



**T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
DOĞUM-KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI
HDK-YL-2014-0003**

**ERKEĞİN KULLANDIĞI AİLE PLANLAMASI
YÖNTEMLERİNİN KADIN CİNSEL YAŞAMINA ETKİSİ**

HATİCE ÖZDEMİR

**DANIŞMAN
Doç. Dr. Nevin AKDOLUN BALKAYA**

AYDIN-2014

T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
DOĞUM-KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI
HDK-YL-2014-0003

ERKEĞİN KULLANDIĞI AİLE PLANLAMASI
YÖNTEMLERİNİN KADIN CİNSEL YAŞAMINA ETKİSİ

HATİCE ÖZDEMİR

DANIŞMAN
Doç. Dr. Nevin AKDOLUN BALKAYA

AYDIN-2014

T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE
AYDIN

Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı öğrencisi Hatice ÖZDEMİR tarafından hazırlanan “**Erkeğin Kullandığı Aile Planlaması Yöntemlerinin Kadın Cinsel Yaşamına Etkisi**” başlıklı tez, 17/07/2014 tarihinde yapılan savunma sonucunda aşağıda isimleri bulunan jüri üyelerince kabul edilmiştir.

<u>Ünvanı, Adı ve Soyadı</u>	<u>Üniversitesi</u>	<u>İmzası</u>
Prof. Dr. Ümran SEVİL	Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi	
Doç. Dr. Nevin AKDOLUN BALKAYA	ADÜ Aydın Sağlık Yüksekokulu	
Yard. Doç. Dr. Belgin ÖZERUS YILDIRIM	ADÜ Aydın Sağlık Yüksekokulu	

Jüri üyeleri tarafından kabul edilen bu Yüksek Lisans Tezi, Enstitü Yönetim Kurulunun..... sayılı kararıylatarihinde onaylanmıştır.

Prof. Dr. Güzel DİŞÇİGİL
Enstitü Müdürü

Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
09100- AYDIN
Santral : (256) 218 20 00 **Direk Telefon:** 218 20 44 ***Fax :** (256) 218 20 44

ÖNSÖZ

Kadın sağlığı, hem çocuk sağlığını hem de aile sağlığını etkileyen önemli bir unsurdur. Aile içinde mevcut olan etkileşim ve bağ nedeniyle, aile üyelerinden birinin sağlığındaki bozulma aile içindeki dengeyi bozabilir. Sağlığı bozulan kişi, özellikle kadın olduğunda bu denge daha da etkilenir.

Kadına yönelik sağlık sorunlarının önemli nedenlerinden biri de üreme ile ilgili özelliklerine bağlı olarak gelişmesidir. Üreme sağlığı, her iki cinsiyetin tüm yaşam evrelerini içine alan ve cinsel sağlığı da barındıran geniş boyutlu bir kavramdır. Üreme sağlığı ve cinsel sağlık denince, daha çok kadınlar akla gelmektedir. Çünkü, kadın cinsiyetinde olmanın getirdiği toplumsal etkiler ve üremeyle ilgili sorunların getirdiği olumsuz etkilenmeler, başta kadınlar olmak üzere ailedeki diğer bireyleri de derinden etkilemektedir. Ülkemizde kadınların statüsünün doğurganlığa paralel olarak artması ve cinsel fonksiyonlarını kontrol etme hakkına sahip olamamaları nedeniyle, cinsellik kadınlar için temel gereksinim ve mutluluk kaynağı olmaktan uzaklaşmakta ve bir görev niteliğini alabilmektedir. Oysa cinsel yaşamda ilişkilerin derinleşmesi, kendini kanıtlama ve canlı hissetme ile birlikte hayatın kalitesi artar. Bu yaklaşımın en temel noktalarını anlaşılmaq, kabul edilmek, güvenmek, paylaşmaq ve duygularını açmaq oluşturmaktadır.

Kadının üreme ve cinsel fonksiyonlarını düzenlemede kullandığı en önemli kontrol mekanizmalarından biri aile planlamasına ilişkin uygulamalarıdır. Aile planlaması, sadece çiftlerin kontraseptif yöntemlerle ilgili ihtiyaçlarının karşılamasının yanında üreme ve cinsel sağlığın korunmasına ve sürdürülmesine katkıda bulunur. Üreme fonksiyonlarının kontrolü amacıyla kullanılan aile planlaması yöntemleri, çiftlere gebelik korkusu olmadan cinselliklerini özgürce yaşama olanağı sağlar. Toplumumuzda aile planlaması ve cinsellik konularının açıklıkla ve rahatlıkla konuşulamaması ve tabu olması nedeniyle, cinsellik hem çiftler hem sağlık personeli açısından konuşulamayan, zor konulardır. Yöntemin erkeğe ve kadına ait olması da sorumluluğu değiştirir. Kadının bu sorumluluğu eşi ile paylaşması ve erkeğe yöntem kullanma sorumluluğunun verilmesi, kadının cinsel yaşamını olumlu ya da olumsuz etkileyebilir. Eşleriyle birlikte doğru aile planlaması seçimleri ve uygulamalarında bulunan kadınlar, üretken yaşlarını endişe etmeden ve sorunsuz olarak sürdürebilir ve kaliteli bir cinsellik yaşayabilir, sonuç olarak duygusal olarak mutlu ve hayata olumlu bakan kişiler olarak toplumda varlığını sürdürebilirler.

