Dr. Birgül ÖZKAN'a ve Sayın Prof. Dr. Esra Çalık VAR'a,

Doktora eğitimim boyunca desteğini esirgemeyen, sevinç ve üzüntülerimi paylaşan sevgili arkadaşlarım Doç. Dr. Döndü ŞANLITÜRK'e, Dr. Öğr. Üyesi Gülçin DEMİRDİL'e ve Öğr. Gör. Abdurrahim UYANIK'a,

Bu süreçte ihtiyaç duyduğum her anda yardım eden sevgili arkadaşlarım Arş. Gör. Dr. Esra TAYAZ'a ve Arş. Gör. Perver KARŞIGİL'e,

Hayatımın her döneminde olduğu gibi eğitim sürecimde de maddi ve manevi desteklerini esirgemeyen; sevgileri, fedakârlıkları ve varlıklarıyla bana daima güç veren, başarılarımı kendilerine mutluluk kaynağı yapan canım annem Cemile KAYABAŞI'na, babam Alahattin KAYABAŞI'na ve kıymetli kardeşim Erdinç KAYABAŞI'na,

Her konuda desteğini esirgemeyen sevgili eşim Murat SEYMEN'e, anlayışı ve sabrı için biricik kızımız Asya'ya içtenlikle teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

ÖZET ..... **x**
ABSTRACT ..... **xi**
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ ..... **xii**
ŞEKİLLER DİZİNİ ..... **xiii**
TABLOLAR DİZİNİ ..... **xiv**
1. GİRİŞ **1**
2. GENEL BİLGİLER **7**
2.1. Cinsellik ve Cinsel Sağlık 7
2.2. Cinsel Yanıt Döngüsü 8
2.3. Gebelikte Cinsellik 10
2.3.1. Gebelikte Cinsel İşlev Siklusunda Oluşan Değişiklikler 11
2.3.2. Gebelikte Cinselliği Etkileyen Faktörler 12
2.4. Cinsel Öz-Yeterlik 15
2.5. Gebelikte Cinsellikle İlgili Yaşanan Sorunlar 17
2.5.1. Cinsel işlev Bozuklukları 17
2.5.2. Gebelikte Koitusun Sakıncalı Olduğu Durumlar 19
2.6. Cinselliğin Değerlendirilmesinde Model Kullanımı 20
2.6.1. PLISSIT Modeli 21
2.7. Motivasyonel Görüşme 23
2.7.1. Motivasyonel Görüşme Yönteminin Temel İlkeleri 24
2.8. Gebelikte Cinsel Danışmanlıkta Hemşirenin Rolü 26
3. MATERYAL VE YÖNTEM **28**
3.1. Araştırmanın Tipi 28
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Genel Özellikleri 29
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi 29
3.4. Araştırmaya Dahil Edilme, Dahil Edilmeme ve Çıkarılma Kriterleri 30
3.4.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri 30
3.4.2. Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri 30
3.4.3. Araştırmadan Çıkarılma Kriterleri 30
3.5. Randomizasyon ile Araştırma Gruplarının Belirlenmesi 31
3.6. Yanlılığın Önlenmesi 31

3.7. Araştırmada Kullanılan Form ve Veri Toplama Araçları 32
3.7.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri Soru Formu 32
3.7.2. Kişisel Bilgi Formu 32
3.7.3. Kadın Cinsel İşlev Ölçeği 33
3.7.4. Cinsel Öz-Yeterlik Ölçeği 34
3.7.5. Gebelikte Cinselliğe Karşı Tutum Ölçeği 34
3.7.6. Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın Versiyonu 35
3.8. Araştırmanın Uygulanması ve Verilerin Toplanması 35
3.8.1. Araştırmanın Hazırlık Süreci 36
3.8.2. Araştırmanın Uygulanması 39
3.9. Verilerin Değerlendirilmesi 45
3.10. Araştırmanın Etik Uygunluğu 45
3.11. Araştırmanın Güçlü Yönleri ve Sınırlılıkları 46
4. BULGULAR 47
4.1. Gebelerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular 47
4.2. Gebelerin Cinsel İşlev, Gebelikte Cinselliğe Yönelik Tutum, Cinsel Öz-Yeterlik ve Cinsel Yaşam Kalitesine İlişkin Bulgular 49
5. TARTIŞMA 62
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 71
7. KAYNAKLAR 74
8. EKLER 92
Ek-1. Örneklem Büyüklüğü İçin Yapılan Güç Analizi 92
Ek-2. Araştırmanın Gücünü Belirlemek İçin Yapılan Güç Analizi 93
Ek-3. Müdahale ve Kontrol Gruplarının Randomizasyonu 94
Ek-4. Randomize Bir Çalışmanın Raporlanmasında Dahil Edilecek CONSORT 2025 Bilgi Kontrol Listesi 95
Ek-5. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri Soru Formu 97
Ek-6. Kişisel Bilgi Formu 98
Ek-8. Cinsel Öz-Yeterlik Ölçeği 102
Ek-9. Gebelikte Cinselliğe Karşı Tutum Ölçeği 103
Ek-10. Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçek-Kadın Formu 105
Ek-11. Motivasyonel Görüşme Teknikleri Eğitim Sertifikası 106
Ek-12. Üreme ve Cinsel Sağlık Modüler Eğitimi Sertifikası 107
Ek-13. Cinsel Danışmanlık Sertifikası 108

Ek-14. Cinsel Sağlık Hemşireliği ve Cinsel Danışmanlık Eğitimi Sertifikası 109
Ek-15. Gebelikte Cinsel Yaşam Rehberi 110
Ek-16. Gebelikte Cinsel Yaşam Rehberi- Özel Öneriler 113
Ek-17. Cinsellik Günlüğü 116
Ek-18. Primipar Gebelere Motivasyonel Görüşmeyle Desteklenen Plissit Modeline Göre Yapılandırılmış Cinsel Sağlık Danışmanlığı Yönergesi 117
Ek-19. Etik Kurul İzni 126
Ek-20. Kurum İzni 127
Ek-21. Ölçek İzinleri 128
Ek-22. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu 129
Ek-23. Özgeçmiş 133

ÖZET

Primipar Gebelerde PLISSIT Modeline Göre Yapılandırılmış Motivasyonel Görüşmeyle Desteklenen Cinsel Sağlık Danışmanlığının Etkisinin Değerlendirilmesi

Bu çalışma; primipar gebelere motivasyonel görüşme yöntemiyle verilen PLISSIT modeline göre yapılandırılmış cinsel sağlık danışmanlığının; cinsel işlev, cinselliğe karşı tutum, cinsel öz-yeterlik ve cinsel yaşam kalitesine etkisini değerlendirmek amacıyla tek merkezli paralel grup randomize kontrollü müdahale çalışmasıdır. Çalışma, Aralık 2024–Mayıs 2025 tarihleri arasında müdahale grubunda 33 ve kontrol grubunda 33 olmak üzere toplam 66 gebe ile yürütüldü. Müdahale grubundaki gebelere, PLISSIT Modeline Göre Yapılandırılmış Motivasyonel Görüşmeyle Desteklenen Cinsel Sağlık Danışmanlığı verildi. Danışmanlık süreci, ikişer hafta arayla gerçekleştirilen toplam dört oturumla yürütüldü. Kontrol grubundaki gebelere ise bu süreçte herhangi bir müdahalede bulunulmamıştır. Veriler Kişisel Bilgi Formu, Kadın Cinsel İşlev Ölçeği (KCİÖ), Gebelikte Cinselliğe Karşı Tutum Ölçeği (GCKTÖ), Cinsel Öz-Yeterlik Ölçeği (CÖYÖ) ve Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın Versiyonu (CYKÖ-K) ile toplanmıştır. Verilerin analizinde Bağımsız Örneklem t Testi, Mann-Whitney U Testi, tekrarlı ölçümlerde Tekrarlı Ölçümler ANOVA, Friedman Testi, Bağımlı Örneklem T Testi, Ki-kare testi kullanıldı. Çalışmada KCİÖ, GCKTÖ, CYKÖ-K ve CÖYÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarının müdahale grubunda cinsel sağlık danışmanlığı sonrası yapılan ölçümlerde, zaman içinde anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi ($p<0,05$). Zaman etkisi olmadığında gruplar arasında KCİÖ puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p<0,05$). Müdahale grubunda cinsel sağlık danışmanlığı sonrası yapılan ölçümde GCKTÖ ve CÖYÖ puanları kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlendi ($p<0,05$). Ayrıca müdahale grubunun CYKÖ-K toplam puan ortalamaları hem danışmanlık öncesi hem de cinsel sağlık danışmanlığı sonrasında kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptandı ($p<0,05$). Sonuç olarak, PLISSIT modeline göre yapılandırılmış motivasyonel görüşmeyle desteklenen cinsel sağlık danışmanlığının primipar gebelerde cinsel işlev, cinsel öz-yeterlik, gebelikte cinselliğe karşı tutum ve cinsel yaşam kalitesi üzerinde anlamlı iyileşmeler sağladığı saptandı. Gebelikte, motivasyonel görüşmeyle desteklenen PLISSIT modeline dayalı yapılandırılmış cinsel sağlık danışmanlığı, kadınların cinsel sağlık ihtiyaçlarının karşılanmasında etkili bir yaklaşım olarak önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Cinsel sağlık danışmanlığı, cinsel yaşam, gebelik, hemşirelik, motivasyonel görüşme, PLISSIT modeli

ABSTRACT

Evaluation of the Effect of Sexual Health Counselling Supported by Structured Motivational Interviewing According to the PLISSIT Model in Primiparous Pregnant Women

This study is a single-centre, parallel-group, randomised controlled intervention trial designed to evaluate the effect of structured sexual health counselling, delivered for the first time to women experiencing their first pregnancy using motivational interviewing techniques based on the PLISSIT model, on sexual function, attitudes towards sexuality, sexual self-efficacy, and sexual quality of life. The study was conducted between December 2024 and May 2025 with a total of 66 pregnant women, 33 in the intervention group and 33 in the control group. Pregnant women in the intervention group received sexual health counselling supported by structured motivational interviewing based on the PLISSIT model. The counseling process consisted of a total of four sessions two weeks apart. Pregnant women in the control group did not receive any intervention in this process. Data were collected using the Personal Information Form, Female Sexual Function İndex (FSFI), The Attitude Scale Toward Sexuality During Pregnancy (ASTSDP) , Sexual Self-Consciousness Scale (SSCS) and Sexual Quality of Life Questionnaire-Female (SQLQ-F). In the analysis of the data, the Independent Samples t-test, Mann-Whitney U test, Repeated Measures ANOVA, Friedman test, Dependent Samples t-test, and Chi-square test were used. In the study, it was determined that the mean total and subscale scores for FSFI, ASTSDP, SSCS, and SQLQ-F were significantly higher in the intervention group following sexual health counselling ($p<0.05$). When the time effect was not present, statistically significant differences were found between the groups in terms of FSFI scores ($p<0.05$). In the intervention group, ASTSDP and SSCS scores were statistically significantly higher than those in the control group in the measurement taken after sexual health counselling ($p<0.05$). Furthermore, the mean SQLQ-F total scores of the intervention group were statistically significantly higher than those of the control group both before counselling and after sexual health counselling ($p<0.05$). Consequently, it was determined that sexual health counselling supported by structured motivational interviewing based on the PLISSIT model resulted in significant improvements in sexual function, sexual self-efficacy, attitudes towards sexuality during pregnancy, and quality of sexual life in primiparous pregnant women. During pregnancy, structured sexual health counselling based on the PLISSIT model and supported by motivational interviewing is recommended as an effective approach to meeting women's sexual health needs.

Keywords: Sexual health counselling, sexual life, pregnancy, nursing, motivational interviewing, PLISSIT model.

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

Simgeler

%	: Yüzde
1-β	: Testin Gücü
d	: Cohen's d Katsayısı
n	: Örneklem Sayısı
Ƞ2	: Kısmi Eta Kare
P	: Anlamlılık Düzeyi
X	: Ki-Kare Testi
Eta^2	: Etki Genişliği
SS	: Standart Sapma
t	: İki Bağımsız Grup T Testi

Kısaltmalar

ACOG	: American College of Obstetricians and Gynecologists
EMR	: Erken Membran Rüptürü
CONSORT	: Consolidated Standards of Reporting Trials
CÖYÖ	: Cinsel Öz-Yeterlik Ölçeği
CYBE	: Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyon
CYKÖ-K	: Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği- Kadın Versiyonu
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
GCKTÖ	: Gebelikte Cinselliğe Karşı Tutum Ölçeği
KCİÖ	: Kadın Cinsel İşlev Ölçeği
VAS	: Visual Analog Skala

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 2.1. *Cinsel yanıt döngüsü (Erkek)* 8
Şekil 2.2. *Cinsel yanıt döngüsü (Kadın)* 8
Şekil 3.1. *Çalışmanın CONSORT akış şeması.* 28
Şekil 4.1. *Ölçüm zamanlarına göre kadın cinsel işlev ölçeği toplam puan ortamalarının grup dağılım grafiği* 50
Şekil 4.2. *Ölçüm zamanlarına göre gebelikte cinselliğe karşı tutum ölçeği toplam puan ortamalarının grup dağılım grafiği* 55
Şekil 4.3. *Ölçüm zamanlarına göre cinsel öz-yeterlik ölçeği toplam puan ortalamalarının grup dağılım grafiği* 59
Şekil 4.4. *Ölçüm zamanlarına göre cinsel yaşam kalitesi ölçeği-kadın versiyonu toplam puan ortalamalarının grup dağılım grafiği* 60

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 3.1. *DISCERN analizi.* 38
Tablo 3.2. *Araştırmanın uygulama deseni.* 44
Tablo 4.1. *Müdahale ve kontrol grubundaki gebelerin sosyo-demografik özellikleri.* 48
Tablo 4.2. *Müdahale ve kontrol grubundaki gebelerin obstetrik özellikleri.* 49
Tablo 4.3. *Gebelerin kadın cinsel işlev ölçeği toplam puan ortalamalarının grup içi ve gruplar arası açısından karşılaştırılması.* 54
Tablo 4.4. *Müdahale ve kontrol grubundaki gebelerin gebelikte cinselliğe karşı tutum ölçeği toplam ve alt boyut puan ortlamalarının gruplararası ve grupiçi karşılaştırılması.* 58
Tablo 4.5. *Müdahale ve kontrol grubundaki gebelerin cinsel öz-yeterlik ölçeği toplam puan ortalamalarına göre dağılımı.* 60
Tablo 4.6. *Müdahale ve kontrol grubundaki gebelerin cinsel yaşam kalitesi ölçeği kadın versiyonu puan ortalamalarına göre dağılımı.* 61

1. GİRİŞ

Problemin Tanımı ve Önemi

Cinsellik, bireyin yaşam deneyimleriyle şekillenen ve kişisel olarak ifade edilen çok boyutlu bir olgudur (Berman vd., 2022; Ventriglio ve Bhugra, 2019). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), cinselliği kişiliği, iletişimi ve sevgiyi zenginleştiren fiziksel, duygusal, entelektüel ve sosyal yönlerin bileşimi olarak tanımlarken; cinsel sağlığı yalnızca hastalık ya da işlev bozukluğunun yokluğu değil, cinsellikle ilişkili fiziksel, ruhsal ve sosyal iyilik hâli olarak değerlendirmektedir (WHO, 2006). Cinsellik, yalnızca biyolojik bir süreç olmayıp, bireyin değerleri, kişiliği ve toplumsal deneyimlerinden etkilenen kültürel ve psikososyal boyutları içermektedir (Bozdemir ve Özcan, 2011; Taylor, 2013). Ayrıca sağlıklı bir cinsel yaşam, bireylerin ve toplumların genel iyilik halini destekleyen önemli bir unsurdur (WHO, 2024) ve yaşam doyumuna katkı sağlayan pozitif bir güç olarak kabul edilmektedir (Evcili ve Bekar, 2024; Murtagh, 2010). Bu bağlamda, gebelik süreci cinselliğin yoğun biçimde etkilendiği kritik bir dönem olarak öne çıkmaktadır.

Gebelik, kadının yaşamında önemli fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişimlerin yaşandığı bir dönem olup, bu çok yönlü değişimler cinsel yaşam üzerinde de belirgin etkiler yaratmaktadır (Basson, 2008; Zeren ve Gürsoy, 2018). Özellikle ilk gebelik süreci; beden imajındaki değişimler, kilo alımı, abdomenin genişlemesi, memelerde hassasiyet, bulantı, yorgunluk ve hormonal dalgalanmalar gibi bedensel değişimlerin yoğun şekilde yaşandığı bir dönemdir. Bu değişimler, kadınların kendilerini fiziksel olarak çekici hissetmemelerine ve partnerleriyle olan cinsel yakınlıklarının azalmasına neden olabilmektedir (Öcalan vd., 2024). Aynı zamanda hormonal değişiklikler; duygudurum dalgalanmaları, vajinal kanlanma artışı, sekresyon değişiklikleri gibi etkiler cinsel istekte azalmaya ve cinsel ilişkiye karşı duyarlılığın artmasına yol açabilmektedir (Khalesi vd., 2018; Napso vd., 2018; Skodic-Zaksek, 2015). Bu fizyolojik ve psikolojik değişimler, yalnızca gebenin bireysel deneyimiyle sınırlı kalmayıp, çift ilişkisinin dinamiklerini ve evlilik sürecinin işleyişini de doğrudan şekillendirmektedir (Tavares vd., 2024). Bu bağlamda, söz

konusu değişimleri ilk kez deneyimleyen primipar gebeler, belirsizlik düzeyinin yüksek olması ve baş etme kaynaklarının sınırlı olması nedeniyle cinsel sağlık danışmanlığına daha fazla gereksinim duyan bir grup olarak değerlendirilmektedir (Delibalta ve Çılgın, 2020).

Gebelik boyunca, kadının bedeni önemli değişimlerden geçerken, çiftin sosyal rollerinde de dönüşümler meydana gelmektedir. Bu ebeveynliğe geçiş süreci, çiftlerin ilişki dinamiklerinde, iletişiminde ve yakınlık süreçlerinde önemli dönüşümlere yol açan çok boyutlu bir süreç olarak tanımlanmaktadır (Delicate vd., 2018). Eş rolünün yanı sıra ebeveyn rolünün de eklenmesi, yeni sorumluluklara, beklentilere ve yaşam tarzı değişikliklerine uyum sağlanmasını gerektirmektedir (Ertem ve Sevil, 2009; Skodic-Zaksek, 2015). Çiftlerin eğitim düzeyi, sosyokültürel yapısı ve evlilik süresi gibi bireysel ve çevresel özellikler, cinsel yaşamı doğrudan etkileyebilmektedir (Chang vd., 2011; Skodic-Zaksek, 2015). Bu rol değişimi, iletişim ve problem çözme becerilerine bağlı olarak evlilik memnuniyetinde azalmaya ve ilişki çatışmalarında artışa yol açabilmektedir (Doss ve Rhoades, 2017; Lessard vd., 2025; Tavares vd., 2024).

Gebelik döneminde kadınların cinsel işlevlerinde belirgin değişiklikler yaşandığı pek çok araştırma tarafından ortaya konmuştur. Özellikle, gebelikte cinsel işlevin genel olarak olumsuz etkilendiği; cinsel istek ve ilişki sıklığının azaldığı ve orgazm bozukluklarının görülebildiği bildirilmektedir (Aydın vd., 2015; Galazka vd., 2015; Liu vd., 2013; Şentürk-Erenel vd., 2011). Bu değişimlerin bazı kadınlarda doğum sonu dönemde de devam ettiği bildirilmektedir (Alsibiani, 2014; McBride vd., 2017). Gebelikte cinsel işlevi etkileyen faktörler çok boyutludur. Psikososyal etmenler arasında düşük yapma korkusu, fetüse zarar verme endişesi ve cinselliğin gebelikte uygun olmadığına ilişkin yanlış kültürel ya da dini inanışlar ön plana çıkmaktadır. Bu inanışlar, kadınlarda cinsel istekte azalmaya ve cinsel ilişkiden kaçınmaya neden olabilmektedir (Kerdarunsuksri ve Manusirivithaya, 2010; Koyun, 2012). Cinselliğin annelik rolüyle bağdaşmadığına yönelik geleneksel değerler ise suçluluk, utanma ve isteksizlik gibi olumsuz duyguları artırarak cinsel tutumları daha da olumsuz etkileyebilmektedir (Jamali ve Mosalanejad, 2013; Tosun-Güleroğlu ve Gördeleş-Beşer, 2014; Yılmaz-Sezer ve Şentürk-Erenel, 2021). Bunun yanı sıra yaş, eğitim düzeyi, evlilik süresi ve gebeliğin planlı olup olmaması gibi bireysel özellikler ile

gebeliğe özgü fizyolojik yakınmalar (ağrı, yorgunluk, nefes darlığı vb.) da cinsel yaşam üzerinde belirleyici olabilmektedir (Leite vd., 2020; Tosun-Güleroğlu ve Gördeleş-Beşer, 2014). Ulusalararası meta-analiz çalışmalarında, gebelikte cinsel işlev bozukluğu prevalansının %65–96 arasında olduğu bildirilmiştir (Alizadeh vd., 2022; Cassis vd., 2021; Moretti vd., 2017; Taştekin-Ouyaba ve İnfal-Kesim, 2023). Türkiye'deki çalışmalar da benzer şekilde yüksek oranlar bildirmektedir (Aydın vd., 2015; Topatan ve Koç, 2020). Bu bulgular, cinsel işlev bozukluklarının yaygınlığının dikkat çekici düzeyde olduğunu göstermektedir.

Cinsel işlev bozukluklarının yalnızca fizyolojik değil, kültürel değerler ve inançlar gibi çok boyutlu faktörlerle ilişkili olabileceği de vurgulanmaktadır (Cassis vd., 2021; Gurussu vd., 2021; Koyun, 2012; Yangın ve Eroğlu, 2011). Bu çok yönlü etkenler, gebelikte yalnızca cinsel işlevi değil, aynı zamanda kadınların cinselliğe ilişkin kendine güvenini ve yeterlik algısını da olumsuz etkileyebilmektedir. Cinsel öz-yeterliğin düşük olması, cinsel ilişkiden kaçınma davranışlarını artırmakta, cinsel sorunlarla baş etme kapasitesini zayıflatmakta ve cinsel yaşam kalitesinde belirgin düşüşe yol açmaktadır (Alan-Dikmen vd., 2023; Assarzadeh vd., 2021; Batmaz ve Çelik, 2022; Closson vd., 2018; Kafaei-Atrian vd., 2019; Riazi vd., 2021).

Cinsel isteğin çoğunlukla zihinsel ve motivasyonel bir süreç, uyarılmanın ise bedensel bir deneyim olarak algılandığı görülmektedir (Mitchell vd., 2014). Gebelik döneminde yaşanan hormonal değişiklikler, fiziksel hassasiyet ve yanlış inançlar bu motivasyonel süreci baskılayarak cinsel istekte azalmaya yol açabilmektedir (Aksoy Derya vd., 2020; Fernández-Carrasco vd., 2024; Şentürk-Erenel vd., 2022; Yılmaz ve Meydan, 2025). Sistematik bir derlemede, gebelik boyunca hem kadınlarda hem de erkeklerde cinsel isteğin dalgalandığını ve bu değişimin psikolojik ile fizyolojik etkenlerle yakından ilişkili olduğunu bildirmektedir (Fernández-Carrasco vd., 2024). Ayrıca literatür, cinsel isteğin trimesterlar boyunca değiştiğini ve özellikle üçüncü trimesterda doğum korkusu ile fiziksel rahatsızlıkların isteksizliği artırdığını ortaya koymaktadır (Aksoy vd., 2019; Banaei vd., 2019; Grussu vd., 2021). Prospektif bulgular, gebelik ilerledikçe istek, uyarılma ve orgazm alanlarında belirgin azalmalar yaşandığını göstermektedir (Yılmaz ve Meydan, 2025). Bu nedenle gebelik sürecinde cinselliğe yalnızca birleşme odaklı değil, zihinsel-motivasyonel süreç ile bedensel

deneyimin karşılıklı etkileşimini temel alan bütüncül bir yaklaşımla yaklaşılması önerilmektedir (Hasani vd., 2019).

Gebelik döneminde cinsel sağlık gereksinimlerinin karşılanması için yalnızca rutin obstetrik bakım yaklaşımı yeterli değildir; kadınların cinsel yaşantılarına ilişkin bilgilendirme ve danışmanlık hizmetleriyle desteklenmeleri önemlidir (Fernández-Sola vd., 2018; Hasani vd., 2019; Kaplan ve Peksoy-Kaya, 2024; Petok, 2016). Bununla birlikte literatürde, gebelik izlemlerinde sunulan bakımın çoğunlukla gebeliğe bağlı fizyolojik değişimler, fetal gelişim ve doğum sürecine odaklandığı; cinsel sağlık ve cinsel işlevlere yönelik değerlendirmenin ise çoğu zaman rutin bakımın bir parçası olarak ele alınmadığı bildirilmektedir (Büyükkayacı-Duman, 2019; Fernández-Sola vd., 2018; Hasani vd., 2019; Petok, 2016).

Bu durum göz önünde bulundurulduğunda, hemşirelerin temel düzeyde cinsel danışmanlık sunma sorumluluğu vardır ve danışmanlık sürecinde sistematik yaklaşımlar kullanılmalıdır (Büyükkayacı-Duman, 2019; Kaplan ve Peksoy-Kaya, 2024; Petok, 2016). Gebelerin cinsellikle ilgili sorularını sıklıkla dile getirmekte güçlük yaşamaları ve sağlık profesyonellerinin bu konuyu kendiliğinden gündeme getirmemesi, yapılandırılmış danışmanlık modellerine olan gereksinimi daha da belirgin hale getirmektedir (Lund vd., 2019).

Günümüzde cinsel sağlığın değerlendirilmesi ve danışmanlık sürecinde sistematik bir yaklaşım geliştirilmesi yönünden modellerin kullanımı önem taşımaktadır (Kaplan ve Peksoy-Kaya, 2024). Dünya genelinde cinselliğin bütüncül bir biçimde değerlendirilmesi ve cinsel sorunların çözümünü hedefleyen danışmanlık modelleri yaygın biçimde kullanılmaktadır (Büyükkayacı-Duman, 2019). Bu modeller, cinsel sağlığın yalnızca biyolojik boyutuyla değil, psikolojik ve ilişkisel yönleriyle birlikte ele alınmasını sağlayarak bakımın standardizasyonuna katkıda bulunmaktadır (Kaplan ve Peksoy-Kaya, 2024).

Cinsel danışmanlıkta yaygın olarak kullanılan PLISSIT modeli (Permission – İzin Verme, Limited Information – Sınırlı Bilgi, Specific Suggestions – Özel Öneriler, Intensive Therapy – Yoğun Terapi), hemşire ile danışan arasında cinselliğe yönelik iletişimi başlatmayı, sorunları belirlemeyi ve uygun çözüm önerileriyle tedavi sürecini planlamayı amaçlamaktadır (Annon, 1981; Berman vd., 2022). Modelin ilk basamağı

olan “İzin Verme (Permission)”, danışanın cinsellik ile ilgili düşüncelerini ve sorularını dile getirebileceği güvenli bir ortam sağlarken; “Sınırlı Bilgi (Limited Information)” basamağı, ihtiyaca yönelik kısa ve doğru bilgiler sunar. Üçüncü basamak olan “Özel Öneriler (Specific Suggestions)”, danışana kişiselleştirilmiş öneriler sunarken; son basamak olan “Yoğun Terapi (Intensive Therapy)” ise ileri düzey değerlendirme ve uzman desteğini içerir (Annon, 1981; Taylor, 2006; Uslu vd., 2016). Danışanın iç motivasyonunun desteklenmesi, sağlık davranışlarının geliştirilmesi ve cinsel sağlıkla ilişkili sorunlarla baş etme sürecinin güçlendirilmesi açısından kritik öneme sahiptir (Akcan ve Turhan, 2022). Bu bağlamda, motivasyonel görüşme, bireylerin değerlerini, inançlarını ve kaygılarını anlamaya yönelik danışan merkezli bir yaklaşım olarak PLISSIT modeline entegre edildiğinde, gebelik gibi hassas dönemlerde cinsel yaşama yönlendirmekten ziyade, sağlıklı cinsel yaşamın desteklenmesine, cinsel sağlıkla ilgili kaygıların azaltılmasına, bilgiye dayalı karar verme sürecinin güçlendirilmesine ve davranış değişikliği sürecine etkin katılımın sağlanmasına katkıda bulunabilir. Etkili bir cinsel danışmanlık süreci, çiftlerin cinselliğe ilişkin gerçekçi beklentiler geliştirmesine ve cinsel işlev sorunlarıyla baş etme yeterliliklerinin artırılmasına yardımcı olmaktadır (Gönenç ve Topuz, 2019; Toates, 2009).

Literatürde gebelikte cinsel işlev bozukluklarını ele alan çalışmalar mevcut olmakla birlikte, sistematik ve modele dayalı cinsel danışmanlık yaklaşımlarının etkinliğine ilişkin kanıtların sınırlı olduğu görülmektedir (Farnam vd., 2014; Heidari vd., 2019; Naji vd., 2024; Nezamnia vd., 2020; Rostamkhani vd., 2015; Shahbazi vd., 2019; Ziaei vd., 2022). Özellikle PLISSIT modelinin gebelik dönemine özgü kullanımına ilişkin çalışmaların sınırlı olması, bu alanda bilimsel araştırma ihtiyacını ortaya koymaktadır (Khezreian vd., 2017; Nejati vd., 2017; Shahbazi vd., 2019). Ayrıca, motivasyonel görüşme ile desteklenen danışmanlık süreçlerinin etkisini incelemek, cinsel sağlık hizmetlerinin etkinliğini artırmak açısından önem taşımaktadır (Tuncer ve Oskay, 2021; Yeşildağ ve Gölbaşı, 2024).

Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, primipar gebelere PLISSIT modeline göre yapılandırılmış motivasyonel görüşmeyle desteklenen cinsel sağlık danışmanlığının; cinsel işleve,

gebelikte cinselliğe karşı tutuma, cinsel öz-yeterliğe ve cinsel yaşam kalitesine etkisini değerlendirmek amacıyla yapıldı.

Araştırmanın Hipotezleri

Hipotezler

$H0_1$: PLISSIT modeline göre yapılandırılmış cinsel sağlık danışmanlığı verilen müdahale grubundaki gebeler ile kontrol grubundaki gebeler arasında Cinsel İşlev Ölçek toplam puan ortalamaları açısından fark yoktur.

$H0_2$: PLISSIT modeline göre yapılandırılmış cinsel sağlık danışmanlığı verilen müdahale grubundaki gebeler ile kontrol grubundaki gebeler arasında Gebelikte Cinselliğe Karşı Tutum Ölçek toplam puan ortalamaları açısından fark yoktur.

$H0_3$: PLISSIT modeline göre yapılandırılmış cinsel sağlık danışmanlığı verilen müdahale grubundaki gebeler ile kontrol grubundaki gebeler arasında Cinsel Öz-Yeterlik Ölçek toplam puan ortalamaları açısından fark yoktur.

$H0_4$: PLISSIT modeline göre yapılandırılmış cinsel sağlık danışmanlığı verilen müdahale grubundaki gebeler ile kontrol grubundaki gebeler arasında Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçek toplam puan ortalamaları açısından fark yoktur.

2. GENEL BİLGİLER

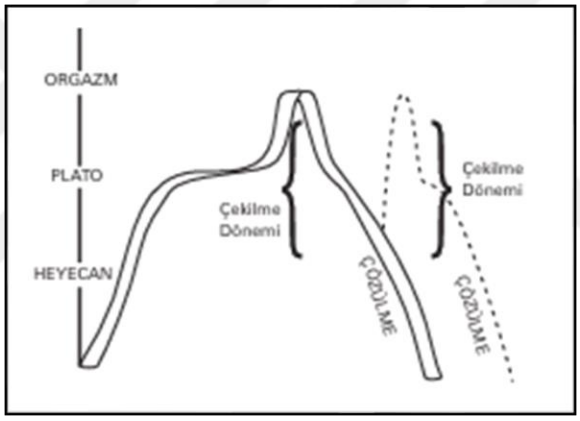
2.1. Cinsellik ve Cinsel Sağlık

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre, "cinsellik; fiziksel, duygusal, entelektüel ve sosyal yönlerin kişiliği, iletişimi ve aşkı zenginleştirici etkilerinin bileşiminden oluşur. Cinsel bir varlık olarak insanın sadece bedensel değil; duygusal, düşünsel ve toplumsal bütünlüğü sağlayan, kişilik gelişimini, iletişim ve sevginin paylaşımını olumlu yönde zenginleştiren ve arttıran sağlıklılık hali" olarak tanımlanmaktadır (WHO, 2006). Biyo-psiko-sosyal ve kültürel birçok boyutu olan cinsellik, intrauterin dönemden ölüme dek yaşamın her evresinde insan sağlığının ve temel yaşam gereksinimlerinin ayrılmaz bir parçası olarak görülmektedir (Büyükkayacı-Duman, 2019). Sinir, damar ve endokrin sistemlerinin koordinasyonuyla işleyen karmaşık bir süreç olan cinsellik; bireyin ailesi, toplumu, dini inançları, yaşlanma süreci, sağlık durumu ve kişisel deneyimlerinden etkilenmektedir (Fuchs vd., 2019). Cinselliğin ayrılmaz bir parçası ise cinsel sağlıktır. Cinsel sağlık, bireyin genel sağlık durumunu etkileyen önemli bir bileşendir (Zeren ve Gürsoy, 2018).

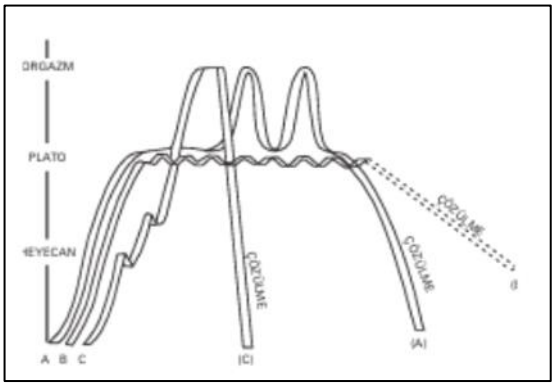
Cinsel sağlık, yalnızca hastalık, fonksiyon bozukluğu veya sakatlığın yokluğu değil; bireyin cinsellikle ilgili fiziksel, duygusal, zihinsel ve sosyal yönden iyi olma hali olarak tanımlanır (WHO, 2006). Amerikan Jinekoloji ve Obstetrik Derneği (ACOG) ise cinsel sağlığı; bireyin cinselliğiyle ilgili olarak kendini güvende, saygı görmüş ve iyi hissettiği bir bütünlük olarak tanımlamakta; sağlıklı cinselliğin, güvenli ilişkiler, rıza, karşılıklı onay ve haz temelleri üzerine kurulması gerektiğini vurgulamaktadır (ACOG, 2021). Sağlıklı bir cinsel yaşam, bireylerin, çiftlerin ve ailelerin genel sağlığını ve huzurunu destekler, toplumların sosyal ve ekonomik gelişimine katkı sağlar ve sağlıklı bir ailenin temelini oluşturur (Kazemi vd., 2021; WHO, 2024). Bu bağlamda, cinsel sağlık, kişiliği, iletişimi ve sevgiyi güçlendiren bütüncül bir yaklaşım gerektirir ve cinsel haklara saygı gösterilmesi, bu hakların korunması ve uygulanması ile sağlanabilir (Kismödi vd., 2017; WHO, 2006). Bu iyilik halinin bozulması durumunda kişinin istediği halde cinsel ilişkiye girememesi, cinsel işlev bozukluğu olarak kabul edilir (Demirci, 2016).

2.2. Cinsel Yanıt Döngüsü

Cinsel yanıt, kadın ve erkeklerde farklı nöroendokrin ve genital sistem mekanizmaları aracılığıyla ortaya çıkmaktadır. Kadın cinsel yanıt fizyolojisi uyarılma, plato, orgazm ve çözülme evrelerinden oluşmaktadır (Büyükkayacı-Duman, 2019; Guyton ve Hall, 2017). Hem kadın hem de erkek için cinsel yanıt döngüsü dört aşamadan oluşmaktadır (Şekil 2.1, Şekil 2.2) (Bekmezci ve Meram, 2020; Crooks vd., 2024). Erkekteki cinsel yanıt döngüsü genellikle birbirine benzer ve tek bir grafikle tanımlanabilmektedir. Ancak kadınlarda durum farklıdır. Kadındaki cinsel yanıt döngüsü, tepkinin hem yoğunluğu hem de süresiyle ilişkili olup, sayısız çeşitlilikte olabilir (İncesu, 2004). Kadınlardaki cinsel yanıt döngüsü, cinsel uyarı sonrası kadın genital sisteminde meydana gelen bir dizi fizyolojik değişiklikle karakterizedir.



Şekil 2.1. *Cinsel yanıt döngüsü (Erkek) (İncesu, 2004).*



Şekil 2.2. *Cinsel yanıt döngüsü (Kadın) (İncesu, 2004).*

İstek Evresi: Cinsel istek, cinsellik dürtüsünün ortaya çıkması ve cinselliği ifade etme arzusunun hissedilmesidir. Bu durum belirli bir zaman dilimiyle sınırlı

olmayıp, anlık olarak gelişebileceği gibi uzun yıllar boyunca da devam edebilmektedir. Cinsel yanıt döngüsünün bu evresi, cinselliğin daha çok psikolojik boyutunu ve bireyin öznel uyarılmışlık düzeyini kapsamaktadır (Demirci, 2016; Guyton ve Hall, 2017).

Uyarılma Evresi: Bu evre, bedende fizyolojik değişimlerin başladığı evredir. Bu evrede cinsel uyarılma nedeniyle cinsel organlara kan akışında artma ve buna bağlı olarak vazokonjesyon gelişmekte olup, genital sistemde ve memelerde değişimler meydana gelmektedir (Berman vd., 2022; Büyükkayacı-Duman, 2019; Kara ve Nazik, 2024).

Kadında cinsel uyarılmanın ilk ve en belirgin belirtisi vajinal lubrikasyondur. Bu durum, vajinal duvarlardan transüda sıvısının geçişi ile bartholin bezlerinin parasempatik sistem aracılığıyla uyarılması sonucu mukus salgılamasıyla sağlanır. Bu salgılar, vajinal açıklığın kayganlığını artırarak penetrasyonu kolaylaştırır (Guyton ve Hall, 2017). Aynı zamanda, klitoristeki erektil dokuya giden arterlerin parasempatik uyarı ile genişlemesi sonucu klitoriste ereksiyon meydana gelmektedir. Bu evrede genital bölgede belirgin vasküler değişiklikler gözlemlenir. Kan akışındaki artışa bağlı olarak labia majörler yassılaşarak öne ve yukarıya doğru yükselir, labia minörlerin çapı artar. Vajinanın alt üçte birlik kısmı ödemleşerek daralırken, üst iki üçlük kısmı uzar ve genişler. Aynı süreçte uterus pozisyon değiştirerek pelvis içinde yukarıya doğru yükselir (Büyükkayacı-Duman, 2019; Demirci, 2016).

Uyarılma evresinde ayrıca memelerde belirgin fizyolojik değişiklikler gözlemlenir; memelerde kanlanma artar, hacimleri büyür ve meme uçları erekte olur. Cinsel döngünün bu evresinde uyarılmanın devam etmesi, cinsel haz ve heyecanın yoğunlaşmasıyla birlikte plato evresine geçişi hazırlar (Demirci, 2016).

Plato Evresi: Cinsel uyarının devam etmesiyle cinsel heyecan artmaktadır ve bunun sonucunda plato evresine geçilmektedir (Kara ve Nazik, 2024). Bu evrede, fizyolojik değişimler devam etmektedir; memelerdeki büyüme en üst seviyeye ulaşmaktadır ve labia majörlerde fazla bir değişiklik olmazken, labia minörlerin rengi koyulaşarak kırmızıya dönmektedir. Klitoris plato evresinde belirgin değişikliklere uğrar. Klitoris büzülerek geri çekilir. Vajinanın özellikle dış 1/3 lük bölümünde ileri

derecede vazokonjesyon ve genişleme olur. Bu evrede uterus pelvis içinde tamamen yükselir (Büyükkayacı-Duman, 2019).

Cinsel yapılardaki yerel kanlanma artışına ek olarak genel olarak tüm vücutta da kan dolaşımı artmaktadır. Göbek etrafında başlayan kızarmalar (makülopapüler tipte eritemli kızartılar), memeye ve oradan da kollara, kalçaya ve sırta yayılmaktadır (Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği, 2023). Bu evrenin sonuna doğru sistemik belirtiler artmakta olup, kaslardaki gerilim, hızlı nefes alıp verme, taşikardi, kan basıncında artma görülmektedir, Ayrıca, anüsü çevreleyen kaslarda ve gluteal kaslarda kasılmalar olmaktadır (Büyükkayacı-Duman, 2019).

Orgazm Evresi: Evreler arasında süre açısından en kısa ancak duyumsanan cinsel haz açısından en yoğun evredir (İncesu, 2004). Bu evrede, şiddeti ve sayısı değişen, vajinanın dış 1/3'lük bölümünde ritmil kas kasılmaları olmaktadır. Bu kasılmalar her kadında farklılık göstermektedir ve 3-5 ile 10-15 arasında değişmektedir. Çok güçlü ve kısa aralıklı olarak başlayan kasılmaların giderek şiddeti azalmaktadır ve aralıkları uzamaktadır. Orgazm sırasında anal sfinkterlerde de kontrolsüz kasılmalar gerçekleşebilmektedir. Hızlı nefes alıp verme, taşikardi, kan basıncında artma orgazm boyunca da sürmektedir (Büyükkayacı-Duman, 2019). Yeterli uyarılma orgazmı sağlarsa, T12'den L1'e sempatik lifleri aktive eden bir refleks oluşmaktadır ve iskelet kaslarında kasılma oluşarak bu evreye eşlik edebilmektedir (Yeung ve Pauls, 2016).

Çözülme Evresi: Cinsel yanıt döngüsünün son aşamasını oluşturmaktadır ve genital bölgedeki vazokongestif değişikliklerin gerileyerek bireyin fizyolojik olarak uyarılma öncesi duruma döndüğü gevşeme sürecini ifade eder. Bu evrenin süresi; bireyin cinsiyetine, orgazmın gerçekleşip gerçekleşmediğine, orgazmın yoğunluğuna ve cinsel uyarının devamına bağlı olarak değişkenlik göstermektedir. Kadınlar, bu evre sırasında cinsel uyarının yeniden başlaması halinde uyarılma döngüsünün tekrar aktive olabileceği ve ardışık orgazm yaşanabileceği bildirilmektedir (İncesu, 2004).

2.3. Gebelikte Cinsellik

Gebelik dönemi, kadının yaşamını çok yönlü biçimde etkileyen ve köklü değişimlerin yaşandığı özel bir süreçtir. Bu süreçte hem fiziksel hem de psikolojik

anlamda önemli değişiklikler meydana gelir (Simo, 2020). Özellikle ilk gebelik, yalnızca kadının bireysel yaşamında değil, aynı zamanda çiftin ilişki dinamiklerinde de önemli dönüşümlere neden olarak, yeni bir yaşam evresinin başlangıcını temsil eder. Bu bağlamda, kadının bedeninde ortaya çıkan anatomik, fizyolojik ve ruhsal değişiklikler, cinsel yaşam üzerinde belirgin etkiler oluşturabilmektedir (Beyazıt vd., 2018). Gebelikte fiziksel, sosyal, duygusal ve kültürel etmenlerle birlikte; çift olmaktan aile olmaya geçiş süreci ve toplumsal normların etkisi, kadının cinselliğe ilişkin tutumunu olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Ertem ve Sevil, 2009; Ribeiro vd., 2017). Bu dönemde fizyolojik olarak östrojen ve progesteron düzeylerinde önemli artışlar gözlemlenmektedir. Artan östrojen ve progesteron hormonları, ciltte yumuşama ve saçlarda parlaklık gibi olumlu fiziksel değişimlere yol açarak kadının kendini daha iyi hissetmesine katkı sağlayabilir. Ancak, memelerde hassasiyet, karın bölgesindeki büyüme ve genital organlarda meydana gelen değişiklikler, gebelerin cinselliğe ilişkin tutumlarını olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Şahin ve Kömürcü, 2008). Gebelik sürecinde progesteron düzeyinin, gebe olmayan bir kadına kıyasla yaklaşık on kat arttığı, östrojen düzeyinin ise gebe olmayan bir kadının üç yılda salgıladığı miktara eşdeğer olduğu bildirilmektedir. Bu yüksek hormonal düzeyler, memelerde ve genital bölgede çeşitli değişikliklere neden olarak gebeyi cinsel anlamda daha hassas ve duyarlı bir duruma getirmektedir (Abalı-Çetin ve Aslan, 2015).

2.3.1. Gebelikte Cinsel İşlev Siklusunda Oluşan Değişiklikler

Gebelik sürecinde meydana gelen psikolojik, fizyolojik ve sosyal değişimlerin, kadının cinsel yaşantısını çok boyutlu biçimde etkilediği; bu doğrultuda, cinsel yanıt döngüsü gebeliğin dönemlerine göre farklılıklar göstermektedir (Karabulutlu, 2024). Gebelikte cinsel işlev siklusunda oluşan değişiklikler aşağıda özetlenmiştir (Demirci, 2016).

İstek Fazı: Gebelikteki hormonal ve fizyolojik değişiklikler, kadınların cinsel istek ve ilgisini etkilemektedir. Genellikle ilk trimesterde bulantı ve kusma gibi rahatsızlıklar, üçüncü trimesterde ise fetüse zarar verme kaygısı nedeniyle cinsel istek azalır. Buna karşın, ikinci trimesterde artan pelvik konjesyonun etkisiyle cinsel istekte artış gözlenebilir (American College of Nurse-Midwives, 2022; Sagiv-Reiss vd., 2012).

Uyarılma Fazı: Gebelikte östrojen ve progesteronun etkisiyle pelvik bölgede vazokonjesyon belirgin şekilde artmaktadır. Bu durum vajinal akıntıda artışa ve cinsel uyarılma sonrası vajinal nemlenmede artışa neden olmaktadır (Aston, 2005). Vulvar damarlaşmadaki artış ve uterusun baskısı nedeniyle labialarda ödem gelişebilir; bu durum cinsel birleşme sırasında rahatsızlık yaratabilir. Ayrıca, bazı kadınlarda cinsel uyarılma daha kolay sağlanırken, ilerleyen gebelik haftalarında uyarılmada azalma da görülebilir (Galazka vd., 2015; Staruch vd., 2016).

Plato Fazı: Vazokonjesyonun artışı, labia minörlerin renginde değişiklik ve orgazmik platformda belirginleşme ile karakterizedir (Efe vd., 2014). Öte yandan, vulvada gelişen konjesyon disparoniye neden olmaktadır. Ayrıca, gebelikte hücresel bağışıklığın azalması ve östrojen düzeylerinin yükselmesi kandida türlerinin üremesine ve germinasyonu neden olmaktadır ve bu durum cinsel ilişkiyi olumsuz etkileyebilir (Rathore ve Rani, 2014).

Orgazm Fazı: Gebelikte bazı kadınlar orgazmı daha kolay ve daha yoğun şekilde yaşayabilirken, bazıları orgazm sırasında ağrı hissedebilir. Özellikle ikinci trimesterde artan genital kan akımı, orgazm deneyimini olumlu etkileyebilir. Ancak üçüncü trimesterde orgazm sırasında uterus kasılmaları çiftte kaygı yaratabilir ve cinsel ilişkiden kaçınmaya neden olabilir (Karabulutlu, 2024; Staruch vd., 2016).

Çözülme Fazı: Gebelikte vazokonjesyonun tamamen gerilememesi nedeniyle bazı kadınlar orgazm sonrasında yeterli rahatlama hissedemez ve pelvik bölgede kalıcı dolgunluk yaşayabilir. İlerleyen gebelik haftalarında bu durum daha belirgin hale gelir ve kadınların cinsel ilişkiden kaçınmasına neden olabilir. Ayrıca, orgazm sonrası kas spazmları da rahatsızlık yaratabilmektedir (Staruch vd., 2016).

2.3.2. Gebelikte Cinselliği Etkileyen Faktörler

Gebelikte cinselliğe etki eden faktörler genel olarak psikolojik, fiziksel ve fizyolojik, sosyokültürel olmak üzere üç ana başlık altında incelenebilir.

Psikolojik Faktörler

Gebelik sürecinde iyi bir ruh sağlığına sahip olmak, hem gebeliğin sağlıklı ilerlemesi hem de fetüsün gelişimi açısından kritik bir öneme sahiptir (Guszkowska

vd., 2014). Bu dönem, kadınların doğum öncesi psikolojik sıkıntılar yaşayabileceği hassas bir süreçtir. Ayrıca, gebelikte aşırı kaygı ve stres, gebelik komplikasyonlarının artmasıyla ilişkilendirilmiştir (Effati-Daryani vd., 2018, 2021).

Gebelik yalnızca fizyolojik bir dönüşüm olmayıp, kadın ve eşinin yoğun bir psikolojik yeniden yapılanma sürecini de beraberinde getirmektedir. Gebe, bu süreçte mutluluk, gurur, utanç, iğrenme, kaygı, korku, öfke ve içe kapanma gibi çeşitli duygusal tepkiler yaşayabilmektedir (Dlouhá vd., 2023; Moreau vd., 2022). Ayrıca, gebeliğin planlı olup olmaması ve gebeliğin kabul düzeyi, hem eşler arasındaki ilişkiyi hem de cinsel yaşamı doğrudan etkilemektedir (Hall vd., 2015; Moreau vd., 2022).

Gebelikle birlikte kadın, annelik rolüne geçerken benlik algısı, kadınlık tanımı ve yaşam hedeflerinde önemli değişiklikler yaşar. Özellikle kariyer sahibi kadınlarda, annelik ile mesleki kimlik arasındaki çatışma, cinsel istekte azalmaya ve suçluluk duygusuna yol açabilmektedir (Zagefka vd., 2021).

Gebeliğin ilerleyen dönemlerinde, kadınlar bedenlerindeki değişimleri olumsuz algılayabilir. Bu durum, cinsel çekicilik kaybı ve eşinin ilgisini yitirme kaygılarını tetikleyebilmektedir (Dryer vd., 2022). Bazı kadınlar ise anneliği yaşlılık belirtisi olarak görüp, gebeliği gençliklerinin sona erdiği bir dönem olarak değerlendirebilir. Doğuma ve bebeğin sağlığına ilişkin kaygılar, özellikle gebeliğin ilerleyen aylarında cinsel isteği azaltabilmektedir (Chang vd., 2011; Kulhawik vd., 2022). Ayrıca, beden imajı olumsuz olan kadınlarda cinsel kaygının daha yüksek olduğu ve bunun cinsel isteği baskıladığı saptanmıştır (Öcalan vd., 2024).

Erkek açısından gebelik, psikolojik olarak çok katmanlı bir süreçtir. Gebeliğin kabulü sadece kadının gebeliğini onaylamak değil, aynı zamanda fiziksel ve ruhsal değişimlere uyum sağlamayı gerektirmektedir (Aksoy vd., 2022; Fernández-Carrasco vd., 2019). Erkekler bu dönemde ambivalan duygular yaşayabilir; cinsel yakınlaşmadan kaçınma, eşine veya bebeğe zarar verme korkusu, eşinin ilgisini bebekle paylaşma endişesi, yetersizlik hissi ve depresyon gibi duygular görülebilmektedir (Dabb vd., 2023; Fernández-Carrasco vd., 2024).

Gebe eşin fiziksel görünümündeki değişimler ve fetüsün hareketlerinin hissedilmesi, erkeklerin cinsel ilişkiden uzaklaşmasına neden olabilmektedir. Bazı erkekler bu süreçte ereksiyon problemleri veya cinsel isteksizlik yaşayabilirken, bazı

çiftler mastürbasyon gibi alternatif cinsel aktivitelerle doyum sağlamayı tercih edebilmektedir (Kulhawik vd., 2022). Ayrıca, toplumda ve eşler arasında yaygın olan cinselliğe dair mitler ve yanlış inanışlar da gebelikte cinsel yaşamı olumsuz etkileyebilmektedir (Başgöl ve Eren, 2024).

Bu nedenle çiftlerin, karşılıklı duygusal bağlarını ve fiziksel yakınlıklarını güçlendirmeleri, cinsel tatminlerini sağlamaları ve birbirlerinin ihtiyaçlarına duyarlı olmaları, ilişkilerinin sağlıklı devamı açısından büyük önem taşımaktadır (Aksoy vd., 2022).

Fiziksel ve Fizyolojik Faktörler

Gebelik süresince östrojen ve progesteron hormon düzeylerinin sürekli olarak yüksek seyretmesi ile birlikte, özellikle ilk trimesterde belirgin artış gösteren ve sonraki aylarda daha sabit bir düzeye ulaşan HCG (human chorionic gonadotropin) hormonu; gebeliğe özgü fiziksel ve fizyolojik değişimlerin ortaya çıkmasında temel belirleyiciler arasında yer almaktadır (Khalesi vd., 2018; Napso vd., 2018).

Gebeliğin erken döneminde artan östrojen hormonunun etkisiyle genital bölgedeki vazodilatasyon ve kanlanma artışı, kısa süreli de olsa cinsel uyarılmanın ve sekresyon miktarının artmasına neden olmaktadır. Ancak bu durum genellikle geçici niteliktedir (Demirci, 2016).

İlerleyen dönemde salgılanan relaxin hormonu, vajina ve vajinal lümendeki epitel hücre sayısını artırarak vajinal duyarlılığın azalmasına yol açmaktadır (Skodic-Zaksek, 2015). Östrojen seviyesindeki artışa bağlı olarak hücresel immünitenin baskılanması, gebelikte mitotik enfeksiyonlara zemin hazırlayabilir. Bu durum, disparoniye neden olarak cinsel yaşamı olumsuz etkileyebilmektedir (Grussu vd., 2021).

Kesin olmamakla birlikte, serum androjen düzeylerinin gebeliğin başlangıcında yüksekken, üçüncü trimesterde azaldığı ve bunun da cinsel isteğin azalmasına yol açtığı belirtilmektedir. Ayrıca, gebeliğin son trimesterinde artan progesteron seviyelerinin de cinsel istekte azalmaya neden olabileceği düşünülmektedir (Skodic-Zaksek, 2015).

Gebelikte cinsel ilişki sırasında salınan oksitosin hormonunun neden olduğu postorgazmik uterin kasılmalar, kadının doğumun başlayabileceği yönünde kaygı yaşamasına ve cinsel ilişkiden uzaklaşmasına neden olabilmektedir. Bunun yanı sıra gebeliğin ilerleyen dönemlerinde görülen halsizlik, memelerde hassasiyet, uyku bozuklukları, sık idrara çıkma, fetüsün hareketleri ve bel ağrısı gibi fiziksel yakınmalar da cinsel istek ve performansta azalmaya neden olabilmektedir (Karabulutlu, 2024).

Sonuç olarak, gebelik sürecinde kadın bedeni, fetüsün büyümesi ve gelişimini desteklemek amacıyla bir dizi fizyolojik ve hormonal değişikliğe uğramaktadır. Bu değişiklikler, kadınların cinsel yaşamlarını çoğunlukla olumsuz yönde etkilemektedir (Aksoy-Derya vd., 2020; Cassis vd., 2021).

Sosyokültürel Faktörler

Gebelik döneminde kadınların yaşadığı fizyolojik ve psikolojik değişikliklerin yanı sıra, cinselliğe ilişkin inanç ve tutumlar gibi sosyokültürel etmenler de cinsel işlevlerini önemli ölçüde etkilemektedir (Taştekin-Ouyaba ve İnfal-Kesim, 2023; Yılmaz-Sezer ve Şentürk-Erenel, 2021). Bu dönemde cinsel işlev üzerinde etkili olan sosyokültürel faktörler arasında; toplumda yaygın olan inançlar, kültürel normlar, aile ve partner tutumları, toplumsal damgalanma ve ahlaki kaygılar yer almaktadır (Cassis vd., 2021; Taştekin-Ouyaba ve İnfal-Kesim, 2023).

Kültürel faktörler ve tutumlar gebelikte kadınların cinsel yaşamını etkilemektedir (Skodic-Zaksek, 2015). Gebelik sürecinde kadınların cinsel ilişkiden uzak durması gerektiğine yönelik olumsuz tutumlar yaygındır. Bu tür yaklaşımlar, kadınların cinsellikle ilgili utanma duygusu yaşamasına ve ahlaki kaygılar geliştirmesine yol açmaktadır (Yılmaz vd., 2023). Gebeliğe dair olumsuz kültürel inançlar, bu süreçte cinsel aktivite sıklığının azalmasına ve cinsel işlev bozukluklarının ortaya çıkmasına neden olabilmektedir (Cassis vd., 2021; Grussu vd., 2021).

2.4. Cinsel Öz-Yeterlik

Cinsel öz-yeterlik, bireyin cinsel ilişkiyle ilgili becerilerine ve bu konudaki güvenine dair inancını ifade eden çok boyutlu bir kavramdır. Bu kavram, bireyin cinsel yaşam üzerindeki kontrolünü, güvenli ve tatmin edici cinsel etkinliklerde bulunma becerisini, bir partnerle cinsel ilişki kurma konusundaki yeterliliğini ve cinsel tatmin

yaşama yeteneğini içermektedir (Closson vd., 2018). Kafaei-Atrian ve arkadaşları (2019), cinsel öz-yeterliği bireyin cinsel olarak üretken olma yeteneğine duyduğu inanç olarak tanımlamaktadır.

Cinsel öz-yeterlik düzeyinin, bireylerin cinselliğe yönelik tutum ve davranışlarını doğrudan etkilediği bildirilmektedir. Yeterli düzeyde cinsel öz-yeterlik, bireyin sağlıklı ve tatmin edici bir cinsel yaşam sürdürebilmesi açısından temel bir unsur olarak değerlendirilmektedir (Riazi vd., 2021). Özellikle gebelik döneminde meydana gelen fizyolojik ve psikolojik değişimlerin kadınların cinselliğe ilişkin tutumlarında olumsuzluklara neden olabildiği ve bu süreçte cinsel öz-yeterliğin daha da önem kazandığı belirtilmektedir (Kul vd., 2017). Cinsel öz-yeterlik, gebelikte karşılaşılan cinsel sorunların yönetiminde etkili bir rol oynamaktadır (Alan-Dikmen vd., 2023).

Cinsel öz-yeterlik yalnızca bireyin cinsel davranışlarına dair kendine güvenini değil; aynı zamanda cinsel bilgi düzeyi, arzu ve isteklerini ifade etme becerisi, cinsel yönelimi, cinsel deneyimlerine dair tutumu ve partnerle yaşanan cinsel tatmin düzeyini de kapsamaktadır (Çelik, 2013). Literatürde, cinsel öz-yeterliğin hem cinsel işlevlerin sürdürülmesinde hem de cinsel yaşam kalitesinin artırılmasında önemli bir belirleyici olduğu vurgulanmaktadır (Assarzadeh vd., 2019; Closson vd., 2018).

Araştırmalar, düşük düzeyde cinsel öz-yeterliğe sahip bireylerin cinsel etkinliklerden kaçınma eğiliminde olduklarını ve daha düşük düzeyde cinsel doyum yaşadıklarını ortaya koymaktadır (Assarzadeh vd., 2021; Batmaz ve Çelik, 2022). Buna karşın, yüksek düzeyde cinsel öz-yeterliğe sahip bireylerin daha fazla cinsel etkinlikte bulundukları ve cinsel uyum düzeylerinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Kafaei-Atrian vd., 2019; Reissing, 2005).

Kadınların cinsel yanıtı ve cinsel işlevi, büyük ölçüde cinsel öz-yeterlik düzeylerinden etkilenmektedir. Bu doğrultuda, tatmin edici bir cinsel işlevin sürdürülebilmesi, kadının cinsel öz-yeterlik düzeyine, cinsel etkinlikte bulunma istekliliğine ve motivasyonuna bağlıdır. Kadınların cinsel öz-yeterlikleri; yaş, benlik algısı, iletişim becerileri, evlilik doyumu, yaşam doyumu gibi bireysel özelliklerin yanı sıra çeşitli çevresel faktörlerden de etkilenmektedir (Assarzadeh vd., 2021).

Gebelik döneminde ortaya çıkan hormonal değişimler, bedensel görünümde farklılaşma, yorgunluk, bulantı ve fetüse zarar verme kaygısı gibi faktörlerin kadınların cinselliğe ilişkin algılarını ve kendilerine duydukları cinsel güveni olumsuz yönde etkileyebildiği bildirilmektedir. Bu değişimlerin, kadınların cinsel ilişkide kendilerini yeterli hissetme düzeylerini azaltarak cinsel öz-yeterlik düzeyinde azalmaya neden olduğu belirtilmektedir (Alan-Dikmen vd., 2023; Nezamnia vd., 2020).

2.5. Gebelikte Cinsellikle İlgili Yaşanan Sorunlar

Gebelik sürecinde birçok kadın cinsel yaşamına ilişkin çeşitli zorluklar ve kaygılar yaşayabilmektedir. Leite ve diğerleri (2020), gebelik sürecinde yaşanan yorgunluk, memelerde hassasiyet, ağrı ve karın bölgesindeki büyümenin, cinsel ilişki sıklığını azalttığını ve bu fiziksel değişimlerin kadınların cinsel isteğini olumsuz yönde etkilediğini bildirmiştir. Nijeryalı gebelerle yürütülen bir çalışmada ise katılımcıların %87,9'u gebelikte cinsel ilişkiye girmenin sakıncalı olmadığını belirtmiş, %61,1'i gebelik sürecinde cinsel aktivitede bulunduğunu ifade etmiştir. Bununla birlikte, gebelikte cinsel isteğin özellikle üçüncü trimesterde azaldığı saptanmıştır (Oche vd., 2020). Topatan ve Koç'un (2020) Türkiye'de yürüttükleri çalışmada ise kadınların %71,9'u gebelikte cinselliği güvenli bulmadıklarını, %58,7'sinin ise gebelikte cinsel ilişkiden korku duyduklarını belirtmiştir. Bu bulgular, gebelikte cinselliğin yalnızca fizyolojik değil, aynı zamanda psikolojik ve kültürel etkenlerden de yoğun biçimde etkilendiğini ortaya koymaktadır.

2.5.1. Cinsel işlev Bozuklukları

Cinsel işlev bozuklukları, cinsel yanıt döngüsünün evrelerindeki fizyolojik süreçlerin birinde ya da birkaçında (cinsel istek, cinsel uyarılma, orgazm ve tatmin) ortaya çıkan bozulmalar olarak tanımlanmakta; bununla birlikte kadınların genel yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen hormonal, vasküler, farmakolojik, nörojenik ve müsküler bileşenleri de içeren çok yönlü bir sağlık problemi olarak kabul edilmektedir. Kadın cinsel fonksiyonunun birçok faktörden etkilenmesi, bu bozuklukların tanılanması ve yönetilmesini karmaşık bir süreç haline getirmektedir (Akarsu ve Beji, 2016). Çoğu toplumda kültür, sosyal faktörler ve dini nedenlerden

dolayı cinsellik, konuşulması, soru sorulması zor bir konudur ve tabu olarak görülmektedir. Cinselliğin rahatça konuşulamaması da cinsel işlev bozukluğunun tanımlanmasında soruna neden olmaktadır. Cinsel işlev bozukluğunun tanımlanmasının yapılabilmesi için öncelikle bu durumun sorun olarak kabul edilebilmesi ve bireyde sıkıntı oluşturması şartı mevcuttur (Bekmezci ve Meram, 2020). Kadınların yaşadığı cinsel işlev bozuklukları yaşam kalitesini düşürmekte, benlik saygısını ve kişilerarası ilişkilerini olumsuz yönde etkilemektedir (Nazik, 2019).

Cinsel işlev bozukluklarının tanısı, detaylı bir değerlendirme ve bazı tıbbi incelemelerin yapılmasıyla konulur. Bu incelemeler, kişinin cinsel işlevleri ve cinsel sağlıkla ilgili sorunlarını anlamak ve altta yatan nedenleri belirlemek için önemdir. kadın cinsel işlev bozukluğu tanısı koyabilmek için genellikle aşağıdaki adımlar izlenir:

- Ayrıntılı tıbbi (sosyodemografik özellikleri, evlilik öyküsü, hastalıklar, kullanılan ilaçlar vb), cinsel ve psikososyal öykü alınmalıdır.
- Fiziksel muayene (kadının iç ve dış genital organlarının, memelerin incelenmesi) yapılmalıdır.
- Laboratuvar testleri (FSH, LH, östradiol, TSH, prolaktin ve testestoron hormonları) yapılmalıdır.
- Fonksiyonel incelemeler (vajinal lubrikasyon, vajinal vb.) yapılmalıdır (Fışkın ve Kızılkaya-Beji, 2014).

Kadın cinsel işlev bozukluklarının değerlendirilmesinde çeşitli ölçek ve anket formlarından yararlanılmaktadır. Bu kapsamda; Derogatis Cinsel Fonksiyon Kişisel Görüşme Formu, Florida Cinsel Öykü Ölçeği, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği, Seksüel Fonksiyon Anketi, Cinsel Fonksiyonda Değişim Anketi, Uluslararası Cinsel İşlev İndeksi, Kısaltılmış Kadın Seksüel Fonksiyon İndeksi Formu, Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği, Kadın Cinsel Fonksiyon Sorgulama İndeksi ve Kadın Cinsel İşlev Ölçeği gibi ölçme araçları yaygın olarak kullanılmaktadır (Fışkın ve Kızılkaya-Beji, 2014; Kaplan ve Peksoy-Kaya, 2024).

2.5.2. Gebelikte Koitusun Sakıncalı Olduğu Durumlar

Gebelik süresince herhangi bir tıbbi engel bulunmadığı takdirde, cinsel ilişkinin doğuma kadar sürdürülmesinde tıbben bir sakınca bulunmamaktadır (American College of Nurse-Midwives, 2022). Bu süreçte orgazm olmanın, penisin amniyon kesesine zarar verme olasılığının, eşin kadının üzerine uyguladığı ağırlığın ya da cinsel ilişkinin enfeksiyona yol açarak gebeliği olumsuz etkilemesi gibi endişeler yersizdir (Demirci, 2016; Janssen vd., 2023). Normal seyreden bir gebelikte, orgazm sırasında görülebilen uterus kontraksiyonlarının anne ya da fetüs üzerinde zararlı bir etkisi olmadığı ve bu kontraksiyonların erken doğum eylemini başlatmadığı bildirilmektedir (Coşkun, 2016; Demirci, 2019; Dougherty vd., 2023).

Cinsel ilişkinin enfeksiyona neden olarak fetüse zarar vereceği yönündeki yaygın inanış doğru değildir. Servikal kanal, gebelik boyunca kalın bir mukus tıkaçla kapalıdır ve bu yapı, bakterilerin uterin kaviteye ulaşmasını engelleyerek enfeksiyon riskini önemli ölçüde azaltır (American College of Nurse-Midwives, 2022; Janssen vd., 2023). Ayrıca, fetüs amniyon kesesi içinde izole bir şekilde bulunmakta ve bu yapı, hem amniyotik sıvı hem de membranlar aracılığıyla dış etkenlere karşı güçlü bir koruma sağlamaktadır. Dolayısıyla, normal koşullarda cinsel ilişki sırasında eşin vücut ağırlığı ya da penisin servikse uyguladığı basınç, fetüse zarar verici nitelikte değildir (Coşkun, 2016; Janssen vd., 2023).

Ancak bazı klinik durumlarda cinsel ilişkinin (koital aktivitenin) sınırlandırılması ya da tamamen yasaklanması önerilmektedir. Bu durumlar aşağıdaki şekilde özetlenebilir:

- Vajinal kanama
- Plasenta previa
- Fetal kayıp öyküsü
- Erken doğum öyküsü
- Erken doğum tehdidi
- Erken membran rüptürü (EMR)
- Servikste erken dilatasyon
- Servikal yetmezlik
- Tekrarlayan düşükler

- Fetüste ağır gelişme geriliği ya da fetal distres gelişme riski yüksek vakalar
- Genital enfeksiyon ve eşte cinsel yolla bulaşan enfeksiyon
- Çoğul gebeliklerde son aylarda (MacPhedran, 2018; Shah vd., 2025; Yo vd., 2023; Zlatkin ve Rosen, 2022).

Bu olgularda, cinsel ilişkinin potansiyel zararları arasında, orgazm ya da taktil uyarılma sonucu artan oksitosin salınımının, erken doğum öyküsü olan gebelerde doğum eylemini başlatma riski; ejakülat içinde bulunan prostaglandinlerin uterus kasılmalarını tetikleyebilme potansiyeli; EMR varlığında fetüs ve amniyon sıvısının vajinal ortamdan gelen patojenlere karşı savunmasız kalması; fetal distres riski bulunan olgularda orgazmın uteroplasental dolaşımda geçici konjesyona yol açarak fetal bradikardiye neden olabileceği gibi faktörler yer almaktadır. Bu bağlamda, ilgili klinik risk faktörlerinin varlığında cinsel ilişkinin kısıtlanması veya tamamen yasaklanması önerilmektedir (American College of Nurse-Midwives, 2022; Coşkun, 2016; Dougherty vd., 2023; Janssen vd., 2023).

2.6. Cinselliğin Değerlendirilmesinde Model Kullanımı

Cinsel danışmanlık, bireylerin cinsel aktiviteyi güvenli bir şekilde sürdürebilmelerini sağlarken, cinsel sorunlar, kaygılar ve endişeler dahil olmak üzere cinsel sağlığı etkileyebilecek faktörleri çok boyutlu olarak değerlendirip, bu alanlara yönelik bilgi ve profesyonel destek sunmayı içeren etkileşim sürecidir (Akcan ve Turhan, 2022; Kaplan ve Peksoy-Kaya, 2024). Bu süreç, genital anatomi ve cinsel yanıt döngüsü hakkında bilgi ve farkındalığı artırarak cinsel işlevi iyileştirebilir; ayrıca kayganlaştırıcı kullanımı, ön sevişme süresinin uzatılması, cinsel fanteziler ve duyguların paylaşılması ile evlilik yakınlığının desteklenmesi gibi öneriler sunarak ilişki doyumunu artırabilmektedir (Darooneh vd., 2022). Hemşirelerin cinsel danışmanlık rolü holistik ve profesyonel yaklaşımının önemli bir noktasıdır. Hemşireler cinsel sağlığı korumaya yönelik girişimleri planlayabilir ve uygulayabilir, cinsel sorunlarının erken tanısı ve tedavisi için birinci düzeyde danışmanlık yapabilir ve gerekli durumlarda konsülte edebilir (Sanabria ve Murray, 2018).

Cinsel sağlığın değerlendirilmesinde ve danışmanlık yaklaşımında model kullanımı hemşirelere sistematik bir yaklaşım geliştirilmesine katkı sağlayarak, rehber olmaktadır (Abay ve Kaplan, 2017). Son yıllarda cinsel sağlık değerlendirmesinde ve

danışmanlıkta modeller yaygın olarak kullanılmaktadır. Model kullanımının bireylerin cinsel işlevlerini iyileştirmede, cinsel tatminlerini ve cinsel yaşam kalitelerini artırmada etkili olduğu belirtilmektedir (Ziaei vd., 2022). Literatürde cinsel sağlığın değerlendirilmesi ve cinsel sorunların çözümüne yönelik geliştirilmiş modeller bulunmaktadır. Bu modellerden KAPLAN ve ALARM modeli değerlendirme odaklı iken, PLISSIT ve Ex- PLISSIT modeli cinsel sorunların çözümüne odaklı modellerdir. Bunun yanı sıra ALLOW, BETTER ve PLEASURE Cinsel Sağlık modelleri değerlendirme ve çözüm odaklı kombine modellerdir (Kaplan ve Peksoy-Kaya, 2024).

2.6.1. PLISSIT Modeli

PLISSIT modeli hemşire ile danışan arasında cinsel sağlığa yönelik iletişimin başlatılması, cinsel sorun alanlarının tespit edilmesi ve bu sorunlara çözüm önerisi ve tedavi yaklaşımının planlanması amacıyla 1976 yılında Annon tarafından geliştirilmiştir (Taylor ve Davis, 2006). Model dört basamaktan oluşmakta olup açılımı şu şekildedir:

P (Permission) İzin Verme
LI (Limited Information) Sınırlı Bilgi
SS (Spesific Suggestions) Özel Öneriler
IT (İntensive Therapy) Yoğun Tedavi'dir.

Genellikle modelin birinci basamağında cinsel sorunların üçte birine çözüm getirilirken, ilk üç evresi kullanılarak yaklaşık %80'i çözülebilmektedir (Büyükkayacı-Duman, 2019; Taylor ve Davis, 2006). Uslu ve diğerlerinin (2016) yapmış oldukları bir sistematik derlemede PLISSIT modeline dayalı verilen cinsel danışmanlığın hastalarda cinsel sorunları belirlemede ve çözümlemede etkili olduğu ve cinsel doyumu arttırdığı sonucuna ulaşılmıştır. Çalışmalar, PLISSIT modelinin kadınların cinsel işlevini, evlilik memnuniyetini, cinsel yakınlığını ve beden imajını artırdığını göstermiştir (Saboula ve Shahin, 2015). Bu model basit, kullanışlı, etkili ve uygun maliyetli bir danışmanlık yöntemidir (Kharaghani vd., 2020; Mashhadi vd., 2022; Tuncer ve Oskay, 2022).

PLISSIT modeli meme kanseri (Keshavarz vd., 2021; Khoei vd., 2022), multipl skleroz (Khakbazan vd., 2016), jinekolojik kanser (Nho, 2013), tip 2 diabetes mellitus

(Rutte vd., 2015), HIV pozitif (Asadi vd., 2018) ve stoma (Ayaz ve Kubilay, 2009) hastalarında cinsel sağlığı değerlendirmek ve iyileştirmek için kullanılmaktadır. Ayrıca gebelik (Nejati vd., 2020) ve doğum sonrası dönem (Sahin ve Şentürk-Erenel, 2019) gibi kadın yaşamının farklı süreçlerinde de aktif olarak kullanılmaktadır (Cicek-Özdemir vd., 2024).

Modelin basamaklarının açıklamaları aşağıda verilmiştir:

İzin verme- Permission: PLISSIT modelinin bu basamağı danışanın ve partne rinin/eşinin cinsel sağlığa ilişkin tutum, düşünce, kaygı ve davranışlarını ifade ebilmesine izin vermeyi kapsamaktadır. Bu basamakta hemşire terapotik bir güven ortamı sağlamalıdır (Taylor ve Davis, 2006). Bu basamakta "Genellikle sizin gibi kanser tedavisi gören hastalarımız cinsel yaşamlarının etkilendiğini belirtirler, siz son zamanlarda cinsel yaşamınızda bir değişim yaşadınız mı?" gibi açık uçlu soru larla birey cinsel sorunlarına ilişkin kendini ifade etmeye ve soru sormaya teşvik edilmelidir. Böylelikle bireyin cinsel sorun alanlarını ve endişelerini fark etmesi sağlanmalıdır (Abay ve Kaplan, 2017). PLISSIT modelinde cinsel sorunların yaklaşık üçte birinin izin verme basamağında çözümlenebildiği bildirilmektedir (Taylor ve Davis, 2006).

Sınırlı bilgi- Limited information: Modelin bu basamağında, izin verme basamağında belirlenen cinsel sağlığa ilişkin sorun ve kaygılar, hastalık veya tedavi sinin cinsel sağlığa etkisi/etkileri hakkında bireye sınırlı bilgi verilir (Büyükkayacı-Duman, 2019; Taylor ve Davis, 2006). Bu basamakta "Vajinal kuruluğun etkili çözümü vajinal kayganlaştırıcı/lubrikant kullanmaktadır. Doktorunuzun önereceği vajinal kayganlaştırıcıyı kullanabilirsiniz" gibi önerilerle bireyin cinsel sorunlarına yönelik sınırlı bilgi verilir (Kaplan ve Peksoy-Kaya, 2024). Aynı zamanda bu basamakta hemşire hastalık ve tedavi süreçlerinin cinsellik üzerine etkisi ve cinsel sağlığı artırmaya yönelik bilgi verirken, bireyin cinselliğe yönelik yanlış bilgi ve mitlerine yönelik doğru bilgilendirme yapabilme imkânı bulabilir (Taylor ve Davis, 2006).

Özel öneri- Spesific suggestions: Modelin bu basamağı hemşirenin birey veya partnerinin/eşinin cinsel sorunlarına yönelik yapılandırılmış ve özel bilgi verme ve öneride bulunma basamağıdır. Örneğin histerektomi operasyonu geçiren hastada

disparoni sorunu tespit edildi ise bu basamakta hemşirenin yaklaşımı "Geçirmiş olduğunuz operasyona bağlı olarak vajinada gelişebilecek yapışıklık ve kuruluk cinsel ilişki sırasında ağrıya neden olabilir. Bu nedenle cinsel ilişki öncesinde vajinal kayganlaştırıcı/lubrikant kullanmak ve kegel egzersizlerini düzenli yapmak ağrı şikayetlerini azaltabilir" şeklinde olabilir (Abay ve Kaplan, 2017). Cinsel sorunların çoğu bu basamakta çözümlenirken, çözüm getirilemeyen sorunlar belirlenir ise yoğun terapi basamağına geçilir (Büyükkayacı-Duman, 2019; Taylor ve Davis, 2006).

Yoğun Terapi- Intensive therapy: Modelin ilk üç basamağında bireyin cinsel sorun alanlarına ilişkin yeterli çözüm getirilememiş ise danışan bir üst tedavi basamağı için cinsel danışmanlık alanında özel eğitim almış psikolog, psikiyatrist gibi uzman profesyonellere yönlendirilir (Büyükkayacı-Duman, 2019; Taylor ve Davis, 2006).

2.7. Motivasyonel Görüşme

Motivasyon, bireyi kendi hedeflerine doğru yönlendiren, bu hedefleri gerçekleştirmeye teşvik eden, davranış değişikliğini başlatan ve sürdürme durumunu etkileyen; duruma, zamana ve bireysel özelliklere göre değişkenlik gösteren bir faktördür (Erat ve Ceyhan, 2020). Bu yönüyle motivasyon, dışsal etkenlerden etkilense de özünde içsel bir süreçtir (Ögel ve Şimşek, 2024).

Motivasyonel görüşme, bireyin içsel motivasyonunu güçlendirmeyi ve değişim konusundaki kararsızlıklarını çözmesini sağlamayı amaçlayan, danışan merkezli bir danışmanlık yaklaşımıdır (Miller ve Moyers, 2006). Bu yöntem, bireyin değişime yönelik bağlılığını artırarak davranış değişikliğine yönelik sürece aktif katılımını teşvik eder. Aynı zamanda bireyin yaşadığı ambivalansı keşfetmesine ve çözümlemesine yardımcı olurken; yönlendirici ama yargılayıcı olmayan bir iletişim tarzı benimser (Ögel ve Şimşek, 2024).

Motivasyonel görüşme ilk olarak William Miller tarafından 1983 yılında, alkol bağımlılığı olan bireylerle çalışmalarda kullanılmıştır. Uygulamanın olumlu etkileri görüldükçe, yöntemin kullanım alanları zamanla genişlemiştir (Erat ve Ceyhan, 2020). Günümüzde obezite, hipertansiyon, diyabet, tütün ve madde bağımlılığı, kalp-damar hastalıkları, hiperlipidemi, obsesif-kompulsif bozukluklar, depresyon ve yeme

bozuklukları gibi pek çok sağlık sorununun yönetiminde yaygın olarak kullanılmaktadır (Kızılırmak ve Demir, 2018; Rollnick vd., 2008).

Ayrıca motivasyonel görüşme, kadın sağlığı alanında etkili bir danışmanlık yaklaşımı olarak öne çıkmaktadır. Emzirme sürecinin desteklenmesi, travmatik doğum algısı ve doğum korkusunun azaltılması, sezaryen doğum oranlarının düşürülmesi, menopoz döneminde sağlıklı yaşam davranışlarının geliştirilmesi, HIV/AIDS yönetimi, kontraseptif kullanımının artırılması ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların önlenmesi gibi pek çok alanda uygulanmaktadır (Bekmezci ve Meram, 2024; Cangöl ve Şahin, 2017; Dillard vd., 2017; Shakiba vd., 2020; Stevens vd., 2017; Suire vd., 2021). Özellikle cinsel sağlıkla ilgili güncel çalışmalar, motivasyonel görüşmenin birey merkezli, empatik ve iş birliğine dayalı yapısıyla gençler ve yüksek risk gruplarında etkili bir müdahale yöntemi sunduğunu göstermektedir. Bahner ve Stenqvist (2020), motivasyonel görüşmenin genç bireylerde cinsel risk algısını artırarak güvenli cinsel davranışları desteklediğini; Bassett ve diğerleri (2022) ise riskli cinsel davranışlara sahip genç erkeklerde kondom kullanımında artış, partner sayısında azalma ve HIV testine yönelik olumlu tutum gelişimi sağladığını bildirmiştir. Ayrıca, Gerassi ve Esbensen (2021), cinsel sömürü riski taşıyan bireylerle yapılan müdahalelerde motivasyonel görüşmenin yargılayıcı olmayan yaklaşımı sayesinde dirençle başa çıkmada ve güven ilişkisi kurmada önemli bir rol oynadığını belirtmiştir. Yapılan çalışmalar motivasyonel görüşmenin özellikle cinsel sağlık davranışlarını değiştirmeyi hedefleyen danışmanlık süreçlerinde kanıta dayalı ve etkili bir yöntem olduğu göstermektedir.

2.7.1. Motivasyonel Görüşme Yönteminin Temel İlkeleri

Motivasyonel görüşme tekniğinde bireyde davranış değişikliği oluşturmak ve değişimi sürdürebilmesini sağlamak amacıyla dört temel ilkeden yararlanılır (Ögel ve Şimşek, 2024). Bu ilkeler şunlardır:

- Empati göstermek
- Çelişkileri ortaya çıkarmak
- Direnci çözmek
- Öz-yeterliği desteklemek.

Bu ilkeler aşağıda açıklanmaktadır:

Empati Göstermek: Empati, bireyin duygularını, düşüncelerini ve bakış açısını yargılamadan, eleştirmeden, saygı duyarak ve destekleyerek anlamayı içerir (Rollnick vd., 2008). Danışmanın bu yaklaşımı, bireyi tümüyle onayladığı anlamına gelmez; burada onaylanmayan bireyin kendisi değil, değişime ihtiyaç duyulan davranışıdır. Empati sürecinde en önemli tekniklerden biri yansıtmalı dinlemedir. Bu teknik, motivasyonel görüşmenin başlangıcından sonuna kadar danışman tarafından aktif biçimde kullanılmalıdır (Miller ve Rollnick, 2013; Ögel ve Şimşek, 2024).

Çelişkileri Ortaya Çıkarmak: Bu ilke, bireyin mevcut davranışları ile ulaşmak istediği hedefleri arasındaki çelişkileri fark etmesini sağlamayı amaçlar (Dicle, 2017). Danışman, bireyin şu anda bulunduğu konumla ulaşmak istediği yer arasındaki farklara dikkat çekerek, bireyin çelişki barındıran ve birbirini desteklemeyen düşünceleri fark etmesi sağlanarak onun değişim yönünde motive olmasına yardımcı olunur. Bu süreçte özellikle açık uçlu sorular kullanılır. Böylece bireyin kendi içinde açıklama yapması sağlanarak, değişim yönünde motivasyonu artırılır (Dicle, 2017; Ögel ve Şimşek, 2024; Özdemir ve Taşçı, 2013).

Direnci Çözmek: Motivasyonel görüşme bir ikna ya da mücadele süreci değildir; danışan ve danışman arasında bir "kazanan-kaybeden" durumu yoktur (Ögel ve Şimşek, 2024). Bu teknikte amaç, bireye yeni hedefler getirmek yerine, bireyin değişim sürecine kendi iç motivasyonu ile katılmasını desteklemektir (Kızılırmak ve Demir, 2018). Dirençle karşılaşıldığında danışmanın görevi ısrarcı ya da baskıcı bir tutum takınmak değil, bireyin dirençli tavırlarını anlamak ve çözüm yollarını bireyin kendisinin keşfetmesini sağlamaktır. Bu süreçte danışman, değişim niyetini, değişimin faydalarını ve bireyin bu süreci yönetebileceğine dair olumlu bir bakış açısını vurgulamalıdır (Rubak vd., 2005).

Öz-Yeterliği Desteklemek: Motivasyonel görüşmede bireyin öz-yeterliğini desteklemek, davranış değişikliğini gerçekleştirebilmesi için kritik öneme sahiptir (Kızılırmak ve Demir, 2018). Danışman, bireyin değişim sürecinde karşılaşabileceği zorluklarla baş edebileceğine dair inancını pekiştirmelidir. Bu noktada onaylama ve özetleme gibi iletişim tekniklerinden faydalanılır (Ögel ve Şimşek, 2024). Bu teknikler, bireyin güven duygusunu artırarak değişime daha kolay uyum sağlamasını destekler.

2.8. Gebelikte Cinsel Danışmanlıkta Hemşirenin Rolü

Gebelik dönemi, kadınların yoğun fizyolojik ve psikolojik değişiklikler yaşadığı özel bir süreçtir. Bu dönemde cinselliğin sağlıklı bir şekilde sürdürülebilmesi için bilgi gereksinimi artmaktadır (Bozdemir ve Özcan, 2011). Cinselliğin fizyolojisinin bilinmesi, gebelikte meydana gelen değişimlerin doğru değerlendirilmesi açısından önem taşır (Kul-Uçtu vd., 2017). Araştırmalar, kadınların gebelik sürecinde cinsel ilişkiye dair sistematik bilgiye her zaman sahip olmadıklarını ve bu durumun bazen ifade edilemeyen endişelerle ilişkili olabileceğini göstermektedir (Staruch vd., 2016). Fernández-Sola ve diğerlerinin (2018) yaptığı bir çalışmada, kadınların gebelik dönemine özgü cinsel eğitimlerinin olmaması nedeniyle yanlış inançlara sahip oldukları ve bu nedenle cinselliği tam olarak yaşayamadıkları bildirilmiştir.

Gebelik, doğum ve emzirme gibi yaşam olayları bireyin cinsel fonksiyonlarını etkileyebilir ve bazı durumlarda cinsel işlev bozukluklarına yol açabilir. Bu süreçte çiftler fiziksel ve psikolojik değişimlerin cinselliğe etkisi konusunda danışmanlığa ihtiyaç duyabilir. Hemşireler, cinsel sağlık profilini değerlendirerek olası sorunları tanımlamalı ve çözüm için uygun planlamalar yapmalıdır. Bilgilendirme ve cinsel danışmanlık hizmeti, yaşanabilecek sorunların önlenmesine katkı sağlar (Coşkun, 2016; Gönenç ve Topuz, 2019).

- Gebelik izlemleri sırasında gebenin cinsel anamnezinin alınması önemlidir. Bu anamnez; gebelik öncesi ve gebelik sürecindeki cinsel aktivite durumu, koital ve nonkoital aktivitelerin sıklığı, cinsel istek ve orgazm durumu, disparoni (ağrılı cinsel ilişki) varlığı, gebelikle ilgili cinsel mitler, beden algısı, cinselliğe dair endişeler gibi unsurları içermelidir.
- Hemşireler, çiftlerin cinsellik hakkında açıkça konuşabilmeleri için uygun ortam sağlanmalı, sorular cesaretlendirilmeli ve eksiksiz biçimde yanıtlanmalıdır.
- Çiftlere, gebelikte "ideal" bir cinsel pozisyon olmadığını; en uygun pozisyonun, onların kendilerini rahat ve güvende hissettikleri pozisyonlar olduğunu anlatmak önemlidir. Ancak gebeliğin son aylarında, karna baskı yapmayan yan pozisyonlar veya kadının üstte olduğu pozisyonlar daha rahat olabilir. Kadının sırtüstü yattığı pozisyonların ise ilerleyen haftalarda vena cava inferior üzerindeki bası nedeniyle hipotansif sendroma neden

olabileceği belirtilmeli; bu pozisyon tercih edilecekse sağ kalça altına bir yastık yerleştirilmesi önerilmelidir.