Tüm dünyada, cinsel disfonksiyon sorunundan en çok etkilenen kişilerin kadınlar olduğu gerçeği üzücüdür. Ülkemizde, kadınların doğumda beklenen yaşam süresinin 79'u geçtiği bu yıllarda da kadınlar cinsel sorunları kendi kendilerine çözmeye çalışmakta ya da bu sorunla yaşamaya devam etmektedirler. Bu gerçek, sorunun nedenlerinin irdelenmesini gerektirmektedir. Özellikle, ülkemizde modern kontraseptif yöntemlerin uzun süre kullanılmaması, buna karşın geri çekmenin uzun yıllardır en fazla kullanılan yöntem olması, yöntem seçimine daha çok erkeklerin karar vermesi ve Aydın'da en fazla kondom yönteminin kullanılması, akla erkek yöntemlerinin kadın cinsel yaşamına etkisinin nasıl olduğu sorusunu getirmiştir.

Çünkü, hemşirelerin cinsellik ve aile planlaması konusunda bilgi verme, eğitim ve danışmanlık rolleri gereği, çiftlerin yöntem seçimine karar verme aşamasında yöntemlerin cinsel yaşamlarına olan etkisini de göz önüne almaları gerekmektedir. Bu, çiftlere sunulan aile planlaması danışmanlık hizmetlerinin niteliğinin artırılması açısından son derece önemlidir. Bireyin cinsel gereksinimlerinin belirlenmesi, hemşirelik rolleri kapsamında yer almaktadır ve hemşire bu ihtiyaçları tanımlamanın yollarını geliştirmelidir. Bu nedenle, hemşirelerin cinsellik, cinsel disfonksiyon ve bu durumu etkileyen faktörler konusunda yeterli bilgi, beceriye sahip olmaları ve hizmet sunumunda duyarlı davranmaları oldukça önemlidir.

Yapılacak bu araştırmanın, kadın cinsel disfonksiyon nedenleri ve erkek aile planlaması yöntemleriyle ilişkisi konusunda bilime katkı sağlaması, ayrıca cinsel disfonksiyon yaşayan kadınların bu sorununa yönelik çözümler üretilmesi ve stratejiler geliştirilmesi açısından yararlı olacağı düşünülmektedir. Uzun vadede ise primer olarak kadınlar olmak üzere aile, toplum ve ülke gelişmişliğine katkıda bulunması hedeflenmektedir. Ayrıca, sunulan aile planlaması hizmetlerinin kalitesinin artırılması ve aile planlaması hizmetleri ile cinsel sağlık hizmetlerinin entegre edilmesine de katkı sağlayacağı umulmaktadır. Üretken çağlardaki sağlığın, gelecek yıllara da sağlık ve kalite katacağı unutulmaması gereken bir konudur. Bu araştırma sonucunda, kadınların paylaşmakta zorlandığı cinsel sorunlara ve aile planlaması yöntemleriyle ilişkisine dikkat çekebileceği umut ediyorum. Bir hemşire olarak, kaliteli ve mutlu yaşam süren kadınlar adına bu çalışmayı yapmış olmak, kendi adıma ve kadınlar adına sevindiricidir. Bu çalışmanın, tüm kadınların sesi olması dileğiyle...

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
KABUL VE ONAY	i
ÖNSÖZ	ii
İÇİNDEKİLER	iv
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	x
ÇİZELGELER DİZİNİ	xii
EKLER DİZİNİ	xiv
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	5
1.2.1. Araştırmanın Hipotezleri	5
1.3. Genel Bilgiler	6
1.3.1. Cinsellik Kavramı	6
1.3.2. Cinsel Fonksiyon	7
1.3.2.1. Cinsel Fonksiyon Fizyolojisi (Cinsel Cevap Siklusu)	8
1.3.2.1.1. Uyarılma Fazı	8
1.3.2.1.2. Plato Fazı	9
1.3.2.1.3. Orgazm Fazı	10
1.3.2.1.4. Çözülme Fazı	10
1.3.2.2. Cinsel Disfonksiyon	11
1.3.2.3. Cinsel Disfonksiyon Nedenleri	13
1.3.2.4. Cinsel Disfonksiyon Yönetimi	15
1.3.3. Üreme Sağlığı ve Cinsel Sağlık	17
1.3.4. Kadın Cinsel Sağlığı	18
1.3.5. Cinsel Sağlık ve Aile Planlaması	19

1.3.6. Aile Planlaması Yöntemleri	21
1.3.6.1. Erkeğin Kullandığı Yöntemler	23
1.3.6.1.1. Erkek Kondomu	23
1.3.6.1.1.1. Kullanım Oranı	23
1.3.6.1.1.2. Olumlu ve Olumsuz Özellikleri	24
1.3.6.1.1.3. Cinsel Yaşam Üzerine Etkileri	25
1.3.6.1.2. Geri Çekme (Koitus interruptus)	26
1.3.6.1.2.1. Kullanım Oranı	27
1.3.6.1.2.2. Olumlu ve Olumsuz Özellikleri	27
1.3.6.1.2.3. Cinsel Yaşam Üzerine Etkileri	28
1.3.6.1.3. Erkek Sterilizasyonu (Vazektomi)	29
1.3.6.2. Kadının Kullandığı Yöntemler	30
1.3.6.2.1. Kadın Kondomu	30
1.3.6.2.2. Diyafram	31
1.3.6.2.3. Servikal Başlık	31
1.3.6.2.4. Kontraseptif Sünger	32
1.3.6.2.5. Spermisid	32
1.3.6.2.6. Rahim İçi Araç (RİA)	33
1.3.6.2.7. Oral Kontraseptif	34
1.3.6.2.7.1. Kombine Oral Kontraseptif (KOK)	34
1.3.6.2.8. Kombine Enjeksiyon	35
1.3.6.2.9. Transdermal Yama	36
1.3.6.2.10. Vajinal Halka (NuvaRing)	36
1.3.6.2.11. Yalnız Progesteron İçeren Yöntemler	36
1.3.6.2.11.1. Mini Hap	36
1.3.6.2.11.2. Progestin İçeren Enjeksiyon	37