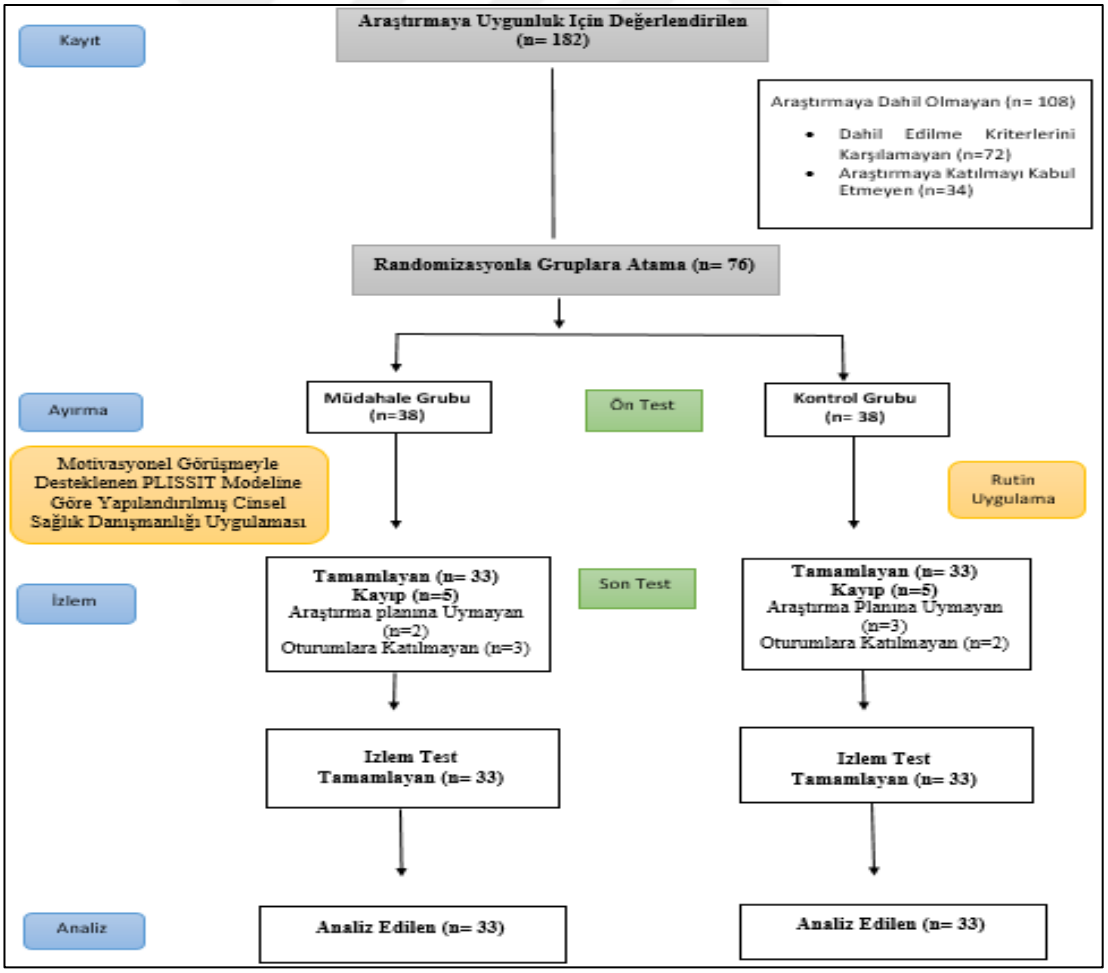
- Cinsel konforu artırmak amacıyla gebenin kegel egzersizleri, pelvik salınım, ve çömelerek oturma egzersizleri yapması önerilebilir.
- Cinsel ilişki sırasında ya da sonrasında ağrı, kramp ya da kanama yaşanması durumunda sağlık personeline başvurmaları gerektiği özellikle belirtilmelidir.
- Eğer cinsel ilişkinin kısıtlanması gerekiyorsa, bu kısıtlamanın nedenleri çiftlere açık, sade ve anlayabilecekleri şekilde anlatılmalı, endişeleri giderilmelidir.
- Çiftlerden birinde cinsel yolla bulaşan enfeksiyon (CYBE) varsa, kondom kullanımı önerilmelidir.
- Cinsel istekte azalma yaşayan çiftlere, romantik dokunuşlar, sevişme, öpüşme ve masaj gibi cinsel temas biçimleri önerilebilir. Cinsel birleşmenin ve orgazmın cinsel ilişkinin tek hedefi olmadığı, sevgi ve karşılıklı mutluluğun en önemli unsur olduğu vurgulanmalıdır.
- Yorgunluk nedeniyle cinsel isteksizlik yaşayan kadınlara, günün erken saatlerinde cinsel aktivitede bulunmaları önerilebilir.
- Orgazm konusunda zorluk yaşayan kadınlara ise bu durumun gebelikte yaygın olduğu ve doğum sonrası dönemde düzelebileceği bilgisi verilmelidir.

Sonuç olarak, hemşirelerin gebelik sürecinde çiftlere yaşadıkları cinsel değişiklikler hakkında bilgi vermesi, bu süreci daha sağlıklı ve bilinçli geçirmelerine yardımcı olabilir. Özellikle bu konuyu açıkça konuşamayan çiftler için, gebelik ve doğum sonrası dönemlerdeki cinsellik hakkında bilgi içeren broşür veya yazılı materyallerin sunulması, danışmanlık sürecini destekleyici bir adım olacaktır (Coşkun, 2016; Gönenç ve Topuz, 2019).

3. MATERYAL VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, primipar gebelere PLISSIT modeline göre yapılandırılmış motivasyonel görüşmeyle desteklenen cinsel sağlık danışmanlığının; cinsel işlev, gebelikte cinselliğe karşı tutum, cinsel öz-yeterlik ve cinsel yaşam kalitesine etkisini değerlendirmek amacıyla yapılan tek merkezli paralel grup randomize kontrollü müdahale çalışmasıdır. Katılımcılar, 1:1 tahsis oranıyla müdahale ve kontrol gruplarına rastgele atanmıştır. Araştırma Consolidated Standards of Reporting Trials (CONSORT) 2010 protokolüne göre yürütüldü, CONSORT 2025 protokolüne uygun olarak raporlandı (Gangal vd., 2022; Hopewell vd., 2025) (Ek-4). Çalışmanın CONSORT akış şeması Şekil 3.1'de sunuldu. Bu araştırma ClinicalTrials (NIH- U.S. National Library of Medicine) tarafından tescil edildi (NCT06862011).



Şekil 3.1. *Çalışmanın CONSORT akış şeması.*

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Genel Özellikleri

Araştırma Aralık 2024-Mayıs 2025 tarihleri arasında, Tokat İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı Erbaa Devlet Hastanesi kadın doğum polikliniğine başvuran primipar gebelerle tek merkezde yürütüldü.

Hastanenin Kadın Hastalıkları ve Doğum bölümünde; bir jinekoloji servisi, bir doğum salonu, üç kadın hastalıkları ve doğum polikliniği ve bir gebe okulu bulunmaktadır. Kadın hastalıkları ve doğum polikliniğinde; üç poliklinik odası, bir non-stres test (NST) odası ve bir gebe takibi odası yer almaktadır. Araştırma kapsamında cinsel sağlık danışmanlığının uygulanabilmesi için araştırmacıya sessiz, bireysel görüşmeye uygun, dış etkenlerden uzak ve mahremiyetin sağlandığı bir oda tahsis edilmiştir. Danışmanlık süreçleri, gerekli tüm fiziksel koşulları karşılayan bu özel alanda gerçekleştirilmiştir. Poliklinikte, üç kadın hastalıkları ve doğum uzmanı, üç hemşire ve iki ebe görev yapmaktadır. Birimin çalışma saatleri 08:00-16:00 saatleri arasındadır. Erbaa Devlet Hastanesi'nde gebelere yönelik rutin cinsel sağlık eğitimi verilmemekte ve cinsel sağlık danışmanlığı hizmeti sunan herhangi bir birim bulunmamaktadır.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Çalışmanın örneklemi belirlenirken Ziaei ve diğerlerinin (2022) çalışmasının sonuçları referans olarak kullanılmıştır. Bağımsız Örneklem T Testi yapılan hesaplamada Etki büyüklüğünün (ŋ2: 0.70) kullanıldığı güç analizine göre, α= 0,05 yanılma düzeyi ve % 80 güç için örneklem büyüklüğü; müdahale grubunda 34 kadın, kontrol grubunda 34 kadın olmak üzere toplamda en az 68 kadın olarak belirlendi (Ek-1). Çalışma sürecinde olası kayıplar dikkate alınarak, her gruba 38 gebe olmak üzere toplam 76 gebe dahil edildi. Müdahale grubunda araştırma planına uymayan 5 gebe, kontrol grubunda ise veri toplama formlarını tamamlamayan 5 gebe çalışmadan çıkarıldı ve araştırma 66 gebe ile tamamlandı. Kadın Cinsel İşlev Ölçeği ortalama puanları üzerinden yapılan post hoc güç analizinde (t testi: iki grup arasındaki fark testi) (Ŋ2 : 2.417, t:1.9977) α: 0.05 yanılma için güç 1-β:1.000 bulundu (Tabachnick, 2007) (Ek-2).

3.4. Araştırmaya Dahil Edilme, Dahil Edilmeme ve Çıkarılma Kriterleri

3.4.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- 18 yaş üstü olan,
- İlk gebeliği olan,
- Gebeliğinin 8-16. haftaları arasında olan (Bu dönem, ilk trimesterin sonuna ve ikinci trimesterin başlangıcına denk gelen, bulantı-kusma ve yorgunluk gibi erken gebelik yakınmalarının azalmaya başladığı ve cinsel isteğin daha stabil hâle geldiği dönem olduğundan danışmanlık müdahalesi için uygun görülmektedir) (Alizadeh vd., 2021; Nezamnia vd., 2020),
- Gebelik sürecinde cinsel yönden aktif olan,
- Herhangi bir iletişim engeli olmayan,
- Akıllı telefon kullanan,
- Cinsel işlev bozukluğu olan (Kadın Cinsel İşlev Ölçeği (KCİÖ)'nden 26.55 puandan az puan alan gebeler.)

3.4.2. Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri

- Gebelikte koitusun kısıtlanmasının gerekli olduğu herhangi bir riski (vajinal kanama, tekrarlayan düşükler, servikal yetmezlik, fetal kayıp öyküsü, genital enfeksiyon, eşte tanı konmuş cinsel yolla bulaşan enfeksiyon varlığı, çoğul gebelikler.) olan,
- Fetüsün sağlığı ile ilgili herhangi bir sorunu (fetal anomali, intrauterin gelişme geriliği) olan,
- Herhangi bir cinsel eğitim/danışmanlık alan,
- Abortus öyküsü olan,
- İnfertilite tedavisi alan

3.4.3. Araştırmadan Çıkarılma Kriterleri

- Araştırmanın herhangi bir aşamasında koitusa engel gebelik komplikasyonu gelişen (kanama, enfeksiyon vb),

- Araştırma planına uymayan,
- Herhangi bir cinsel sağlık danışmanlığı alan,
- Yaşam krizi (partnerinin ölümü, boşanma, taşınma vb) deneyimleyen,
- Araştırmanın herhangi bir aşamasında araştırmadan ayrılmak isteyen gebeler.

3.5. Randomizasyon ile Araştırma Gruplarının Belirlenmesi

Randomizasyon, araştırmaya alınan katılımcıların gruplara rastgele atanmasını ifade eder ve bu sayede her bir bireyin herhangi bir gruba eşit ve bilinen olasılıkla dahil olması sağlanır (Erdoğan ve Temel, 2016). Bu çalışmada, basit rastgele randomizasyon kullanılarak 76 gebe, müdahale (n=38) ve kontrol (n=38) gruplarına random olarak atandı. Randomizasyon işlemi, bir istatistik uzmanı tarafından https://www.random.org/ adresindeki "random sequence generator" sekmesi kullanılarak 1-76 arasındaki iki sütündan oluşan bir sayı dizisi oluşturuldu ve tahsis oranı müdahale ve kontrol grup için 1:1 olarak belirlendi. Müdahale ve kontrol gruplarının hangi sayı sütununu temsil edeceği kura yöntemiyle belirlendi, dizinin sol sütunu müdahale grubunu, sağ sütunu kontrol grubunu temsil etti (Ek-3). Tahsis gizliliğini sağlamak amacıyla, dahil edilme kriterlerini karşılayan ve çalışmaya gönüllü olan gebeler poliklinik hemşiresi tarafından randomizasyon listesindeki sıradaki numaraya göre gruplara atandı; araştırmacı yalnızca hemşire tarafından bildirilen "müdahale" veya "kontrol" bilgisini aldı.

3.6. Yanlılığın Önlenmesi

Araştırmada seçim yanlılığını önlemeye yönelik dahil edilme ve dışlama kriterleri belirlendi. Dağıtma yanlılığını önlemek için basit rastgele randomizasyon kullanıldı. Uygulama yanlılığına yönelik bu çalışmada araştırmacı ve katılımcı körlemesi yapılamadı. Çünkü uygulamayı araştırmacının kendisi yaptı ve müdahalede plasebo kullanılmadı. Saptama yanlılığını önlemeye yönelik ön testler birimde çalışan hemşire tarafından uygulandı. Raporlama yanlılığını önlemeye yönelik araştırmadan elde edilen veriler bağımsız bir araştırmacı tarafından A ve B şeklinde kodlanarak SPSS (IBM SPSS Statistics) programına aktarıldı. Verilerin analizi bağımsız bir istatistikçi tarafından yapıldı. Ayrıca yanlılık riskini azaltmak için araştırma

Consolidated Standards of Reporting Trials (CONSORT) doğrultusunda yürütüldü (Ek-4).

3.7. Araştırmada Kullanılan Form ve Veri Toplama Araçları

Araştırmada veriler "Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri Soru Formu" (Ek-5), "Kişisel Bilgi Formu" (Ek-6), Kadın Cinsel İşlev Ölçeği (KCİÖ)" (Ek-7), "Cinsel Öz-Yeterlik Ölçeği (CÖYÖ)" (Ek-8), Gebelikte Cinselliğe Karşı Tutum Ölçeği (GCKTÖ)" (Ek-9) ve "Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği- Kadın Versiyonu (CYKÖ-K)" (Ek-10) kullanılarak toplanmıştır.

3.7.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri Soru Formu

Araştırmacı tarafından hazırlanan bu form, iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölüm gebelerin "evet" ya da "hayır" seçeneğini işaretleyebilecekleri, araştırmaya dahil edilme ve edilmeme kriterlerini içeren toplam 12 maddeden oluşmaktadır (Aydın vd.,2015; Fok vd., 2005; Leite vd., 2020; Ziaei vd., 2022). İkinci bölümde ise Kadın Cinsel İşlev Ölçeği (KCİÖ) yer almaktadır. Formun birinci bölümünde yer alan dahil edilme sorularının (1.-6. maddeler) tümünü evet, dahil edilmeme sorularının (7.-12. maddeler) tümünü ise hayır olarak cevaplandıran ve KCİÖ'den 26,55 puan altında alan gebeler araştırmaya dahil edildi (Ek-5).

3.7.2. Kişisel Bilgi Formu

Form, araştırmacı tarafından literatür incelemesi doğrultusunda hazırlanmış olup (Aydın vd.,2015; Fok vd., 2005; Leite vd., 2020; Skodic-Zaksek, 2015; Ziaei vd., 2022), Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği alanından üç uzman görüşü alınarak hazırlandı. Kişisel Bilgi Formu gebelerin yaşı, eğitim düzeyi, medeni durumu, gelir getiren bir işte çalışma durumu, ekonomik durumu gibi sosyo-demografik özelliklere ait dokuz; gebelik sayısı, haftası, düşük, ölü doğum kürtaj sayısı gibi gebelerin obstetrik özelliklerine ait beş ve gebelikte cinselliğe ilişkin iki soru olmak üzere toplam 15 soru maddesi içermektedir (Ek-6).

3.7.3. Kadın Cinsel İşlev Ölçeği (KCİÖ)

Rosen ve diğerleri (2000) tarafından geliştirilen KCİÖ'nün, Aygın ve Aslan tarafından (2005) Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır. Bu çok boyutlu ölçek, kadınların son dört haftalık dönemindeki cinsel işlev durumlarını ve olası sorunlarını değerlendirmek amacıyla kullanılmaktadır. KCİÖ, istek, uyarılma, lubrikasyon, orgazm, doyum ve ağrı olmak üzere altı alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçekte yer alan maddeler, 0–5 ya da 1–5 arasında değişen puanlama aralıkları kullanılarak değerlendirilmektedir. Alt boyutlara ilişkin maddeler şu biçimde gruplandırılmıştır: Cinsel istek/ilgi, sıklık ve düzey açısından 1. ve 2. maddelerle (1–5 puan aralığı); uyarılma, sıklık, yoğunluk, emin olma durumu ve doyum boyutlarıyla 3–6. maddelerle (0–5 puan aralığı); lubrikasyon (vajinal kayganlaşma), sıklık, güçlük ve sürdürülebilme özellikleriyle 7–10. maddelerle (0–5 puan aralığı) değerlendirilmektedir. Orgazm, sıklık, güçlük ve doyum yönleriyle 11–13. maddeler (0–5 puan aralığı) kapsamında ele alınmaktadır. Doyum alt boyutu, eşle yakınlık, cinsel ilişkiye ve genel cinsel yaşama ilişkin memnuniyeti içeren 14–16. maddelerle (0 veya 1–5 puan aralığı) ölçülmektedir. Ağrı alt boyutu ise vajinaya giriş sırasında ve sonrasında hissedilen ağrı ya da rahatsızlık durumlarını kapsayan 17–19. maddeler aracılığıyla (0–5 puan aralığı) değerlendirilmektedir.

Toplam puan hesaplanırken, istek alt boyut puanı 0,6; uyarılma ve lubrikasyon alt boyut puanları 0,3; orgazm, doyum ve ağrı alt boyut puanları ise 0,4 katsayılarıyla çarpılarak alt boyut puanları oluşturulur ve bu puanların toplamı ile genel toplam puan elde edilir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 2, en yüksek puan ise 36'dır. Toplam puanın artması, cinsel işlevlerin daha yeterli olduğunu göstermektedir. Ölçeğin kesme noktası 26,55 olup, bu puan ve altında alan bireylerde kadın cinsel işlev bozukluğu olduğu kabul edilmektedir.

Türkçeye uyarlanan KCİÖ'nün iç tutarlılık analizinde alt boyutların Cronbach alfa güvenilirlik katsayıları 0,89 ile 0,98 arasında değişirken, tüm ölçek için Cronbach alfa değeri 0,98 olarak bulunmuştur. Aygın ve Aslan'ın (2005) çalışmasında da Cronbach alfa katsayısı 0,98 olarak bildirilmiştir. Bu çalışmada KCİÖ'nün Cronbach alfa katsayısı 0,71–0,87 arasında bulundu (Ek-7).

3.7.4. Cinsel Öz-Yeterlik Ölçeği (CÖYÖ)

Humphreys ve Kennett (2010) tarafından geliştirilen CÖYÖ'nün Çelik (2013) tarafından Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır. Ölçek bireylerin cinsel öz-yeterlik düzeylerini belirlemek amacıyla geliştirilmiş olup bireyin kendisi hakkında bilgi vermesi esasına dayalıdır. Ölçek tek boyutludur. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan 40'tır. Yüksek puanlar cinsel öz-yeterlik düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçeğin Cronbach alfa güvenirlik katsayısı Çelik'in çalışmasında 0,71 olduğu bildirilmektedir (Çelik, 2013). Bu çalışmada CÖYÖ'nün Cronbach alfa katsayısı 0,73 olarak bulundu (Ek-8).

3.7.5. Gebelikte Cinselliğe Karşı Tutum Ölçeği (GCKTÖ)

Yılmaz-Sezer ve Şentürk-Erenel (2021) tarafından geliştirilmiş ölçek beşli Likert tiptedir ve 34 maddeden oluşmaktadır. Maddeler cinsel tutumun bilişsel, duyuşsal ve davranışsal öğelerini içermektedir. Ölçek, üç alt boyuttan oluşmaktadır: Gebelikte Cinsel Birleşmeye Yönelik Kaygı, Gebelikte Cinselliğe Yönelik İnançlar ve Değerler ve Gebelikte Cinselliği Onaylama. Gebelikte Cinsel Birleşmeye Yönelik Kaygı alt boyutu 9 maddeden (7, 10, 15, 18, 22, 25, 26, 27, 30), Gebelikte Cinselliğe Yönelik İnançlar ve Değerler alt boyutu 10 maddeden (3, 4, 8, 9, 12, 13, 16, 17, 19, 29) ve Gebelikte Cinselliği Onaylama alt boyutu ise 15 maddeden (1, 2, 5, 6, 11, 14, 20, 21, 23, 24, 28, 31, 32, 33, 34) oluşmaktadır. Olumlu tutumu yansıtan maddeler (1, 2, 5, 6, 11, 14, 20, 21, 23, 24, 28, 31, 32, 33, 34), beşli Likert tipi derecelendirme ile "hiç katılmıyorum"dan "tamamen katılıyorum"a doğru 1'den 5'e kadar puanlanmaktadır. Olumsuz tutum içeren maddeler (3, 4, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 15, 16, 17, 18, 19, 22, 25, 26, 27, 29, 30) ise ters kodlama yöntemiyle değerlendirilmekte olup, puanlama 5'ten 1'e doğru yapılmaktadır. Ölçekten elde edilebilecek toplam puan aralığı 34 ile 170 arasında değişmektedir. Ölçekten elde edilen toplam puanın yükselmesi, gebelikte cinselliğe yönelik tutumların daha olumlu bir düzeyde olduğunu; toplam puanın düşmesi ise bu tutumların olumsuzlaştığını göstermektedir. Ölçeğe ilişkin belirlenen kesme puanı 111,5 olup; bu değerin üzerinde puan alan bireylerin gebelikte cinselliğe yönelik tutumları olumlu olarak değerlendirilmektedir. Ölçeğin tamamı için Yılmaz-Sezer ve Şentürk-Erenel'in (2021) çalışmasında

Cronbach's alfa güvenirlik katsayısı 0,90 bulunmuştur. Bu çalışmada GCKTÖ'nün Cronbach alfa katsayısı 0,71–0,88 arasında bulundu (Ek-9).

3.7.6. Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın Versiyonu (CYKÖ-K)

Symonds ve diğerleri (2005) tarafından geliştirilen CYKÖ-K'nün Tuğut ve Gölbaşı tarafından (2014) Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır. Ölçek kadınların cinsel yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş olup son dört haftayı kapsayan cinsel yaşamı değerlendirmektedir. CYKÖ-K 18 maddeden ve tek faktörden oluşan bir ölçektir (Symonds vd., 2005; Tuğut ve Gölbaşı, 2014). Ölçeğin puanlama sisteminde 0 ve 5 arasında puan verildiğinde ölçekten en az ve en fazla alınabilecek puan aralığı 0-90'dır. Ölçeğin puanlama sistemi 1 ve 6 arasında puanlama yapıldığında ölçekten en az ve en fazla alınabilecek puan 18–108 olmaktadır. Ölçek maddeleri "Tamamen katılıyorum"=1, "Büyük ölçüde katılıyorum"=2, "Kısmen katılıyorum"=3, "Kısmen katılmıyorum"=4, "Büyük ölçüde katılmıyorum"=5, "Hiç katılmıyorum"=6 şeklinde puanlanmakta olup, 1, 5, 9, 13 ve 18. sorular ters kodlanmıştır. Bu puan sisteminde ölçekten alınan toplam puan 100'e dönüştürülmektedir. Toplam ölçek puanın 100'e dönüştürülmesi için; (Ölçekten alınan ham puan-18)x100/90 formülü kullanılmaktadır. Bu araştırmada ise ölçeğin 1 ve 6 arasında değişen puanlanmasının yapıldığı sistem kullanılmıştır. Ölçekten alınan puanın artması cinsel yaşam kalitesinin de artmış olduğunu göstermektedir. Ölçeğin Cronbach alfa güvenirlik katsayının Tuğut ve Gölbaşı'nın çalışmasında 0,83 olduğu bildirilmektedir. Bu çalışmada CYKÖ-K'nın Cronbach alfa katsayısı 0,96 olarak bulundu (Ek-10).

3.8. Araştırmanın Uygulanması ve Verilerin Toplanması

Araştırma süreci, iki aşamada gerçekleştirilmiştir. Bu aşamalar, araştırmanın hazırlık süreci ve cinsel sağlık danışmanlığının uygulanması olup aşağıda ayrıntılı biçimde açıklanmıştır.

3.8.1. Araştırmanın Hazırlık Süreci

Bu aşamada, araştırmacı tarafından danışmanlık uygulamalarına yönelik içerik planlaması yapıldı ve kullanılacak rehberler güncel literatür doğrultusunda yapılandırıldı. Bu kapsamda "Gebelikte Cinsel Yaşam Rehberi" ve "Gebelikte Cinsel Yaşam Rehberi – Özel Öneriler" olmak üzere iki ayrı rehber geliştirildi.

Araştırmanın Hazırlık Aşaması

Uygulama sırasında motivasyonel görüşme teknikleri danışanların çelişen duyguların farkına vararak çözümlemelerine yardımcı olacak davranış değişikliğini ortaya çıkartmada kullanılacağından araştırmacı Başkent Psikoloji Atölyesi ve Ruh Sağlığı Akademisi iş birliğinde düzenlenen dokuz saatlik 'Motivasyonel Görüşme Teknikleri' uygulayıcı programını tamamlayarak 'Motivasyonel Görüşme Teknikleri Eğitim Sertifikası'nı aldı (Ek-11).

Araştırmacı, danışmanlık sürecini bilimsel temellere dayandırmak ve gerekli mesleki yeterlilikleri sağlamak amacıyla, Sağlık Bakanlığı Ankara İl Sağlık Müdürlüğü Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı tarafından düzenlenen 15 günlük "Üreme ve Cinsel Sağlık Modüler Eğitimi"ne katıldı (Ek-12). Ayrıca, danışmanlık sürecinde kullanılacak rehber ve günlük materyallerini hazırlamaya başlamadan önce bilgi ve becerisini geliştirmek amacıyla, Psikoaktif Eğitim ve Terapi Merkezi ile Invivo Academy iş birliğinde düzenlenen 20 saatlik "Cinsel Danışmanlık Kursu"na katılmış ve Psikoaktif Eğitim Enstitüsü onaylı, uluslararası geçerliliğe sahip "Cinsel Danışmanlık Sertifikası"nı aldı (Ek-13). Bununla birlikte, Hemşirelik Cinsel Sağlık Eğitim ve Danışmanlık Derneği (HECEDER) tarafından düzenlenen 20 saatlik "Cinsel Sağlık Hemşireliği ve Cinsel Danışmanlık Eğitimi"ne de katılım sağladı (Ek-14).

Danışmanlık Programında Kullanılan Materyallerin Hazırlığı

Araştırmanın bu aşamasında danışmanlık sürecinde kullanılmak üzere; gebelik dönemdeki kadınlara yönelik PLISSIT modeline göre yapılandırılmış "Gebelikte Cinsel Yaşam Rehberi" (Ek-15), "Gebelikte Cinsel Yaşam Rehberi-Özel Öneriler" (Ek-16) ve "Cinsellik Günlüğü" (Ek-17) hazırlandı.

Gebelikte Cinsel Yaşam Rehberi

PLISSIT modeline göre yapılandırılmış Gebelikte Cinsel Yaşam Rehberi gebelik dönemdeki kadınlara cinsel sağlık danışmanlığı vermek üzere araştırmacı tarafından literatür taranarak (Fuchs vd., 2021; Grussu vd., 2021; Johnson, 2011; Murtagh, 2010; Taylor, 2013; Thapa vd., 2023) oluşturuldu. Rehber yedi modülden oluşmaktadır. Cinsel sağlığa ilişkin temel kavramlar ile başlayan rehber sırası ile üreme sistemi, gebeliğin oluşumu, gebelikte oluşan değişimler, kadın cinsel yanıt döngüsü, gebelikte trimesterlere göre cinselliği etkileyen değişimler ve gebelikte cinsel yaşam modülünden oluşmaktadır.

Gebelikte Cinsel Yaşam Rehberi, hazırlandıktan sonra yedi uzman tarafından değerlendirildi, uzmanların önerileri doğrultusunda düzenlendi. Güvenirlik ve bilgi kalitesi, DISCERN analizi ile değerlendirildi (Tablo 3.1). Elde edilen toplam puan 65,14 ± 5,34 olup 63–75 puan aralığında yer aldığından "mükemmel" olarak sınıflandırıldı (Charnock vd., 1999) (Ek-15).

Gebelikte Cinsel Yaşam Rehberinin içeriğinin okunabilirlik düzeyini ölçmek amacıyla Ateşman tarafından 1997 yılında geliştirilen "Ateşman Okunabilirlik İndeksi (AOİ)" kullanıldı. Bu indeks kapsamında, metinde yer alan ilk yüz sözcük belli bir formüle dayandırılarak okunabilirlik düzeyi belirlenir. Okunabilirlik düzeyi 0 ile 100 arasında değişmekte olup, değerin 100'e yaklaşması içeriğin kolay okunabilir olduğunu, 0'a yaklaşması ise okunabilirliğin zor olduğunu göstermektedir (Ateşman, 1997). Rehber içeriğinin okunabilirlik düzeyine bakılırken Ateşman Okunabilirlik İndeksi kullanılmış olup aşağıdaki formüle göre araştırmacı tarafından değerlendirildi ve eğitim içeriğinin okunabilirlik düzeyinin kolay (72,5) olduğu hesaplandı.

AOİ= 198,825- 40,175 . X1– 2,610 . X2

(X1: Sözcük Uzunluğu ortalaması, X2: Cümle uzunluğu ortalaması)

Gebelikte Cinsel Yaşam Rehberi-Özel Öneriler

PLISSIT modeline göre yapılandırılmış Gebelikte Cinsel Yaşam Rehberi-Özel Öneriler gebelik dönemdeki kadınlara cinsel sağlık danışmanlığı verilirken özel öneriler sunmak üzere araştırmacı tarafından literatür taranarak (Fuchs vd., 2021; Grussu vd., 2021; Johnson, 2011; Murtagh, 2010; Taylor, 2013; Thapa vd., 2023)

oluşturuldu. Rehberin amacı, gebelikte sağlıklı cinsel yaşamı desteklemek, çiftlerin bu sürece uyumunu kolaylaştırmak ve danışmanlık sürecini güçlendirmektir. Rehberde tek bir modül bulunmakta ve gebelik döneminde sık karşılaşılan cinsel işlev bozukluklarına yönelik çözüm odaklı öneriler bulunmaktadır. Gebelikte Cinsel Yaşam Rehberi-Özel Öneriler hazırlandıktan sonra yedi uzman tarafından değerlendirildi, uzmanların önerileri doğrultusunda düzenlendi. Güvenirlik ve bilgi kalitesi, DISCERN analizi ile değerlendirildi (Tablo 3.1). Elde edilen toplam puan 65,71 ± 4,54 olup 63–75 puan aralığında yer aldığından "mükemmel" olarak sınıflandırıldı (Charnock vd., 1999) (Ek-16).

Gebelikte Cinsel Yaşam Rehberi-Özel Öneriler içeriğinin okunabilirlik düzeyine bakılırken Ateşman Okunabilirlik İndeksi kullanılmış olup formüle göre araştırmacı tarafından değerlendirildi ve rehber içeriğinin okunabilirlik düzeyinin kolay (79,9) olduğu hesaplandı.

Tablo 3.1. *DISCERN analizi.*

	GCYR			GCYR-ÖÖ		
	n	**x̄ ± SD**	**Min-Max**	**n**	**x̄ ± SD**	**Min-Max**
Güvenirlik (1- 8 madde)	7	34,43 ± 2,88	32-40 puan	7	35,14 ± 2,73	32-40 puan
Bilgi Kalitesi (9-15 madde)	7	30,43 ± 4,28	27-35 puan	7	30,57 ± 3,91	27-35 puan
Genel Kalite (16. madde)	7	4,86 ± 0,38	4-5 puan	7	4,71 ± 0,49	4-5 puan
Discern Toplam (1-15 madde)	7	65,14 ± 5,34	59-75 puan	7	65,71 ± 4,54	61-74 puan

GCYR: Gebelikte Cinsel Yaşam Rehberi, GCYR-ÖÖ: Gebelikte Cinsel Yaşam Rehberi Özel Öneriler
İlk 15 sorunun toplam puanın 63-75 puan arası olması mükemmel, 51-62 arası iyi, 39-50 arası orta, 28-38 arası yetersiz, 15-27 arası çok yetersiz olarak sınıflanmaktadır.

Gebelere Yönelik Cinsellik Günlüğü

Araştırmacı tarafından müdahale grubundaki gebelerin cinsel yaşama ilişkin süreçlerini izlemek amacıyla geliştirilen "Cinsellik Günlüğü", literatür incelemesi (Aydın vd., 2015; Fok vd., 2005; Leite vd., 2020; Skodic-Zaksek, 2015; Ziaei vd., 2022) doğrultusunda hazırlandı ve üç uzmandan görüş alındı. Bu günlük, gebelerin gebelik sürecindeki cinsel deneyimlerinde ortaya çıkan değişimleri düzenli, sistematik ve öznel biçimde izlemeyi amaçlayan bir izlem aracıdır. Günlükte, cinsel aktivite, cinsel istek, cinsel uyarılma, orgazm ve genel memnuniyet düzeylerinin değerlendirilmesinde Visual Analog Skala (VAS) kullanıldı. Price ve diğerleri (1983)

tarafından ağrı şiddetini ölçmek amacıyla geliştirilen VAS, 10 cm uzunluğundaki yatay bir çizgi üzerinde 0 (hiç ağrı yok) ile 10 (en şiddetli ağrı) arasında derecelendirme yapılan bir ölçektir (Unal-Cevik vd., 2010). Bireyden, yaşadığı duruma karşılık gelen noktayı işaretlemesi istenir ve işaretlenen noktanın konumu sayısal puan olarak kaydedilir. Ölçekte 1–4 puan arası hafif, 5–6 orta, 7–10 ise şiddetli düzeyi ifade eder. Bu çalışmada VAS, özgün kullanım amacı dışında yeniden uyarlanarak, gebelerin cinsel yaşama ilişkin öznel deneyimlerini puanlamaları için kullanıldı. Katılımcılardan cinsel isteklilik, uyarılma, orgazm ve genel memnuniyet düzeylerini 0 (hiç doyum almadım) ile 10 (çok yüksek düzeyde doyum aldım) arasında değerlendirmeleri istendi.

Günlük, haftalık periyotlarda düzenli olarak doldurulacak şekilde yapılandırılmış ve gebelerin cinsel yaşam deneyimlerinin izlenmesine olanak sağladı. Her gün için beş temel başlıkta değerlendirme yapılmış; ayrıca haftalık cinsel ilişki sıklığı "girildi/girilmedi" şeklinde belirtilmiştir. Günlük, cinsel birleşme, sevişme ve kendini tatmin gibi tüm cinsel aktiviteleri kapsayacak biçimde tasarlanmış; cinsel isteğin, uyarılmanın ve orgazmın hem psikolojik hem de fizyolojik boyutlarını değerlendirme imkânı sunmuştur (Ek-17).

Bu araç, gebelik sürecinde cinsel işlevlerde zaman içinde meydana gelebilecek değişimlerin sistematik biçimde izlenmesine ve motivasyonel görüşme ile danışmanlık sürecinin etkililiğinin değerlendirilmesine katkı sundu. Katılımcıların günlüğü düzenli olarak doldurmalarını desteklemek amacıyla her hafta bireysel olarak Whatsapp üzerinden hatırlatma mesajları gönderildi.

3.8.2. Araştırmanın Uygulanması

Araştırmacı hafta içi her gün Kadın Doğum Polikliniğine başvuran primipar gebeleri araştırmanın dahil edilme kriterleri bakımından değerlendirdi. Kriterlere uygun olan gebelere araştırmacı için tahsis edilmiş danışmanlık odasında araştırmanın amacı hakkında bilgi verildi ve gebelerin yazılı aydınlanmış onamları alındı. Çalışma gönüllülük esası uygulandı. Anket formları yüz yüze uygulandı ve gebeler tarafından dolduruldu. Mükerrer anketlerin önüne geçmek amacıyla araştırmacı tarafından anketler gebenin ad soyad baş harfleri ve prokol numaraları ile kodlandı. İlk olarak araştırmaya DEKSF ve KCİÖ uygulandı. Formun birinci bölümünde yer alan dahil

edilme sorularının (1.-6. soru) tümünü evet, dahil edilmeme sorularının (7.-12. Soru) tümüne ise hayır olarak cevaplandıran ve KCİÖ'den 26,55 puan altında alan gebeler cinsel disfonksiyonu olduğu kabul edilerek araştırmaya dahil edildi. Bu süreçten sonra müdahale grubundaki gebelere cinsel sağlık danışmanlığı verilmeye başlandı.

Müdahale Grubu (Cinsel Sağlık Danışmanlığının Uygulanması)

Randomizasyon sonucunda müdahale grubuna atanan gebelerle gerçekleştirilecek görüşme zamanları ve toplam görüşme sayısı, literatürde benzer konularda yapılan çalışmalar (Farnam vd., 2014; Heidari vd., 2019; Naji vd., 2024; Nezamnia vd., 2020; Rostamkhani vd., 2015; Shahbazi vd., 2019; Ziaei vd., 2022) temel alınarak planlandı. Bu kapsamda, ilk değerlendirme görüşmesinin ardından, müdahale grubundaki gebelerle ikişer hafta aralıklarla toplam dört cinsel sağlık danışmanlık oturumu gerçekleştirildi.

İlk görüşmede (T0) gebeler Kişisel Bilgi Formu, KCİÖ, CÖYÖ, GCKTÖ, CYKÖ-K araştırmacının yanında kendileri doldurdu. Araştırmacı tarafından KCİÖ değerlendirilerek cinsel sorun alanları tespit edildi ve gebe bireysel olarak bilgilendirildi. Cinsellik Günlüğü verilerek günlüğün kullanımı konusunda bilgi verildi. İki hafta sonrası için görüşme planlanarak oturum sonlandırıldı.

Birinci oturumu müdahale grubunda yer alan gebeler birinci oturum için planlanan tarih ve saatte günün programı okunup görüşmenin amaç ve hedefleri açıklandı. Görüşmenin içeriği hakkında gebe bilgilendirildi. Bu oturumda, danışmanlık süreci PLISSIT modelinin birinci basamağı olan "İzin Verme (Permission)" adımı temel alınarak yapılandırıldı. Görüşmenin başında, danışan ile güvene dayalı bir iletişim kurulabileceği, cinselliği konuşmanın doğal ve sağlıklı olduğu mesajının verildiği ve danışanın bu konuda rahatça konuşabileceği bir ortam hazırlandı. Danışanın gebeliğe ve cinselliğe ilişkin duygu, düşünce ve endişelerini ifade etmesi teşvik edildi. Süreçte motivasyonel görüşmenin "empatik dinleme", "yansıtma" ve "açık uçlu soru sorma" gibi temel teknikleri kullanıldı; danışanın içsel motivasyonunu ortaya çıkarabilmesi için aktif dinleme ve anlayışlı geri bildirimlerle iletişim desteklendi. Ayrıca, danışanın cinsel yaşama dair farkındalığını artırmak amacıyla "Gebelikte Cinsel Yaşam Rehberi"nin ilk dört modülü (temel kavramlar, üreme sistemi, gebeliğin oluşumu, gebelikte değişimler) paylaşıldı ve bu içerikler

danışanın yaşadığı semptom ve sorunlara özel ilişkilendirilerek açıklandı. Böylece, hem PLISSIT modelinin ilk basamağı olan izin verme sağlanmış hem de danışanın değişime yönelik içsel motivasyonunu güçlendirecek danışan merkezli bir yaklaşım benimsenmiştir. Oturumun sonunda bir sonraki görüşme için randevu alındı. Birinci oturum ortalama 45 dakika sürdü.

İkinci oturumu müdahale grubundaki gebelerle ikinci oturum, birinci oturumun ardından iki hafta sonra gerçekleştirildi. Oturumun başında, günün programı hakkında katılımcılar bilgilendirildi ve görüşmenin amaçları detaylı olarak aktarıldı. Bu oturumda PLISSIT modelinin ikinci basamağı olan "Sınırlı Bilgi" aşaması uygulandı. Bu basamak, gebelerin gebelik sürecinde cinsel sağlıklarına ilişkin bilgi gereksinimlerini karşılamak üzere yapılandırıldı. Danışanın kendini ifade edebilmesini desteklemek amacıyla açık uçlu sorularla gebelerin gebelik ve cinsellikle ilgili duygu, düşünce ve endişeleri ele alındı. Danışan merkezli bir iletişim ortamı oluşturuldu. Motivasyonel görüşme tekniklerinden "niyet", "önemlilik" ve "çelişkiyi ortaya çıkarma" yöntemleri kullanıldı. Bu tekniklerle, gebelerin kendi inançlarını ve tutumlarını keşfetmeleri desteklendi; gebeler olumlu ifadeler yansıtılarak duygularını ifade etmek konusunda cesaretlendirildi varsa olumsuz duygular veya çelişkili düşünceler açığa çıkarılarak üzerinde konuşulması teşvik edildi. Böylece, danışanın cinsellikle ilgili endişeleri fark etmesi ve bu konularda farkındalık kazanması amaçlandı. Oturumda, Gebelikte Cinsel Yaşam Rehberi'nin beşinci, altıncı ve yedinci modülleri kapsamlı biçimde ele alındı. Bu modüller; kadın cinsel yanıt döngüsünün fizyolojik ve psikolojik boyutları, gebeliğin farklı trimesterlerinde gözlenen cinsel davranış ve tutumlardaki değişiklikler ile gebelikte genel cinsel yaşamın dinamiklerini içermektedir. Gebelerin bu içeriklere ilişkin soruları yanıtlanarak bilgilendirme pekiştirildi. Görüşmenin sonunda, oturumun genel değerlendirmesi yapılarak gebelerle bir sonraki danışmanlık randevusu planlandı ve ortalama 60 dakika süren oturum sonlandırıldı.

Üçüncü oturumu (T1), ikinci oturumdan iki hafta sonra yapılan bu oturumda, gebelerin cinsel işlev durumunu değerlendirmek amacıyla KCİÖ yeniden uygulandı. Elde edilen sonuçlar doğrultusunda, cinsel işlev sorunlarının devam edip etmediği belirlenmiş ve sorunlu alanları devam eden gebelere PLISSIT modelinin üçüncü basamağı olan "Özel Öneriler" aşaması uygulandı. Bu aşamada, gebelerin bireysel

ihtiyaçlarına ve mevcut sorunlarına odaklanılarak, Gebelikte Cinsel Yaşam Rehberi-Özel Öneriler sunulmuş ve danışanın cinsel sağlığını iyileştirmeye yönelik kişiselleştirilmiş stratejiler geliştirildi. Sorun alanları devam etmeyen gebelerde ise PLISSIT modeli kapsamında danışmanlık aşaması sonlandırılarak süreç motivasyonel görüşme teknikleri çerçevesinde devam ettirildi. Oturumun sonunda, KCİÖ sonuçları ile katılımcıların tuttuğu "Cinsellik Günlüğü" kayıtları birlikte değerlendirilerek, mevcut durum ve gelişim süreci hakkında kapsamlı bir şekilde geri bildirim verildi. Bu değerlendirme ile danışanın öz-farkındalığı ve öz-yeterliği artırıldı, olumlu davranışların pekiştirilmesine yönelik gündem haritası oluşturuldu. Ayrıca, motivasyonel görüşmenin karar dengesi tekniği kullanılarak, danışanın hedef belirleme ve değişime yönelik kararlılığı güçlendirildi.

Tüm görüşmelerde, önceden hazırlanmış olan "Primipar Gebelere Motivasyonel Görüşmeyle Desteklenen PLISSIT Modeline Göre Yapılandırılmış Cinsel Sağlık Danışmanlığı Yönergesi" rehber olarak kullanıldı (Ek-18). Bu süreçte; gündem oluşturma, önemlilik ve niyet belirleme, empatik dinleme, özetleme, ve çelişkilerin açığa çıkarılması gibi temel motivasyonel görüşme prensipleri etkin şekilde uygulandı (Ögel ve Şimşek, 2024).

Dördüncü oturumu (T2), üçüncü oturumdan iki hafta sonra yapıldı. Bu oturumda da KCİÖ tekrar uygulandı. Bu oturumda, KCİÖ yeniden uygulanarak gebelerin cinsel işlev durumları tekrar değerlendirildi. Elde edilen puanlar doğrultusunda, sorunlu alanların devam edip etmediği incelendi. Eğer sorunlu alanlar devam etmiyorsa, gebelerin varsa konu ile ilgili soruları yanıtlanmış ve oturum genel bir değerlendirme ile sonlandırıldı. Oturum sonunda CÖYÖ, GCKTÖ ve CYKÖ-K ölçekleri tekrar uygulandı. Bu süreç, danışmanlık hizmetinin etkinliğinin ölçülmesi ve gebelerin cinsel sağlık durumlarındaki değişimlerin izlenmesi amacıyla planlandı (Tablo 3.1).

Kontrol Grubu

Randomizasyonla kontrol grubuna atanan gebelerle toplam üç görüşme yapıldı. Görüşmelerde gebelere herhangi bir müdahalede bulunulmadı ve sadece ölçekler uygulandı. Oturumlar yüzyüze gerçekleştirildi.

İlk görüşme (T0): Bu görüşmede Kişisel Bilgi Formu, KCİÖ, CÖYÖ, GCKTÖ ve CYKÖ-K doldurulduu. Bu görüşmenin süresi; her gebe için değişmekle birlikte ortalama 20 dakika sürdü.

İkinci görüşme (T1), Müdahale grubunun üçüncü cinsel sağlık danışmalığı oturumu ile benzer zamanda, kontrol grubundaki gebelere KCİÖ uygulanmak üzere, sonraki danışmanlık oturumlarının tarih ve saati, gebelerin uygunlukları doğrultusunda telefonla randevu verildi. Randevular gebelerin hastaneye rutin kontroller için yapacakları ziyaretlere denk gelecek şekilde, muayene öncesine ya da sonrasına oluşturuldu. Bu görüşmede araştırmacının kullandığı danışmanlık odasında gebeler KCİÖ'yü doldurdu.

Son görüşme (T2): Müdahale grubunun dördüncü cinsel sağlık danışmanlığı ile benzer zamanda ölçüm araçlarının son testinin uygulanabilmesi için yine gebeler telefonla aranarak ortak gün ve saat belirlendi. Son görüşmede gebeler KCİÖ, CÖYÖ, GCKTÖ ve CYKÖ-K doldurdu. Araştırmacının kullandığı danışmanlık odasında gerçekleştirile son görüşmenin süresi; her gebe için değişmekle birlikte ortalama 30 dakika sürdü. Üçüncü görüşmeden sonra kontrol grubunda yer alan gebelere cinsel sağlık ile ilgili bilgi almak isteyip istemedikleri soruldu. Bilgi almak isteyen gebelerin soruları yanıtlandı (Tablo 3.2).

Tablo 3.2. *Araştırmanın uygulama deseni.*

Örnekleme Dahil Edilme Kriterlerine Uyan Gebelerin Belirlenmesi n=76	
Müdahale Grubu (n=38)	**Kontrol Grubu (n=38)**
İlk Görüşme (0.Hafta) • DEKSF'nin uygulanması • KCİÖ'nün uygulanması • Kişisel Bilgi Formunun • uygulanması • CÖYÖ, GCKTÖ ve CYKÖ-K'nın • uygulanması **Birinci cinsel sağlık danışmalığı oturumu (0. hafta)** **1.Basamak: İzin Verme** • Cinsel işlevdeki Sorunlarının tespit edilmesi • Cinsellik Günlüğü'nün verilmesi ve kullanımı konusunda bilgi verilmesi • KCİÖ'ye göre tespit edilen sorun alanlarıyla ilgili bireysel yapılandırılmış görüşmelerin yapılması • 2 hafta sonra tekrar danışmanlık için randevu planlanması	**İlk Görüşme (0.Hafta)** • DESKSF'nin uygulanması • KCİÖ'nün uygulanması • Kişisel Bilgi Formunun uygulanması • CÖYÖ, GCKTÖ ve CYKÖ-K'nın uygulanması
İkinci cinsel sağlık danışmalığı oturumu (2. hafta) **2.Basamak: Sınırlı Bilgi** • Cinsellik Günlüğü'nün değerlendirilmesi • Sorun alanları ile ilgili yapılandırılmış görüşme yapılması • Belirlenen sorun alanlarına yönelik bilgi ve önerilerde bulunulması • Gebelikte Cinsel Yaşam Rehberi' nın verilmesi • 2 hafta sonra tekrar danışmanlık için randevu planlanması • Haftada bir kez günlüğü doldurması için hatırlatma mesajı atılması **Örneklemden Ayrılma (n=3)**	
Üçüncü cinsel sağlık danışmalığı oturumu (4. hafta) **3.Basamak: Özel Öneriler** • KCİÖ'nün tekrar uygulanması • Günlük kayıtlarının gebeyle birlikte değerlendirilmesi • Cinsel sorun alanlarına yönelik spesifik ve kapsamlı cinsel sağlık danışmanlığı verilmesi • Gebelikte Cinsel Yaşam Rehberi-Özel Öneriler'in verilmesi • Gebeyle birlikte oturumun değerlendirilmesi • 2 hafta sonra tekrar danışmanlık için randevu planlanması • Haftada bir kez günlüğü doldurması için hatırlatma mesajı atılması **Örneklemden Ayrılma (n=2)**	**İkinci görüşme (4. hafta)** • KCİÖ'nün uygulanması • 2 hafta sonra son testlerin uygulanması için randevu planlanması **Örneklemden Ayrılma (n=5)**
Dördüncü cinsel sağlık danışmalığı oturumu (6. hafta) **4. Basamak: Yoğun Terapi** • KCİÖ'nün tekrar uygulanması • Sorun alanlarının değerlendirilmesi • KCİÖ değerlendirmesinde cinsel sorun alanı yok ise oturumun sonlandırılması • oturumun değerlendirilmesi • CÖYÖ, GCKTÖ ve CYKÖ-K'nın uygulanması	**Son görüşme (6. hafta)** • KCİÖ, CÖYÖ, GCKTÖ ve CYKÖ-K'nın uygulanması

DEKSF: Dahil Edilme Kriterleri Soru Formu, KCİÖ: Kadın Cinsel İşlev Ölçeği, CÖYÖ: Cinsel Öz-Yeterlik Ölçeği, GCKTÖ: Gebelikte Cinselliğe Karşı Tutum Ölçeği, CYKÖ-K: Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın Versiyonu

3.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışma verileri 33 müdahale ve 33 kontrol olmak üzere toplam 66 kişiden oluştu. Analizler IBM SPSS Statistics 26 ve G*Power 3.1.9.7 programları kullanılarak gerçekleştirildi.

Çalışma verileri değerlendirilirken kategorik değişkenler için sıklıklar (sayı, yüzde), sayısal değişkenler için ise tanımlayıcı istatistikler (ortalama, standart sapma, medyan, minimum, maksimum) verildi.

Sayısal değişkenlerin normallik varsayımları için gruplara göre çarpıklık ve basıklık katsayıları incelenmiş ve katsayıların ±1,5 aralığında olanlar için parametrik olan diğerleri için ise parametrik olmayan istatistiksel yöntemlerden yararlanıldı.

İki bağımsız grup arasındaki farklılıklar Bağımsız Örneklem T Testi ya da Mann Whitney U Analizleri ile incelendi. İkiden fazla bağımlı sayısal değişken arasındaki farklılıklar Tekrarlı Ölçümler Varyans Analizi veya Friedman Analizleri ile analiz edildi. Bu analizlerde farklılık çıkması durumunda farklılığın kaynaklandığı grup Bonferroni düzeltmeli sonuçlarla kontrol edildi. İki bağımlı sayısal değişken arasındaki farklılarda Bağımlı Örneklem T Testi kullanıldı. İki bağımsız kategorik değişken arasındaki ilişkiler Ki Kare Analizi ile kontrol edilmiş beklenen değer varsayımı sağlanmadığı durumlarda Fisher's Exact Test sonuçlarından yararlanıldı. Analizlerde istatistiksel anlamlılık 0,05 düzeyinden yorumlandı.

Etki büyüklüğü hesaplanmasında Cohen's d formülü (d≤0,20 ise küçük, 0,20≤ d ≥0,80 ise orta, d ≥0,80 ise büyük etki büyüklüğü) ve kısmi eta kare formülü ($\eta 2$ = 0,01 küçük, $\eta 2$ = 0,06 orta düzeyde, $\eta 2$ = 0,14 büyük etki) kullanıldı.

3.10. Araştırmanın Etik Uygunluğu

Araştırmanın uygulanabilmesi için Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Etik Kurulu 03.12.2022 tarih 19-1284 karar nolu etik kurul izni (Ek-19) ve araştırmanın yapıldığı kurumdan (Ek-20) onay alındı. Araştırmada kullanılacak ölçeklerin kullanım izinleri (Ek-21), ölçeklerin geçerlilik ve güvenirliliğini yapan yazarlardan elektronik posta yoluyla alındı.

Araştırmaya katılımda gönüllülük esası uygulandı ve katılmayı kabul eden katılımcılardan "Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu" ile yazılı onam alındı (Ek-22). Gönüllü onam formu imzalatılmadan önce araştırmanın nasıl ve ne zaman olacağı ile ilgili ayrıntılı açıklama yapılarak "Aydınlatılmış Onam" ilkesi yerine getirildi. Katılımcılara araştırmanın her aşamasında gerekçe sunmadan çekileceği bilgisi verilerek "Özerkliğe Saygı" ilkesine uyuldu. Elde edilen veri toplama formları ve onam formları araştırmacıya ait kilitli bir dolapta saklandı. Tezin yürütülmesi için her aşamasında vermiş oldukları bilgilerin üçüncü şahıslarla paylaşılmayacağının teminatı ile "Gizlilik ve Gizliliğin Korunması" ilkesi yerine getirildi. Ayrıca çalışmada "Zarar vermeme/yarar sağlama" etik ilkeleri yerine getirildi (Ulusoy ve Uçar, 2002). Bununla birlikte çalışmanın sonunda kontrol grubundaki gebelere Gebelikte Cinsel Yaşam Rehberi verildi.

3.11. Araştırmanın Güçlü Yönleri ve Sınırlılıkları

Araştırmanın Sınırlılıkları

- Araştırmada cinsel sağlık danışmanlığı sadece kadınlara yapılmış olup, eşlerin dahil edilmemesi araştırmanın sınırlılığıdır.

Araştırmanın Güçlükleri

- Eşlerinin izin vermemesi, konunun mahrem olduğunu düşünmeleri nedeniyle araştırmaya katılmayı kabul etmemeleri araştırmanın daha uzun sürede tamamlanmasına neden olması çalışmanın güçlüğü olarak değerlendirildi.

Araştırmanın Güçlü Yönleri

- Araştırma; bir modele dayalı olarak gerçekleştirildi.

4. BULGULAR

Bu bölümde; primipar gebelere motivasyonel görüşme yöntemiyle verilen PLISSIT modeline göre yapılandırılmış cinsel sağlık danışmanlığının; cinsel öz-yeterliğe, cinselliğe karşı tutuma ve cinsel yaşam kalitesine etkisini değerlendirmek için yapılan araştırmanın bulgularına yer verilmiştir. Elde edilen bulgular aşağıdaki şekilde sunulmaktadır:

4.1. Gebelerin Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

4.2. Gebelerin Cinsel İşlev, Gebelikte Cinselliğe Yönelik Tutum, Cinsel Öz-yeterlik, ve Cinsel Yaşam Kalitesine İlişkin Bulgular

4.1. Gebelerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Gebelerin tanıtıcı özellikleri Tablo 4,1'de sunuldu. Müdahale grubundaki gebelerin yaş ortalaması 24,88 ± 4,72, eşlerinin yaş ortalaması 28,61 ± 5,01 ve evlilik yaşı ortalaması 23,36 ± 4,03'dür. Gebelerin %57,6'sının, eşlerinin ise %60,6'sının eğitim düzeyi üniversite ve üzeridir. Gebelerin %54,5'inin gelirinin giderinden fazla, %66,7'sinin çekirdek aile yapısına sahip, %51,5'i çalışmamakta, eşlerinin ise tamamının çalıştığı belirlendi. Kontrol grubundaki gebelerin yaş ortalaması 25,73 ± 4,99, eşlerinin yaş ortalaması 29,00 ± 4,60 ve evlilik yaşı ortalaması 23,64 ± 4,41'dir. Gebelerin %42,4'ünün eşlerinin ise %45,5'inin eğitim düzeyinin üniversite olduğu belirlendi. Gebelerin %60,6'sının gelirinin giderinden fazla olduğu, %69,7'sinin çekirdek aile yapısına sahip olduğu, %54,5'inin eşlerinin ise %93,9'unun çalıştığı belirlendi. Gebelerin incelenen sosyo-demografik özellikleri açısından müdahale ve kontrol grupları benzer dağıldığı ve bu özellikler yönünden gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı belirlendi ($p > 0,05$).

Tablo 4.1. *Müdahale ve kontrol grubundaki gebelerin sosyo-demografik özellikleri.*

	Müdahale (n=33)		Kontrol (n=33)		Ki Kare	p
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		
Eğitim Durumu						
Ortaokul	2	6,1	5	15,2	2,243	0,326
Lise	12	36,4	14	42,4		
Yüksekokul/Üniversite	19	57,6	14	42,4		
Eşin Eğitim Durumu						
Ortaokul	2	6,1	6	18,2	2,853	0,240
Lise	11	33,3	12	36,4		
Yüksekokul/Üniversite	20	60,6	15	45,5		
Algılanan Ekonomik Durum						
Gelir Gidere Denk	18	54,5	20	60,6	0,692	0,707
Gelir Giderden Düşük	4	12,1	5	15,2		
Gelir Giderden Fazla	11	33,3	8	24,2		
Aile Tipi						
Geniş aile	11	33,3	10	30,3	0,070	0,792
Çekirdek aile	22	66,7	23	69,7		
Çalışma Durumu						
Evet	16	48,5	18	54,5	0,243	0,622
Hayır	17	51,5	15	45,5		
Eşin Çalışma Durumu						
Evet	33	100,0	31	93,9	0,516[FE]	0,492
Hayır	0	0,0	2	6,1		
	Ort	**SS**	**Ort**	**SS**	**t**	**p**
Yaş (yıl)	24,88	4,72	25,73	4,99	-0,710	0,480
Eş Yaşı (yıl)	28,61	5,01	29,00	4,60	-0,333	0,740
Evlilik Yaşı (yıl)	23,36	4,03	23,64	4,41	-0,262	0,794

FE:Fisher's Exact Test t:Bağımsız Örneklem T Testi

Müdahale ve kontrol grubundaki gebelerin obstetrik özelliklerine göre dağılımı Tablo 4.2'de yer almaktadır. Müdahale grubundaki gebelerin %63,6'sının gebelik haftasının 13-16 haftada, %72,7'sinin gebeliği istediği, %78,8'inde düşük öyküsünün bulunmadığı belirlendi. Kontrol grubundaki gebelerin ise %78,8'inin gebelik haftasının 13-16 hafta, %81,8'inin gebeliği istediği, %72,7'sinde düşük öyküsünün bulunmadığı belirlendi. Müdahale grubunun gebelik öncesi cinsel ilişkiden alınan memnuniyet puanlarının ortalaması ve standart sapması 6,30±1,55 iken kontrol grubunun ise 6,24±1,54 olduğu ve iki grup arasında fark olmadığı belirlendi ($p>0,05$).

İki grup obstetrik özellikler bakımından karşılaştırıldığında benzer özellikler gösterdiği ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı belirlendi ($p > 0,05$).

Tablo 4.2. *Müdahale ve kontrol grubundaki gebelerin obstetrik özellikleri.*

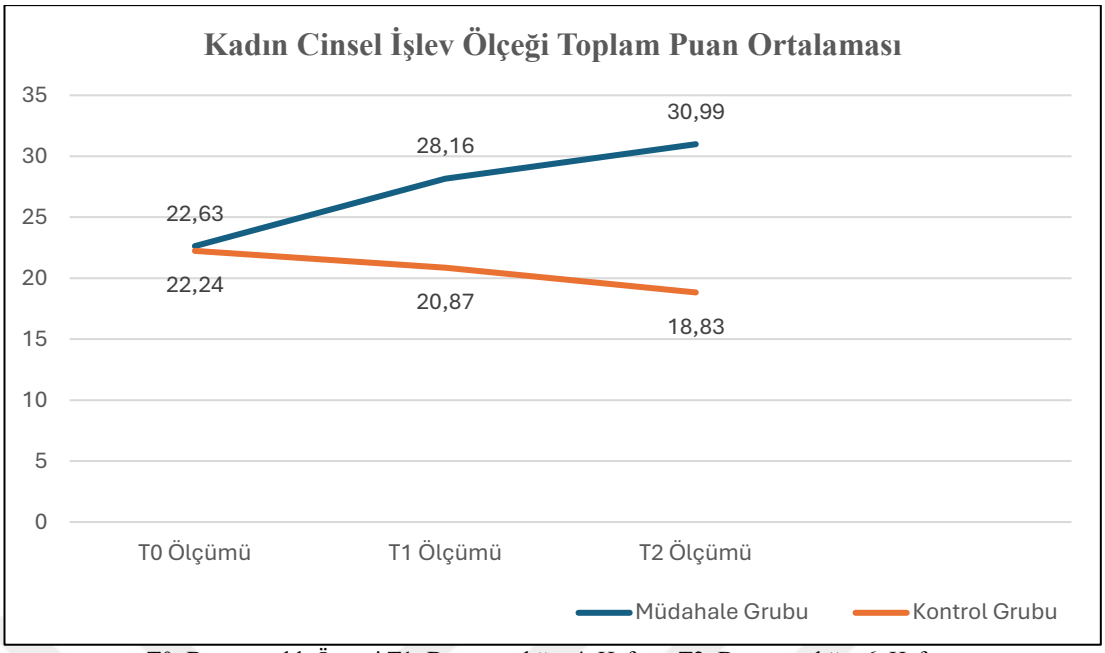
	Müdahale (n=33)		Kontrol (n=33)		Ki Kare	p
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		
Gebelik Haftası						
9-12	12	36,4	7	21,2	1,848	0,174
13-16	21	63,6	26	78,8		
İsteyerek gebe kalma durumu						
Evet	24	72,7	27	81,8	0,776	0,378
Hayır	9	27,3	6	18,2		
İsteyerek ya da kendiliğinden düşük Öyküsü						
Var	7	21,2	9	27,3	0,330	0,566
Yok	26	78,8	24	72,7		
	Ort	**SS**	**Ort**	**SS**	**t**	**p**
Gebelik Öncesi Cinsellik Memnuniyet VAS Puanı (0-10)	6,30	1,55	6,24	1,54	0,159	0,874

FE:Fisher's Exact Test t:Bağımsız Örneklem T Testi, VAS: Visual Analog Skala

4.2. Gebelerin Cinsel İşlev, Gebelikte Cinselliğe Yönelik Tutum, Cinsel Öz-Yeterlik ve Cinsel Yaşam Kalitesine İlişkin Bulgular

Gebelerin cinsel işlev, gebelikte cinselliğe yönelik tutum, cinsel öz-yeterlik ve cinsel yaşam kalitesine ilişkin bulguları Tablo 4.3, Tablo 4.4, Tablo 4.5 ve Tablo 4.6'da sunulmuştur.

Tablo 4.3'te Kadın Cinsel İşlev Ölçeği toplam puanları T0, T1 ve T2 ölçümleri arasında gruplara ait tanımlayıcı istatistikler, grup, zaman ve grup*zaman etkileşimlerine ilişkin sonuçlar verildi. Müdahale grubunun T0'da Kadın Cinsel İşlev Ölçeği toplam puanlarının ortalaması 22,63±2,45 iken T1'de 28,16±2,05 ve T2'de ise 30,99±0,98 olarak hesaplandı. Kontrol grubunun ise T0'da Kadın Cinsel İşlev Ölçeği puanlarının ortalaması ve standart sapması 22,24±1,94 iken T1'de 20,87±3,74 ve T2'de ise 18,83±4,55 olduğu belirlendi. Ölçüm zamanlarına göre Kadın Cinsel İşlev Ölçeği toplam puan ortalamalarının dağılımı Şekil 4,1'de sunuldu.



T0: Danışmanlık Öncesi T1: Danışmanlığın 4. Haftası, T2: Danışmanlığın 6. Haftası

Şekil 4.1. *Ölçüm zamanlarına göre kadın cinsel işlev ölçeği toplam puan ortamalarının grup dağılım grafiği.*

Uygulanan İki Yönlü Tekrarlı Ölçümler Varyans Analizleri sonucunda; zaman etkisi olmadığında gruplar arasında KCİÖ puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p<0,05$). Buna göre zaman etkisi olmadığında müdahale grubunun KCİÖ puanları kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazlaydı. Grup etkisi olmadığında 3 farklı zamanda yapılan KCİÖ ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p<0,05$). Buna göre grup etkisi olmadığında T0'da KCİÖ puanları T1 ve T2 ölçümlerinden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha azdı. Grup ve zaman etkileşimlerinin KCİÖ puanları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı vardı ($p<0,05$). Bu bulgu müdahale ve kontrol gruplarının KCİÖ puanlarının 3 farklı zamandaki sonuçları üzerinde farklı etkilere sahip olduğunu gösterdi. Müdahale grubunda 3 farklı zamanda KCİÖ puanları artmakta iken kontrol grubunda ise azaldığı gözlendi.

Müdahale grubunun T0'da istek alt boyutunun puanlarının ortalaması ve standart sapması 3,00±0,89 iken T1'de 4,15±0,59 ve T2'de ise 5,05±0,40 olarak belirlendi. Kontrol grubunun T0'da İstek alt boyut puanlarının ortalaması ve standart sapması 3,38±1,06 iken T1'de 3,07±0,73 ve T2'de ise 2,55±0,54 belirlendi.

Zaman etkisi olmadığında gruplar arasında istek alt boyutu puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p<0,05$). Buna göre zaman

etkisi olmadığında müdahale grubunun istek alt boyutu puanları kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazlaydı. Grup etkisi olmadığında 3 farklı zamanda yapılan istek alt boyutu ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p<0,05$). Buna göre grup etkisi olmadığında T0 ölçümünde istek alt boyutu puanları T1ve T2 ölçümlerinden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha azdı. Grup ve zaman etkileşimlerinin istek alt boyutu puanları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi vardı ($p<0,05$). Bu bulgu müdahale ve kontrol gruplarının istek alt boyutu puanlarının 3 farklı zamandaki sonuçları üzerinde farklı etkilere sahip olduğunu gösterdi. Müdahale grubunda 3 farklı zamanda istek puanları artmakta iken kontrol grubunda ise azaldığı belirlendi.

Müdahale grubunun T0'da uyarılma alt boyutu puanlarının ortalaması ve standart sapması 3,35±0,81 iken T1'de 4,38±0,58 ve T2'de ise 5,14±0,44 oldu. Kontrol grubunun T0'da uyarılma alt boyutu puanlarının ortalaması ve standart sapması 3,37±0,91 iken T1'de 2,99±0,78 ve T2'de ise 2,66±0,82 oldu.

Zaman etkisi olmadığında gruplar arasında uyarılma alt boyutu puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p<0,05$). Buna göre zaman etkisi olmadığında müdahale grubunun uyarılma alt boyutu puanları kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazlaydı. Grup etkisi olmadığında 3 farklı zamanda yapılan uyarılma alt boyutu ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p<0,05$). Buna göre grup etkisi olmadığında T0 ölçümünde uyarılma alt boyutu puanları T1 ve T2 ölçümlerinden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha azdı. Grup ve zaman etkileşimlerinin uyarılma alt boyutu puanları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı vardı ($p<0,05$). Bu bulgu müdahale ve kontrol gruplarının uyarılma alt boyutu puanlarının 3 farklı zamandaki sonuçları üzerinde farklı etkilere sahip olduğunu gösterdi. Müdahale grubunda 3 farklı zamanda uyarılma alt boyutu puanları artmakta iken kontrol grubunda ise azaldığı belirlendi.

Müdahale grubunun T0'da lubrikasyon alt boyutu puanlarının ortalaması ve standart sapması 3,29±0,57 iken T1'de 3,79±0,47 ve T2'de ise 4,08±0,52 oldu. Kontrol grubunun T0 lubrikasyon alt boyutu puanlarının ortalaması ve standart sapması 3,30±0,42 iken T1'de 3,15±0,70 ve T2'de ise 2,87±0,86 oldu.

Zaman etkisi olmadığında gruplar arasında lubrikasyon alt boyutu puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p<0,05$). Buna göre zaman etkisi olmadığında müdahale grubunun lubrikasyon alt boyutu puanları kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazlaydı. Grup etkisi olmadığında 3 farklı zamanda yapılan lubrikasyon alt boyutu ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p<0,05$). Buna göre grup etkisi olmadığında T0 ölçümü lubrikasyon alt boyutu puanları T1 ölçümlerinden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha azdı. Grup ve zaman etkileşimlerinin lubrikasyon alt boyutu puanları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı vardı ($p<0,05$). Bu bulgu müdahale ve kontrol gruplarının lubrikasyon alt boyutu puanlarının 3 farklı zamandaki sonuçları üzerinde farklı etkilere sahip olduğunu gösterdi. Müdahale grubunda 3 farklı zamanda lubrikasyon alt boyutu puanları artmakta iken kontrol grubunda ise azaldığı belirlendi.

Müdahale grubunun T0'da orgazm alt boyutu puanlarının ortalaması ve standart sapması 4,51±0,75 iken T1'de 5,30±0,55 ve T2'de ise 5,52±0,41 oldu. Kontrol grubunun T0 orgazm alt boyutu puanlarının ortalaması ve standart sapması 4,24±0,71 iken T1'de 4,15±0,88 ve T2'de ise 3,73±1,10 oldu.

Zaman etkisi olmadığında gruplar arasında orgazm alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p<0,05$). Buna göre zaman etkisi olmadığında müdahale grubunun orgazm alt boyut puanları kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazlaydı. Grup etkisi olmadığında 3 farklı zamanda yapılan orgazm alt boyut ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p<0,05$). Buna göre grup etkisi olmadığında T0 ölçümü orgazm alt boyut puanları T1 ölçümlerinden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha azdı. Grup ve zaman etkileşimlerinin orgazm puanları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı vardı ($p<0,05$). Bu bulgu müdahale ve kontrol gruplarının orgazm alt boyut puanlarının 3 farklı zamandaki sonuçları üzerinde farklı etkilere sahip olduğunu gösterdi. Müdahale grubunda 3 farklı zamanda orgazm alt boyut puanları artmakta iken kontrol grubunda ise azaldığı belirlendi.

Müdahale grubunun T0 doyum alt boyutu puanlarının ortalaması ve standart sapması 4,08±0,85 iken T1'de 5,02±0,62 ve T2'de ise 5,32±0,44 oldu. Kontrol grubunun T0 doyum alt boyutu puanlarının ortalaması ve standart sapması 3,85±0,85 iken T1'de 3,73±0,89 ve T2'de ise 3,37±0,81 oldu.

Zaman etkisi olmadığında gruplar arasında doyum alt boyutu puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p<0,05$). Buna göre zaman etkisi olmadığında müdahale grubunun doyum alt boyutu puanları kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazlaydı. Grup etkisi olmadığında 3 farklı zamanda yapılan doyum alt boyutu ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p<0,05$). Buna göre grup etkisi olmadığında T0 ölçümü doyum alt boyutu puanları T1 ve T2 ölçümlerinden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha azdı. Grup ve zaman etkileşimlerinin doyum alt boyutu puanları üzerinde istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0,05$). Bu bulgu müdahale ve kontrol gruplarının doyum alt boyutu puanlarının 3 farklı zamandaki sonuçları üzerinde farklı etkilere sahip olduğunu gösterdi. Müdahale grubunda 3 farklı zamanda doyum alt boyutu puanları artmakta iken kontrol grubunda ise azaldığı belirlendi.

Müdahale grubunun T0 cinsel ağrı alt boyutu puanlarının ortalaması ve standart sapması 4,39±1,32 iken T1'de 5,53±0,64 ve T2'de ise 5,88±0,27 oldu. Kontrol grubunun T0 cinsel ağrı alt boyutu puanlarının ortalaması ve standart sapması 4,08±1,13 iken T1'de 3,77±1,09 ve T2'de ise 3,65±1,26 oldu.

Zaman etkisi olmadığında gruplar arasında cinsel ağrı alt boyutu puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p<0,05$). Buna göre zaman etkisi olmadığında müdahale grubunun cinsel ağrı alt boyutu puanları kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazlaydı. Grup etkisi olmadığında 3 farklı zamanda yapılan cinsel ağrı alt boyutu ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p<0,05$). Buna göre grup etkisi olmadığında T0 ölçümü cinsel ağrı alt boyutu puanları T1 ve T2 ölçümlerinden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha azdı. Grup ve zaman etkileşimlerinin cinsel ağrı alt boyutu puanları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı vardı ($p<0,05$). Bu bulgu müdahale ve kontrol gruplarının cinsel ağrı alt boyutu puanlarının 3 farklı zamandaki sonuçları üzerinde farklı etkilere sahip olduğunu gösterdi. Müdahale grubunda 3 farklı zamanda cinsel ağrı alt boyutu puanları artmakta iken kontrol grubunda ise azaldığı saptandı.

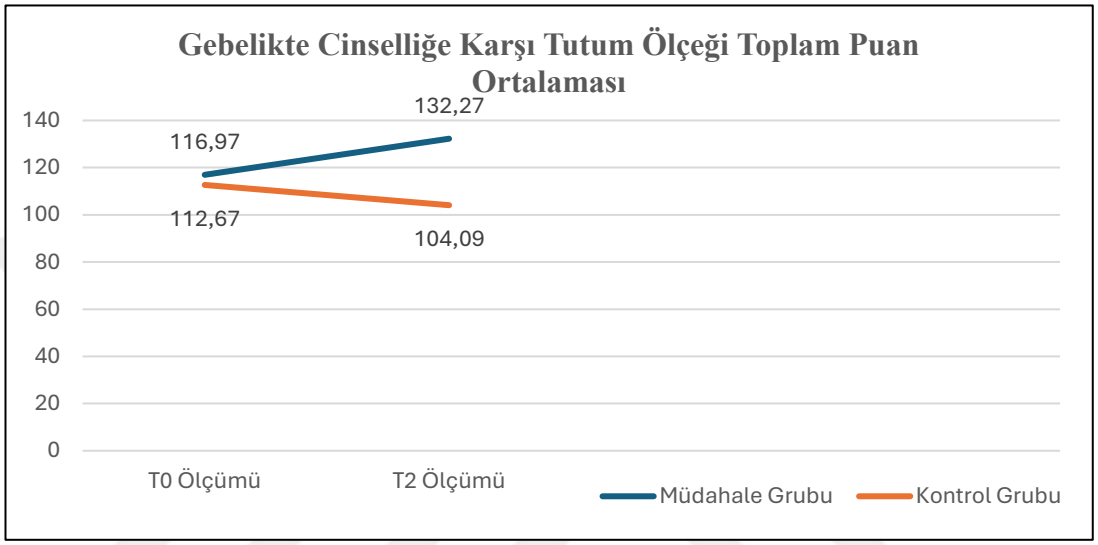
Tablo 4.3. *Gebelerin kadın cinsel işlev ölçeği toplam puan ortalamalarının grup içi ve gruplar arası açısından karşılaştırılması.*

	Müdahale (n=33)		Kontrol (n=33)		Test İstatistiği		p	Fark	Eta²
	Ort±SS	Medyan (Min-Max)	Ort±SS	Medyan (Min-Max)					
KCİÖ									
T0	22,63±2,45	23,1(17,2-26,1)	22,24±1,94	22,6(19,1-25,1)	G	130,279	**<0,001***	M>K	0,671
T1	28,16±2,05	28,3(23,9-32,7)	20,87±3,74	21,4(1,2-23,8)	Z	22,518	**<0,001***	T0<T1,T2	0,417
T2	30,99±0,98	30,7(28,8-32,9)	18,83±4,55	19,6(1,2-22,3)	G*Z	115,888	**<0,001***		0,786
İstek alt boyutu									
T0	3,00±0,89	3,0(1,2-4,2)	3,38±1,06	3,6(1,2-4,8)	G	62,665	**<0,001***	M>K	0,495
T1	4,15±0,59	4,2(3-5,4)	3,07±0,73	3,0(1,2-4,2)	Z	15,670	**<0,001***	T0<T1,T2	0,332
T2	5,05±0,40	4,8(4,2-6)	2,55±0,54	2,4(1,2-3,6)	G*Z	97,317	**<0,001***		0,755
Uyarılma alt boyutu									
T0	3,35±0,81	3,6(1,2-4,5)	3,37±0,91	3,3(1,2-4,5)	G	72,191	**<0,001***	M>K	0,530
T1	4,38±0,58	4,5(3,3-5,4)	2,99±0,78	3,0(0-3,9)	Z	12,233	**<0,001***	T0<T1,T2	0,280
T2	5,14±0,44	5,1(4,2-6)	2,66±0,82	3,0(0-3,6)	G*Z	66,064	**<0,001***		0,677
Lubrikasyon alt boyutu									
T0	3,29±0,57	3,3(2,4-4,8)	3,30±0,42	3,3(2,1-3,9)	G	26,027	**<0,001***	M>K	0,981
T1	3,79±0,47	3,9(2,7-4,8)	3,15±0,70	3,3(0-4,2)	Z	3,261	**0,045***	T0<T1	0,094
T2	4,08±0,52	3,9(3,3-5,1)	2,87±0,86	3,0(0-3,6)	G*Z	21,943	**<0,001***		0,411
Orgazm alt boyutu									
T0	4,51±0,75	4,4(3,2-6)	4,24±0,71	4,4(2,8-5,6)	G	48,624	**<0,001***	M>K	0,432
T1	5,30±0,55	5,2(4,4-6)	4,15±0,88	4,0(0-5,2)	Z	8,209	**0,001***	T0<T1	0,207
T2	5,52±0,41	5,6(4,4-6)	3,73±1,10	4,0(0-5,2)	G*Z	22,658	**<0,001***		0,418
Doyum alt boyutu									
T0	4,08±0,85	4,4(1,2-5,6)	3,85±0,85	4,0(2,4-5,6)	G	61,978	**<0,001***	M>K	0,492
T1	5,02±0,62	5,2(3,6-6)	3,73±0,89	4,0(0-4,8)	Z	7,684	**0,001***	T0<T1,T2	0,196
T2	5,32±0,44	5,2(4,4-6)	3,37±0,81	3,6(0-4,4)	G*Z	28,176	**<0,001***		0,472
Cinsel ağrı alt boyutu									
T0	4,39±1,32	4,4(1,6-6)	4,08±1,13	4,0(2,4-5,6)	G	55,531	**<0,001***	M>K	0,465
T1	5,53±0,64	6,0(4-6)	3,77±1,09	3,6(0-5,6)	Z	4,391	**0,016***	T0<T1,T2	0,122
T2	5,88±0,27	6,0(5,2-6)	3,65±1,26	4,0(0-5,2)	G*Z	14,504	**<0,001***		0,315

G:Grup Z:Zaman G*Z:Grup Zaman Etkileşimi İki Yönlü Tekrarlı Ölçümler Varyans Analizi *:p<0.05 Eta2:Etki Genişliği T0: Cinsel sağlık danışmanlığı öncesi, T1: Cinsel sağlık danışmanlığının 4.haftası, T2: Cinsel sağlık danışmanlığının 6. haftası

Tablo 4.4'te Gebelikte Cinselliğe Karşı Tutum Ölçeği toplam puanları Ön Test ve Son Test ölçümleri arasında gruplara ait tanımlayıcı istatistikler ve karşılaştırma sonuçları verildi.

Müdahale grubunun ön testte Gebelikte Cinselliğe Karşı Tutum Ölçeği puanlarının ortalaması ve standart sapması 116,97±17,06 iken son testte ise 132,27±8,63 olarak hesaplandı. Kontrol grubunun ön testte Gebelikte Cinselliğe Karşı Tutum Ölçeği puanlarının ortalaması 112,67±17,87 iken son testte 104,09±21,80 olduğu belirlendi. Ölçüm zamanlarına göre Gebelikte Cinselliğe Karşı Tutum Ölçeği toplam puan ortalamalarının dağılımı Şekil 4.2'de sunuldu.



T0: Danışmanlıktan Önce T1: Danışmanlığın 4. Haftası, T2: Danışmanlığın 6. Haftası

Şekil 4.2. *Ölçüm zamanlarına göre gebelikte cinselliğe karşı tutum ölçeği toplam puan ortamalarının grup dağılım grafiği.*

Uygulanan bağımsız örneklem testleri sonucunda müdahale ve kontrol grupları arasında T0'da Gebelikte Cinselliğe Karşı Tutum Ölçeği puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamakta ($p>0,05$) iken T2'de ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p<0,05$). Buna göre müdahale grubunun T2 ölçümünde Gebelikte Cinselliğe Karşı Tutum Ölçeği puanları kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazlaydı.

Uygulanan bağımlı örneklem t testi sonucunda müdahale grubunda T0 ve T2'de Gebelikte Cinselliğe Karşı Tutum Ölçeği puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p<0,05$). Buna göre müdahale grubunda T2'de Gebelikte Cinselliğe Karşı Tutum Ölçeği puanları T0'dan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazla olduğu belirlendi.

Kontrol grubunda ise T0 ve T2'de Gebelikte Cinselliğe Karşı Tutum Ölçeği puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p<0,05$). Buna göre kontrol grubunda T2'de Gebelikte Cinselliğe Karşı Tutum Ölçeği puanları ön testten istatistiksel olarak anlamlı derecede daha azdı.

Müdahale grubunun T0 Gebelikte Cinsel Birleşmeye Yönelik Kaygı puanlarının ortalaması ve standart sapması 30,06±5,47 iken T2'de 33,18±3,25 oldu. Kontrol grubunun T0'da Gebelikte Cinsel Birleşmeye Yönelik Kaygı puanlarının ortalaması ve standart sapması 29,15±6,05 iken T2'de 25,30±7,17 oldu.

Uygulanan bağımsız örneklem testleri sonucunda müdahale ve kontrol grupları arasında T0'da Gebelikte Cinsel Birleşmeye Yönelik Kaygı puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamakta ($p>0,05$) iken T2'de istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p<0,05$). Buna göre müdahale grubunun T2'de Gebelikte Cinsel Birleşmeye Yönelik Kaygı puanları kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazlaydı.

Uygulanan bağımlı örneklem t testi sonucunda müdahale grubunda T0 ve T2'de Gebelikte Cinsel Birleşmeye Yönelik Kaygı puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p<0,05$). Buna göre müdahale grubunda T2'de Gebelikte Cinsel Birleşmeye Yönelik Kaygı puanları T0'dan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazlaydı.

Kontrol grubunda ise T0 ve T2'de Gebelikte Cinsel Birleşmeye Yönelik Kaygı puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p<0,05$). Buna göre kontrol grubunda T2'de Cinsel Birleşmeye Yönelik Kaygı puanları T0'dan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha azdı.

Müdahale grubunun T0'da Gebelikte Cinselliğe Yönelik İnançlar ve Değerler puanlarının ortalaması ve standart sapması 39,82±6,15 iken T2'de 42,94±3,45 oldu. Kontrol grubunun T0 Gebelikte Cinselliğe Yönelik İnançlar ve Değerler puanlarının ortalaması ve standart sapması 36,27±7,13 iken T2'de ise 35,88±7,80 oldu.

Uygulanan bağımsız örneklem testleri sonucunda müdahale ve kontrol grupları arasında T0 ve T2 ölçümlerinde Gebelikte Cinselliğe Yönelik İnançlar ve Değerler puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p<0,05$). Buna göre

müdahale grubunun T0 ve T2 ölçümlerinde Gebelikte Cinselliğe Yönelik İnançlar ve Değerler puanları kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazlaydı.

Uygulanan bağımlı örneklem t testi sonucunda müdahale grubunda T0 ve T2'de Gebelikte Cinselliğe Yönelik İnançlar ve Değerler puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p<0,05$). Buna göre müdahale grubunda T2'de Gebelikte Cinselliğe Yönelik İnançlar ve Değerler puanları T0'dan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazlaydı.

Kontrol grubunda ise T0 ve T2'de Gebelikte Cinselliğe Yönelik İnançlar ve Değerler puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktaydı ($p>0,05$).

Müdahale grubunun T0'da Gebelikte Cinselliği Onaylama puanlarının ortalaması ve standart sapması 47,09±8,95 iken son testte 56,15±6,14 oldu. Kontrol grubunun T0'da Gebelikte Cinselliği Onaylama puanlarının ortalaması ve standart sapması 47,24±8,19 iken son testte 42,91±9,80 oldu.

Uygulanan bağımsız örneklem testleri sonucunda müdahale ve kontrol grupları arasında T0 ölçümünde Gebelikte Cinselliği Onaylama puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamakta ($p>0,05$) iken T2 ölçümünde istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p<0,05$). Buna göre müdahale grubunun T2 ölçümünde Gebelikte Cinselliği Onaylama puanları kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazlaydı.

Uygulanan bağımlı örneklem t testi sonucunda müdahale grubunda T0 ve T2'de Gebelikte Cinselliği Onaylama puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p<0,05$). Buna göre müdahale grubunda T2'de Cinselliği Onaylama puanları T0'dan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazlaydı.

Kontrol grubunda ise T0 ve T2'de Gebelikte Cinselliği Onaylama puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p<0,05$). Buna göre kontrol grubunda T2'de Gebelikte Cinselliği Onaylama puanları T0'dan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha azdı.

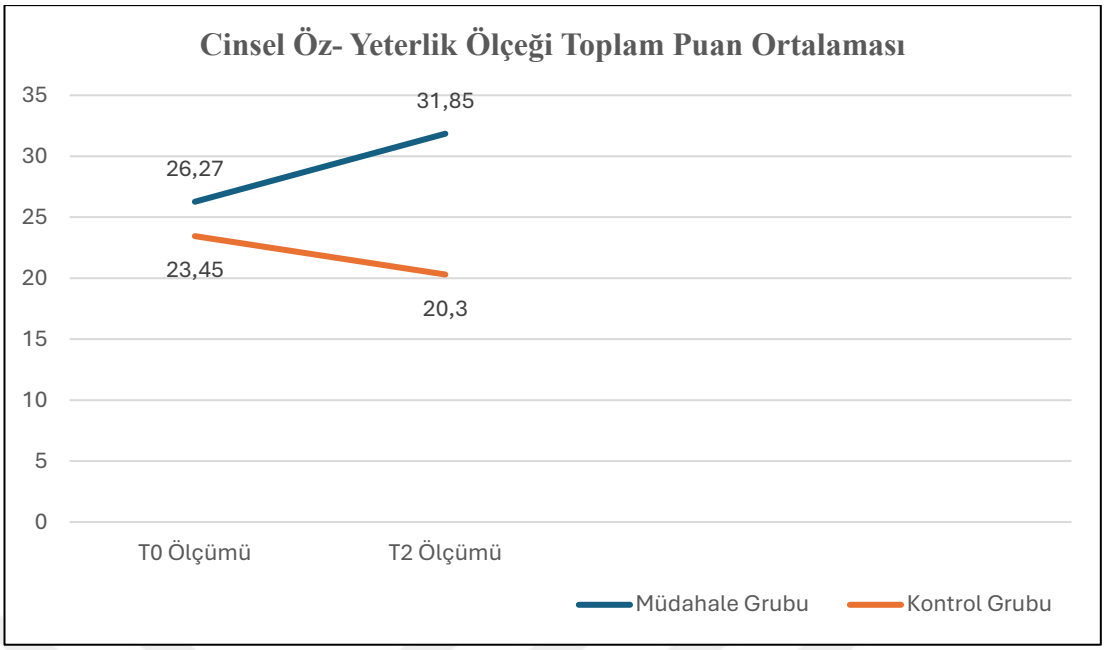
Tablo 4.4. *Müdahale ve kontrol grubundaki gebelerin gebelikte cinselliğe karşı tutum ölçeği toplam ve alt boyut puan ortlamalarının gruplararası ve grupiçi karşılaştırılması.*

	Müdahale (n=33)		Kontrol (n=33)		t[a]	p	Cohen (d)	Cohen (d) İçin %95 GA
	Ort	SS	Ort	SS				
Gebelikte Cinselliğe Karşı Tutum Ölçeği								
T0	116,97	17,09	112,67	17,87	1,000	0,321	0,246	-0,240;0,732
T2	132,27	8,63	104,09	21,80	6,906	**<0,001***	1,700	1,186;2,214
t[b];p	-7,437;**<0,001***		3,041;**0,005***					
Cinsel birleşmeye yönelik kaygı								
T0	30,06	5,47	29,15	6,05	0,640	0,524	0,158	-0,327;0,643
T2	33,18	3,25	25,30	7,17	5,748	**<0,001***	1,415	0,902;1,928
t[b];p	-3,587;**0,001***		3,760;**0,001***					
Cinselliğe yönelik inançlar ve değerler								
T0	39,82	6,15	36,27	7,13	2,164	**0,034***	0,533	0,045;1,021
T2	42,94	3,45	35,88	7,80	4,756	**<0,001***	1,171	0,680;1,662
t[b];p	-4,575;**<0,001***		0,336;0,739					
Cinselliği onaylama								
T0	47,09	8,95	47,24	8,19	-0,072	0,943	0,018	0,451;1,435
T2	56,15	6,14	42,91	9,80	6,575	**<0,001***	1,619	1,106;2,132
t[b];p	-8,243;**<0,001***		3,316;**0,002***					

ta:Bağımsız Örneklem T Testi tb:Bağımlı Örneklem T Testi Cohen (d):Etki Genişliği *p<0,05 T0: Cinsel sağlık danışmanlığı öncesi, T1: Cinsel sağlık danışmanlığı nın 4.haftası, T2: Cinsel sağlık danışmanlığının 6 hafta. * Bu ölçek için T1 ölçümü yapılmamıştır.