1.3.6.2.12. İmplant	38
1.3.6.2.13. Kadın Sterilizasyonu (Tüp Ligasyonu)	38
1.3.6.2.14. Acil Kontrasepsiyon	39
1.3.6.2.15. Doğal Aile Planlaması Yöntemleri (DAP)	40
1.3.6.2.15.1. Takvim Yöntemi	41
1.3.6.2.15.2. Vücut Isısı Yöntemi	41
1.3.6.2.15.3. Servikal Müküs Yöntemi	42
1.3.6.2.15.4. Servikal Palpasyon Yöntemi	42
1.3.6.2.15.5. Laktasyonel Amenore	
Yöntemi (LAM)	42
1.3.7. Aile Planlaması Danışmanlık Hizmetleri ve Kadın Cinsel	
Sağlığının Korunmasında Hemşirenin Rolü	43
2. GEREÇ VE YÖNTEM	51
2.1. Araştırmanın Şekli	51
2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	51
2.3. Araştırmanın Zamanı	52
2.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	52
2.5. Araştırmaya Dahil Edilme ve Araştırmadan Dışlanma Kriterleri	53
2.5.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri	53
2.5.2. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri	53
2.6. Veri Toplama Araçları ve Verilerin Toplanması	53
2.6.1. Veri Toplama Araçları	54
2.6.1.1. Soru Formu	54
2.6.1.2. Soru Formunun Ön Uygulaması	54
2.6.1.3. Kadın Cinsel Fonksiyon Sorgulama İndeksi (KCFSİ)	54
2.6.2. Verilerin Toplanması	56
2.7. Verilerin Değerlendirilmesi	56

2.7.1. Bağımlı Değişkenler	57
2.7.2. Bağımsız Değişkenler	57
2.8. Araştırmanın Sınırlılıkları	57
2.9. Araştırmanın Güçlükleri	57
2.10. Araştırmada Etik	58
3. BULGULAR	59
3.1. Tanıtıcı Özelliklere İlişkin Bulgular	59
3.1.1. Kadın ve Eşlerinin Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulgular	59
3.1.2. Cinsel Yaşama İlişkin Bulgular	61
3.1.3. Kontraseptif Yöntem Kullanımına İlişkin Bulgular	62
3.2. Kadınların Cinsel Fonksiyon İndeksi (CFİ) Puan Ortalamaları	65
3.3. Cinsel Fonksiyon İndeksi (CFİ) Puan Ortalamalarını Etkileyen Değişkenler	66
3.3.1. Sosyodemografik Özelliklerin CFİ'ye Etkisine Yönelik Bulgular	66
3.3.2. Cinsel Yaşamla İlgili Özelliklerin CFİ'ye Etkisine Yönelik Bulgular	71
3.3.3. Kontraseptif Yöntemlerin CFİ'ye Etkisine Yönelik Bulgular	74
3.3.4. Kadınların Kullandıkları Kontraseptif Yöntemlerin Cinsel Yaşama Etkilerine Yönelik Düşünceleriyle İlgili Bulgular	76
3.3.5. Kadınların Kullandıkları Kontraseptif Yöntemlerin Cinsel Yaşama Etkileriyle İlgili Düşüncelerinin CFİ'ye Etkisine Yönelik Bulgular	79
3.3.6. Kadın CFİ'sini En Fazla Etkileyen Değişkenlere Yönelik Bulgular	81

4. TARTIŞMA	83
4.1. Kadınların Cinsel Fonksiyon Puan Ortalamalarına Yönelik Bulguların Tartışılması	83
4.1.1. Sosyodemografik Özelliklerin CFİ'ye Etkisine Yönelik Bulguların Tartışılması	86
4.1.2. Cinsel Yaşamla İlgili Özelliklerin CFİ'ye Etkisine Yönelik Bulguların Tartışılması	92
4.1.2.1. Cinsel Yaşamla İlgili Özelliklere Yönelik Bulguların Tartışılması	92
4.1.2.2. Cinsel Yaşamla İlgili Özelliklerin CFİ'ye Etkisine Yönelik Bulguların Tartışılması	98
4.1.3. Kontraseptif Yöntemlerle İlgili Özelliklerin CFİ'ye Etkisine Yönelik Bulguların Tartışılması	101
4.1.3.1. Kontraseptif Yöntemlerle İlgili Özelliklere Yönelik Bulguların Tartışılması	101
4.1.3.2. Kadınların Kontraseptif Yöntemlerin Cinsel Yaşama Etkisine Yönelik Düşüncelerine Yönelik Bulguların Tartışılması	109
4.1.3.3. Kadınların Kontraseptif Yöntemlerin Cinselliğe Etkisiyle İlgili Düşüncelerinin CFİ'ye Etkisine Yönelik Bulguların Tartışılması	112
4.1.3.4. Kontraseptif Yöntemlerin CFİ'ye Etkisine Yönelik Bulguların Tartışılması	113
4.1.3.5. Kadın CF'sini En Fazla Etkileyen Değişkenlere Yönelik Bulguların Tartışılması	120
5. SONUÇ VE ÖNERİLER	123
5.1. Sonuç	123

5.1.1. Kadınların CFİ Puan Ortalamalarına Yönelik Sonuçlar	123
5.1.2. Kadınların CFİ'sini Etkileyen Değişkenlere Yönelik Sonuçlar	123
5.1.2.1. Sosyodemografik Özelliklerin CFİ'ye Etkisine Yönelik Sonuçlar	123
5.1.2.2. Cinsel Yaşamla İlgili Özelliklerin CFİ'ye Etkisine Yönelik Sonuçlar	124
5.1.2.3. Kontraseptif Yöntemlerle İlgili Özelliklerin CFİ'ye Etkisine Yönelik Sonuçlar	126
5.1.2.4. Kadın CF'sini En Fazla Etkileyen Değişkenlere Yönelik Sonuçlar	129
5.2. Öneriler	130
ÖZET	133
SUMMARY	134
KAYNAKLAR	135
ÖZGEÇMİŞ	153
TEŞEKKÜR	154
EKLER	155
Ek 1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	155
Ek 2. Soru Formu	158
Ek 3. Kadın Cinsel Fonksiyon Sorgulama İndeksi	163
Ek 4. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Onay Formu	165
Ek 5. Aydın Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü İzin Yazısı	166
Ek 6. Aydın Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü Ek Süre İzin Yazısı	167
Ek 7. CFİ (IFSF) Ölçeği için Yıldız Eryılmaz'ın İzin Yazısı	168