Tablo 4.5'te Cinsel Öz-Yeterlik Ölçeği toplam puanları T0 ve T2 ölçümleri arasında gruplara ait tanımlayıcı istatistikler ve karşılaştırma sonuçları verildi.

Müdahale grubunun T0 ölçümünde Cinsel Öz Yeterlik Ölçeği puanlarının ortalaması ve standart sapması 26,27±8,17 iken T2 ölçümünde 31,85±6,39 oldu. Kontrol grubunun T0 ölçümünde Cinsel Öz Yeterlik Ölçeği puanlarının ortalaması 23,45±6,45 iken T2 ölçümünde 20,30±6,57'di. Ölçüm zamanlarına göre Cinsel Öz-Yeterlik Ölçeği toplam puan ortalamalarının dağılımı Şekil 4.3'te sunuldu.



T0: Danışmanlıktan Önce T1: Danışmanlığın 4. Haftası, T2: Danışmanlığın 6. Haftası * Bu ölçek için T1 ölçümü yapılmamıştır.

Şekil 4.3. *Ölçüm zamanlarına göre CÖYÖ toplam puan ortalamalarının grup dağılım grafiği.*

Uygulanan bağımsız örneklem testleri sonucunda müdahale ve kontrol grupları arasında T0 ölçümünde Cinsel Öz Yeterlik Ölçeği puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmakta ($p<0,05$) iken T2 ölçümde istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktaydı ($p>0,05$). Buna göre müdahale grubunun T2 Ölçümü Cinsel Öz Yeterlik Ölçeği puanları kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazlaydı.

Uygulanan bağımlı örneklem t testi sonucunda müdahale grubunda T0 ve T2 ölçümünde Cinsel Öz Yeterlik Ölçeği puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p<0,05$). Buna göre müdahale grubunda 2.ölçüm Cinsel Öz Yeterlilik Ölçeği puanları 1.ölçümden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazlaydı.

Uygulanan bağımlı örneklem t testi sonucunda kontrol grubunda T0 ve T2 ölçümünde Cinsel Öz Yeterlik Ölçeği puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktaydı ($p<0,05$). Buna göre kontrol grubunda T2 ölçüm Cinsel Öz Yeterlik Ölçeği puanları T0 ölçümden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha azdı.

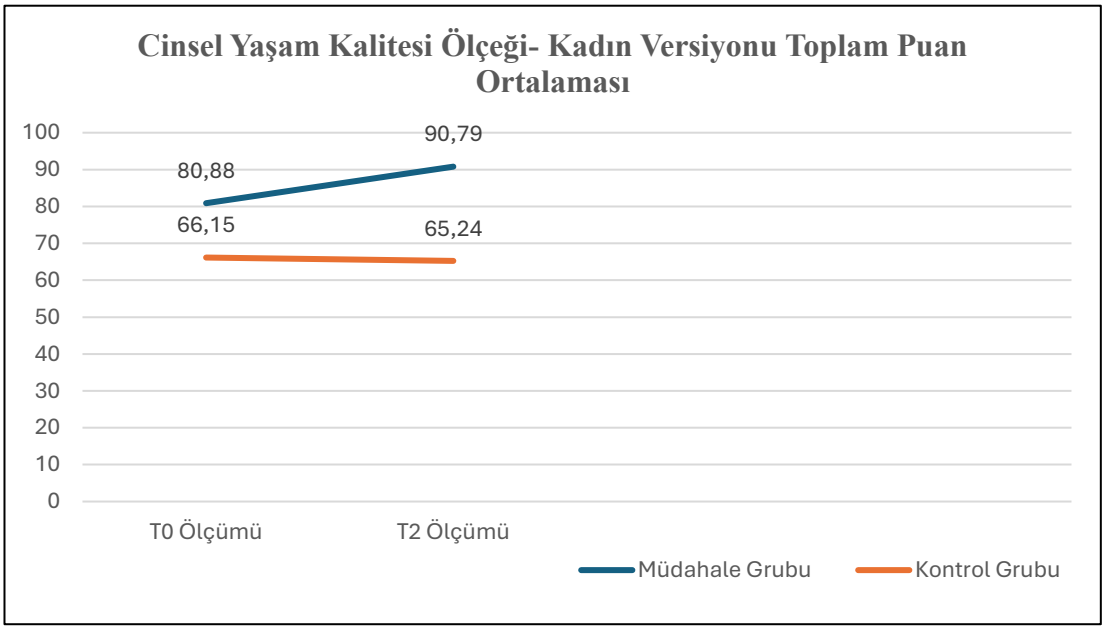
Tablo 4.5. *Müdahale ve kontrol grubundaki gebelerin cinsel öz-yeterlik ölçeği toplam puan ortalamalarına göre dağılımı.*

	Müdahale (n=33)		Kontrol (n=33)		t[a]	p	Cohen (d)	Cohen (d) İçin %95 GA
	Ort	SS	Ort	SS				
Cinsel Öz Yeterlik Ölçeği								
T0	26,27	8,17	23,45	6,45	1,555	0,125	0,383	-0,107;0,873
T2	31,85	6,39	20,30	6,57	7,235	**<0,001***	1,781	1,268;2,294
t[b];p	-7,497;**<0,001***		2,929;**0,006***					

t:Bağımsız Örneklem T Testi tb: *p<0,05 T0: Cinsel sağlık danışmanlığı öncesi, T1: Cinsel sağlık danışmanlığı nın 4.haftası, T2: Cinsel sağlık danışmanlığının 6 hafta. * Bu ölçek için T1 ölçümü yapılmamıştır.

Tablo 4.6'da Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği- Kadın Versiyonu toplam puanları T0 ve T2 ölçümleri arasında gruplara ait tanımlayıcı istatistikler ve karşılaştırma sonuçları verildi.

Müdahale grubunun T0 ölçümünde Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği puanlarının ortalaması ve standart sapması 80,88±21,07 iken son testte 90,79±9,59 oldu. Kontrol grubunun T0 Ölçümünde ise Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği puanlarının ortalaması 66,15±21,81 iken son testte 65,24±22,26 oldu. Ölçüm zamanlarına göre Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği- Kadın Versiyonu toplam puan ortalamalarının dağılımı Şekil 4.4'te sunuldu.



T0: Danışmanlıktan Önce T1: Danışmanlığın 4. Haftası, T2: Danışmanlığın 6. Haftası * Bu ölçek için T1 ölçümü yapılmamıştır.

Şekil 4.4. *Ölçüm zamanlarına göre CYKÖ-K toplam puan ortalamalarının grup dağılım grafiği.*

Uygulanan bağımsız örneklem testleri sonucunda müdahale ve kontrol grupları arasında T0 ve T2 ölçümlerinde Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu (p<0,05). Buna göre müdahale grubunun T0 ve T2 ölçümlerinde Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazlaydı.

Uygulanan bağımlı örneklem t testi sonucunda müdahale grubunda T0 ve T2 ölçümlerinde Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu (p<0,05). Buna göre müdahale grubunda T2'de Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları T0'dan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazlaydı.

Uygulanan bağımlı örneklem t testi sonucunda kontrol grubunda T0 ve T2 ölçümlerinde Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı (p>0,05).

Tablo 4.6. *Müdahale ve kontrol grubundaki gebelerin cinsel yaşam kalitesi ölçeği kadın versiyonu puan ortalamalarına göre dağılımı.*

	Müdahale (n=33)		**Kontrol (n=33)**		**t[a]**	**p**	**Cohen (d)**	**Cohen (d) İçin %95 GA**
	Ort	**SS**	**Ort**	**SS**				
Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın Versiyonu								
T0	80,88	21,07	66,15	21,81	2,790	**0,007***	0,687	0,198;1,176
T2	90,79	9,59	65,24	22,26	6,055	**<0,001***	1,491	0,978;2,004
t[b];p	-3,830;**0,001***		0,410;0,684					

ta:Bağımsız Örneklem T Testi tb:Bağımlı Örneklem T Testi Cohen (d):Etki Genişliği *p<0,05 T0: Cinsel sağlık danışmanlığı öncesi, T1: Cinsel sağlık danışmanlığı nın 4.haftası, T2: Cinsel sağlık danışmanlığının 6 hafta.
* Bu ölçek için T1 ölçümü yapılmamıştır.

5. TARTIŞMA

Çalışmada, primipar gebelere PLISSIT modeline göre yapılandırılmış motivasyonel görüşmeyle desteklenen cinsel sağlık danışmanlığının; gebelerin cinsel yaşamlarına olan etkisi cinsel işlev, gebelikte cinselliğe yönelik tutum, cinsel öz-yeterlik ve cinsel yaşam kalitesine etkisi değerlendirildi. Çalışmaya, Kadın Cinsel İşlev Ölçeği toplam puanı 26,55'in altında olan toplam 66 primipar gebe dahil edildi. (Müdahale Grubu n=33, Kontrol Grubu n=33).

Müdahale ve kontrol gruplarındaki gebelerin tanıtıcı özellikleri incelendiğinde; yaş, eş yaşı, evlilik yaşı, eğitim durumu, gelir durumu, aile tipi ve çalışma durumu açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir. Benzer şekilde, gebelik sayısı, gebelik haftası, gebelik öncesi cinsel ilişkiden alınan memnuniyet düzeyi ve gebeliğin planlı olup olmaması gibi obstetrik özellikler açısından da gruplar benzer bulunmuştur. Bu bulgu, çalışmada elde edilen sonuçların sosyodemografik ve obstetrik değişkenlerden bağımsız olarak uygulanan cinsel sağlık danışmanlığı müdahalesine bağlanabilmesi açısından önemli bir dayanak oluşturmaktadır.

Gebelik, kadınların fiziksel, psikolojik, sosyal ve cinsel yaşamlarında çeşitli değişikliklere neden olmaktadır (Beyazıt vd., 2018; Chang vd., 2011; Fok vd., 2005; Hasani vd., 2019; Skodic-Zaksek, 2015). Bu süreçte meydana gelen fizyolojik, psikolojik ve anatomik değişimler, kadınların cinsel işlevlerini ve cinsel aktivitelerini önemli ölçüde etkilemektedir (Dwarica vd., 2019; Malary vd., 2022).

Çalışmada müdahale grubunda Kadın Cinsel İşlev Ölçeği ile belirlenen cinsel işlev düzeyi puan ortalamasının, müdahale öncesinde 22,63±2,45 iken ara ölçümde 28,16±2,05'e ve son ölçümde 30,99±0,98'e yükseldiği; bu artışın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. Gebelere verilen cinsel sağlık danışmanlığı sonrasında müdahale grubundaki gebelerin Kadın Cinsel İşlev Ölçeği toplam puanları ve alt boyut puanlarının zaman içerisinde anlamlı düzeyde arttığı ($p<0,05$) ve zaman içindeki değişimin kontrol grubuna kıyasla yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Ayrıca, Kadın Cinsel İşlev Ölçeği toplam ve alt boyut puanlarındaki artışın ara ölçümde de devam ettiği görülmüş olup, bu artışın danışmanlığın altıncı haftasında da sürdüğünü ve bu etkinin güçlü olduğunu göstermektedir. Bu bulgu, uygulanan cinsel sağlık

danışmanlığının gebelerde yalnızca kısa süreli değil, zamana yayılan ve sürdürülebilir bir etki oluşturduğunu göstermektedir. Bu bağlamda, araştırmanın temel hipotezlerinden biri olan **"***PLISSIT modeline göre yapılandırılmış cinsel sağlık danışmanlığı verilen müdahale grubundaki gebeler ile kontrol grubundaki gebeler arasında Cinsel İşlev Ölçek toplam puan ortalamaları açısından fark yoktur."* şeklinde ifade edilen H01 hipotezi reddedilmiştir. Elde edilen sonuçlar, müdahale ve kontrol gruplarının Kadın Cinsel İşlev Ölçeği puanlarının üç farklı zamandaki sonuçları üzerinde farklı etkilere sahip olduğunu göstermiştir. Müdahale grubunda üç farklı zamanda Kadın Cinsel İşlev Ölçeği puanları artmakta iken kontrol grubunda ise azalmıştır. Bu durum, PLISSIT modeline göre yapılandırılmış cinsel sağlık danışmanlığının gebelik sürecinde ortaya çıkabilen cinsel işlevle ilişkili bilgi eksikliği, yanlış inanışlar ve kaygıların azaltılmasında etkili olduğunu düşündürmektedir. Özellikle danışmanlık sürecinde gebelere güvenli cinsellik, gebelikte fizyolojik değişimler ve cinsel yaşamın sürdürülmesine ilişkin verilen yapılandırılmış bilgilendirmenin, gebelerin cinsel işlev algılarını ve deneyimlerini olumlu yönde etkilediği değerlendirilmektedir.

Benzer şekilde, Shahbazi ve diğerlerinin (2019) 16–20. gebelik haftaları arasındaki gebelere yönelik PLISSIT modeline göre uyguladıkları dört haftalık cinsel sağlık danışmanlığı sonrasında, danışmanlıktan dört hafta sonra yapılan değerlendirmede gruplar arasında Kadın Cinsel İşlev Ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir artış saptanmıştır. Khoei (2016) tarafından yürütülen çalışmada ise PLISSIT modeline göre verilen cinsel danışmanlık sonrasında müdahale ve kontrol grupları ikinci ve dördüncü haftalarda değerlendirilmiş; müdahale grubunda Kadın Cinsel İşlev Ölçeği puan ortalamalarında ikinci hafta sonunda anlamlı bir artış gözlenirken, dördüncü hafta sonunda gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmadığı bildirilmiştir. Khezreian ve diğerleri (2017) tarafından 8–10. gebelik haftasında olan gebelere yönelik yürütülen çalışmada ise, PLISSIT modeline göre verilen cinsel danışmanlıktan sonra ikinci ve dördüncü haftalarda yapılan değerlendirmelerde grupların Kadın Cinsel İşlev Ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmaların bulguları, PLISSIT modeline dayalı cinsel sağlık danışmanlığının gebelik döneminde kadın cinsel işlevi üzerinde olumlu etkiler oluşturduğunu göstermesi bakımından araştırmamızın sonuçlarıyla paralellik

göstermektedir. Bununla birlikte, çalışmamız PLISSIT modeline göre yapılandırılmış motivasyonel görüşmeyle desteklenen cinsel sağlık danışmanlığının gebelikte cinsel işlev üzerindeki etkisini çoklu ölçümlerle birden fazla zaman noktasında değerlendirmesi ve etkinin sürekliliğini ortaya koyması bakımından literatüre özgün bir katkı sunmaktadır. Bu çalışmada ölçümlerin 4. ve 6. haftalarda yapılması, cinsel sağlık danışmanlığının kısa süreli etkilerinin ötesinde, davranışsal değişimin sürekliliğinin değerlendirilebilmesine olanak sağlamıştır.

Gebelik sürecinde cinsel yaşamı etkileyen temel unsurlardan biri, gebelikte cinselliğe yönelik tutumlardır. Bu tutumlar; bilgi eksikliği, yanlış inanışlar, cinsel mitler ile kültürel ve dini değerlerden etkilenmekte olup, gebelerin cinsel yaşama ilişkin algılarını ve davranışlarını şekillendirebilmektedir (Ribeiro vd., 2017; Topatan ve Koç, 2020). Gebenin ve eşinin gebelikte cinselliğe yönelik tutumu yalnızca fiziksel yakınlığı değil, aynı zamanda çiftin duygusal ilişkisini ve iletişim kalitesini de etkileyebilmektedir. Özellikle gebelikte cinsel ilişkinin sınırlandırılması gerektiğine yönelik yaygın inanışlar, bu dönemde çiftlerin cinselliğe yaklaşımında belirleyici olabilmektedir (Yılmaz-Sezer ve Şentürk-Erenel, 2021). Bu bağlamda, gebelik sürecinde eşlerin karşılıklı ihtiyaçlarını gözeterek duygusal yakınlıklarını ve cinsel çekimlerini sürdürebilmeleri, sağlıklı tutum ve davranışların geliştirilmesi açısından önem taşımaktadır (Aksoy vd., 2020).

Bu çalışmada, PLISSIT modeline göre yapılandırılmış motivasyonel görüşmeyle desteklenen cinsel sağlık danışmanlığı sonrasında müdahale grubundaki gebelerin, Gebelikte Cinselliğe Karşı Tutum Ölçeği toplam ve alt boyut puanlarının son ölçümde kontrol grubuna kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Müdahale grubunda danışmanlık süreci sonrasında tutum puanlarında anlamlı bir artış gözlenirken, kontrol grubunda bu puanlarda azalma saptanmıştır. Bu bağlamda, araştırmanın temel hipotezlerinden biri olan *"PLISSIT modeline göre yapılandırılmış cinsel sağlık danışmanlığı verilen müdahale grubundaki gebeler ile kontrol grubundaki gebeler arasında Gebelikte Cinselliğe Karşı Tutum Ölçek toplam puan ortalamaları açısından fark yoktur."* şeklinde ifade edilen H02 hipotezi reddedilmiştir. Bu bulgular, gebelikte cinselliğe yönelik tutumların yapılandırılmış cinsel sağlık danışmanlığı müdahaleleriyle olumlu yönde değiştirilebileceğini göstermektedir. PLISSIT modelinin izin verme, sınırlı bilgi

sunma ve özel önerilerde bulunma basamaklarının, gebelerin gebelikte cinselliğe ilişkin bilgi eksikliklerini gidermede ve yanlış inanışlarını ele almada etkili olduğu; motivasyonel görüşme yaklaşımının ise bu süreçte gebelerin ambivalanslarını fark etmelerine, yargılanmadan ifade etmelerine ve değişime yönelik içsel motivasyon geliştirmelerine olanak tanıdığı düşünülmektedir. Bu bütüncül yaklaşımın, gebelikte cinsel birleşmeye yönelik kaygının azalmasına, cinselliğe ilişkin inanç ve değerlerde olumlu değişime ve cinselliği onaylama düzeyinin artmasına katkı sağlayarak gebelikte cinselliğe yönelik tutumları olumlu yönde etkilediğini göstermektedir.

Literatürde gebelikte cinselliğe ilişkin bilgi düzeyinin artmasının, gebelerin cinselliğe yönelik tutumlarını olumlu yönde etkilediği bildirilmektedir (Navidian vd., 2017; Riazi vd., 2013; Sezer vd., 2024). Bununla birlikte, gebelikte cinselliğe yönelik tutumların kültürel yapı, toplumsal normlar ve bireysel inanışlarla şekillendiği; bu nedenle tutum düzeylerinin toplumdan topluma ve hatta gebeliğin trimesterlerine göre değişkenlik gösterebildiği vurgulanmaktadır (Khalesi vd., 2018; Öztürk-Özen vd., 2025; Pamuk ve Erbil, 2025). Alan-Dikmen ve diğerleri (2023) ise gebelik döneminde cinselliğe ilişkin olumsuz tutumların sıklıkla bilgi eksikliği, yanlış inanışlar ve toplumsal mitlerle ilişkili olduğunu belirterek, yapılandırılmış eğitim ve danışmanlık müdahalelerinin tutum değişiminde önemli bir rol oynadığını vurgulamıştır.

Bu çalışmada, PLISSIT modeline göre yapılandırılmış motivasyonel görüşmeyle desteklenen cinsel sağlık danışmanlığı sonrasında müdahale grubundaki gebelerin Gebelikte Cinselliğe Karşı Tutum Ölçeği toplam puanlarının cinsel sağlık danışmanlığının altıncı haftasındaki ölçümünde kontrol grubuna kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Ayrıca müdahale grubunda cinsel sağlık danışmanlığı öncesi- danışmanlığın altıncı haftasındaki ölçümleri arasında tutum puanlarının anlamlı biçimde arttığı, kontrol grubunda ise aynı süreçte tutum puanlarında anlamlı bir azalma olduğu saptanmıştır. Bu bulgular, PLISSIT modeline göre yapılandırılmış motivasyonel görüşmeyle desteklenen cinsel sağlık danışmanlığının, gebelerin gebelikte cinselliğe yönelik tutumlarını yalnızca bilgilendirme yoluyla değil, içsel motivasyonu güçlendirerek olumlu yönde değiştirdiğini düşündürmektedir.

Alt boyutlar incelendiğinde, gebelikte cinsel birleşmeye yönelik kaygı puanlarının müdahale grubunda zaman içinde arttığı, kontrol grubunda ise anlamlı

biçimde azaldığı görülmüştür. Bu durum ilk bakışta çelişkili gibi görünmekle birlikte, ölçekteki bu alt boyutun daha yüksek puan almasının cinsel birleşmeye yönelik kaygının azalmasını değil, kaygı ile baş etme ve cinselliği daha bilinçli değerlendirme düzeyinin artmasını yansıtıyor olabileceği düşünülmektedir. Motivasyonel görüşme yaklaşımıyla desteklenen PLISSIT modelinin özellikle Permission (izin verme) basamağı sayesinde gebelerin cinsellikle ilgili korku ve endişelerini yargılanmadan ifade edebilmeleri, bu farkındalık artışında etkili olmuş olabilir. Benzer şekilde literatürde, cinsel danışmanlık alan gebelerde cinsellikle ilişkili kaygıların azaldığı ve danışmanlık sürecinin bu azalmada etkili olduğu bildirilmektedir (Avcıbay ve Gökyıldız-Sürücü, 2021; Khezreian vd., 2017).

Gebelikte cinselliğe yönelik inançlar ve değerler alt boyutunda ise müdahale grubunda zamanla anlamlı bir artış görülürken, kontrol grubunda anlamlı bir değişim saptanmamıştır. Bununla birlikte, gruplar arasında hem başlangıçta hem de son ölçümde müdahale grubunda anlamlı fark bulunması, bu alt boyutun daha çok bireylerin uzun sürede şekillenen kültürel ve değer temelli tutumlarını yansıtmasıyla ilişkili olabilir. Şolt-Kırca ve Dağlı'nın (2023) Suriyeli ve Türk gebe kadınlarla yürüttükleri çalışmada da gebelikte cinselliğe yönelik inanç ve değerlerin kültürel yapıdan güçlü biçimde etkilendiği ortaya konmuştur. Bu bağlamda, inanç ve değerler gibi daha köklü tutum alanlarında değişimin kısa süreli müdahalelerden ziyade daha uzun soluklu ve takip temelli danışmanlık süreçleriyle desteklenmesi gerektiği söylenebilir.

Gebelikte cinselliği onaylama alt boyutunda ise müdahale grubunda anlamlı bir artış, kontrol grubunda ise anlamlı bir azalma saptanmıştır. Bu bulgu, danışmanlık almayan gebelerde gebelik süreci ilerledikçe cinselliğe yönelik çekincelerin artabileceğini; buna karşın PLISSIT Modeline Göre Yapılandırılmış Motivasyonel Görüşmeyle Desteklenen Cinsel Sağlık Danışmanlığının, cinselliği onaylama ve normalleştirme sürecini destekleyici bir rol oynayabileceğini düşündürmektedir. Özellikle PLISSIT modelinin izin verme ve sınırlı bilgi basamaklarının, gebelerin cinselliğe ilişkin suçluluk ve kaygılarını ifade edebilecekleri güvenli bir danışmanlık ortamı sunması; motivasyonel görüşmenin ise bireylerin kendi değerleri doğrultusunda içsel farkındalık geliştirmelerine olanak tanıması, cinselliği onaylama düzeyindeki artışla ilişkili olabileceği değerlendirilmektedir. Altunbaş ve Gölbaşı'nın

(2024) primer gebelerle yürüttükleri çalışmada ve Navidian ve diğerlerinin (2017) İran'da gerçekleştirdiği randomize kontrollü çalışmada da, yapılandırılmış cinsel sağlık danışmanlığı alan gebelerin gebelikte cinselliğe yönelik tutum puanlarının kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde arttığı bildirilmiştir. Bu yönüyle çalışmamızın bulguları literatürle büyük ölçüde örtüşmektedir.

Çalışmamızda, PLISSIT modeline göre yapılandırılmış motivasyonel görüşmeyle desteklenen cinsel sağlık danışmanlığının gebelikte cinsel öz-yeterlik üzerindeki etkisi değerlendirildiğinde; müdahale grubunda cinsel öz-yeterlik puanlarının cinsel sağlık danışmanlığı öncesi ve danışmanlığın altıncı haftasındaki ölçümleri arasında anlamlı düzeyde arttığı, buna karşılık kontrol grubunda aynı süreçte anlamlı bir azalma olduğu görülmüştür. Bu bağlamda, araştırmanın temel hipotezlerinden biri olan *"PLISSIT modeline göre yapılandırılmış cinsel sağlık danışmanlığı verilen müdahale grubundaki gebeler ile kontrol grubundaki gebeler arasında Cinsel Öz-Yeterlik Ölçek toplam puan ortalamaları açısından fark yoktur."* şeklinde ifade edilen H03 hipotezi reddedilmiştir. Bu bulgu, yapılandırılmış bir danışmanlık sürecine katılmanın, gebelik sürecinde kadınların cinsel sağlıkla ilişkili algılarını ve kendilerine yönelik yeterlik inançlarını güçlendirmede etkili olabileceğini düşündürmektedir. Kontrol grubunda cinsel öz-yeterlik puanlarının azalması ise, gebelik ilerledikçe cinselliğe ilişkin kaygıların artması ve yeterli profesyonel destek alınmaması durumunda öz-yeterlik algısının olumsuz yönde etkilenebileceğine işaret etmektedir. Müdahale grubunda gözlenen artış, PLISSIT modelinin özellikle izin verme ve sınırlı bilgi basamakları aracılığıyla gebelerin cinsellikle ilgili soru, kaygı ve deneyimlerini güvenli bir ortamda ifade edebilmelerine olanak tanımasıyla açıklanabilir. Bu süreçte motivasyonel görüşme yaklaşımının, bireylerin kendi değerleri doğrultusunda değişim için içsel motivasyon geliştirmelerini desteklemesi, gebelerin cinsel yeterlik algılarının güçlenmesine katkı sağlamış olabilir. Öz-yeterlik kavramının yalnızca bilgi düzeyiyle değil, bireyin kendine duyduğu güven ve baş etme algısıyla da ilişkili olduğu düşünüldüğünde, danışmanlık sürecinin destekleyici ve yargılayıcı olmayan yapısı bu etkiyi açıklayıcı niteliktedir.

Literatürde de farklı danışmanlık ve psikoeğitsel müdahalelerin cinsel öz-yeterliği artırmada etkili olduğu bildirilmektedir. Jamali ve diğerlerinin (2017) bilişsel-davranışçı yaklaşıma dayalı müdahalelerinde, cinsel öz-yeterlik ve ilişki

memnuniyetinde anlamlı iyileşmeler saptanmıştır. Benzer şekilde Nezamnia ve diğerlerinin (2020) çalışmasında, danışmanlık sonrasında yapılan izlem ölçümlerinde cinsel öz-yeterlik düzeylerinin anlamlı biçimde arttığı bildirilmiştir. Alan-Dikmen ve diğerlerinin (2023) gebelerle yürüttükleri tanımlayıcı çalışmada ise gebelikte cinsel öz-yeterliğin orta düzeyde olduğu vurgulanmış; bu bulgu, gebelik sürecinde öz-yeterliğin desteklenmeye açık bir alan olduğunu düşündürmüştür. Çalışmamızda elde edilen sonuçlar, literatürle uyumlu, PLISSIT modeline göre yapılandırılmış motivasyonel görüşmeyle desteklenen cinsel sağlık danışmanlığının gebelerde cinsel öz-yeterliği artırmada etkili bir yaklaşım olduğunu göstermektedir. Bununla birlikte, kontrol grubunda öz-yeterlik puanlarının azalması, danışmanlık müdahalelerinin yalnızca iyileştirici değil, aynı zamanda gebelik sürecinde ortaya çıkabilecek olası gerilemeyi önleyici bir işlev de görebileceğini de göstermektedir.

Çalışmamızda, PLISSIT modeline göre yapılandırılmış motivasyonel görüşmeyle desteklenen cinsel sağlık danışmanlığının gebelikte cinsel yaşam kalitesi üzerindeki etkisine ilişkin bulgular incelendiğinde; müdahale grubunda cinsel sağlık danışmanlığı öncesi ve danışmanlığın altıncı haftasındaki ölçümleri arasında Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın Versiyonu toplam puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir artış olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Kontrol grubunda ise cinsel sağlık danışmanlığı öncesi- danışmanlığın altıncı haftasındaki ölçümleri arasında Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın Versiyonu toplam puanları açısından anlamlı bir değişim saptanmamıştır ($p>0,05$). Bu bağlamda, araştırmanın temel hipotezlerinden biri olan *"PLISSIT modeline göre yapılandırılmış cinsel sağlık danışmanlığı verilen müdahale grubundaki gebeler ile kontrol grubundaki gebeler arasında Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçek toplam puan ortalamaları açısından fark yoktur."* şeklinde ifade edilen H04 hipotezi reddedilmiştir. Ayrıca gruplar arası karşılaştırmalarda hem cinsel sağlık danışmanlığı öncesi ölçümlerinde hem de danışmanlığın altıncı haftasındaki ölçümlerinde müdahale grubunun Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın Versiyonu toplam puanlarının kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu durum, yapılandırılmış cinsel sağlık danışmanlığının gebelik sürecinde kadınların cinsel yaşam kalitesini koruyucu ve geliştirici bir etki oluşturduğunu düşündürmektedir.

Gebelik döneminde ortaya çıkan fizyolojik, hormonal ve duygusal değişimlerin kadınların cinsel yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etkiler oluşturabileceği literatürde sıklıkla vurgulanmaktadır (Skodic-Zaksek, 2015; Zeren ve Gürsoy, 2018). Çiftçi-Mutlu ve Tosun-Güleroğlu'nun (2023) çalışmasında gebelikte sık görülen bulantı, kusma, yorgunluk, göğüslerde hassasiyet ve uyku problemleri gibi semptomların kadınların cinsel yaşam kalitesini belirgin biçimde azalttığı belirlenmiştir. Benzer şekilde, Çavuş ve Beyazıt'ın (2019) 300 gebe ile yürüttükleri çalışmada, gebelik haftası ilerledikçe cinsel aktivite sıklığının azaldığı ve cinsel yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkilendiği bildirilmiştir. Bu sonuçlar, gebelik sürecinde kadınların cinselliğe ilişkin algılarının ve deneyimlerinin desteklenmediği durumlarda cinsel yaşam kalitesinin azalabileceğini düşündürmektedir.

Literatürde, özellikle primipar gebelerin cinsel yaşam kalitesinin gebelik süresince orta düzeyde ya da düşük seyrettiği bildirilmektedir (Miranda vd., 2019; Saniei vd., 2022). Bakır ve diğerlerinin (2020) çalışmasında primipar gebelerde gebelik öncesine kıyasla cinsel yaşam kalitesinin düştüğü; Altunbaş ve Gölbaşı'nın (2024) çalışmasında ise gebelik süresince cinsel yaşam kalitesinin çoğunlukla orta düzeyde kaldığı rapor edilmiştir. Bu çalışmalarda, gebelikte cinsel aktivitenin sürdürülmesinin çift ilişkisini güçlendirdiği ve cinsel yaşam kalitesini destekleyici bir rol oynayabileceği vurgulanmaktadır. Çalışmamızda ise cinsel sağlık danışmanlığı alan müdahale grubundaki gebelerin cinsel yaşam kalitesinin son ölçümde belirgin biçimde artması, izin verici, yargılayıcı olmayan ve birey merkezli bir danışmanlık sürecinin bu süreci olumlu yönde etkileyebileceğini göstermektedir.

Kohansal ve diğerlerinin (2022) sistematik derlemesinde, kadınların cinsel sağlık ve üreme sağlığına yönelik eğitim ve danışmanlık müdahalelerinin bilgi düzeyini artırmanın yanı sıra tutumları olumlu yönde değiştirdiği ve cinsel yaşam kalitesini iyileştirdiği belirtilmiştir. Derlemede özellikle bireyselleştirilmiş, yapılandırılmış ve danışan merkezli yaklaşımların etkisinin daha güçlü olduğu vurgulanmaktadır. Bu bulgular, çalışmamızda PLISSIT modeline göre yapılandırılmış motivasyonel görüşmeyle desteklenen cinsel sağlık danışmanlığının müdahale grubunda cinsel yaşam kalitesini anlamlı düzeyde artırdığı bulgusunu desteklemektedir. Özellikle danışmanlığın yapılandırılmış bir model üzerinden sunulması, bilgilendirmenin ötesinde farkındalık geliştirme ve davranış değişikliğini

destekleme potansiyelini artırmaktadır. Bu yönüyle çalışmamız, literatürde önerilen bütüncül ve hedefe yönelik eğitim müdahalelerinin gebelik döneminde de etkili olabileceğini göstermesi açısından önem taşımaktadır.

PLISSIT modeline göre yapılandırılmış motivasyonel görüşmeyle desteklenen cinsel sağlık danışmanlık yaklaşımının; gebelere cinsellik konusunda izin veren, doğru ve sınırlı bilgi sağlayan, cinsellikle ilişkili kaygıları normalleştiren ve değişime yönelik içsel motivasyonu güçlendiren yapısı sayesinde cinsel yaşam kalitesinde anlamlı bir iyileşme sağladığı düşünülmektedir. Özellikle yargılayıcı olmayan, güvenli ve destekleyici danışmanlık ortamının, gebelerin cinselliğe ilişkin algılarını olumlu yönde yeniden yapılandırarak bu etkinin yaşam kalitesine yansımasına katkı sunduğu söylenebilir. Bu yönüyle çalışmamız, PLISSIT modeline göre yapılandırılmış motivasyonel görüşmeyle desteklenen cinsel sağlık danışmanlığında etkili, uygulanabilir ve sürdürülebilir bir yaklaşım olduğunu ortaya koymaktadır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışma; Bu araştırma, primipar gebelere PLISSIT modeline göre yapılandırılmış motivasyonel görüşmeyle desteklenen cinsel sağlık danışmanlığının; cinsel işlev, cinsel öz-yeterlik, gebelikte cinselliğe karşı tutum ve cinsel yaşam kalitesine etkisini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır. Bu araştırmanın sonuçları aşağıda verilmiştir.

- Araştırmaya dahil edilen müdahale ve kontrol gruplarındaki gebelerin sosyo-demografik ve obstetrik özellikler açısından benzer özellikler gösterdiği, gruplar arasında bu değişkenler bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı ($p>0,05$),
- Müdahale grubuna uygulanan PLISSIT modeline göre yapılandırılmış motivasyonel görüşmeyle desteklenen cinsel sağlık danışmanlığının, gebelerin Kadın Cinsel İşlev Ölçeği toplam puanları ve alt boyut puanlarının gruplar arasında cinsel sağlık danışmanlığı öncesi ölçümünde anlamlı fark bulunmazken ($p>0,05$), danışmanlığın 4. ve 6. Haftasındaki ölçümlerinde zaman içerisinde anlamlı düzeyde arttığı ($p<0,05$) ve zaman içindeki değişimin kontrol grubuna kıyasla yüksek olduğu ($p<0,05$), "PLISSIT modeline göre yapılandırılmış cinsel sağlık danışmanlığı verilen müdahale grubundaki gebeler ile kontrol grubundaki gebeler arasında Cinsel İşlev Ölçek toplam puan ortalamaları açısından fark yoktur." şeklinde ifade edilen H01 hipotezinin reddedildiği,
- Müdahale grubuna uygulanan PLISSIT modeline göre yapılandırılmış motivasyonel görüşmeyle desteklenen cinsel sağlık danışmanlığının, gebelerin Gebelikte Cinselliğe Karşı Tutum Ölçeği toplam ve alt boyut puanlarının cinsel sağlık danışmanlığı sonundaki ölçümde kontrol grubuna kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu ($p<0,05$), "PLISSIT modeline göre yapılandırılmış cinsel sağlık danışmanlığı verilen müdahale grubundaki gebeler ile kontrol grubundaki gebeler arasında Gebelikte Cinselliğe Karşı Tutum Ölçek toplam puan ortalamaları açısından fark yoktur." şeklinde ifade edilen H02 hipotezinin reddedildiği,
- Müdahale grubuna uygulanan PLISSIT modeline göre yapılandırılmış motivasyonel görüşmeyle desteklenen cinsel sağlık danışmanlığının, gebelerin

Cinsel Öz-Yeterlik Ölçeği toplam puanının müdahale ve kontrol grupları arasında cinsel sağlık danışmanlığı öncesi ölçümünde anlamlı farklılık bulunmakta ($p<0,05$) iken danışmanlığın altıncı haftasındaki ölçümde istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamakta olduğu ($p>0,05$), müdahale grubunun danışmanlığın altıncı haftasındaki ölçümünde ise Cinsel Öz Yeterlik Ölçeği puanları kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazla olduğu ($p<0,05$), "PLISSIT modeline göre yapılandırılmış cinsel sağlık danışmanlığı verilen müdahale grubundaki gebeler ile kontrol grubundaki gebeler arasında Cinsel Öz-Yeterlik Ölçek toplam puan ortalamaları açısından fark yoktur." şeklinde ifade edilen H03 hipotezinin reddedildiği,

- Müdahale grubuna uygulanan PLISSIT Modeline Göre Yapılandırılmış Motivasyonel Görüşmeyle Desteklenen Cinsel Sağlık Danışmanlığının, gebelerin Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın Versiyonu toplam puanlarında cinsel sağlık danışmanlığı sonrası istatistiksel olarak anlamlı bir artış olduğu ($p<0,05$), kontrol grubunda ise anlamlı bir değişim olmadığı ($p>0,05$), "PLISSIT modeline göre yapılandırılmış cinsel sağlık danışmanlığı verilen müdahale grubundaki gebeler ile kontrol grubundaki gebeler arasında Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçek toplam puan ortalamaları açısından fark yoktur." Şeklinde ifade edilen H04 hipotezi reddedildiği sonuçlarına ulaşıldı.

Yapılan çalışma sonuçları doğrultusunda araştırma ve uygulamaya yönelik öneriler aşağıda yer almaktadır:

- Hastanelerde doğum öncesi bakım kapsamında yürütülen gebe okulu eğitim programlarında, gebelerin cinsel sağlık gereksinimleri ve cinsel işlevleri sistematik ve bütüncül bir yaklaşımla değerlendirilmeli,
- Gebelikte cinselliğe yönelik olumlu tutumların geliştirilmesi, cinsel öz-yeterliğin ve cinsel yaşam kalitesinin artırılması amacıyla verilen eğitim ve danışmanlık hizmetlerinde PLISSIT modeline göre yapılandırılmış cinsel sağlık danışmanlığı uygulanmalı,
- Bu danışmanlık sürecinin, gebelerin bireysel gereksinimlerini, inançlarını ve değişime hazır olma düzeylerini desteklemek amacıyla, motivasyonel görüşme yaklaşımıyla yapılandırılması,

- Hemşirelerin, gebelere cinsel eğitim ve danışmanlık sunabilme becerilerinin geliştirilmesi için eğitim programları düzenlenmesi,
- Hizmet içi eğitim programlarında, PLISSIT modelinin kuramsal temelleri ve uygulama basamaklarına yer verilmesi; modelin danışmanlık sürecindeki kullanımına ilişkin örneklerin paylaşılması,
- Doğum öncesi bakım hizmetlerinde görev yapan hemşirelerin, gebelere etkili ve bütüncül bir cinsel eğitim ve danışmanlık sunabilmeleri amacıyla cinsel sağlık, iletişim ve danışmanlık becerilerine yönelik kapsamlı eğitim programlarına katılmaları sağlanması,
- Gebelikte cinsel sağlık danışmanlığı süreçlerine, gerektiğinde eşlerin de dahil edilmesi; çiftlerin karşılıklı iletişiminin ve cinsel yaşam kalitesinin desteklenmesi açısından teşvik edilmesi önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

Abalı-Çetin, S., & Aslan, E. (2015). Kadın sağlığı ve kadına yönelik cinsel şiddet. N. Kızılkaya Beji (Ed.), *Hemşire ve ebelere yönelik kadın sağlığı ve hastalıkları* içinde (ss. 13–19). Nobel Tıp Kitabevleri.

Abay, H., & Kaplan, S. (2017). Histerektomi sonrası cinsel sorunların değerlendirilmesinde plıssıt modelinin kullanılması. *International Refereed Journal of Nursing Researches*, 184-198.

Akarsu, R.H., & Beji, N.K. (2016). Kadın cinsel fonksiyon bozuklukları sınıflandırılmasında DSM-V kapsamında yapılan değişiklikler. *Androloji Bülteni*, *18*(65), 134-137.

Akcan, K., & Turhan, İ. (2022). Cinsel danışmanlık modelleri. *Gevher Nesibe Journal of Medical and Health Sciences*, *7*(17), 50-56. https://www.doi.org/10.46648/gnj.382

Aksoy, A., Yılmaz Vefikuluçay, D., & Yılmaz, M. (2022). Turkish expectant fathers' experiences of sexual life during pregnancy: a qualitative study. *Cyprus Journal of Medical Sciences,* *7*(5), 646-652. https://www.doi.org/10.4274/cjms.2021.2986

Aksoy-Derya, Y., Gök Uğur, H., & Özşahin, Z. (2020). Effects of demographic and obstetric variables with body image on sexual dysfunction in pregnancy: A cross-sectional and comparative study. *International Journal of Nursing Practice*, *26*(3), e12829. https://www.doi.org/10.1111/ijn.12829

Alan-Dikmen, H., Gönenç, İ. M., & Özaydın, T. (2023). Sexuality during pregnancy: Attitudes, self-efficacy and self-consciousness. *Women & Health*, *63*(7), 518–530. https://www.doi.org/10.1080/03630242.2023.2234503

Alizadeh, S., Riazi, H., Alavi-Majd, H., & Ozgoli, G. (2022). Prevalence of female sexual dysfunction during pregnancy in Eastern Mediterranean Regional Office Countries (EMRO): a systematic review and meta-analysis. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, *35*(25), 6654–6662. https://www.doi.org/10.1080/14767058.2021.1919074

Alizadeh, S., Riazi, H., Majd, H. A., & Ozgoli, G. (2021).The effect of sexual health education on sexual activity, sexual quality of life, and sexual violence in pregnancy: a prospective randomized controlled trial. *BMC Pregnancy Childbirth*, *21*(1), 334. https://www.doi.org/10.1186/s12884-021-03803-8

Alsibiani, S. A. (2014). Effects of pregnancy on sexual function findings from a survey of Saudi women. *Saudi Medical Journal*, *35*(5), 482-487.

Altunbaş, N., & Gölbaşı, Z. (2024). The effect of sex education and counseling based on the ex-plıssıt model on sexual life in primigravidas. *Clinical and Experimental Health Sciences,* *14*(2), 367-376. https://doi.org/10.33808/clinexphealthsci.1305002

Altunbaş, N., & Yeşildağ, B. (2025). The role of the perception of partner support in sexual satisfaction and sexual quality of life of primigravidas. *Revista da Associação Médica Brasileira, 71*(2), e20240884. https://doi.org/10.1590/1806-9282.20240884

American College of Nurse-Midwives. (2022). Sex during pregnancy. *Journal of Midwifery & Women's Health*, *67*(6), 811-812. https://doi.org/10.1111/jmwh.13351

American College of Obstetricians and Gynecologists. (ACOG) (2021). Comprehensive sexuality education. https://www.acog.org/advocacy/policy-priorities/adolescent-health/comprehensive-sexuality-education

Annon, J. S. (1981). PLISSIT therapy. In R. J. Corsini (Ed.), *Handbook of innovative psychotherapies* (pp. 626-639). Wiley & Sons.

Asadi, L., Ziaei, T., Koochak, H. E., Montazeri, A., Rezaei, E., Moghadam, Z. B., & Shahmohammadi, L. (2018). Effect of counseling based on PLISSIT model on sexual function of HIV-positive married women. *HIV & AIDS Review International Journal of HIV-Related Problems, 17*(3), 169–175. https://doi.org/10.5114/hivar.2018.78487

Assarzadeh, R., Khalesi, Z. B., & Jafarzadeh-Kenarsari, F. (2019). Sexual self-efficacy and associated factors: a review. *Shiraz E-Medical Journal*, *20*(11), e87537. https://doi.org/10.5812/semj.87537

Assarzadeh, R., Khalesi, Z. B., & Jafarzadeh-Kenarsari, F. (2021). Sexual self-efficacy and its related factors among married women of reproductive age. *African Health Sciences, 21*(4), 1817-1822. https://doi.org/10.4314/ahs.v21i4.39

Aston, G. (2005). Sexuality during and after pregnancy. In G. Andrews (Ed.), *Women's sexual health* (3rd ed., pp. 169-197). Elsevier.