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ACOG	: Amerikan College of Obstetricians and Gynecologists
AÇSAP	: Ana Çocuk Sağlığı Aile Planlaması
AFUD	: Amerikan Ürolojik Hastalıklar Derneği (American Foundations of Urological Disease)
AP	: Aile Planlaması
APA	: Amerikan Psychiatric Association
ASM	: Aile Sağlığı Merkezi
AWHONN	: The Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses
CETAD	: Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği
CD	: Cinsel Disfonksiyon
CF	: Cinsel Fonksiyon
CFB	: Cinsel Fonksiyon Bozukluğu
CFİ	: Cinsel Fonksiyon İndeksi
CS/ÜS	: Cinsel Sağlık/Üreme Sağlığı
CYBE	: Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
DSM-V	: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ICD-10	: International Classification of Diseases
IFSF	: Index of Female Sexual Function
FDA	: Food and Drug Administration
GÇ	: Geri Çekme
GABA	: Gama-aminobitirik asit
HIV/AIDS	: Human İmmunodeficiency Virüs/Acquired İmmune Deficiency Syndrome
KCFSİ	: Kadın Cinsel Fonksiyon Sorgulama İndeksi
KOK	: Kombine Oral Kontraseptifler
LAM	: Laktasyonel Amenore Yöntemi
OK	: Oral Kontraseptifler
RIA	: Rahim İçi Araç
T.C.	: Türkiye Cumhuriyeti
SAGEM	: Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

TSM : Toplum Sağlığı Merkezi
WHO : World Health Organization

ÇİZELGELER DİZİNİ

	Sayfa No
Çizelge 2.3.1. Araştırma Zamanı ve Yapılan İşlemler	52
Çizelge 2.3.2. Kondom ve Geri Çekme Yöntemi İle Korunan ve Ulaşılan Kadın Sayısının ASM'lere Göre Dağılımı	53
Çizelge 2.3.3. CFİ ve Alt Ölçeklerinin Cronbach Alfa Değerleri	56
Çizelge 3.1.1.1. Kadınların ve Eşlerinin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı	59
Çizelge 3.1.2.1. Kadınların Cinsel Yaşamlarına İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı	61
Çizelge 3.1.3.1. Kadınların Kontraseptif Yöntem Kullanımına İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı	62
Çizelge 3.2.1. Kadınların Kullandıkları Yöntemlere Göre CFİ Puan Ortalamalarının Dağılımı	65
Çizelge 3.2.2. Kadınların Kullandıkları Yöntemlere Göre CFİ Puanlarının Nicel Olarak Dağılımı	66
Çizelge 3.3.1.1. Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine Göre CFİ Puan Ortalamalarının Dağılımı	66
Çizelge 3.3.2.1. Kadınların Cinsel Yaşamla İlgili Özelliklerine Göre CFİ Puan Ortalamalarının Dağılımı	71
Çizelge 3.3.3.1. Kadınların Kontraseptif Yöntem Kullanım Özelliklerine Göre CFİ Puan Ortalamalarının Dağılımı	74
Çizelge 3.3.4.1. Kadınların Kullandıkları Yöntemlerin Cinsel Yaşamlarına	

Etkisine Yönelik Düşüncelerine Göre Dağılımı	76
Çizelge 3.3.4.2. Kadınların Kullandıkları Yöntemlerin Cinsel Yaşamlarına Olumlu ve Olumsuz Etkilerine Yönelik Düşüncelerine Göre Dağılımı	78
Çizelge 3.3.5.1. Kadınların Kullandıkları Kontraseptif Yöntemlerin Cinselliğe Etkisine Yönelik Düşüncelerine Göre CFİ Puan Ortalamalarının Dağılımı	79
Çizelge 3.3.6.1. Şu Anda Kullanılan Yöntemin Kadın CFİ'sine Etkisine Yönelik Regresyon Analizi	81
Çizelge 3.3.6.2. Kadın CFİ'sini En Fazla Etkileyen Faktörlere Yönelik Regresyon Modeli	81

EKLER DİZİNİ

	Sayfa No
Ek 1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	155
Ek 2. Soru Formu	158
Ek 3. Kadın Cinsel Fonksiyon Sorgulama İndeksi	163
Ek 4. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Onay Formu	165
Ek 5. Aydın Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü İzin Yazısı	166
Ek 6. Aydın Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü Ek Süre İzin Yazısı	167
Ek 7. CFİ (IFSF) Ölçeği için Yıldız Eryılmaz'ın İzin Yazısı	168

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Bireyin yaşantısının biyolojik, psikolojik, kişilerarası ve davranışsal olarak önemli bir yönünü oluşturan cinsellik; yaşa, cinsiyete, kişisel tutumlara ve kültürel özelliklere göre her birey tarafından farklı şekilde tanımlanır ve yaşanır (McCarthy ve McCarthy 2012, ACOG 2014). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) cinselliği; *“fiziksel, duygusal, entellektüel ve sosyal yönlerin kişiliği, iletişimi ve aşkı zenginleştirici etkilerinin bileşiminden oluşan bir kavram”* olarak tanımlamaktadır (WHO 2010). Cinsellik; çoğu zaman sevgi, güven ve yakınlığı ifade etmektedir. Bu yaklaşımın en temel noktalarını anlaşılacak, kabul edilmek, güvenmek, paylaşmak ve duygularını açmak oluşturmaktadır (McCarthy ve McCarthy 2012, ACOG 2014). Kadın cinselliği ise anatomik, fizyolojik, psikolojik, tıbbi ve sosyal bileşenleri olan multifaktöriyel bir durumdur (Clinton ve Laaser 2010, van der Akker 2012, ACOG 2014). Bir bütün olarak bakıldığında kadın cinselliği, kadın üreme sağlığının önemli ve ayrılmaz bir boyutunu oluşturur (WHO 2001, ACOG 2014).