Avcıbay, B., & Gökyıldız-Sürücü, Ş. (2021). Examining predictive factors of the student midwives' attitudes and beliefs about sexuality during pregnancy within the framework of sexual counseling. *ESTUDAM Public Health Journal*, *6*(2), 93-104. https://doi.org/10.35232/estudamhsd.876641

Ayaz, S., & Kubilay, G. (2009). Effectiveness of the PLISSIT model for solving the sexual problems of patients with stoma. *Journal of Clinical Nursing*, *18*(1), 89–98. https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02282.x

Aydin, M., Cayonu, N., Kadihasanoglu, M., Irkilata, L., Atilla, M. K., & Kendirci, M. (2015). Comparison of sexual functions in pregnant and non-pregnant women. *Urology Journal, 12*(5), 2339-2344.

Aygin, D., & Aslan, F. E. (2005). Kadın Cinsel İşlev Ölçeği'nin Türkçeye uyarlaması. *Turkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, *25*(3), 393-399.

Bahner, J., & Stenqvist, K. (2020). Motivational interviewing as evidence-based practice? An example from sexual risk reduction interventions targeting adolescents and young adults. *Sexuality Research and Social Policy*, *17*(2), 301-313. https://doi.org/10.1007/s13178-019-00388-y

Bakır, N., Vural, P. I., & Demir, C. (2020). The determination of health practices and the sexual quality of life during the prenatal period. *Perinatal Journal, 28*(1), 1-6. https://doi.org/10.2399/prn.20.0281001

Banaei, M., Azizi, M., Moridi, A., Dashti, S., Yabandeh, A. P., & Roozbeh, N. (2019). Sexual dysfunction and related factors in pregnancy and postpartum: a systematic review and metaanalysis protocol. *Systematic Reviews, 8*(1), 161. https://doi.org/10.1186/s13643-019-1079-4

Bassett, S. S., Delaney, D. J., Moore, A. M., Clair-Michaud, M., Clarke, J. G., & Stein, L. A. R. (2022). Motivational interviewing to reduce risky sexual behaviors among at-risk male youth: A randomized controlled pilot study. *Psychological Services, 19*(1), 167-175. https://doi.org/10.1037/ser0000498

Basson, R. (2008). Women's sexual function and dysfunction: current uncertainties, future directions. *International Journal of Impotence Research*, *20*(5), 466–478. https://doi.org/10.1038/ijir.2008.23

Batmaz, H., & Çelik, E. (2022). Sexual dissatisfaction and sexual self-efficacy: an examination of the role of sexual self-confidence as a mediator. *Journal of Men's Health*, *1*(1), 1-7. https://doi.org/10.31083/jomh.2021.067

Bekmezci, E., & Meram, H. E. (2020). Kadın cinsel işlev bozukluğu yönetiminde güncel yaklaşımlar ve kanıt temelli uygulamalar, *Androloji Bülteni*, 233-237. https://doi.org/10.24898/tandro.2020.44977

Bekmezci, E., & Meram, H. E. (2024). The effect of motivational interview-based breastfeeding education on breastfeeding motivation, success, self-efficacy perceptions, and exclusive breastfeeding duration after cesarean section: a randomized controlled trial. *Health Education Research*, *40*(1), cyae043. https://doi.org/10.1093/her/cyae043

Berman, A., Snyder S., & Frandsen, G. (2022). Sexuality. In A. Berman, S. Snyder, & G. Frandsen (Eds.), *Kozier and Erb's fundamentals of nursing concepts, process, and practice* (11th ed., pp. 1025-1038). Pearson Education Limited.

Beyazıt, F., Pek, E., & Şahin, B. (2018). Gebelik ve doğum sonrasında cinsel işlevlerde gözlenen değişiklikler: Önyargı mı? Yoksa gerçek mi? *Klinik Psikiyatri*, *21*, 397-406. https://doi.org/10.5505/kpd.2018.73644

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

Büyükkayacı-Duman, N. (2019). Cinselliğin fizyolojisi. D. N. Büyükkayacı (Ed.), *Cinsel sağlık* içinde (ss. 25-35). Nobel Tıp Kitapevleri.

Cangöl, E., & Şahin, N. H. (2017). The effect of a breastfeeding motivation program maintained during pregnancy on supporting breastfeeding: A randomized controlled trial. *Breastfeeding Medicine 12*(4), 218-226. https://doi.org/10.1089/bfm.2016.0190

Cassis, C., Mukhopadhyay, S., Morris, E., & Giarenis, I. (2021). What happens to female sexual function during pregnancy?. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, 258*, 265-268. https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2021.01.003

Chang, S. R., Chen, K. H., Lin, H. H., & Yu, H. J. (2011). Comparison of overall sexual function, sexual intercourse/activity, sexual satisfaction, and sexual desire during the three trimesters of pregnancy and assessment of their determinants. *The Journal of Sexual Medicine, 8*(10), 2859–2867. https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2011.02420.x

Cicek-Ozdemir, S., Dogan Gangal, A., & Şentürk-Erenel, A. (2024). The effect of sexual counseling based on PLISSIT and EX-PLISSIT models on sexual function, satisfaction, and quality of life: a systematic review and meta-analysis. *Archives of Sexual Behavior*, *53*(9), 3485-3513. https://doi.org/10.1007/s10508-024-02898-2

Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği. (2023). *Cinsel yaşam ve sorunları*. https://cetad.org.tr/CetadData/Books/21/pdf-dosyasini-indirmek-icin-tiklayiniz.pdf

Closson, K., Dietrich, J. J., Lachowsky, N. J., Nkala, B., Palmer, A., Cui, Z., Beksinska, M., Smit, J. A., Hogg, R. S., Gray, G., Miller, C. L., & Kaida, A. (2018). Sexual self-efficacy and gender: A review of condom use and sexual negotiation among young men and women in Sub-Saharan Africa. *The Journal of Sex Research, 55*(4-5), 522-539. https://doi.org/10.1080/00224499.2017.1421607

Coşkun, A.M. (2016). *Editör. Kadın sağlığı ve hastalıkları hemşireliği el kitabı*, (2. Basım). İstanbul: Koç Üniversitesi Yayınları.

Crooks, R., Baur, K., & Widman, L. (2024). Sexual arousal and response. In R. Crooks, K. Baur, & L. Widman (Eds.), *Our sexuality* (14th ed., pp. 145-172). Cengage.

Çavuş, E., & Beyazıt, F. (2019). Evaluation of factors affecting sexual activity and sexuality-related quality of life in different stages of pregnancy. *Evaluation*, *20*(3), 234-240. https://doi.org/10.4274/imj.galenos.2018.37267

Çelik, E. (2013). Cinsel öz-yeterlik ölçeğinin Türk kültürüne uyarlanması: geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Journal of European Education, 3*(2), 1-10.

Dabb, C., Dryer, R., Brunton, R. J., Yap, K., & Roach, V. J. (2023). Paternal pregnancy-related anxiety: Systematic review of men's concerns and experiences during their partners' pregnancies. *Journal of Affective Disorders*, *323*, 640-658. https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.11.092

Darooneh, T., Ozgoli, G., Keshavarz, Z., & Nasiri, M. (2022). Educational programs and counseling models for improving postpartum sexual health: a narrative review. *Sexual and Relationship Therapy*, *39*(3), 1044-1060.

Delibalta, RT., & Çılgın, H. (2020). Comparison of primipara women's pre-pregnancy, pregnancy, and postpartum sexual lives. *Journal Surg Med*, 4(11), 1018-1022.

Delicate, A., Ayers, S., & McMullen, S. (2018). A systematic review and meta-synthesis of the impact of becoming parents on the couple relationship. *Midwifery*, *61*,88–96. https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.02.022

Demirci, N. (2016). Kadının yaşam dönemlerinde cinsellik ve cinsel sağlık. İçinde: Coşkun A.M., Editör. *Kadın sağlığı ve hastalıkları hemşireliği el kitabı*, (2. Basım). İstanbul: Koç Üniversitesi Yayınları.

Dicle, A. N. (2017). Motivasyonel görüşme: Öğeler, ilke ve yöntemler. *International Journal of Social Humanities Sciences Research*, *4*(15), 2043-2053. https://doi.org/10.26450/jshsr.299

Dillard, P. K., Zuniga, J. A., & Holstad, M. M. (2017). An integrative review of the efficacy of motivational interviewing in HIV management. *Patient Education and Counseling*, *100*(4), 636-646. https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.10.029

Dlouhá, D., Roberts, S. C., Hlaváčová, J., Nouzová, K., & Kaňková, Š. (2023). Longitudinal changes in disgust sensitivity during pregnancy and the early postpartum period, and the role of recent health problems. *Scientific Reports*, *13*(1), 4752. https://doi.org/10.1038/s41598-023-31060-6

Doss, B. D., & Rhoades, G. K. (2017). The transition to parenthood: Impact on couples' romantic relationships. *Current Opinion in Psychology*, *13*, 25–28. https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2016.04.003

Dougherty, K., Zhao, Y., Dunlop, A. L., & Corwin, E. (2023). Association between sexual activity during pregnancy, pre- and early-term birth, and vaginal cytokine ınflammation: a prospective study of black women. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, *11*(14), 1995. https://doi.org/10.3390/healthcare11141995

Dryer, R., Chee, P., & Brunton, R. (2022). The role of body dissatisfaction and self-compassion in pregnancy-related anxiety. *Journal of Affective Disorders*, *313*, 84-91. https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.06.068

Dwarica, D. S., Colleen, G., Fitzgerald, M., Joyce, C., Brincat, C., & Lynn, M. (2019). Pregnancy and sexual relationships study involving women and men (PASSION Study), *Journal of Sexual Medicine*, *16*(7), 975-980. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.04.014

Efe, H., Bozkurt, M., Sahin, L., Mutlu, M. F., Api, M., & Çetin, A. (2014). The effects of pregnancy on the sexual life of Turkish women. *Proceedings in Obstetrics and Gynecology*, *4*(1), 1-11. https://doi.org/10.17077/2154-4751.1245

Effati-Daryani, F., Jahanfar, S., Mohammadi, A., Zarei, S., & Mirghafourvand, M. (2021). The relationship between sexual function and mental health in Iranian pregnant women during the COVID-19 pandemic. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *21*, 327. https://doi.org/10.1186/s12884-021-03812-7

Effati-Daryani, F., Mohammad-Alizadeh, S., Zarei, S., Mohammadi, A., & Mirghafourvand, M. (2018). Depression, anxiety and stress in the various trimesters of pregnancy in women referring to Tabriz health centres, 2016. *International Journal of Culture and Mental Health*, *11*(4), 513-521. https://doi.org/10.1080/17542863.2018.1438484

Erat, A., & Ceyhan, Ö. (2020). Motivasyonel görüşme ile değişime hazirlanma. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi,* 7(1), 58-63.

Erdoğan, S., & Temel, G. (2016). Klinik araştırmacılar için Güvenilirlik ve Uyum Çalışmalarına ait Kontrol Listesi Kılavuzu'nun [GRRAS (Guidelines for Reporting Reliability and Agreement Studies)] Türkçe uyarlaması. *Cukurova Medical Journal*, *41*(4), 613-616. https://doi.org/10.17826/cutf.254165

Ertem, G., & Sevil, Ü. (2009). Gebeliğin cinselliğe etkisi. *Dirim Tıp Gazetesi, 85*(1), 40- 47.

Evcili, F., & Bekar, M. (2024). Cinsellik ve cinsel sağlık: Kavramlar ve tanımlar. Ö. Karabulutlu (Ed.), *Her yönüyle cinsel sağlık* içinde (ss. 1-20). Akademisyen Kitabevi.

Farnam, F., Janghorbani, M., Raisi, F., & Merghati-Khoei, E. (2014). Compare the effectiveness of PLISSIT and sexual health models on women's sexual problems in Tehran, Iran: a randomized controlled trial. *Journal of Sexual Medicine*, *11*(11), 2679-2689. https://doi.org/10.1111/jsm.12659

Fernández-Carrasco, F. J., Batugg-Chaves, C., Ruger-Navarrete, A., Riesco-González, F. J., Palomo-Gómez, R., Gómez-Salgado, J., Diaz, L. R., Vázquez-Lara, M. D., Fagundo-Rivera, J., & Vázquez-Lara, J. M. (2024). Influence of pregnancy on sexual desire in pregnant women and their partners: systematic review. *Public Health Reviews, 44*, 1606308. https://doi.org/10.3389/phrs.2023.1606308

Fernández-Carrasco, F. J., González-Mey, U., Rodríguez-Díaz, L., Vázquez-Lara, J. M., Gómez-Salgado, J., & Parrón-Carreño, T. (2019). Significance of affection changes during pregnancy: Intimacy, passion, and commitment. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 16*(13), 2254. https://doi.org/10.3390/ijerph16132254

Fernández-Sola, C., Huancara-Kana, D., GraneroMolina, J., Carmona-Samper, E., LópezRodríguez, M. D. M., & Hernández-Padilla, J. M. (2018). Sexuality throughout all the stages of pregnancy: Experiences of expectant mothers. *Acta Paulista de Enfermagem, 31*(3), 305-312. https://doi.org/10.1590/1982-0194201800043

Fışkın, G., & Kızılkaya-Beji, N. (2014). Cinsel fonksiyonun değerlendirilmesi ve hemşirenin rolü. *Androloji Bülteni*, *56*(16), 73-76.

Fok, W. Y., Chan, L. Y., & Yuen, P. M. (2005). Sexual behavior and activity in Chinese pregnant women. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, *84*(10), 934–938. https://doi.org/10.1111/j.0001-6349.2005.00743.x

Fuchs, A., Czech, I., Dulska, A., & Drosdzol-Cop, A. (2021). The impact of motherhood on sexuality. *Ginekologia Polska, 92*(1), 1–6. https://doi.org/10.5603/GP.a2020.0162

Fuchs, A., Czech, I., Sikora, J., Fuchs, P., Lorek, M., Skrzypulec-Plinta, V., & Drosdzol-Cop, A. (2019). Sexual functioning in pregnant women. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 16*(21), 4216. https://doi.org/10.3390/ijerph16214216

Galazka, I., Drosdzol, Cop, A., Naworska, B., Czajkowska, M. & Skrzypulec-Plinta V. (2015). Changes in the sexual function during pregnancy., *12*(2), 445–454. https://doi.org/10.1111/jsm.12747

Gangal, A. D., Koyu, H. Ö., & Bilgili, N. (2022). Hemşirelik araştırmalarında randomize kontrollü çalışmaların raporlanması ve nonfarmakolojik CONSORT uzantısının kullanımı. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, *5*(3), 433-439. https://doi.org/10.38108/ouhcd.1011788

Gerassi, L. B., & Esbensen, K. (2021). Motivational interviewing with individuals at risk of sex trafficking. *Journal of Social Work, 21*(4), 676-695. https://doi.org/10.1177/1468017320919856

Gönenç, İ. M., & Topuz, Ş. (2019). Gebelik ve cinsel sağlık. N. Büyükkayacı-Duman (Ed.), *Cinsel yaşam* içinde (ss. 187-195). Nobel Tıp Kitabevleri.

Grussu, P., Vicini, B., & Quatraro, R. M. (2021). Sexuality in the perinatal period: A systematic review of reviews and recommendations for practice. Sexual & reproductive healthcare: Journal *of the Swedish Association of Midwives*, 30, 100668.

Guszkowska, M., Langwald, M., Zaremba, A., & Dudziak, D. (2014). The correlates of mental health of well-educated polish women in the first pregnancy. *Journal Ment Health*, *23*(6), 328-332. https://doi.org/10.3109/09638237.2014.971144

Guyton, A., & Hall, J. (2017). *Tıbbı fizyoloji* (B. Çağlayan Yeğen, Çev. Ed.). Güneş Kitabevleri.

Hall, K. S., Steinberg, J. R., Cwiak, C. A., Allen, R. H., & Marcus, S. M. (2015). Contraception and mental health: a commentary on the evidence and principles for practice. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, *212*(6), 740-746. https://doi.org/10.1016/j.ajog.2014.12.010

Hasani, M., Keramat, A., Maasoumi, R., Farjamfar, M., Yunesian, M., & Afshar, B. (2019). The frequency of vaginal intercourse during pregnancy: a systematic and meta-analysis study. *International Journal of Women's Health and Reproduction Sciences*, *7*(1), 1-9. https://doi.org/10.15296/ijwhr.2019.01

Heidari, M., Shokravi, F. A., & Kiani Aciabar, A. (2019). The effect of an educational intervention based on the PLISSIT model on sexual satisfaction of pregnant women in the third trimester of pregnancy. *Payesh*, *18*, 505-515.

Hopewell, S., Chan, A. W., Collins, G. S., Hróbjartsson, A., Moher, D., Schulz, K. F., Tunn, R., Aggarwal, R., Berkwits, M., Berlin, J. A., Bhandari, N., Butcher, N. J., Campbell, M. K., Chidebe, R. C. W., Elbourne, D., Farmer, A., Fergusson, D. A., Golub, R. M., Goodman, S. N., Hoffmann, T. C., … Boutron, I. (2025). CONSORT 2025 statement: updated guideline for reporting randomised trials. *BMJ (Clinical research ed.)*, *389*, e081123. https://doi.org/10.1136/bmj-2024-081124

Humphreys, T. P.,& Kennett, D. J. (2010). The reliability and validity of instruments supporting the sexual self-control model. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, *19*(1-2), 1-13.

İncesu, C. (2004). Cinsel işlevler ve cinsel işlev bozuklukları, *Klinik Psikiyatri Dergisi*, *7*(70), 3-13.

Jamali, M., Feiz Abadi, S., Jamali, M. (2017). The effect of cognitive behavioral intervention on women's sexual self-efficacy and marital satisfaction. *Journal of Fundamentals of Mental Health; 19*(3-Special Issue): 191-198.

Jamali, S., & Mosalanejad, L. (2013). Sexual dysfunction in Iranian pregnant women. *Iranian Journal of Reproductive Medicine, 11*(6), 479-486.

Janssen, L. E., Verduin, R. J., de Groot, C. J., Oudijk, M. A., & de Boer, M. A. (2023). Sexual intercourse during pregnancy and its association with spontaneous preterm birth. *Sexual & Reproductive Healthcare, 36*, 100849. https://doi.org/10.1016/j.srhc.2023.100849

Johnson, C. E. (2011). Sexual health during pregnancy and the postpartum. *The Journal of Sexual Medicine*, *8*(5), 1267–1286. https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2011.02223.x

Kafaei-Atrian, M., Mohebbi Dehnavi, Z., & Kamali, Z. (2019). The relationship between sexual self-efficacy and sexual function in married women. *Journal of Midwifery & Reproductive Health*, *7*(2), 1683-1690. https://doi.org/10.22038/jmrh.2018.30672.1333

Kaplan, S., & Peksoy-Kaya S. (2024). Cinsel sağlığın değerlendirilmesi ve model kullanımı. Ö. Karabulutlu (Ed.), *Her yönüyle cinsel sağlık* içinde (ss. 1-20). Akademisyen Kitabevi.

Kara, P., & Nazik, E. (2024). Cinselliğin anatomisi ve fizyolojisi. Ö. Karabulutlu (Ed.), *Her yönüyle cinsel sağlık* içinde (ss. 183-201). Akademisyen Kitabevi.

Karabulutlu, Ö. (2024). *Her yönüyle cinsel sağlık*. Akademisyen Kitabevi.

Kazemi, Z., Mousavi, M. S., & Etemadifar, M. (2021). The effect of counseling based on the PLISSIT model on sexual quality of life of married women with multiple sclerosis referring to MS center in 2019: A randomized, controlled trial. *Arch Womens Ment Health*, *24*(3), 437-444. https://doi.org/10.1007/s00737-020-01080-6

Kerdarunsuksri, A., & Manusirivithaya, S. (2010). Attitudes and sexual function in Thai pregnant women. *Journal Medicihe Assoc Thai, 93*(3), 265–271.

Keshavarz, Z., Karimi, E., Golezar, S., Ozgoli, G., & Nasiri, M. (2021). The effect of PLISSIT based counseling model on sexual function, quality of life, and sexual distress in women surviving breast cancer: A single-group pretest–posttest trial. *BMC Women's Health*, *21*(1), 417. https://doi.org/10.1186/s12905-021-01570-4

Khakbazan, Z., Daneshfar, F., Behboodi-Moghadam, Z., Nabavi, S. M., Ghasemzadeh, S., & Mehran, A. (2016). The effectiveness of the permission, limited information, specific suggestions, intensive therapy (PLISSIT) model based sexual counseling on the sexual function of women with multiple sclerosis who are sexually active. *Multiple Sclerosis and Related Disorders*, *8*, 113–119. https://doi.org/10.1016/j.msard.2016.05.007

Khalesi, Z. B., Bokaie, M., & Attari, S. M. (2018). Effect of pregnancy on sexual function of couples. *African Health Sciences*, *18*(2), 227–234. https://doi.org/10.4314/ahs.v18i2.5

Kharaghani, R., Khani, M. E., Dangesaraki, M. M., & Damghanian, M. (2020). The effects of psychological interventions on sexual function of women: A systematic review and meta-analysis. *Nursing Practice Today*, *7*(3), 169–182. https://doi.org/10.18502/npt.v7i3.3345

Khezreian, F., Jalali, A., Kaboudi, M., & Salari, N. (2017). Counseling based on PLISSIT model and sexual function among pregnant women. *Pharmacophore, 8*(6S), e-1173352.

Khoei, E. M., Kharaghani, R., Shakibazadeh, E., Faghihzadeh, S., Aghajani, N., Korte, J. E., & Esmkhani, M. (2022). Sexual health outcomes of PLISSIT-based counseling versus grouped sexuality education among Iranian women with breast cancer: A randomized clinical trial. *Sexual and Relationship Therapy*, *37*(4), 557–568. https://doi.org/101080/14681994.2020.1732910

Khoei, M. (2016). The effect of counseling using the PLISSIT model on sexual function of pregnant women. *Preventive Care in Nursing & Midwifery Journal, 6*(1), 18-28.

Kızılırmak, M., & Demir, S. (2018). Motivasyonel görüşme ve hemşirelikte kullanımı. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, *7*(4), 103-109.

Kismödi, E., Corona, E., Maticka-Tyndale, E., Rubio-Aurioles, E., & Coleman, E. (2017). Sexual Rights as Human Rights: A Guide for the WAS Declaration of Sexual Rights. *International Journal of Sexual Health*, *29*(1), 1-92. https://doi.org/10.1080/19317611.2017.1353865

Kohansal, F., Nourizadeh, R., Jahdi, N. S., Mehrabi, E., & Bafrani, M. A. (2022). The Effect of Educational Interventions on Sexual Behavior and Reproductive Health of Women: A Systematic Review. *Advances in Nursing & Midwifery*, 31(1), 14-21. https://doi.org/10.22037/anm.v31i1.39287

Koyun, A. (2012). Gebelikte cinsel fonksiyonların değerlendirilmesi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 3*(3), 170-175.

Kulhawik, R., Zborowska, K., Grabarek, B. O., Boroń, D., Skrzypulec-Plinta, V., & Drosdzol-Cop, A. (2022). Changes in the sexual behavior of partners in each trimester of pregnancy in Otwock in Polish couples. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *19*(5), 2921. https://doi.org/10.3390/ijerph19052921

Kul-Uçtu, A., Bekmezci, H., & Özerdoğan, N. (2017). Sexuality during pregnancy. *Gümüşhane University Journal of Health Sciences*, *6*(3), 171-175.

Leite, C. C., Masochini, R. G., Cunha, A. N., Paese, M. C., Barros, C. R., Jezus, S. V., & Cavalcante, P. P. (2020). Sexuality in pregnancy: perception of pregnant women in an educational group. *Scientific Electronic Archives*, *13*(4), 76-85. https://doi.org/10.36560/1342020904

Lessard, I., Brassard, A., Gosselin, P., Brault-Labbé, A., Lafontaine, M. F., & Péloquin, K. (2025). Attachment, conflict, and relationship satisfaction of couples transitioning to parenthood: The moderator role of intimacy. *Journal of Family Psychology*, *39*(3), 336–347. https://doi.org/10.1037/fam0001321

Liu, H. L., Hsu, P., & Chen, K. H. (2013). Sexual activity during pregnancy in Taiwan: A qualitative study. *Sexual Medicine*, *1*(2) 54-61. https://doi.org/10.1002/sm2.13

Lund, J. I., Kleinplatz, P. J., Charest, M., & Huber, J. D. (2019). The Relationship Between the Sexual Self and the Experience of Pregnancy. *The Journal of perinatal education,* 28(1), 43–50. https://doi.org/10.1891/1058-1243.28.1.43

MacPhedran, S. E. (2018). Sexual activity recommendations in high-risk pregnancies: what is the evidence? *Sexual Medicine Reviews*, *6*(3), 343–357. https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2018.01.004108

Malary, M., Moosazadeh, M., Amerian, M., Sabetghadam, S., & Keramat, A. (2022). Prevalence of female sexual dysfunction in different pregnancy trimesters: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Holistic Nursing And Midwifery, 32*(2), 98-108. https://doi.org/10.32598/jhnm.32.2.2131

Mashhadi, Z. N., Irani, M., Ghorbani, M., Ghazanfarpour, M., Nayyeri, S., & Ghodrati, A. (2022). The effects of counselling based on PLISSIT Model on sexual dysfunction: A systematic review and meta-analysis. *Research in Health & Medical Sciences*, *1*(2), 16–29.

McBride, H. L., Olson, S., Kwee, J., Klein, C., & Smith, K. (2017). Women's postpartum sexual health program: a collaborative and integrated approach to restoring sexual health in the postpartum period. *Journal of Sex & Marital Therapy*, *43*(2), 147-158. https://doi.org/10.1080/0092623X.2016.1141818

Miller, W. R., & Moyers, T. B. (2006). Eight stages in learning motivational interviewing. *Journal of Teaching in the Addictions*, *5*(1), 3-17. https://doi.org/10.1300/J188v05n01_02

Miller, W. R., & Rollnick, S. (2013). *Motivational interviewing: Helping people change*. Guilford Press.

Miranda, C. C., Perez, A. V., Bossardi, B. R., Brust, L. C., Grossi, F. S., Valério, E. G., Vettorazzi, J., & Wender, M. C. O. (2019). Sexual function in pregnant women in the public health system. *Open Journal of Obstetrics and Gynecology*, *9*(6), 764-774. https://doi.org/10.4236/ojog.2019.96076

Mitchell, K. R., Wellings, K. A., & Graham, C. (2014). How do men and women define sexual desire and sexual arousal? *Journal of Sex & Marital Therapy*, *40*(1), 17–32. https://doi.org/10.1080/0092623X.2012.697536

Moreau, C., Bonnet, C., Beuzelin, M., & Blondel, B. (2022). Pregnancy planning and acceptance and maternal psychological distress during pregnancy: results from the National Perinatal Survey, France, 2016. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *22*(1), 162. https://doi.org/10.1186/s12884-022-04496-3

Moretti, E., Barbosa, L., Nascimento, T., Carvalho, I. C. S., & Boaviagem, A. (2017). Analysis of sexual function in women during the trimesters of pregnancy: a cross-sectional study. *Journal of Complementary Medicine and Alternative Healthcare, 2*(2), 1–5. https://doi.org/10.19080/JCMAH.2017.02.555585

Mutlu, E. N. Ç., & Güleroğlu, F. T. (2023). Effect of pregnancy symptoms on the sexual quality of life. *Revista da Associação Médica Brasileira*, *69*(8), e20230111.

Murtagh, J. (2010). Female sexual function, dysfunction, and pregnancy: implications for practice. *Journal of Midwifery & Women's Health, 55*(5), 438–446. https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2009.12.006

Naji, M., Hoseinnezhad, S. Z., Heshmat, F., & Asgharipour, N. (2024). Investigating effective psychological interventions in pregnant women's sexual satisfaction: A systematic review. *Journal of Education and Health Promotion*, *13*, 33. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_103_23

Napso, T., Yong, H. E., Lopez-Tello, J., & Sferruzzi-Perri, A. N. (2018). The role of placental hormones in mediating maternal adaptations to support pregnancy and lactation. *Frontiers in Physiology*, *9*, 1091. https://doi.org/10.3389/fphys.2018.01091

Navidian, A., Kykhaee, A., Imani, M., Taimoori, B., & Soltani, P. (2017). The effect of group sexual counseling on the sexual response of pregnant women. *International Journal of Women's Health and Reproduction Sciences*, *5*(1), 60-65. https://doi.org/10.15296/ijwhr.2017.11

Nazik, E. (2019). Cinsel işlev bozukluklarının sınıflandırılması ve epidemiyolojisi. N. Büyükkayacı-Duman (Ed.), *Cinsel sağlık* içinde (ss. 35-43). Nobel Tıp Kitabevleri.

Nejati, B., Kazemi, F., Masoumi, S. Z., Parsa, P., Karami, M., & Mortazavi, A. (2017). Efficacy of sexual consultation based on PLISSIT model (Permission, limited information, specific suggestions, intensive therapy) on sexual function among pregnant women: A randomized controlled clinical trial. *Journal of Isfahan Medical School, 35*(435), 739–748.

Nejati, B., Masoumi, S., Parsa, P., Karami, M., & Mortazavi, A. (2020). Effect of counselling based on the PLISSIT model on pregnant women's sexual satisfaction: A randomised controlled trial. *Family Medicine & Primary Care Review*, *22*(1), 43–48. https://doi.org/10.5114/fmpcr.2019.90163

Nezamnia, M., Iravani, M., Bargard, M. S., & Latify, M. (2020). Effectiveness of cognitive-behavioral therapy on sexual function and sexual self-efficacy in pregnant women: An RCT. *International Journal of Reproductive Biomedicine*, *18*(8), 625-636. https://doi.org/10.18502/ijrm.v13i8.7504

Nho, J. H. (2013). Effect of PLISSIT model sexual health enhancement program for women with gynecologic cancer and their husbands. *Journal of Korean Academy of Nursing*, *43*(5), 681–689. https://doi.org/10.4040/jkan.2013.43.5.681

Oche, O. M., Abdullahi, Z., Tunau, K., Ango, J. T., Yahaya, M., & Raji, I. A. (2020). Sexual activities of pregnant women attending antenatal clinic of a tertiary hospital in North-West Nigeria. *Pan African Medical Journal, 37*(1), 140. https://doi.org/10.11604/pamj.2020.37.140.25471

Öcalan, D., Toker, S., Doğan, E. K., & Alparslan, Ö. (2024). Is there a relationship between pregnant women's sexual attitudes and body image?. *African Journal of Reproductive Health, 28*(11), 56-67. https://doi.org/10.29063/ajrh2024/v28i11.6

Ögel, K., & Şimşek, M. (2024). *Motivasyonel görüşme tekniği: Davranış değişikliğini ortaya çıkarmak için pratik bir yaklaşım*. Psikonet Yayıncılık.

Özdemir, H., & Taşcı, S. (2013). Motivasyonel görüşme tekniği ve hemşirelikte kullanimi-The application of motivational interviewing technique in nursing. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi 1*(1), 41-47.

Öztürk-Özen, D., Yılmaz Sezer, N., Aker, M. N., & Demir Çaltekin, M. (2025). The impact of attitudes toward sexuality and sexual function on marital satisfaction during pregnancy. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, *51*(3), e16258. https://doi.org/10.1111/jog.16258

Pamuk, T., & Erbil, N. (2025). Effect of attitudes towards sexuality on sexual function of pregnant women: A cross-sectional study. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology, 310*, 113942. https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2025.113942

Petok, W. D. (2016). Female sexual dysfunction: Impact of the life cycle (pregnancy, children, and aging). In L. I. Lipshultz, A. W. Pastuszak, A. T. Goldstein, A. Giraldi, & M. A. Parelman (Eds.), *Management of sexual dysfunction in men and women: an ınterdisciplinary approach* (pp. 343-348). Springer

Price, D. D., McGrath, P. A., Rafii, A., & Buckingham, B. (1983). The validation of visual analogue scales as ratio scale measures for chronic and experimental pain. *Pain*, *17*(1), 45-56. https://doi.org/10.1016/0304-3959(83)90126-4

Rathore, A. M., & Rani, R. (2014). Sexual behavior. In A. Mala (Ed.), *A practical guide to first trimester of pregnancy* (p. 225). Jaypee Brothers Medical Publishers.

Reissing, E. D., Laliberté, G. M., & Davis, H. J. (2005). Young women's sexual adjustment: The role of sexual self-schema, sexual self-efficacy, sexual aversion and body attitudes. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, *14*(3), 77-85.

Riazi, H., F. Madankan, S. A. Azin, M. Nasiri, A. & Montazeri, A. (2021). Sexual quality of life and sexual self-efficacy among women during reproductive-menopausal transition stages and postmenopause: A comparative study. *Womens Midlife Health,* 7(8), 1–7. https://doi.org/10.1186/s40695-021-00067-2

Riazi, H., Banoozadeh, S., Moghimbigi, A., & Amini, L. (2013). The effect of sexual health education on sexual function during pregnancy. *Payesh*, *12*(4), 367-374.

Ribeiro, M. C., de Tubino Scanavino, M., do Amaral, M. L. S., de Moraes Horta, A. L., & Torloni, M. R. (2017). Beliefs About Sexual Activity During Pregnancy: A Systematic Review of the Literature. *Journal of Sex & Marital Therapy, 43*(8), 822–832. https://doi.org/10.1080/0092623X.2017.1305031

Rollnick, S., Miller, W. R., Butler, C. C., & Aloia, M. S. (2008). *Motivational interviewing in health care: Helping patients change behavior.* Guilford Press.

Rosen, R., Brown, C., Heiman, J., Leiblum, S., Meston, C., Shabsigh, R., Ferguson, R., & D'Agostino, R. (2000). The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of Sex ve Marital Therapy, 26*, 191-208. https://doi.org/10.1080/009262300278597

Rostamkhani, F., Jafari, F., Ozgoli, G., & Shakeri, M. (2015). Addressing the sexual problems of Iranian women in a primary health care setting: a quasi-experimental study. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research, 20*(1), 139-146.

Rubak, S., Sandbæk, A., Lauritzen, T., & Christensen, B. (2005). Motivational interviewing: A systematic review and meta-analysis. *British Journal of General Practice*, *55*(513), 305-312.

Rutte, A., van Oppen, P., Nijpels, G., Snoek, F. J., Enzlin, P., Leusink, P., & Elders, P. J. (2015). Effectiveness of a PLISSIT model intervention in patients with type 2 diabetes mellitus in primary care: Design of a cluster-randomised controlled trial. *BMC Family Practice*, *16*(1), 69. https://doi.org/10.1186/s12875-015-0283-0

Saboula, N., & Shahin, M. A. (2015). Effectiveness of application of PLISSIT counseling model on sexuality for breast cancer's women undergoing treatment. *American Journal of Nursing Science*, *4*(4), 218-230. https://doi.org/10.11648/j.ajns.20150404.21

Sagiv-Reiss, D. M., Birnbaum, G. E., & Safir, M. P. (2012). Changes in sexual experiences and relationship quality during pregnancy. *Archives of Sexual Behavior*, *41*(5), 1241-1251. https://doi.org/10.1007/s10508-011-9839-9

Sahin, E., & Erenel, A. S. (2019). A study examining women's sexual function in twelve months postpartum. *Medicine Science International Medical Journal*, *8*(1), 148-53.

Sanabria, S., & Murray Jr, T. L. (2018). Infusing human sexuality content and counseling in counselor education curriculum. *American Journal of Sexuality Education, 13*(2), 190-204. https://doi.org/10.1080/15546128.2018.1457461

Saniei, S., Fahami, F., Samouei, R., & Tehrani, H. G. (2022). Investigation of the effect of mindfulness on sexual desire and sexual satisfaction in primigravida pregnant women. *J Educ Health Promot*, *11*, 61. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_176_21

Sezer, N. Y., Aker, M. N., Alaca, C., & Dedeoğlu, A. Z. (2024). Determination of the effect of sexual training for pregnant women on the attitude toward sexuality and sexual response during pregnancy: a randomized controlled trial. *Surgical Medical Sciences, 77*(1), 107-112.

Shah, A., Davuluri, K., Hammad, M., & Yih, J. (2025). (054) Sexual intercourse during pregnancy and preterm labor: a scoping review of clinical associations. *The Journal of Sexual Medicine*, *22*(S1), qdaf068-050. https://doi.org/10.1093/jsxmed/qdaf068.050

Shahbazi, Z., Farshbaf-Khalili, A., Sattarzadeh, N., & Kamalifard, M. (2019). The effect of sexual counseling based on PLISSIT model on sexual function of pregnant women: a randomized controlled clinical trial. *International Journal of Women's Health and Reproduction Sciences*, *7*(3), 372-379. https://doi.org/10.15296/ijwhr.2019.61

Shakiba, M., Navaee, M., & Hassanzei, Y. (2020). The effect of motivational interviewing on attitude and practice about type of delivery in primigravid women requesting elective cesarean section referring to comprehensive health services centers. *Journal of Education and Health Promotion*, *9*(1), 37. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_503_19

Simo, J. H., Foumane, P., Meka, N. U. E., Dohbit, J. S., Essiben, F., & Mboudou, E. T. (2020). The impact of sexual activity during the third trimester of pregnancy on labor outcome in nulliparous women. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology, 9*(4), 1442-1448. https://doi.org/10.18203/2320-1770.ijrcog20201202

Skodic-Zaksek, T. (2015). *Sexual activity during pregnancy in childbirth and after childbirth. in Sexology in Midwifery*. InTech. https://doi.org/10.5772/59496

Staruch, M., Kucharczyk, A., Zawadzka, K., Wielgos, M., & Szymusik, I. (2016). Sexual activity during pregnancy. *Neuro Endocrinology Letters, 37*(1), 53–58.

Stevens, J., Lutz, R., Osuagwu, N., Rotz, D., & Goesling, B. (2017). A randomized trial of motivational interviewing and facilitated contraceptive access to prevent rapid repeat pregnancy among adolescent mothers. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, *217*(4), 423.e1-423.e9. https://doi.org/10.1016/j.ajog.2017.06.010

Suire, K. B., Kavookjian, J., Feiss, R., & Wadsworth, D. D. (2021). Motivational interviewing for weight management among women: A meta-analysis and systematic review of RCTs. *International Journal of Behavioral Medicine*, *28*(4), 403-416. https://doi.org/10.1007/s12529-020-09934-0

Symonds, T., Boolell, M., & Quırk, F. (2005). Development of questionnaire on sexual quality of life in women. *Journal of Sex and Marital Therapy*, *31*(5), 385-397. https://doi.org/10.1080/00926230591006502

Şahin, S., & Kömürcü, N. (2008). Gebeliğin cinsel yaşam üzerine etkileri. *Kadın Cinsel Sağlığı, Hemşire Çalışma Grubu* içinde (ss. 168-171).

Şentürk-Erenel, A., Eroglu, K., Vural, G., & Dilbaz, B. (2011). A pilot study: In what ways do women in Turkey experience a change in their sexuality during pregnancy? *Sexuality and Disability*, *29*(3), 207–216. https://doi.org/10.1007/s11195-011-9200-1

Şentürk-Erenel, A., Pelit Aksu, S., & Koç, G. (2022). Gebeliğin kadın cinsel fonksiyonu üzerine etkileri. *Gazi Sağlık Bilimleri Dergisi*, *7*(2), 47-56. https://doi.org/10.52881/gsbdergi.988131

Şolt-Kırca, A., & Dagli, E. (2023). Sexual attitudes and sexual functions during pregnancy: A comparative study. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology: X*, *19*, 100215. https://doi.org/10.1016/j.eurox.2023.100215

Tabachnick, B.G., & Fidell, L.S. (2007). *Using multivariate statistics*. 5th ed. Boston (MA): Allyn & Bacon.

Taştekin-Ouyaba, A., & İnfal-Kesim, S. (2023). The prevalence of sexual dysfunctions in pregnant women and the correlated factors: a systematic review and meta-analysis. *The Journal of Sexual Medicine, 20*(4), 475–487. https://doi.org/10.1093/jsxmed/qdad002

Tavares, I. M., Rosen, N. O., Heiman, J. R., & Nobre, P. J. (2024). Longitudinal associations between relational and sexual well-being in couples transitioning to parenthood. *Family Process*, *63*(1), 192-209. https://doi.org/10.1111/famp.12859

Taylor, B. (2006). Using the extended PLISSIT model to address sexual healthcare needs. *Nursing Standard*, *21*(11), 35-40. https://doi.org/10.7748/ns2006.11.21.11.35.c6382

Taylor, B., & Davis, S. (2006). The extended PLISSIT model for addressing the sexual wellbeing of individuals with an acquired disability or chronic illness. *Sexuality and Disability, 25*(3), 135–139. https://doi.org/10.1007/s11195-007-9044-x

Taylor, T. F. (2013). The origins of human sexual culture: Sex, gender and social control. In M. R. Kauth (Ed.), *Handbook of the evolution of human sexuality* (pp. 69-105). Routledge.

Thapa, B., Maskey Pradhan, S., Maharjan, M., Pandey, A., Sen, K., Karki, S., Pudasaini, P., & Tiwari, A. (2023). Sexual intercourse during pregnancy among postpartum women admitted to the department of obstetrics in a tertiary care centre. *Journal of the Nepal Medical Association, 61*(266), 798-802. https://doi.org/10.31729/jnma.8233

Toates, F. (2009). An integrative theoretical framework for understanding sexual arousal, motivation, and behavior. *Journal of Sex Research, 46*, 168-193. https://doi.org/10.1080/00224490902747768

Topatan, S., & Koç, E. (2020). Gebelik döneminde yaşanan kadın cinsel sıkıntı durumu ve ilişkili faktörler. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi*, *34*(1), 13-19.

Tosun-Güleroğlu, F., & Gördeleş-Beşer, N. (2014). Evaluation of sexual functions of the pregnant women. *The Journal of Sexual Medicine, 11*(1), 146–153. https://doi.org/10.1111/jsm.12347

Tuğut, N., & Gölbaşı, Z. (2014). Cinselliğin değerlendirilmesi: Hemşireler için öneriler ve klinik stratejiler. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, *11*(2), 59-64.

Tuncer, M., & Oskay, Ü. Y. (2022). Sexual counseling with the PLISSIT model: a systematic review. *Journal of Sex and Marital Therapy*, *48*(3), 309-318. https://doi.org/10.1080/0092623X.2021.1998270

Ulusoy, M. F., & Uçar, H. (2002). *Sağlık alanında araştırma etiği*. 72 Tasarım Ltd. Şti.

Unal-Cevik, I., Sarioglu-Ay, S., & Evcik, D. A. (2010). Comparison of the DN4 and LANSS questionnaires in the assessment of neuropathic pain: validity and reliability of the Turkish version of DN4. *Journal of Pain*, *11*(11), 1129-1135. https://doi.org/10.1016/j.jpain.2010.02.003

Uslu, E., İnfal, S., & Ulusoy, M. N. (2016). Cinsel sorunların çözümünde PLISSIT modelinin etkisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, *8*(1), 52-63. https://doi.org/10.18863/pgy.51356

Ventriglio, A., & Bhugra, D. (2019). Sexuality in the 21st Century: sexualfluidity. *East Asian Archives of Psychiatry*, *29*(1), 30–34.

World Health Organization. (2014). Sexual health. https://www.who.int/health-topics/sexual-health#tab=tab_1

World Health Organization. (2006). Defining sexual health: Report of a technical consultation on sexual health, 28–31 January 2002. Geneva, World Health Organization.

World Health Organization. (2024). Sexual health-Overview. https://www.who.int/healthtopics/sexual-health#tab=tab_

Yangın, H. B., & Eroglu, K. (2011). Investigation of the sexual behavior of pregnant women residing in squatter neighborhoods in southwestern Turkey: A qualitative study. *Journal Of Sex & Marital Therapy*, *37*(3), 190-205. https://doi.org/10.1080/0092623X.2011.564511

Yeşildağ, B., & Gölbaşı, Z. (2024). Effects of the web-based birth preparation programme and motivational interviews on primigravida women: Randomized-controlled study. *International Journal of Nursing Practice*, *30*(1), e13207. https://doi.org/10.1111/ijn.13207

Yeung, J., & Pauls, R. N. (2016). Anatomy of the vulva and the female sexual response. *Obstetrics and Gynecology Clinics*, *43*(1), 27-44. https://doi.org/10.1016/j.ogc.2015.10.011

Yılmaz, B. K., & Meydan, B. N. (2025). Evaluation of sexual life according to pregnancy trimesters. *Acibadem Saglik Bilimleri Dergisi*, *16*(1), 57-62. https://doi.org/10.31067/acusaglik.1489968

Yılmaz, Z. D. K., Yilmaz, T., & Tokman, E. (2023). Views of healthcare professionals on gender roles: A qualitative study. *Heliyon*, *9*(8), e18576. https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e18576

Yılmaz Sezer, N., & Şentürk Erenel, A. (2021). Development of an attitude scale toward sexuality during pregnancy. *Journal of Sex and Marital Therapy* 47 (5), 492–507. https://doi.org/10.1080/0092623X.2021.1911892

Yo, Y., Kawasaki, K., Moriuchi, K., Shiro, R., Shimaoka, M., & Matsumura, N. (2023). The effect of sexual ıntercourse during pregnancy on preterm birth: prospective single-center cohort study in Japan. *Healthcare*, *11*(11), 1657. https://doi.org/10.3390/healthcare11111657

Zagefka, H., Houston, D., Duff, L., & Moftizadeh, N. (2021). Combining motherhood and work: Effects of dual identity and identity conflict on well-being. *Journal of Child and Family Studies, 30*(10), 2452-2460. https://doi.org/10.1007/s10826-021-02070-7

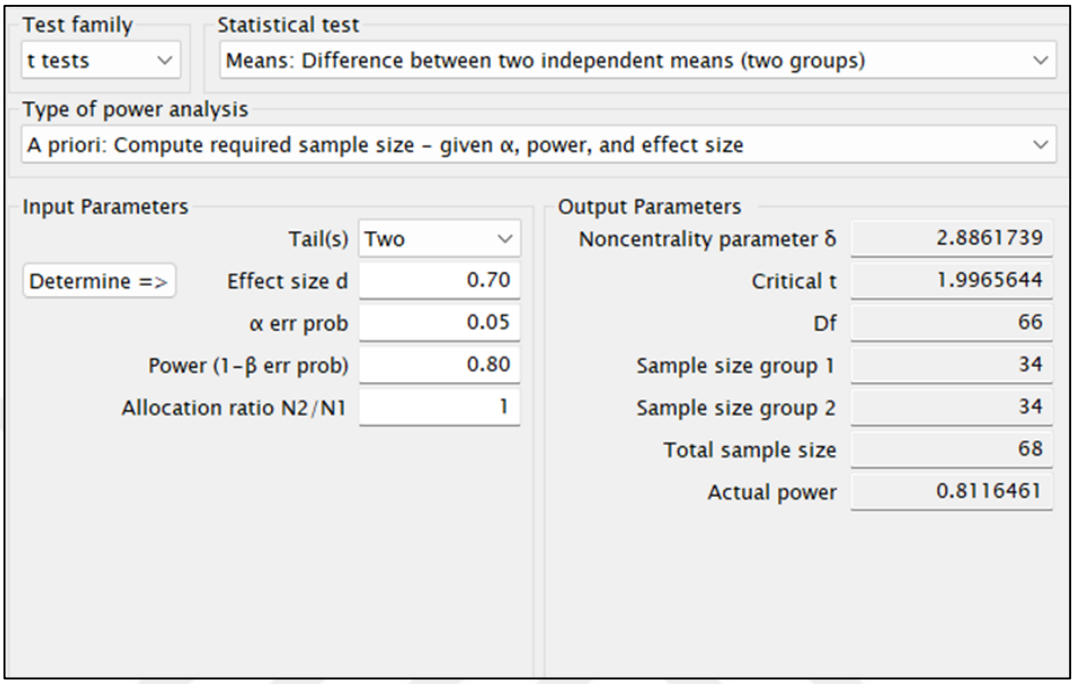
Zeren, F., & Gürsoy, E. (2018). Neden cinsel sağlık eğitimi?. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, *8*(1), 29-33.

Ziaei, T., Keramat, A., Kharaghani, R., Haseli, A., & Ahmadnia, E. (2022). Comparing the effect of extended PLISSIT model and group counseling on sexual function and satisfaction of pregnant women: a randomized clinical trial. *Journal of Caring Sciences, 11*(1), 7–14. https://doi.org/10.34172/jcs.2022.06

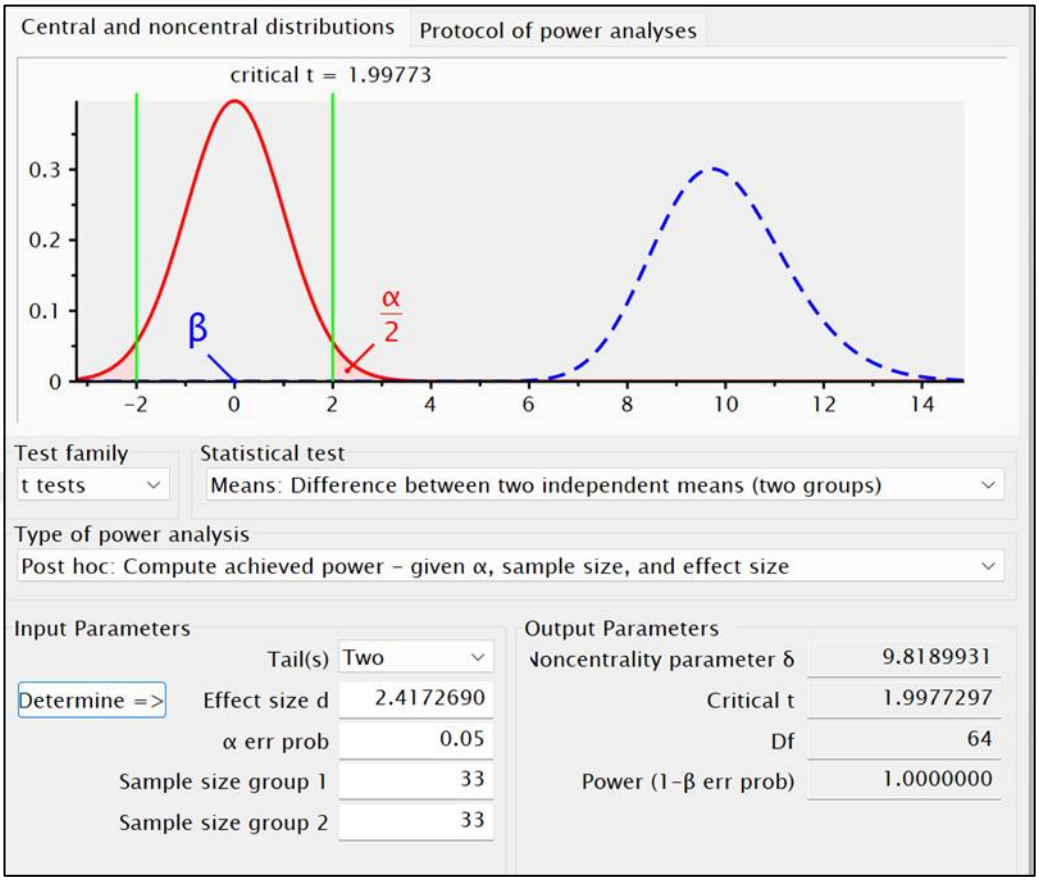
Zlatkin, R., & Rosen, H. (2022). Sex in the second and third trimesters. In D. Farine, & P. Tobías-González (Eds.), *Sex and pregnancy: from evidence-based medicine to Dr Google* (pp. 77-91). Cambridge University Press.

8. EKLER

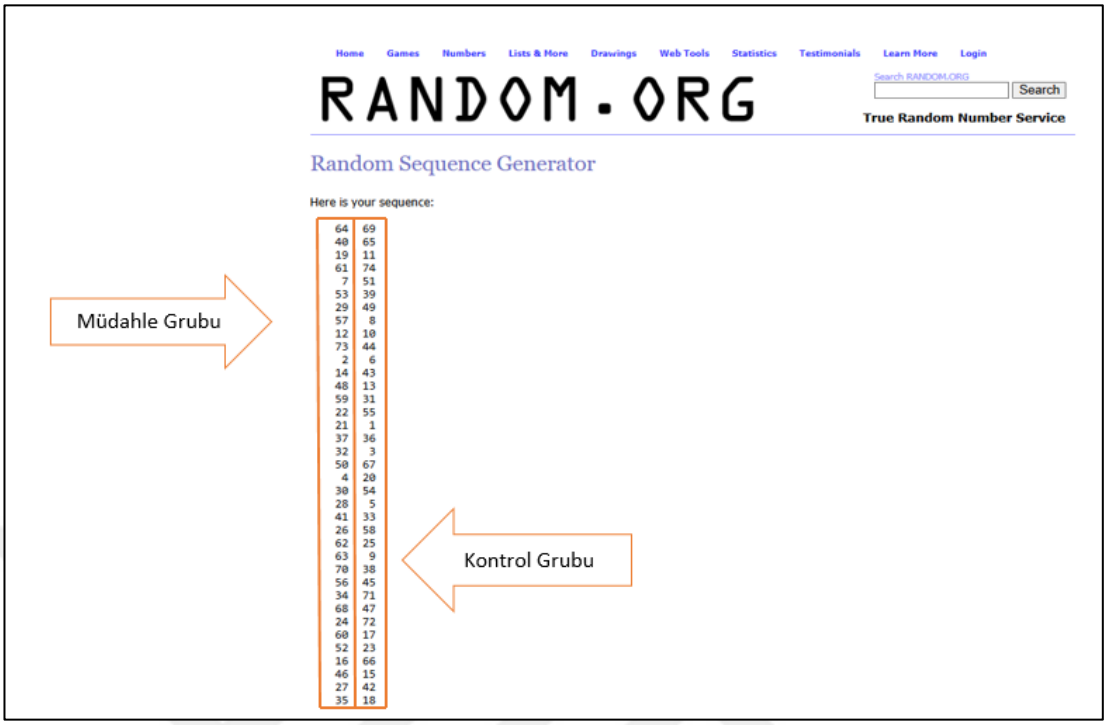
Ek-1. Örneklem Büyüklüğü İçin Yapılan Güç Analizi (power analizi)



Ek-2. Araştırmanın Gücünü Belirlemek İçin Yapılan Güç Analizi (Post hoc analizi)



Ek-3. Müdahale ve Kontrol Gruplarının Randomizasyonu



Ek-4. Randomize Bir Çalışmanın Raporlanmasında Dahil Edilecek CONSORT 2025 Bilgi Kontrol Listesi

Bölüm/başlık	Madde No	Kontrol Listesi	Maddesi Bildirilen Sayfa Numarası
Başlık ve özet	1a	Çalışmanın randomize bir çalışma olarak tanımlama	27,30
	1b	Çalışma dizaynı, yöntemler, bulgular ve sonuçlarının yapılandırılmış özeti	AYBÜ Sağ. Bil. Ens. Tez yazım kılavuzunda yapılandırılmamış özet istenmektedir.
Kayıt	2	Çalışma kaydının ismi, kayıt numarası ve kayıt tarihi	NCT06862011
Protokol ve istatiksel analiz planı	3	Çalışma protokolü ve istatistiksel analiz planına nereden erişilebilir	https://www.clinicaltrials.gov/
Veri paylaşımı	4	Tanımlayıcılardan arındırılmış katılımcı verileri, istatistiksel kodlar ve materyallere nereden ve nasıl erişilebilir	-
Finansman ve Çıkar Çatışmaları	5a	Fon kaynakları ve diğer destekler (ilaçların sağlanması gibi), fon sağlayıcıların rolleri	-
	5b	Yazarların finansal veya diğer çıkar çatışmaları	-
Giriş			
	6	Bilimsel arka plan ve gerekçenin açıklanması	1-4
	7	Özgül amaçlar veya hipotezler	5
Yöntem			
Katılımcılar	8	Katılımcıların çalışma tasarımı, yürütümü ve raporlamasına nasıl dahil edildiği	29
Çalışma tasarımı	9	Çalışma tasarımının tanımı, tahsis oranı ve çalışma çerçevesi	27
Protokol değişiklikleri	10	Çalışma başladıktan sonra yapılan önemli değişiklikler ve nedenleri	-
Çalışma ortamı	11	Çalışmanın yürütüldüğü ortamlar ve coğrafi konumlar	28
Dahil Edilme Kriterleri	12a	Katılımcı dahil edilme kriterleri	29
	12b	Uygun olduğunda, çalışma merkezleri ve müdahaleyi uygulayan kişiler için dahil edilme kriterleri	29
Müdahale	13	Müdahalenin tekrara imkân tanıyacak ayrıntılarla açıklanması ve ek materyal varsa erişim bilgileri	https://www.clinicaltrials.gov/
Sonuçlar	14	Önceden belirlenmiş birincil ve ikincil sonuçlar (ölçüm değişkeni, analiz metriği, toplulaştırma yöntemi ve zaman noktalarıyla birlikte)	-
Zararlar	15	Zararların nasıl tanımlandığı ve değerlendirildiği	-
Örneklem büyüklüğü	16a	Örneklem büyüklüğünün nasıl hesaplandığı ve kullanılan varsayımlar	28
	16b	Ara analizler ve durdurma kurallarının açıklanması	-
Randomizasyon Dizi oluşturma	17a	Rastgele tahsis dizisini kimin oluşturduğu ve kullanılan yöntem	30
	17b	Rastgeleleştirme tipi ve varsa kısıtlamalar (ör. bloklama, tabakalaştırma, blok boyutu)	30

Ek -4. (devam) Randomize Bir Çalışmanın Raporlanmasında Dahil Edilecek CONSORT 2025 Bilgi Kontrol Listesi

Bölüm/başlık	Madde No	Kontrol Listesi	Maddesi Bildirilen Sayfa Numarası
Randomizasyon –Tahsis Gizleme Mekanizması	18	Tahsis dizisinin nasıl uygulandığı (ör. merkezi bilgisayar, numaralandırılmış opak zarflar) ve gizleme için alınan önlemler	30
Randomizasyon-Uygulama	19	Katılımcıları kaydeden ve müdahalelere atayan kişilerin tahsis dizisine erişimi olup olmadığı	30
Körleme	20a	Müdahaleye atamadan sonra kimlerin körlendiği (katılımcılar, bakım verenler, sonuç değerlendiriciler, veri analistleri)	30
	20b	Körlemenin nasıl sağlandığı ve müdahalelerin benzerliğinin açıklaması	30
İstatistiksel Yöntemler	21a	Birincil ve ikincil sonuçlarda (zararlar dahil) grupların karşılaştırılmasında kullanılan istatistiksel yöntemler	43
	21b	Her analize kimlerin dahil edildiğinin tanımı ve hangi grupta analiz edildiği	-
	21c	Kayıp verilerin analizde nasıl ele alındığı	28, 91
	21d	Yapılan ek analizler (alt grup, duyarlılık analizleri) ve önceden planlanmış olup olmadığının belirtilmesi	
Bulgular			
Katılımcı Akışı	22a	Her grup için rastgele atanma, müdahaleyi alma ve birincil sonuç analizine dahil edilen katılımcı sayıları	
	22b	Randomizasyon sonrası kayıplar ve dışlamalar ile gerekçeleri	28, 42
Çalışmaya alım	23a	Çalışmaya alım ve izleme sürelerini tanımlayan tarihler	28
	23b	Çalışmanın neden sonlandığı veya durdurulduğu	28
Müdahalenin uygulanışı	24a	Müdahalenin nasıl uygulandığı; kim tarafından uygulandığı; bağlılık ve uygulama sadakati	30
	24b	Çalışma boyunca grupların aldığı ek bakım	-
Temel Verileri	25	Gruplara göre temel demografik ve klinik özelliklerin tablosu	45-47
Analiz Edilen Sayılar, Sonuçlar ve Etki Büyüklüğü	26	Her sonuç için grup bazında: analize dahil edilen katılımcı sayısı, veri mevcutluğu, grup sonuçları, etki büyüklüğü ve güven aralığı; ikili sonuçlar için mutlak ve göreceli etki ölçütleri	45-59
zararlar	27	Her grupta tüm zararlar veya istenmeyen olaylar	-
Ek analizler	28	Yapılan diğer analizler (alt grup, duyarlılık), önceden belirlenmiş olup olmadığı	-
Tartışma			
Yorum	29	Sonuçlarla tutarlı bir yorum, yarar-zarar dengesi ve diğer kanıtların dikkate alınması	60-68
Sınırlılıklar	30	Çalışmanın potansiyel yanlılık kaynakları, belirsizlik, genellenebilirlik ve (varsa) çoklu analizlerin etkileri	30

Ek-5. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri Soru Formu (DEKSF)

ARAŞTIRMAYA DAHİL EDİLME KRİTERLERİ SORU FORMU		
Bu form araştırmaya katılımınızın uygunluğunu belirlemeye yöneliktir. Lütfen aşağıdaki bilgileri eksiksiz olarak doldurunuz.		
Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri (Hepsi evet olduğunda araştırmaya dahil edilir)		
	EVET	**HAYIR**
1. 19 yaşından büyük müsünüz?		
2. İlk gebeliğiniz mi?		
3. Gebeliğiniz 8-16. Haftalar arasında mı?		
4. Cinsel partneriniz var mı?		
5. Cinsel yönden aktif misiniz?		
6. Çalışmaya katılmak ister misiniz?		
Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri (Herhangi biri evet olduğunda araştırmaya dahil edilmez)		
	EVET	**HAYIR**
7. Herhangi bir iletişim probleminiz var mı?		
8. **Gebelikte koitusun (cinsel birleşme) kısıtlanmasının gerekli olduğu herhangi bir riskli durumunuz** (vajinal kanama, tekrarlayan düşükler, servikal yetmezlik, fetal kayıp öyküsü, genital enfeksiyon, eşte tanı konmuş cinsel yolla bulaşan enfeksiyon (CYBE) varlığı, çoğul gebelikler.) **var mı?**		
9. **Bebeğinizin sağlığı ile ilgili herhangi bir sorununuz** (fetal anomali, intrauterin gelişme geriliği.) **var mı?**		
10. Herhangi bir cinsel sağlık danışmanlığı aldınız mı?		
11. Düşük deneyiminiz oldu mu?		
12. İnfertilite tedavisi oldunuz mu?		

Ek-6. Kişisel Bilgi Formu

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Bu form sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerinizi belirlemeye yöneliktir. Lütfen aşağıdaki bilgileri eksiksiz olarak doldurunuz.

1. **1. Yaşınız?.....**
2. **Eşinizin Yaşı……**
3. **Eğitim durumunuz nedir?**
   - Okuryazar
   - İlköğretim
   - Ortaokul
   - Lise
   - Yüksekokul üniversite
4. **Eşinizin eğitim durumu nedir?**
   - Okuryazar
   - İlköğretim
   - Ortaokul
   - Lise
   - Yüksekokul üniversite
5. **Gelir durumunuzu nasıl algılıyorsunuz?**
   - Gelirimiz ve giderimize denk
   - Gelirimiz giderimizden düşük
   - Gelirimizin giderimizden fazla
6. **Aile türünüz nedir?**
   - Geniş aile
   - Çekirdek aile
   - Diğer
7. **Çalışıyor musunuz?**
   - Evet
   - Hayır
8. **Eşiniz çalışıyor mu?**
   - Evet
   - Hayır
9. **Kaç yaşında evlendiniz?.....**
10. **. Gebelik haftanız……/hafta**
11. **İsteyerek mi gebe kaldınız?**
    - Evet
    - Hayır
12. **Gebelik sayınız:…….**
13. **Düşük/kürtaj sayınız……**
14. **Ölü doğum sayınız…….**
15. **Gebelikten önce cinsellikten aldığınız memnuniyeti 1-10 arasında değerlendirmenizi istersek kaç değerlendirirdiniz?**

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ek-7. Kadın Cinsel İşlev Ölçeği- (KCİÖ)

KADIN CİNSEL İŞLEV ÖLÇEĞİ-(FSFI)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ek-7. (devam) Kadın Cinsel İşlev Ölçeği- (KCİÖ)

KADIN CİNSEL İŞLEV ÖLÇEĞİ-(FSFI)
7. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite* veya cinsel ilişki sırasında hazneniz ne sıklıkla ıslandı / kayganlaştı?**
☐ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
☐ Hemen hemen her zaman
☐ Çoğu zaman (15 günden fazla)
☐ Bazen (15 günde)
☐ Birkaç kez (15 günden az)
☐ Hemen hemen hiç / hiçbir zaman
8. **Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite* veya cinsel ilişki** sırasında haznenizin ıslanması / kayganlaşmasındaki zorluk derecesi nasıldı?**
☐ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
☐ Çok çok zor veya imkansızdı
☐ Çok zordu
☐ Zordu
☐ Biraz zordu
☐ Hiç zorluk çekmedim
9. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite* veya cinsel ilişkiniz bitene kadar cinsel organınızın ıslaklığını / kayganlığını ne sıklıkta koruyabildiniz?**
☐ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
☐ Hemen hemen her zaman
☐ Çoğu zaman (15 günden fazla)
☐ Bazen (15 günde)
☐ Birkaç kez (15 günden az)
☐ Hemen hemen hiç / hiçbir zaman
10. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite* veya cinsel ilişkiniz bitene kadar haznenizin ıslaklığını / kayganlığını koruyabilme zorluğunuzun sıklığı neydi?**
☐ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
☐ Hemen hemen her zaman
☐ Çoğu zaman (15 günden fazla)
☐ Bazen (15 günde)
☐ Birkaç kez (15 günden az)
☐ Hemen hemen hiç / hiçbir zaman
11. Son 4 hafta içinde, cinsel uyarılma* veya cinsel ilişkide** ne sıklıkta orgazm**** oldunuz?**
☐ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
☐ Hemen hemen her zaman
☐ Çoğu zaman (15 günden fazla)
☐ Bazen (15 günde)
☐ Birkaç kez (15 günden az)
☐ Hemen hemen hiç / hiçbir zaman
12. Son 4 hafta içinde, cinsel uyarılma* veya cinsel ilişki** sırasında orgazma**** ulaşmak sizin için ne kadar zordu?**
☐ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
☐ Çok çok zordu / imkansızdı
☐ Çok zordu
☐ Zordu
☐ Biraz zordu
☐ Hiç zorluk çekmedim
13. Son 4 hafta içinde, cinsel uyarılma* veya cinsel ilişki** sırasında orgazma**** ulaşmanız ne kadar tatminkardı?**
☐ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
☐ Çok tatminkardı
☐ Genellikle tatminkardı
☐ Yarısında tatminkardı, yarısında tatminkar değildi
☐ Genellikle tatminkar değildi
☐ Hiç tatminkar değildi

Ek-7. (devam) Kadın Cinsel İşlev Ölçeği- (KCİÖ)

KADIN CİNSEL İŞLEV ÖLÇEĞİ-(FSFI)

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

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- Çok tatminkardı
- Genellikle tatminkardı
- Yarısında tatminkardı, yarısında tatminkar değildi
- Genellikle tatminkar değildi
- Hiç tatminkar değildi

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

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- Çok tatminkardı
- Genellikle tatminkardı
- Yarısında tatminkardı, yarısında tatminkar değildi
- Genellikle tatminkar değildi
- Hiç tatminkar değildi

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

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- Çok tatminkardı
- Genellikle tatminkardı
- Yarısında tatminkardı, yarısında tatminkar değildi
- Genellikle tatminkar değildi
- Hiç tatminkar değildi

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

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

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

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

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

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

Ek-8. Cinsel Öz-Yeterlik Ölçeği (CÖYÖ)

CİNSEL ÖZ-YETERLİK ÖLÇEĞİ (CÖYÖ)

Değerli Katılımcı,
Aşağıda "Cinsel Öz Yeterlik Ölçeği" yer almaktadır. Sizden istenen her bir maddede size uyan tek bir seçeneği işaretlemenizdir. Sorulan soruyu 1-8 arasında değerlendirmenizi istiyoruz.

1: Kesinlikle katılmıyorum
2: Kesinlikle katılıyorum

Sonuçlar yalnızca araştırma amacıyla kullanılacaktır. Lütfen tüm sorulara cevap veriniz. Teşekkür ederiz.

1 2 3 4 5 6 7 8
Kesinlikle Katılmıyorum Kesinlikle Katılıyorum

		1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**
1	İstemediğim cinsel yaklaşımlarla karşılaştığımda, kontrolün tamamen bende olduğuna inanırım.								
2	İstemediğim cinsel yaklaşımlarla/ İlişkilerle rahatlıkla başa çıkabilirim								
3	İstemediğim cinsel yaklaşımlara karşı kontrolüm yoktur.								
4	İstemediğim cinsel yaklaşımları/ilişkileri engellemek için yeterince iyi başa çıkmam.								
5	İstemediğim cinsel yaklaşımlarla/ ilişkilerle başa çıkmak için kullandığım yöntemlerime güvenirim								

Ek-9. Gebelikte Cinselliğe Karşı Tutum Ölçeği (GCKTÖ)

GEBELİKTE CİNSELLİĞE KARŞI TUTUM ÖLÇEĞİ (GCKTÖ)

Değerli Katılımcı,

Aşağıda gebe kadınlar ve eşleri için hazırlanmış "Gebelikte Cinselliğe Karşı Tutum Ölçeği" yer almaktadır. Bu ölçek sizlerin *gebelikte cinsellik* konusundaki tutumunuzu belirlemek için hazırlanmıştır. Sonuçlar yalnızca araştırma amacıyla kullanılacaktır. Ölçekteki ifadeler size göre;

hiç uygun değilse	"Hiç katılmıyorum"
uygun değilse	"Katılmıyorum"
orta düzeyde uygunsa	"Orta Düzeyde Katılıyorum"
uygunsa	"Katılıyorum"
tamamen uygunsa	"Tamamen katılıyorum"

seçeneğini (X) koyarak işaretleyiniz. İfadelerde bahsi geçen "cinsel birleşme" ve "cinsel yakınlaşma" kavramlarının tanımları şu şekildedir.

Cinsel birleşme: Genellikle erkeğin sertleşmiş cinsel organı penisin, kadının vajinasının içine girmesini kapsayan, cinsel zevk ya da üreme amaçlı bedensel ilişkidir.

Cinsel yakınlık: Yalnızca cinsel ilişkide bulunmak demek değildir. Öpüşmek, dokunmak, sohbet etmek, sarılmak, okşamak, masaj yapmak, erotik öyküler okumak ya da şakalar yapmak, aşk, karşılıklı beğenme, birlikte olmaktan mutlu olma ve bu konuda hayaller kurma, yalnızca bakışma bile cinsel yakınlık ya da cinsel bir yaşantı anlamına gelir.

Cevaplarınızı verirken lütfen bu tanımları göz önünde bulundurunuz.

	Katılma Düzeyiniz				
	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 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.					

Ek-9. (devam) Gebelikte Cinselliğe Karşı Tutum Ölçeği (GCKTÖ)

	Katılma Düzeyiniz (Devamı)				
	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.					

Ek-10. Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçek-Kadın Formu

CİNSEL YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEK-KADIN FORMU						
Değerli Katılımcı, Bu ölçek sizin cinsel yaşam kalitesini belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Bu bilgileri alma süresi tahminen 15-20 dakika olacaktır. Aşağıdaki her bir maddeyi son dört hafta içindeki cinsel yaşamınızı düşünerek işaretleyiniz.						
	Katılma Düzeyiniz					
	1. Tamamen Katılıyorum	**2. Büyük Ölçüde Katılıyorum**	**3. Kısmen Katılıyorum**	**4. Kısmen Katılmıyorum**	**5. Büyük ölçüde Katılmıyorum**	**6. Hiç katılmıyorum**
1. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, hayatımın eğlenceli /zevkli bir parçası olduğunu düşünüyorum						
2. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, hayal kırıklığı hissediyorum.						
3. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, kendimi üzgün (depresif) hissediyorum.						
4. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, kendimi bir kadın olarak eksik hissediyorum.						
5. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, kendimi iyi hissediyorum.						
6. Cinsel bir eş olarak kendime güvenimi yitirdim.						
7.Cinsel yaşamımı düşündüğümde, sıkıntı hissediyorum.						
8. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, kızgınlık hissediyorum.						
9. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, eşime yakın olduğumu hissediyorum						
10. Cinsel yaşamımın geleceği hakkında endişeleniyorum.						
11. Cinsel ilişkiden zevk almıyorum.						
12. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, utanıyorum.						
13. Cinsel konularla ilgili eşimle konuşabileceğimi düşünüyorum.						
14. Cinsel ilişkiden kaçınıyorum.						
15. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, suçluluk hissediyorum.						
16. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, eşimin rencide olmuş ya da reddedilmiş hissetmesinden endişeleniyorum.						
17. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, bir şeyleri kaybetmiş gibi hissediyorum.						
18.Cinsel yaşamımı düşündüğümde, cinsel ilişki sıklığından memnunum.						

Ek-11. Motivasyonel Görüşme Teknikleri Eğitim Sertifikası



Belge / Doc No: 2022-MG-00046

BAŞKENT PSİKOLOJİ ATÖLYESİ

Kimlik / ID No: 20549499608

Motivasyonel Görüşme Teknikleri | Motivational Interviewing Techniques

Eğitim Sertifikası

Certificate of Participation

Özlem Seymen

Başkent Psikoloji Atölyesi ve Ruh Sağlığı Akademisi işbirliği ile 1-3 Haziran 2022 tarihleri arasında gerçekleştirilen 9 Saatlik "Motivasyonel Görüşme Teknikleri" uygulayıcı eğitim programını tamamlayarak bu belgeyi almaya hak kazanmıştır.

The recipient of this certificate has received this document as an acknowledgement of their participation to 9-hour training programme of the "Motivational Interviewing Techniques" was held from 1st June to 3th of June 2022 in cooperation with Başkent Psikoloji Atölyesi and Ruh Sağlığı Akademisi.

01.06.2022 - 03.06.2022

TARİH/DATE

BPA Eğitim Koordinatörü
BPA Training Coordinator

ruh sağlığı|akademisi

Prof. Dr. Kültegin Ögel
Eğitmen / Trainer

Ek-12. Üreme ve Cinsel Sağlık Modüler Eğitimi Sertifikası



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Ankara İl Sağlık Müdürlüğü

TC Sağlık Bakanlığı

Tarih : 12/02/2018
Sertifika No:06-714

ÜREME VE CİNSEL SAĞLIK MODÜLER EĞİTİMİ
SERTİFİKASI

Sayın; Hemşire Özlem KAYABAŞI

Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı tarafından yürütülen,
Üreme Sağlığı Hizmet içi Eğitim Programı kapsamında,
Ankara ili 9 Nolu Üreme Sağlığı Bölgesel Eğitim Merkezinde 06/11/2017- 24/11/201
tarihleri arasında gerçekleştirilen 15 iş günü **"Üreme ve Cinsel Sağlık Modüler Eğitimi"**ni
başarı ile tamamlayarak bu sertifikayı almaya hak kazanmıştır.

Dr. Adem KUCUR
Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanı

Prof. Dr. Özkan ÜNAL
İl Sağlık Müdürü

Ek-13. Cinsel Danışmanlık Sertifikası



Ek-14. Cinsel Sağlık Hemşireliği ve Cinsel Danışmanlık Eğitimi Sertifikası



HEMŞİRELİK CİNSEL SAĞLIK EĞİTİM VE DANIŞMANLIK DERNEĞİ (HECEDER)

SEXUAL HEALTH EDUCATION AND COUNSELING ASSOCIATION OF NURSING (SHECAN)

2024

Özlem Seymen

Hemşirelik Cinsel Sağlık Eğitim ve Danışmanlık Derneği (HECEDER) tarafından **18.05.2024 - 19.05.2024** tarihleri arasında düzenlenen 2 günlük (20 saatlik) **CİNSEL SAĞLIK HEMŞİRELİĞİ VE CİNSEL DANIŞMANLIK EĞİTİMİ** 'nin tüm teorik ve pratik çalışmalarını başarıyla tamamlamış, **HECEDER** standartlarında gerekli bilimsel yeterliliği göstermiş, ruh sağlığı ve cinsel sağlık bilimi alanında faaliyet gösteren uluslararası ve ulusal tüm kurum ve kuruluşların etik kurallarında belirtilen mesleki davranış ilkelerine bağlı kalmayı ve faaliyet göstereceği ülkenin kanunlarına uygun davranmayı taahhüt ederek, mezun olduğu lisans eğitiminin tanıdığı tüm hak ve yetkileri kullanırken faydalanmak üzere **"CİNSEL SAĞLIK HEMŞİRELİĞİ VE CİNSEL DANIŞMANLIK EĞİTİMİ KATILIM BELGESİ"** almaya hak kazanmıştır.

Has completed all the theoretical and practical studies of 2 days (20 hours) of **SEXUAL HEALTH NURSING AND SEXUAL COUNSELING TRAINING** organized by **SEXUAL HEALTH EDUCATION AND COUNSELING ASSOCIATION OF NURSING (HECEDER)** between **18.05.2024 - 19.05.2024**, has demonstrated the required scientific knowledge and professional competencies in line with **HECEDER** standards, has committed to adhere to the principles of professional conduct stated in the ethical rules of all international and national institutions and organizations operating in the field of mental health and sexual health science and to comply with the laws of the country of practice, is hereby considered qualified to receive **"SEXUAL HEALTH NURSING AND SEXUAL COUNSELING TRAINING PARTICIPATION CERTIFICATE"** in order to benefit from all the rights and authorizations given by the laws.

Prof. Dr. Nuriye Büyükkayacı Duman

HECEDER BAŞKANI

Ek-15. Gebelikte Cinsel Yaşam Rehberi



Ek-15. (devam) Gebelikte Cinsel Yaşam Rehberi

ÖNSÖZ

Değerli Kadınlar;

Sizler için özel olarak hazırladığımız bu kitapçık, gebelik sürecinde sağlıklı bir cinsel yaşamı desteklemeye, bilgi eksikliğinizin giderilmesine, yanlış bilgilerin ve inançların düzeltilmesine, var olan ya da ilerde olabilecek cinsel sorunlarınızın çözümünde size destek olacağına ve cinsel yaşantınızın daha iyi olmasına katkıda bulunacağına inanıyoruz. Cinsel sorunların üstesinden gelmek için bilgi sahibi olmak, sağlıklı bir cinsel yaşamı sürdürmek için önemli bir adımdır. Gebelik döneminde cinsel sağlıkla ilgili eksik bilgiler veya yanlış inançlar, birçok kadının yaşadığı bir durumdur. Bu kitapçık, bu tür eksiklikleri ve yanlış anlamaları gidermek için hazırlanmıştır. Doğru bilgiye erişim sağlayarak, cinsel sağlığınızı korumanıza ve gebelik sürecinde daha bilinçli bir şekilde hareket etmenize yardımcı olmayı hedeflemekteyiz. Sağlıklı bir gebelik dönemi ve memnuniyet verici bir cinsel yaşam için, bu kitapçığı bir kaynak olarak kullanmanızı ve içindeki bilgilerden en iyi şekilde faydalanmanızı umuyoruz.

Bu el kitabı, gebelik sürecinde sağlıklı cinsel yaşamla ilgili önemli bilgiler içermektedir. "Gebelikte Cinsel Yaşam Rehberi" Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Doktora Programı'na kayıtlı Özlem SEYMEN tarafından, Prof. Dr. Sena KAPLAN ve Doç.Dr. İlknur Münevver GÖNENÇ danışmanlığında yürütülen "Primipar Gebelere Motivasyonel Görüşmeyle Desteklenen PLISSIT Modeline Göre Yapılandırılmış Cinsel Sağlık Danışmanlığının Değerlendirilmesi" başlıklı doktora tezi kapsamında hazırlanmıştır.

İletişim Bilgileri:

Öğr.Gör.Özlem SEYMEN; Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Erbaa Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Adres: Gaziosmanpaşa Mahallesi, Alişan Diktaş Caddesi, No:26 Erbaa-TOKAT

E-posta:

Telefon:

Ek-15. (devam) Gebelikte Cinsel Yaşam Rehberi

İÇİNDEKİLER

MODÜL 1: CİNSEL SAĞLIĞA İLİŞKİN TEMEL KAVRAMLAR 3

MODÜL 2: ÜREME SİSTEMİ.....8

MODÜL 3: GEBELİĞİN OLUŞUMU 12

MODÜL 4: GEBELİKTE OLUŞAN DEĞİŞİKLİKLER 14

- Genital Organlara İlişkin Değişiklikler 14
- Perine, Vulva ve Vajendeki Değişiklikler 14
- Serviksteki Değişiklikler 14
- Uterustaki Değişiklikler 14
- Kas-İskelet ve Cilt-Karın Duvarındaki Değişiklikler 15
- Memelerdeki Değişiklikler 15
- Metabolik Değişiklikler 16
- Kardiyovasküler Sistemdeki Değişiklikler.....17
- Sindirim Sistemindeki Değişiklikler 17
- Üriner Sistemdeki Değişiklikler 17
- Gebelikteki Psikolojik Değişiklikler 18

MODÜL 5: KADINDA CİNSEL YANIT DÖNGÜSÜ.....19

MODÜL 6: GEBELİKTE TRİMESTERLERE GÖRE CİNSELLİĞİ ETKİLEYEN DEĞİŞİMLER.....20

MODÜL 7: GEBELİKTE CİNSEL YAŞAM 23

KAYNAKLAR.....34

Ek-16. Gebelikte Cinsel Yaşam Rehberi- Özel Öneriler



Ek-16. (devam) Gebelikte Cinsel Yaşam Rehberi- Özel Öneriler

ÖNSÖZ

Değerli Kadınlar;

Bu el kitabı: "Gebelikte Cinsel Yaşam Rehberi"nin devamı niteliğinde olup, gebelik sürecinde yaşanan cinsel sorunlara yönelik özel öneriler sunmak için hazırlanmıştır. Gebelik süreci, hem bedensel hem de duygusal birçok değişimi beraberinde getirir. Bu rehber, gebelikte ortaya çıkabilecek cinsel sorunlara dair farkındalık kazandırmak ve çiftlerin bu dönemi daha sağlıklı ve mutlu bir şekilde geçirmelerine destek olmak amacıyla hazırlanmıştır. Özel öneriler, hem fiziksel hem de duygusal yakınlığınızı artırmayı hedeflemektedir.

Bu el kitabı, gebelik sürecinde sağlıklı cinsel yaşamla ilgili özel önerileri içermektedir. "Gebelikte Cinsel Yaşam Rehberi-Özel Öneriler" Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Doktora Programı'na kayıtlı Özlem SEYMEN tarafından, Prof. Dr. Sena KAPLAN ve Doç.Dr. İlknur Münevver GÖNENÇ danışmanlığında yürütülen "Primipar Gebelere Motivasyonel Görüşmeyle Desteklenen PLISSIT Modeline Göre Yapılandırılmış Cinsel Sağlık Danışmanlığının Değerlendirilmesi" başlıklı doktora tezi kapsamında hazırlanmıştır.

İletişim Bilgileri:

Öğr.Gör.Özlem SEYMEN; Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Erbaa Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Adres: Gaziosmanpaşa Mahallesi, Alişan Diktaş Caddesi, No:26 Erbaa-TOKAT

E-posta:

Telefon:

Ek-16. (devam) Gebelikte Cinsel Yaşam Rehberi- Özel Öneriler

8.MODÜL

Konu:

- Gebelikte yaşanabilecek cinsel sorunlara yönelik özel öneriler nelerdir?
- Cinsel İlgi/ uyarılma bozukluğuna yönelik yapılması gerekenler nelerdir?
- Orgazm (cinsel doyum) bozukluklarına/değişikliklerine yönelik yapılması gerekenler nelerdir?
- Hazne ve pelvik bölgede ağrıya yönelik yapılması gerekenler nelerdir?

Öğrenim Hedefleri:

Katılımcılara bu eğitimin sonunda;

Kadın gebelikte cinsel yaşama dair yaşanılan sorunlara yönelik özel önerileri bilir ve tartışabilir.

Ek-17. Cinsellik Günlüğü

Rumuz: **Tarih:**

CİNSELLİK GÜNLÜĞÜ

Lütfen bu günlüğü haftada bir düzenli olarak doldurunuz. Cinsel aktivite, cinsel istek, cinsel uyarılma, orgazm ve genel memnuniyetten aldığınız doyumu değerlendirmek için her bir alana (0: hiç doyum almadım 10: çok yüksek düzeyde doyum aldım) 0 ile 10 arasında numara veriniz.

Hiç doyum almadım. ⟷ **Çok yüksek düzeyde doyum aldım.**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

HAFTALAR		CİNSEL İLİŞKİYE GİRME SIKLIĞI						
		GÜNLER						
	GİRİLMEDİ	Pazartesi	Salı	Çarşamba	Perşembe	Cuma	Cumartesi	Pazar
1.HAFTA		Cinsel Aktivite: Cinsel İstek Cinsel Uyarılma: Orgazm: Genel Memnuniyet:	Cinsel Aktivite: Cinsel İstek Cinsel Uyarılma: Orgazm: Genel Memnuniyet:	Cinsel Aktivite: Cinsel İstek Cinsel Uyarılma: Orgazm: Genel Memnuniyet:	Cinsel Aktivite: Cinsel İstek Cinsel Uyarılma: Orgazm: Genel Memnuniyet:	Cinsel Aktivite: Cinsel İstek Cinsel Uyarılma: Orgazm: Genel Memnuniyet:	Cinsel Aktivite: Cinsel İstek Cinsel Uyarılma: Orgazm: Genel Memnuniyet:	Cinsel Aktivite: Cinsel İstek Cinsel Uyarılma: Orgazm: Genel Memnuniyet:
2.HAFTA		Cinsel Aktivite: Cinsel İstek Cinsel Uyarılma: Orgazm: Genel Memnuniyet: :	Cinsel Aktivite: Cinsel İstek Cinsel Uyarılma: Orgazm: Genel Memnuniyet:	Cinsel Aktivite: Cinsel İstek Cinsel Uyarılma: Orgazm: Genel Memnuniyet:	Cinsel Aktivite: Cinsel İstek Cinsel Uyarılma: Orgazm: Genel Memnuniyet:	Cinsel Aktivite: Cinsel İstek Cinsel Uyarılma: Orgazm: Genel Memnuniyet:	Cinsel Aktivite: Cinsel İstek Cinsel Uyarılma: Orgazm: Genel Memnuniyet:	Cinsel Aktivite: Cinsel İstek Cinsel Uyarılma: Orgazm: Genel Memnuniyet:
3.HAFTA		Cinsel Aktivite: Cinsel İstek Cinsel Uyarılma: Orgazm: Genel Memnuniyet:	Cinsel Aktivite: Cinsel İstek Cinsel Uyarılma: Orgazm: Genel Memnuniyet:	Cinsel Aktivite: Cinsel İstek Cinsel Uyarılma: Orgazm: Genel Memnuniyet:	Cinsel Aktivite: Cinsel İstek Cinsel Uyarılma: Orgazm: Genel Memnuniyet:	Cinsel Aktivite: Cinsel İstek Cinsel Uyarılma: Orgazm: Genel Memnuniyet:	Cinsel Aktivite: Cinsel İstek Cinsel Uyarılma: Orgazm: Genel Memnuniyet:	Cinsel Aktivite: Cinsel İstek Cinsel Uyarılma: Orgazm: Genel Memnuniyet:
4.HAFTA		Cinsel Aktivite: Cinsel İstek Cinsel Uyarılma: Orgazm: Genel Memnuniyet:	Cinsel Aktivite: Cinsel İstek Cinsel Uyarılma: Orgazm: Genel Memnuniyet:	Cinsel Aktivite: Cinsel İstek Cinsel Uyarılma: Orgazm: Genel Memnuniyet:	Cinsel Aktivite: Cinsel İstek Cinsel Uyarılma: Orgazm: Genel Memnuniyet:	Cinsel Aktivite: Cinsel İstek Cinsel Uyarılma: Orgazm: Genel Memnuniyet:	Cinsel Aktivite: Cinsel İstek Cinsel Uyarılma: Orgazm: Genel Memnuniyet:	Cinsel Aktivite: Cinsel İstek Cinsel Uyarılma: Orgazm: Genel Memnuniyet:
5.HAFTA		Cinsel Aktivite: Cinsel İstek Cinsel Uyarılma: Orgazm: Genel Memnuniyet:	Cinsel Aktivite: Cinsel İstek Cinsel Uyarılma: Orgazm: Genel Memnuniyet:	Cinsel Aktivite: Cinsel İstek Cinsel Uyarılma: Orgazm: Genel Memnuniyet:	Cinsel Aktivite: Cinsel İstek Cinsel Uyarılma: Orgazm: Genel Memnuniyet:	Cinsel Aktivite: Cinsel İstek Cinsel Uyarılma: Orgazm: Genel Memnuniyet:	Cinsel Aktivite: Cinsel İstek Cinsel Uyarılma: Orgazm: Genel Memnuniyet:	Cinsel Aktivite: Cinsel İstek Cinsel Uyarılma: Orgazm: Genel Memnuniyet:
6.HAFTA		Cinsel Aktivite: Cinsel İstek Cinsel Uyarılma: Orgazm: Genel Memnuniyet:	Cinsel Aktivite: Cinsel İstek Cinsel Uyarılma: Orgazm: Genel Memnuniyet:	Cinsel Aktivite: Cinsel İstek Cinsel Uyarılma: Orgazm: Genel Memnuniyet:	Cinsel Aktivite: Cinsel İstek Cinsel Uyarılma: Orgazm: Genel Memnuniyet:	Cinsel Aktivite: Cinsel İstek Cinsel Uyarılma: Orgazm: Genel Memnuniyet:	Cinsel Aktivite: Cinsel İstek Cinsel Uyarılma: Orgazm: Genel Memnuniyet:	Cinsel Aktivite: Cinsel İstek Cinsel Uyarılma: Orgazm: Genel Memnuniyet:

Ek-18. Primipar Gebelere Motivasyonel Görüşmeyle Desteklenen Plissit Modeline Göre Yapılandırılmış Cinsel Sağlık Danışmanlığı Yönergesi

PRİMİPAR GEBELERE MOTİVASYONEL GÖRÜŞMEYLE DESTEKLENEN PLISSIT MODELİNE GÖRE YAPILANDIRILMIŞ CİNSEL SAĞLIK DANIŞMANLIĞI YÖNERGESİ

GEREKÇE: Primipar gebelerin gebelik sürecinde cinsel sağlık konusunda yaşayabilecekleri sorunlar ve endişeler, hem psikolojik hem de fiziksel olarak önemli bir etki yaratabilmektedir. Bu süreçte cinsel sağlıkla ilgili bilgi eksikliği, yanlış bilgiler ve iletişim sorunları gebelerin cinsel yaşamlarını olumsuz etkileyebilmektedir. Bu nedenle, cinsel sağlık danışmanlığına ihtiyaç duyulmaktadır. Ancak, cinsel sağlık danışmanlığı alan gebelerin bu bilgileri ve önerileri günlük yaşamlarına dahil etmeleri ve davranış değişikliği oluşturabilmeleri için motivasyona ihtiyaçları vardır. Motivasyonel Görüşme teknikleri, bireylerin davranış değişikliği yapma konusundaki motivasyonlarını artırarak, bilgiyi davranışa dönüştürmelerine yardımcı olmaktadır.