Toplumun kadın ve erkekte farklı beklentileri vardır. Bireyler de bu yönde, yani cinsiyetlerine uygun davranışlar geliştirirler. Toplumsal cinsiyet ayrımcılığının sonucu olarak, kadın cinselliği evlilikle tanımakta, sorun yaşadığında tanımlayamamakta ve cinsel hazdan çok eşini mutlu etme, günaha girmeme ve çocuk yapma konuları ağırlık kazanmaktadır (Chung-Park 2007, Ryan ve ark 2007a, Yüksel 2009, van der Akker 2012, ACOG 2014). Oysa insan hakları çerçevesinde, kadınların cinselliği nasıl, ne zaman, kiminle yaşayacağına ve ne zaman anne olacağına karar verebilmeleri gerekir. Cinsel deneyimi evliliğe öteleyen bakış, kadınların kendi bedenlerinden ve duygularından suçluluk duymalarına ve cinsel yaşamlarının olumsuz etkilenmesine neden olmaktadır (CETAD 2006). Cinsel fonksiyonlara ilişkin yaşanan sorunlar kadınlar için son derece özel, rahatsız edici, fiziksel ve sosyal açıdan yıkıcı bir durum olup; emosyonel strese, eş ile uyumsuzluklara ve boşanmalara yol açabilmektedir. Yaşanan bu sorunlar da kadınların kendine olan güvenlerini ve yaşam kalitelerini düşürmekte, ruhsal durumlarını da önemli derecede etkilemektedir (Addis ve ark 2006, Kütmeç 2009, Clinton ve Laaser 2010, van der Akker 2012).

Günümüzde erkek cinsel fonksiyonu (CF) ve bozukluğu konusundaki ilerlemelere karşın, kadın CF fizyopatolojisi psikolojisi ve tedavisi tam olarak aydınlanmış değildir. Son zamanlarda gerek toplumda, gerek tıp dünyasında kadın CF'si üzerine gösterilen ilgi, bu konudaki çalışmaların artmasına neden olmuştur (Tashbulatova 2007). Aslında ister kadın,

ister erkek olsun cinsel disfonksiyon (CD)'ları tanılmak kolay değildir. Bu durum yaşamı tehdit edici değildir, ancak yaşamın kalitesini, güzelliğini, zenginliğini etkileyen önemli bir sorundur (Tashbulatova 2007, ACOG 2014).

Kadın CD'si yaşa bağımlı, progresif ve kadınların %19-96.6'sını ilgilendiren yaygın bir sorundur ve ülkeden ülkeye farklılık göstermektedir (Demirezen ve ark 2006b, Öksüz ve Malhan 2006, Yanez ve ark 2006, Shifren ve ark 2008, Song ve ark 2008, Kütmeç 2009, Özerdoğan ve ark 2009, Singh ve ark 2009, Gracia ve ark 2010, Prado ve ark 2010, Wallwiener 2010, Jaafarpour ve ark 2013, ACOG 2014, Choi ve ark 2014). CD içinde cinsel istek azlığı %18-45.3, uyarılma bozukluğu %5-49, orgazm bozukluğu %14-42.7, disparoni %7-42.9 ve performans anksiyetesi %6-23 oranında yaşanmaktadır (Demirezen 2006b, Shifren ve ark 2008, Song ve ark 2008, Jaafarpour ve ark 2013). Ülkemizde CD, %19-70.7 oranlarında görülmekle birlikte (Demirezen ve ark 2006b, Öksüz ve Malhan 2006, Kütmeç 2009, Özerdoğan ve ark 2009, Ege ve ark 2010), kadın CD insidansı ve risk faktörleri konusunda toplum temelli çalışmalar sınırlıdır (Güvel ve ark 2003).

Kadınlarda cinsel sorunların ortaya çıkmasında bireysel, biyopsikososyal, çevresel, kültürel, davranışsal ve cinsel çok çeşitli faktörler rol oynamaktadır (Demirezen ve ark 2006a, Kütmeç 2009, McCarthy ve McCarthy 2012, van der Akker 2012, ACOG 2014). Cinselliği ve cinsel sağlığı etkileyen faktörlerden biri de kadınların ve eşlerinin kullandıkları aile planlaması (AP) yöntemleridir. Kullanılan AP yöntemi erkeklerin cinsel yaşamını etkilediği kadar, kadınların yaşam kalitesini ve cinsel yaşamını da etkilemektedir. Kadının üreme ve cinsel fonksiyonlarını düzenlemede kullandığı en önemli kontrol mekanizmalarından biri olan AP yöntemleri, çiftlere gebelik korkusu olmadan cinselliklerini özgürce yaşama olanağı sağlamaktadır (Clinton ve Laaser 2010, Taşkın 2011, van der Akker 2012, ACOG 2014).

Literatürde, cinsellik ve AP konularının birbirinden bağımsız olamayacağı vurgulanmakta, kullanılan veya kullanılması düşünülen AP yöntemlerinin bireylerin cinsel yaşamına olan etkisinin göz ardı edilmemesi gerektiği belirtilmektedir (Addis ve ark 2006, T.C. Sağlık Bakanlığı 2006, King ve ark 2007, van der Akker 2012). Modern ve geleneksel yöntemler çiftlerin cinsel yaşamlarını farklı şekilde etkileyebilmektedir. Literatürde, HIV enfeksiyonu dahil cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar (CYBE)'dan korunmada en etkili modern yöntemlerden olan kondomun eşlerin cinsel yaşamlarına hem olumlu hem olumsuz etkilerinin olduğu vurgulanmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı 2006, Yanikkerem ve ark 2006, Kütmeç 2009, van der Akker 2012, WHO 2013). Kondomun cinsel yaşam üzerine olumlu etkilerinin cinsel doyumu, ereksiyon süresini ve orgazmı artırıcı etkisi olduğu vurgulanmakla

beraber (T.C. Sağlık Bakanlığı 2006, Clinton ve Laaser 2010), erkeklerde cinsel istekte azalma ve ilişkiden zevk alamamaya neden olduğu ve bu nedenle erkeklerin kondom kullanımına karşı isteksiz oldukları belirtilmektedir (Yanikkerem ve ark 2006, Clinton ve Laaser 2010, Murray ve McKinney 2014).

Erkek yöntemlerinden olan geri çekme (GÇ) yöntemi de ilişkiyi kesintiye uğratması, cinsel doyumsuzluk ve gerginliğe sebep olması, sık olarak gebelik endişesinin duyulması nedeniyle çiftlerin cinselliklerini olumsuz etkileyebilmekte, sonuç olarak hem kadınlar hem erkekler cinsellikten zevk alamamakta ve memnuniyetsizlik yaşamaktadırlar (Yanikkerem ve ark 2006, Gabalcı 2008, Kılıç ve ark 2009). Kılıç ve ark (2009), kadınların %78'inin GÇ nedeniyle cinselliklerinin olumsuz etkilendiğini saptamışlardır. Farklı çalışmalarda da kadınların cinsel istek, ilişki sıklığı ve kalitesi ile doyumlarının değişen oranlarda olumsuz etkilendiği belirtilmektedir (Gabalcı 2008, Temel 2012). Buna karşın Yanikkerem ve ark (2006), kadınların %84.4'ünün genel olarak GÇ yöntemini kullanmaktan memnun olmakla beraber, %65'inin GÇ yöntemi kullanırken gebe kalmaktan korktuğunu ve %51'nin ise istenmeyen gebelikle karşılaştığını saptamışlardır. Aslında, kondom ve GÇ'ye genellikle eşleri ile birlikte karar veren (Depe ve Erener 2006) ve yöntemler hakkında danışmanlık alan (Ryan ve ark 2007b, Kılıç ve ark 2009) kadınların cinsel yaşamlarının daha olumlu olduğu vurgulanmaktadır.

Görüldüğü gibi kullanılan AP yöntemleri, çiftlerin cinsel yaşamları üzerine olumlu ve olumsuz birtakım etkilere sahiptir. Toplumumuzda AP ve özellikle cinsellik konularının hem çiftler hem sağlık personeli açısından açıklıkla ve rahatlıkla konuşulamayan konular olması (ACOG 2014), eğitim ve danışmanlık sırasında çiftlere kontraseptiflerin cinsel yaşama etkilerini içeren yönlerinin anlatılmasını ve bireylerin tercihlerini buna yönelik yapma olanağını ortadan kaldırmaktadır (Kılıç ve ark 2009, ACOG 2014). Bu durum kadınların cinsel problemlerinin tanınması, uygun birimlere yönlendirilmesi, tedavisinin başlatılması ve yaşam kalitesinin yükseltilmesi açısından büyük önem taşımaktadır. Bu açıdan 1. basamak sağlık merkezleri ve burada çalışan sağlık personeline, özellikle hemşirelere önemli sorumluluklar düşmektedir (Demirezen ve ark 2006a, Ryan ve ark 2007b, van der Akker 2012, ACOG 2014, Murray ve McKinney 2014). Hemşirelerin cinsellik ve AP konusunda bilgi verme, eğitim ve danışmanlık rolleri gereği, çiftlerin yöntem seçimine karar verme aşamasında yöntemin cinsel yaşamlarına etkisini de göz önüne almaları gerekmektedir. Böylece, çiftlerin doğru AP yöntemi seçmeleri ve seçtikleri yöntemi doğru kullanmalarına

rehberlik edilebilir ve çiftlerin cinsel yaşam kalitesi artırılabilir (Gabalıcı 2008, WHO 2010, van der Akker 2012, ACOG 2014, Murray ve McKinney 2014).

Cinselliğin sağlık bakımının önemli bir parçası olduğu tüm sağlık profesyonelleri tarafından benimsenmelidir. Ancak, sağlık çalışanları CF'yi zaman sınırlılığı, bilgi-egitim eksikliği ve cinsel sorunları görüşmede zorluk yaşama gibi nedenlerden dolayı yeterince ele alamamaktadırlar (Kütmeç 2009, ACOG 2014, Murray ve McKinney 2014). Oysa, kadın üreme ve cinsel sağlığının korunması ve geliştirilmesinde öncelikli bir alan olan AP danışmanlık hizmetleri, cinsel sağlık ve üreme sağlığı (CS/ÜS) hedeflerine ulaşmada önemli bir yer tutmaktadır (Ryan ve ark 2007b, Yüksel 2009, WHO 2010, van der Akker 2012, Murray ve McKinney 2014). CS/ÜS Ulusal Stratejik Eylem Planı'nda her bireyin CS/ÜS de dahil olmak üzere ulaşılacak en yüksek nitelikte sağlık hizmeti alma ve AP'nin yararları ve hizmetlerin varlığı konusunda bilgilendirme hakkına sahip olduğu vurgulanmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı Genel Müdürlüğü 2007). Ancak, AP danışmanlığı hizmetlerinde sadece yöntemin fiziksel etkilerinden ve yan etkilerinden bahsedildiği, cinsel doyum gibi cinsel sağlığı ilgilendiren konuların arka plana atıldığı belirtilmektedir (Kütmeç 2009, Nazik ve Eryılmaz 2011, ACOG 2014, Murray ve McKinney 2014).