AMAÇ: Bu yönergenin amacı, primipar gebeleri gebelik sürecinde cinsel sağlık konularında bilgilendirmek, yaşadıkları sorunlarla başa çıkabilmeleri için motivasyonlarını artırmak ve bu bilgileri günlük yaşamlarına dahil etmelerini sağlamaktır. Motivasyonel Görüşme ile desteklenen PLISSIT modeline göre yapılandırılmış bu cinsel sağlık danışmanlığı, gebelerin cinsel sağlık sorunlarıyla daha etkili bir şekilde başa çıkmalarına yardımcı olmayı hedeflemektedir.

GÖRÜŞME SÜRESİ: 30-60 dakika

GÖRÜŞME YERİ: Erbaa Devlet Hastanesi, Gebe Okulu

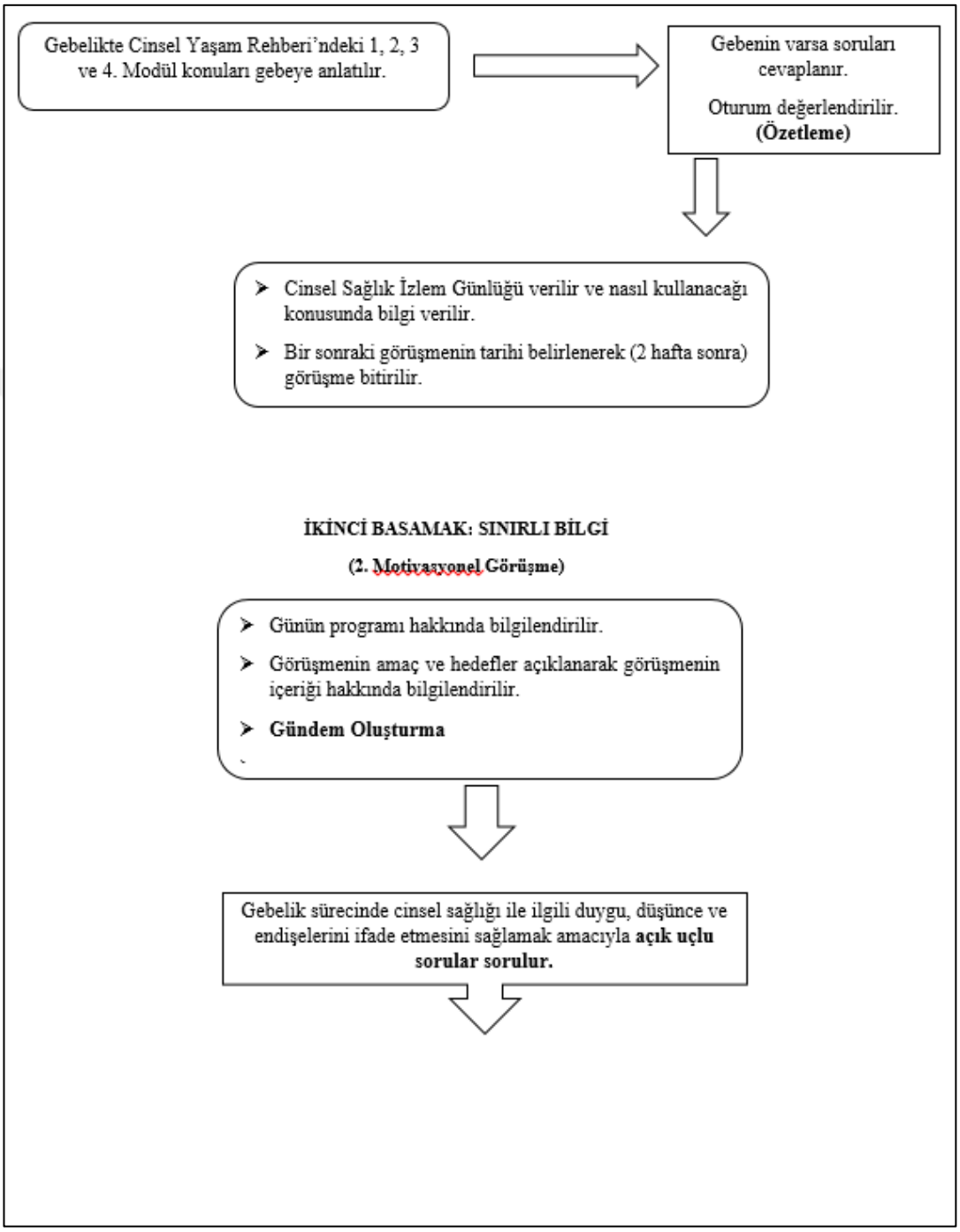
BİRİNCİ BASAMAK: İZİN VERME

GÖRÜŞME YÖNERGESİ (1.Motivasyonel Görüşme)

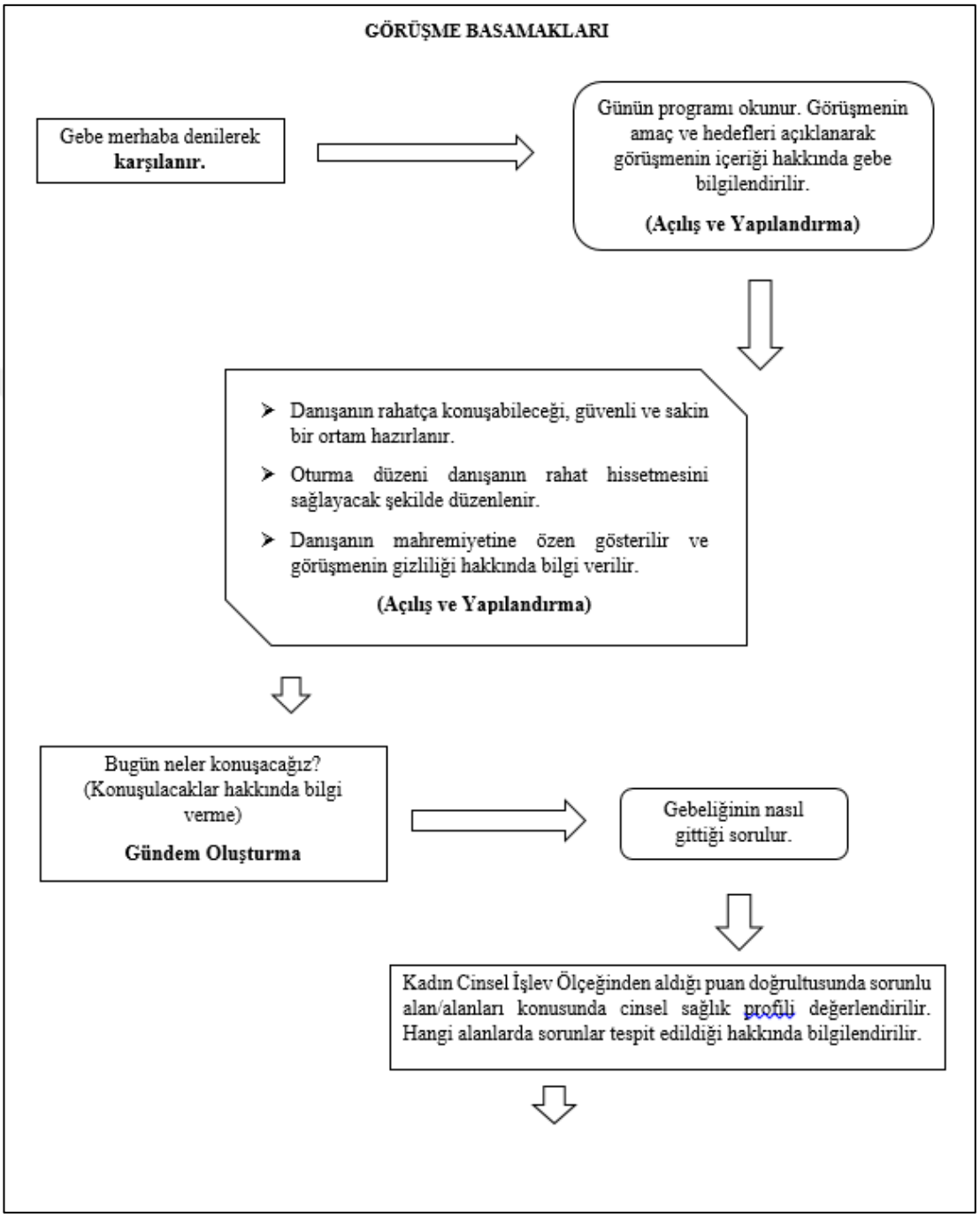
Görüşme Dahil Edilme Kriterleri Soru Formu ve Kadın Cinsel İşlev Ölçeği (KCİÖ) ön test analizi değerlendirilmesi sonucunda,

KCİÖ 'den 26,55 puandan az puanı alan gebelere danışmanlık yapılacaktır.

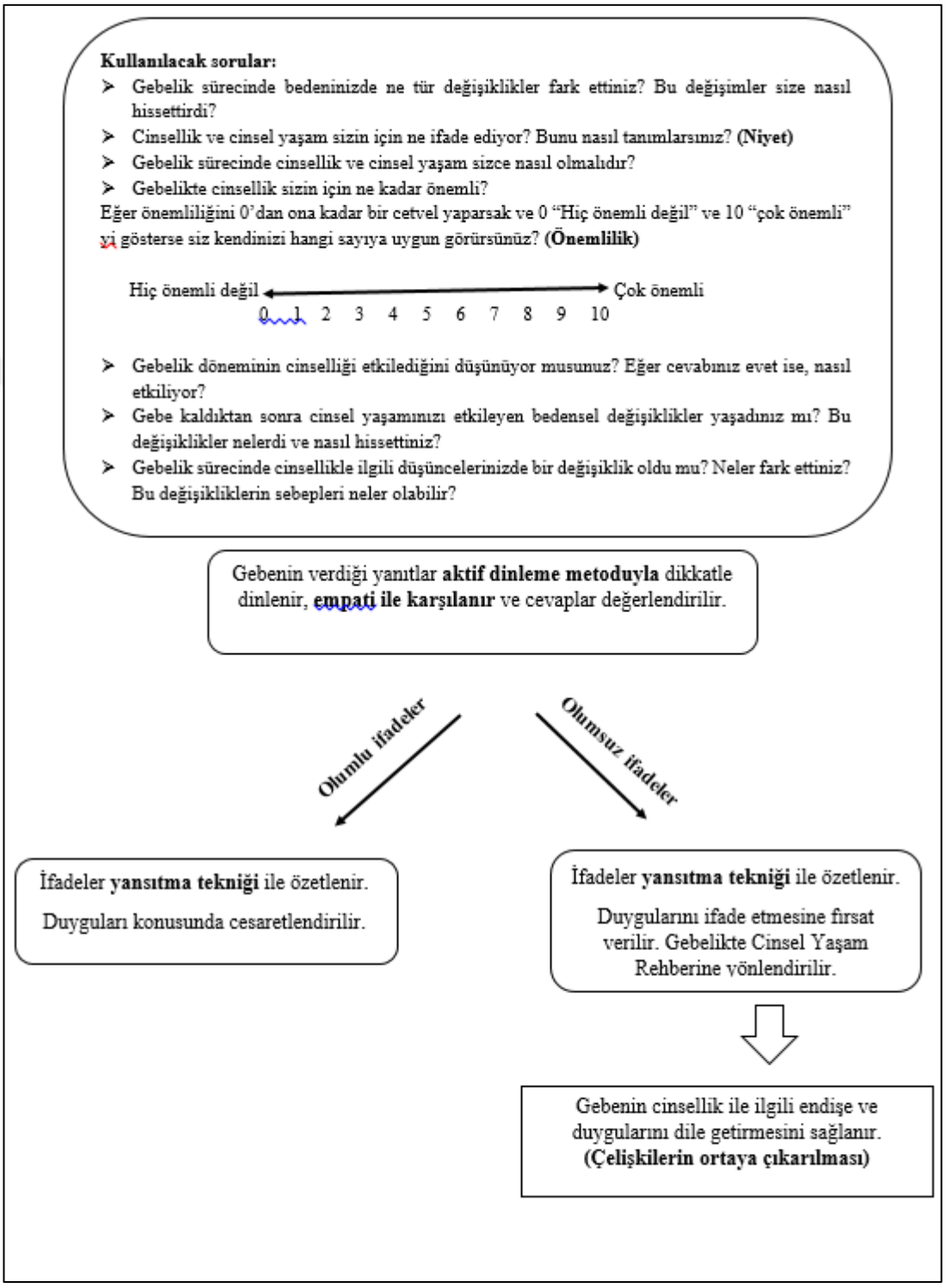
Ek-18. (devam) Primipar Gebelere Motivasyonel Görüşmeyle Desteklenen Plıssıt Modeline Göre Yapılandırılmış Cinsel Sağlık Danışmanlığı Yönergesi



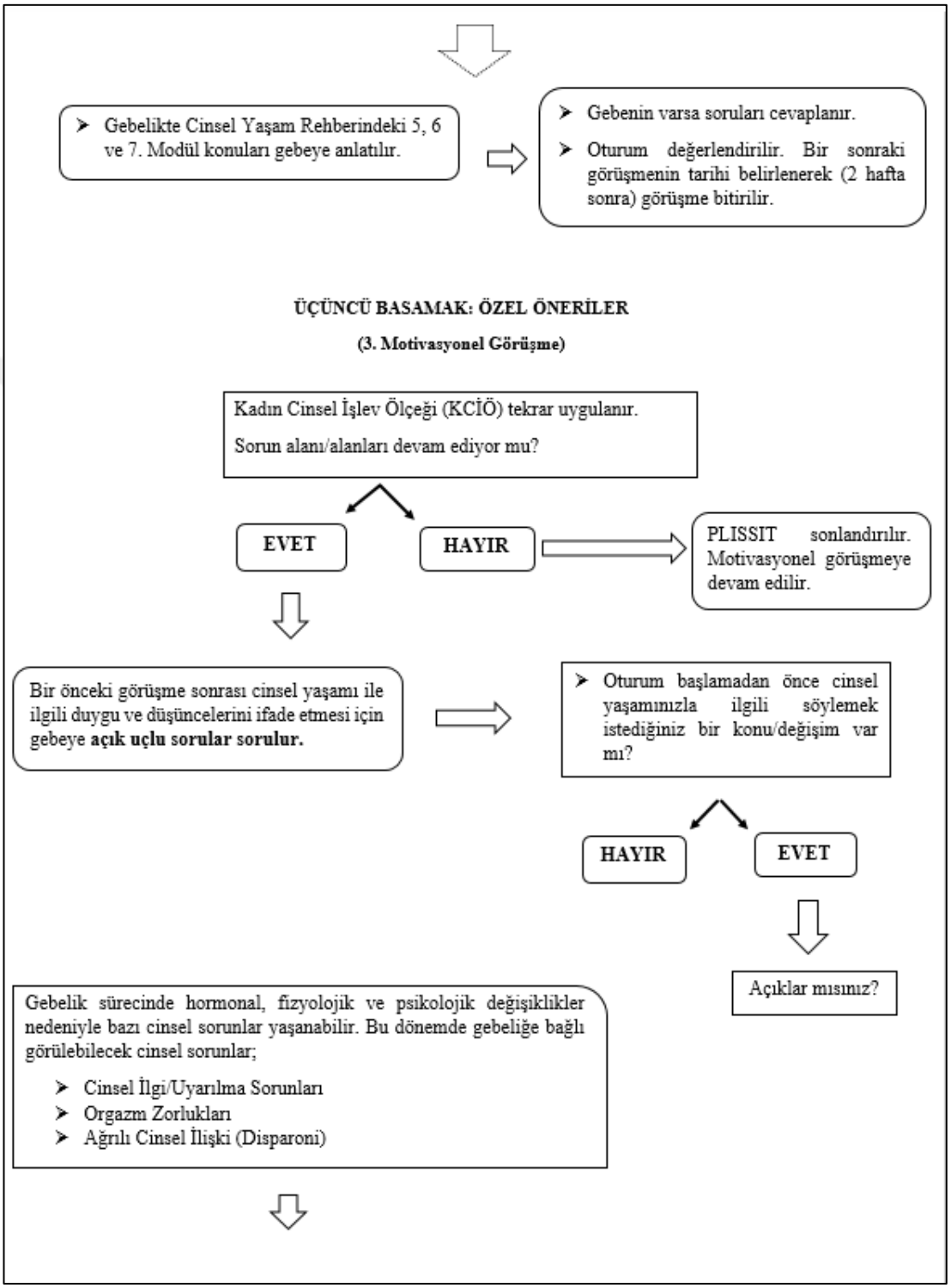
Ek-18. (devam) Primipar Gebelere Motivasyonel Görüşmeyle Desteklenen Plıssıt Modeline Göre Yapılandırılmış Cinsel Sağlık Danışmanlığı Yönergesi



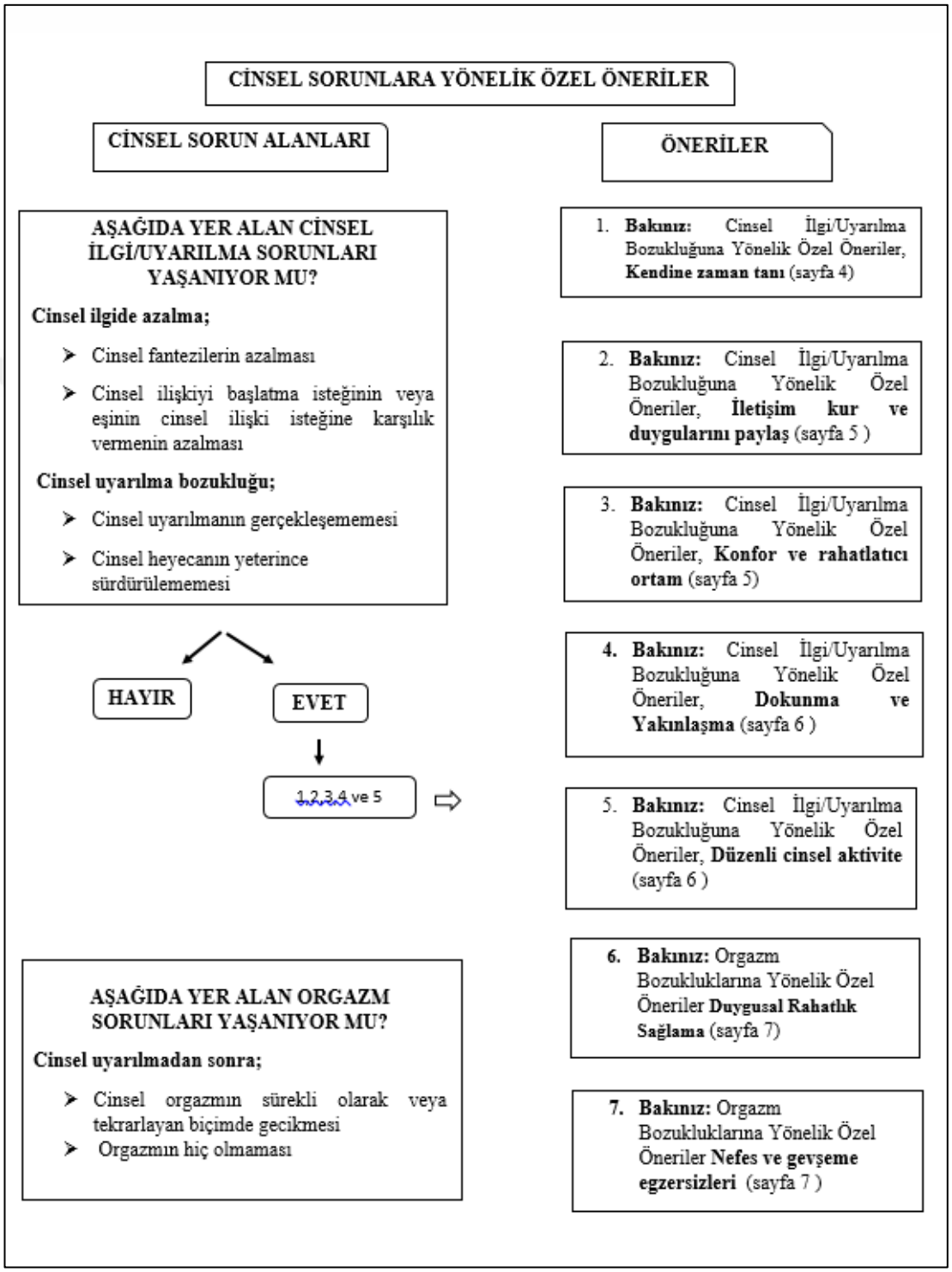
Ek-18. (devam) Primipar Gebelere Motivasyonel Görüşmeyle Desteklenen Plıssıt Modeline Göre Yapılandırılmış Cinsel Sağlık Danışmanlığı Yönergesi



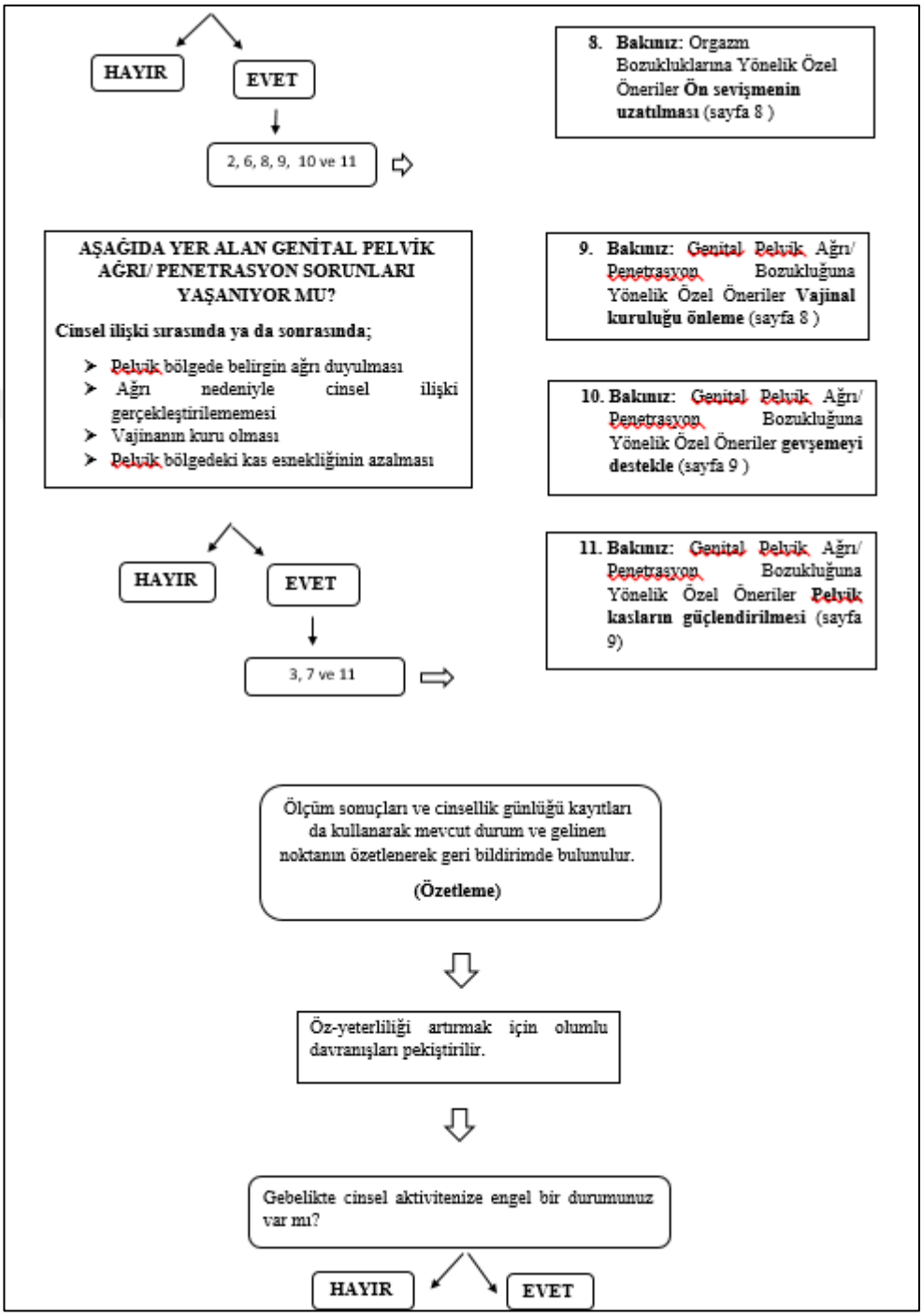
Ek-18. (devam) Primipar Gebelere Motivasyonel Görüşmeyle Desteklenen Plıssıt Modeline Göre Yapılandırılmış Cinsel Sağlık Danışmanlığı Yönergesi



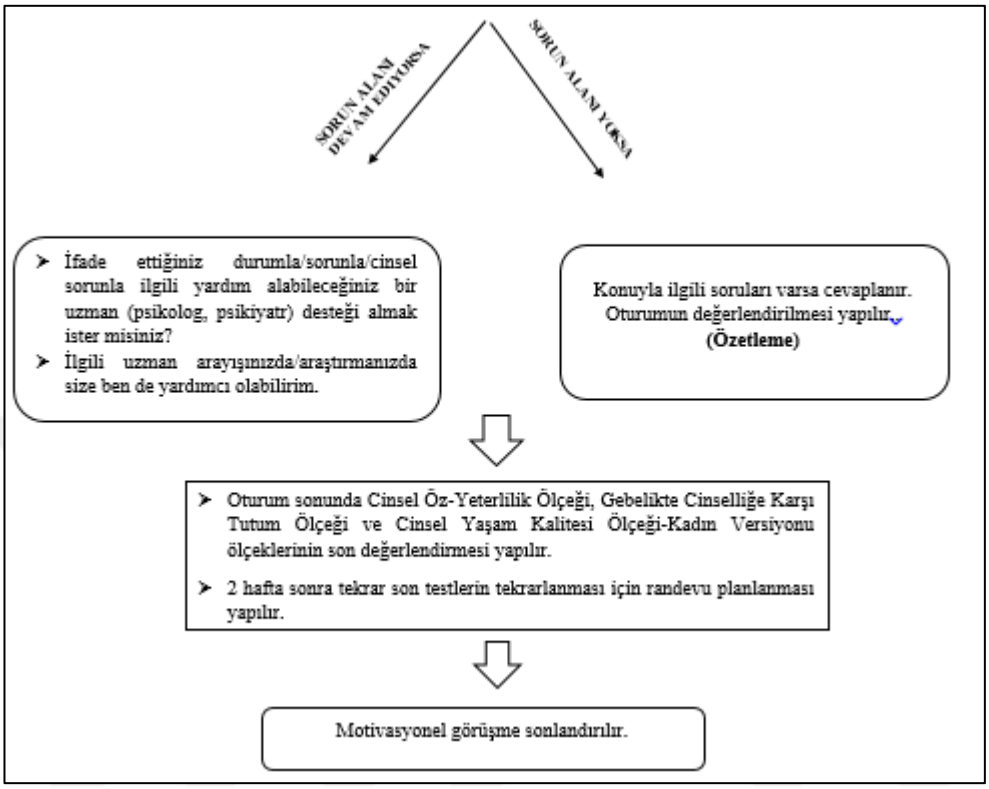
Ek-18. (devam) Primipar Gebelere Motivasyonel Görüşmeyle Desteklenen Plıssıt Modeline Göre Yapılandırılmış Cinsel Sağlık Danışmanlığı Yönergesi



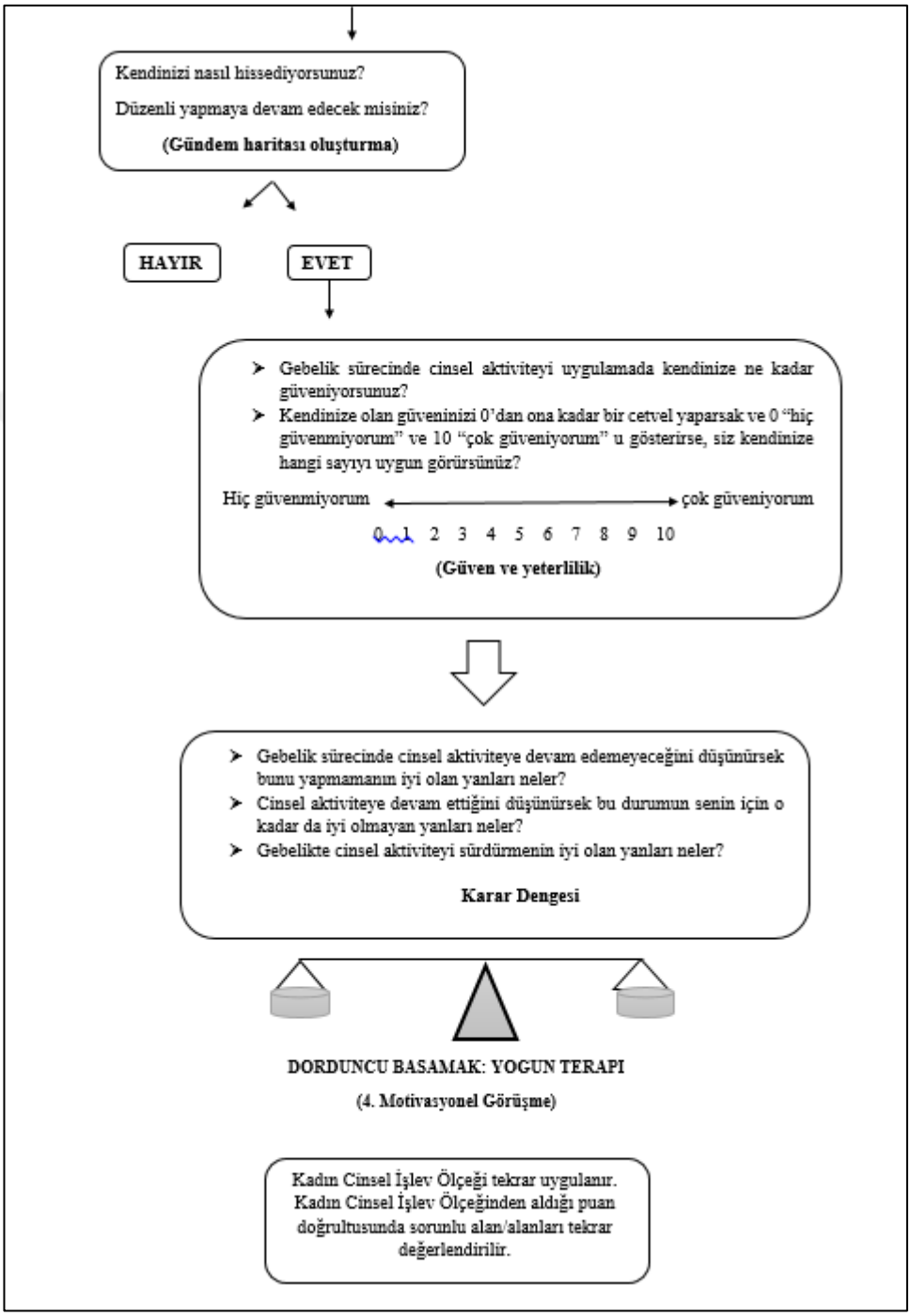
Ek-18. (devam) Primipar Gebelere Motivasyonel Görüşmeyle Desteklenen Plıssıt Modeline Göre Yapılandırılmış Cinsel Sağlık Danışmanlığı Yönergesi



Ek-18. (devam) Primipar Gebelere Motivasyonel Görüşmeyle Desteklenen Plıssıt Modeline Göre Yapılandırılmış Cinsel Sağlık Danışmanlığı Yönergesi



Ek-18. (devam) Primipar Gebelere Motivasyonel Görüşmeyle Desteklenen Plıssıt Modeline Göre Yapılandırılmış Cinsel Sağlık Danışmanlığı Yönergesi



Ek-22. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Gönüllü No:

Gönüllünün Ad ve Soyadının Baş Harfleri:

"Primipar Gebelere Motivasyonel Görüşmeyle Desteklenen PLISSIT Modeline Göre Yapılandırılmış Cinsel Sağlık Danışmanlığının Değerlendirilmesi" Adlı Araştırma İçin Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Çalışma Merkezi: Tokat İl Sağlık Müdürlüğü Erbaa Devlet Hastanesi

Değerli Katılımcı;

Bu çalışma bir doktora tezi araştırmasıdır. Bu çalışmanın amacı; primipar gebelere motivasyonel görüşme yöntemiyle verilen cinsel danışmanlığın; cinsel öz-yeterliliğe, cinselliğe karşı tutuma ve cinsel yaşam kalitesine etkisini belirlemektir. Uygulama grubuna Motivasyonel Görüşmeyle desteklenmiş PLISSIT Modeline göre hazırlanmış danışmanlık verilecektir. PLISSIT (izin verme, sınırlı bilgi, özel öneriler, yoğun terapi) modeli; oluşabilecek cinsel sorunları engellemeyi ve var olan cinsel sorunları azaltmayı hedefleyen danışmanlık yöntemlerinden biridir. Bu model, cinselliği değerlendirmede açık uçlu soruları içerir ve toplam dört aşamada danışmanlık verilir. Birinci aşamada açık uçlu sorularla bireylerin cinsel sağlığı değerlendirilir ve bireylerin sorunlarını ifade etmesine izin verilir. İkinci aşamada bireylere gebeliğin fiziksel, ruhsal ve cinsel sağlığa etkisine yönelik sınırlı bilgi verilir. Üçüncü aşamada bireylerde görülebilecek veya görülen cinsel sorunlara ve gebeliğin neden olabileceği cinsel sorunlara yönelik önerilerde bulunulur. Dördüncü aşamada ise cinsel sorunları devam eden bireyler uzmana (psikolog, psikiyatrist, nöroloji uzmanı vs) yönlendirilir. Araştırma kriterlerini karşılamanız ve gönüllü olmanız durumunda; ilk anketin yapılması için ortak gün ve zaman belirlenecektir. Gönüllülerle yapılacak tüm anket ve danışmanlıklar Tokat İl Sağlık Müdürlüğü

Ek-22. (devam) Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Erbaa Devlet Hastanesi'nde danışmanlığa uygun bir odada yapılacaktır. Uygulama gurubu ile toplam dört, kontrol grubu ile toplam üç görüşme yapılacaktır.

Gönüllülerle yapılacak ilk görüşmelerde başta size 15 soru ve iki bölümden oluşan Kişisel Bilgiler Formu, Kadın Cinsel Işlev Olçeği (KCIO), Cinsel Oz-Yeterlilik Olçeği (COYO), Gebelikte Cinselliğe Karşı Tutum Olçeği (GCKTO) ve Cinsel Yaşam Kalitesi Olçeği- Kadın Versiyonu (CYKO-K) uygulanacaktır. Çalışmaya katılan gönüllü kadınlar uygulama ve kontrol grubu olarak 2 gruba ayrılacak ve her bir grupta 35 olmak üzere toplam 70 kadın çalışmaya dâhil edilecektir. Hangi grupta yer alacağınız araştırmacı tarafından bilgisayar aracılığıyla rastgele seçilecektir. Her gönüllü için çalışma süresi toplam altı haftadır.

Uygulama grubunda olursanız, sizle dört görüşme yapılacaktır. Her görüşme ikişer hafta ara ile yapılacaktır. Dört görüşmede PLISSIT modeline göre hazırlanmış danışmanlık verilecektir. Birinci görüşmede gebelere Kişisel Bilgiler Formu, Kadın Cinsel Işlev Olçeği (KCIO), Cinsel Oz-Yeterlilik Olçeği (COYO), Gebelikte Cinselliğe Karşı Tutum Olçeği (GCKTO) ve Cinsel Yaşam Kalitesi Olçeği- Kadın Versiyonu (CYKO-K) uygulanacaktır. Size ayrıca PLISSIT modeline göre hazırlanmış danışmanlığın birinci basamağı uygulanacaktır. Cinsel Yaşam Günlüğünün verilecek ve kullanımı konusunda bilgilendirilecektir. Sonraki görüşme için randevu alınacaktır. Ikinci görüşmede PLISSIT Modeline göre hazırlanmış danışmanlığın ikinci basamağı uygulanacaktır. PLISSIT modeline doğrultusunda cinsel sorunlarına yönelik hazırlanmış Gebelikte Cinsel Yaşam Rehberi verilecektir. Sonraki görüşme için randevu alınacak, üçüncü görüşmede de PLISSIT modeline göre hazırlanmış danışmanlığın üçüncü basamağı uygulanacaktır. Dördüncü görüşme ise üçüncü görüşmeden iki hafta sonra yapılması planlanmıştır. Bu görüşmede de ölçüm araçları (Kadın Cinsel Işlev Olçeği (KCIO), Cinsel Oz-Yeterlilik Olçeği (COYO), Gebelikte Cinselliğe Karşı Tutum Olçeği (GCKTO) ve Cinsel Yaşam Kalitesi Olçeği- Kadın Versiyonu (CYKO-K)) tekrar uygulanacaktır.

Kontrol grubunda olursanız sizle üç görüşme yapılacaktır. Görüşmelerde danışmanlık verilmeyecektir. Birinci görüşmede Kişisel Bilgiler Formu, Kadın Cinsel Işlev Olçeği (KCIO), Cinsel Oz-Yeterlilik Olçeği (COYO), Gebelikte Cinselliğe Karşı Tutum Olçeği (GCKTO) ve Cinsel Yaşam Kalitesi Olçeği- Kadın

Ek-22. (devam) Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Versiyonu (CYKO-K) uygulanacaktır, Birinci görüşmeden dört hafta sonra ise yine telefonla aranarak uygun gün ve saate randevu alınarak bir kontrol görüşme yapılacaktır. Son görüşmede de ölçüm araçları (Kadın Cinsel Işlev Olçeği (KCIO), Cinsel Oz-Yeterlilik Olçeği (COYO), Gebelikte Cinselliğe Karşı Tutum Olçeği (GCKTO) ve Cinsel Yaşam Kalitesi Olçeği- Kadın Versiyonu (CYKO-K)) doldurtulacaktır. Sonra da PLISSIT modeline doğrultusunda cinsel sorunlarına yönelik hazırlanmış Gebelikte Cinsel Yaşam Rehberi verilecektir. Çalışmanın sonunda kontrol grubuna da isteğe bağlı olarak danışmanlık verilecektir.

Sizin bu çalışmadaki sorumluluğunuz, araştırmaya katılmak ve anket formlarını yanıtlamaktır. Sizin de bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz ancak araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Ayrıca çalışma süresince size hastaneye ulaşım parası bir ödeme yapılmayacaktır. Siz çalışma süresince diğer uzmanlardan cinsel eğitim alırsanız çalışmadan çıkarılacaksınız. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız. Ayrıca çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekme hakkına da sahipsiniz. Çalışmaya katılmak istememeniz veya çalışmadan çekilmeniz durumunda hastanemizde almakta olduğunuz sağlık hizmeti aynı şekilde devam edecektir. Çalışmada uygulanan anketlerden elde edilen veriler, kimliğiniz belirtilmeden sağlık alanında veya bilimsel nitelikte yayınlarda kullanılabilir. Bu veriler bu amaçlar dışında kullanılmayacaktır ve adınız herhangi bir şekilde veri dosyalarında yer almayacaktır.

Sorulara vereceğiniz yanıtlar araştırma sonuçlarını doğrudan etkileyeceği için kendi düşüncelerinizi işaretlemenizi ve yanıtlanmamış soru bırakmamanızı rica ederiz. Katılımınız için şimdiden teşekkür ederiz.

Sorumlu Araştırmacı: Prof.Dr. Sena KAPLAN
Doç.Dr.Ilknur Münevver GONENÇ
Öğr.Gör. Ozlem SEYMEN

Katılımcı Adı- Soyadı: **Imza:**

Katılımcının Beyanı:

Sayın araştırma ekibi görevlisi/görevlileri tarafından primipar gebelere motivasyonel görüşme yöntemiyle verilen cinsel danışmanlığın; cinsel öz-

Ek-22. (devam) Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

yeterliliğe, cinselliğe karşı tutuma ve cinsel yaşam kalitesine etkisini belirlemek amacıyla bir araştırma yapılacağı belirtilerek tüm açıklamaları okudum, bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana yazılı ve sözlü olarak aşağıda adı belirtilen çalışmacı tarafından yapıldı. Çalışma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Çalışmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden çalışmadan çekilebileceğimi ve çekileceğimi önceden bildirmemin uygun olacağının bilincindeyim. Çalışma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Çalışma sırasında araştırma ile ilgili bir sorun ile karşılaştığımda araştırmacılardan Profesör Doktor Sena Kaplan'ı nolu telefondan, Doçent Doktor Ilknur Münevver GONENÇ'i nolu telefondan, Oğr. Gör.Ozlem SEYMEN'i nolu cep telefonundan veya Oğr. Gör.Ozlem SEYMEN'i TOGU Erbaa Sağlık Bilimleri Fakültesi adresinden arayabileceğimi biliyorum. 'Primipar Gebelere Motivasyonel Görüşmeyle Desteklenen PLISSIT Modeline Göre Yapılandırılmış Cinsel Sağlık Danışmanlığının Değerlendirilmesi' adlı araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranış ile karşılaşmadım. Araştırmadan çıkmayı istediğim takdirde sağlık hizmetimi aynı şekilde almaya devam edeceğimi biliyorum. Bana araştırma ile ilgili yapılan tüm açıklamaları anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu çalışmada kendi rızamla katılımcı olarak yer alma kararını aldım. Imzalı bu form kâğıdının bir kopyası bana verilecektir. Bu konuda yapılan açıklamaları anladım, araştırmaya kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcı:	**Görüşme tanığı;**
Adı, soyadı:	**Adı, soyadı:**
Adres:	**Adres:**
Tel:	**Tel:**
Imza:	**Imza:**
Katılımcı ile görüşen araştırmacı:	
Adı, soyadı:	**Tel:**
Görevi /Adres:	**Imza:**

Ek-23. Özgeçmiş

KİŞİSEL BİLGİLER	
Adı Soyadı	: Özlem SEYMEN
Uyruğu	: T.C
EĞİTİM	
Lise	: Tokat Niksar Anadolu Lisesi
Lisans	: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Yüksek lisans	: Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı
YABANCI DİL BİLGİSİ	
İngilizce	: YÖKDİl (2019): 58.5
ÜYE OLUNAN MESLEKİ KURULUŞLAR	
Türk Hemşireler Derneği	