Kişilerin, yöntemin cinsellikleri üzerinde oluşturabileceği olumsuz bir etkiden kaynaklanan memnuniyetsizlik, kontraseptif yöntemi bırakmada önemli bir sebep olabilmektedir (Yanikkerem ve ark 2006, Clinton ve Laaser 2010, Trussel ve Guthrie 2011, AGI 2012, Bozdağ 2013, ACOG 2014, Murray ve McKinney 2014). Bu nedenle kontraseptiflerin cinsel yaşantıya olan etkilerinin değerlendirilmesi gerekmektedir (Kılıç ve ark 2009, van der Akker 2012, ACOG 2014, Murray ve McKinney 2014). Ülkemizde, kadınların önemli oranda CD yaşamaları (Karakoyunlu 2007, Kütmeç 2009), modern yöntem kullanımındaki artışa karşın önemli bir bölümünün 12 ay gibi kısa bir sürede bırakılması, geleneksel yöntemlerden olan GÇ'nin ülkemizde (%26.3) ve Ege Bölgesi (%27.1)'nde halen 1. sırada kullanılan yöntem olma özelliğini koruması, yine Ege Bölgesi'nde 2. sırada kondomun (%15.5) tercih edilmesi (Akadlı Ergöçmen ve ark 2009b), kullanılan yöntemlerin cinselliği nasıl etkilediği sorusunu akla getirmektedir. Ülkemizde AP'yi bırakma nedenlerine yönelik birçok çalışma yapılmasına rağmen, yöntemlerin cinsel yaşama etkisine yönelik çok fazla veri bulunmamaktadır (Gabalıcı 2008, Kılıç ve ark 2009). Türkiye'nin Ege bölgesinde ve Aydın ilinde AP yöntemlerinin cinselliğe etkisi ile ilgili çalışmanın yapılmamış olması da bu bölgedeki AP yöntemi kullanımının cinselliği nasıl etkilediği konusunda merak uyandırmaktadır. Bu nedenle gerçekleştirilen çalışma, erkeğin aktif olarak rol aldığı AP

yöntemlerinden kondom ve GÇ'nin kadınların cinsel yaşamlarına etkisini belirlemeyi ve konu üzerine sağlık profesyonellerinin dikkatini çekmeyi amaçlamaktadır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Araştırma, erkek AP yöntemlerinden kondom ve GÇ'nin kadın cinsel yaşamına etkisini belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

1.2.1. Araştırmanın Hipotezleri

Araştırmanın hipotezleri şunlardır:

H_0 = Erkeğin kullandığı AP yöntemlerinin kadın cinsel yaşamına etkisi yoktur.

H_0 = Kondomun kadın cinsel yaşamına etkisi yoktur.

H_0 = GÇ yönteminin kadın cinsel yaşamına etkisi yoktur.

H_1 = Erkeğin kullandığı AP yöntemlerinin kadın cinsel yaşamına etkisi vardır.

H_1 = Kondomun kadın cinsel yaşamına etkisi vardır.

H_1 = GÇ'nin yönteminin kadın cinsel yaşamına etkisi vardır.

1.3. Genel Bilgiler

1.3.1. Cinsellik Kavramı

Tarih boyunca cinsellik, insanlar için hem bir zevk hem de bir korku nedeni olmuştur. Gizemi nedeniyle de her zaman incelenmeye ve yaşanmaya değer bir konu olmayı sürdürmüştür. Cinsellik terimi; başlangıçta erkek veya kadın olmayı nitelerken, sonraları üreme sürecini ve insanların duygularını içerecek şekilde genişletilmiştir. Cinsellik; yaşa, cinsiyete, kişisel tutumlara, örf ve adetlere dayanarak her birey tarafından farklı şekillerde tanımlanabilmektedir. Cinsellik, üreme amacının dışında da yaşam kalitesinin önemli unsurlarından biridir (McCarthy ve McCarthy 2012). Psikososyal ve cinsel bir kimliği olan insan, yalnızca üreme amacıyla belirli dönemlerde cinsel ilişki yaşamak zorunda değildir. Cinsellik, genel iyilik halinin bir parçasıdır ve diğer yaşamsal gereksinimlerle uyum içinde ifade edilmelidir (T.C. Sağlık Bakanlığı 2005a, McCarthy ve McCarthy 2012). Cinsellik, temelde susama-su içme, açlık-beslenme gibi güdüler tarafından yönlendirilen bir davranıştır. İçgüdülerin hiyerarşik düzeninde cinsellik içgüdüğü açlık, susuzluk ve kendini korumadan sonra gelir (van der Akker 2012).

Cinsellik, her insanın kişiliğinin ve insan olmasının önemli ve ayrılmaz bir parçasıdır (McCarthy ve McCarthy 2012). “*Cinsellik; temas, mahremiyet, duygusal yakınlık, zevk, şefkat ve aşk gibi temel insan ihtiyaçlarının karşılanmasına bağlıdır. Cinsellik, birey ile sosyal yapılar arasındaki etkileşim aracılığıyla oluşur. Bu nedenle cinsellik bireysel, kişilerarası ve toplumsal mutluluk/iyilik için gerekli yapı taşlarından biridir*” (CETAD 2006).

Cinsellik çok boyutludur. DSÖ’ye göre cinsellik; “*fiziksel, duygusal, entelektüel ve sosyal yönlerin kişiliği, iletişimi ve aşkı zenginleştirici etkilerinin bileşiminden oluşur. Herkesin cinsel bilgilere ulaşma ve cinsel ilişkiyi zevk için ya da üreme amacıyla yaşama hakkı vardır. Cinsel bir varlık olarak insanın sadece bedensel değil, duygusal, düşünsel ve toplumsal bütünlüğünü sağlayan, kişilik gelişimi, iletişim ve sevginin paylaşımını olumlu yönde zenginleştiren ve artıran sağlamlık halidir*” (WHO 2010).

Cinsellik; bizim insan olarak ne ve kim olduğumuzun bir ifadesidir. Değerlerimiz, tutumlarımız, davranışlarımız, fiziksel görünümümüz, inanışlarımız, duygularımız, kişiliğimiz, sevdiğimiz ve sevmediğimiz şeyler, kişiliğimiz ve sosyalleşme alanlarımızla şekillenir. Cinsellik; doğum öncesi başlayıp ömür boyu devam eder ve etik, kültürel ve ahlaki faktörlerden etkilenir. Üremeyi, cinsel zevk almayı ve vermeyi içerir. Cinsellik, tamamen

duyuya dayalı bir deneyimdir ve yalnızca cinsel organları değil, tüm bedeni ve akli içerir (T.C. Sağlık Bakanlığı 2009, McCarthy ve McCarthy 2012).

Sağlıklı cinselliğin belirleyicileri kompleks ve multifaktöriyeldir. Kişinin içsel faktörleri; cinsel olarak var olma duygusu, tüm sağlık durumunun üzerinde genel bir iyilik algısı ve önceki cinsel deneyim kalitesini içerir. Kişilerarası faktörler ise ilişki süresi ve kalitesi, iletişim becerileri, yaşam olayları ve stresörlerinin tipi ve sayısını kapsar (ACOG 2014).

Cinsel davranış, her yaştaki kadın ve erkeğin yaşadığı kişisel ve özel bir olaydır (van der Akker 2012). Cinsellik 61-70 yaş grubunda azalmakla birlikte, her yaş grubunda devam eden bir davranıştır. Cinsel davranış ve tutumlar son 20-30 yılda değişmiştir. Özellikle adölesan yaşta, korunmasız ve homoseksüel ilişkilerdeki artışa bağlı istenmeyen gebelik ve CYBE’lerde artış dikkati çekmiştir. Önemli bir nokta da bireylerin cinselliğe ve hastalıklara ilişkin farkındalıklarının yetersiz olmasıdır (McCarthy ve McCarthy 2012, van der Akker 2012).

Sağlıklı bir cinsellik kişinin kendisini, bedenini, duyuşal ve cinsel potansiyeli olduğunu anlaması ve kabul etmesi ile başlar. Ancak bireylerin, özellikle adölesanların cinsellik hakkında iki önemli güçlü negatif öğretileri vardır. Bunlar cinselliğin heyecanlı, ancak kötü olduğu ve evlenince iyi bir şey olduğu inancıdır. Diğer de cinselliğin sadece cinsel ilişki ile bağdaştırılmasıdır. Oysa sağlıklı cinsellik, eşlerin birbirlerinin “*cinsel sesi (otonomisi)*”ne değer vermesi ve iletişim, yakınlık, zevk ve erotizmi entegre eden “yakın, samimi bir ekip” (*intimate team*) olmayı içerir (McCarthy ve McCarthy 2012).

1.3.2. Cinsel Fonksiyon

CF ve problemlerin anlaşılmasında, kadın cinsel yanıt mekanizmasının incelenmesi yararlı olur. CF ve CD, akıl ve beden ile yakından ilişkilidir ve aralarındaki ilişkinin anlaşılmasını gerektirir. CF ile ilgili yaklaşımlar eskiden Master, Johnson ve Kaplan’ın geleneksel insan seksüel cevap siklusu modelleri ile incelenirken, günümüzde diğer faktörleri de göz önüne alan yakın ilişki (*intimacy*) temelli cinsel cevap modelleri ile ele alınmaktadır. Geleneksel cinsel yanıt döngüsü sırayla istek, uyarılma, plato, orgazm ve çözülme evrelerini içermektedir. Ancak, kadınların cinsel cevap döngüleri oldukça karmaşıktır ve erkektekinin aksine her zaman bu sırada gerçekleşmeyebilir. Bugün, daha çok cinsel yanıt modeli olan yakın ilişki temelli cinsel yanıt döngüsü ele alınmaktadır. Bu yeni yaklaşım, içsel cinsel uyarılar ve bu uyarıların süreçlerini yönlendiren (kadının uyarılmasını belirleyen) psikolojik

ve biyolojik faktörleri tanımlayan bir modeldir. Buna göre, bir kadının seksüel cevap için primer motivasyonu, partnerine yakın olmak ve iyi bir iletişim kurulmasıdır (ACOG 2014, Everett 2014).

1.3.2.1. Cinsel Fonksiyon Fizyolojisi (Cinsel Cevap Siklusu)

Kadın cinsel cevabının fizyolojik bileşenleri, otonom sinir sistemi aracılığı ile sağlanır. Buna bağlı taşikardi, deride kırmızılık ve vajinal lubrikasyon görülür. Cinsel cevap döngüsünde birçok nörotransmitter rol oynamaktadır. Siklusa pozitif etki eden nörotransmitterler arasında norepinefrin, dopamin, oksitosin ve seratonin (5-hidroksitriptamin 1A ve 2C aracılığı ile) yer alırken, negatif etkileyenler arasında seratonin (diğer birçok reseptörler aracılığı ile), prolaktin ve gama-aminobitirik asit (GABA) bulunmaktadır. Seksüel yanıt döngüsünün her bir fazının süresi, yaşamın farklı zamanlarında ve bireye göre değişkenlik gösterir. Ayrıca, her zaman tüm fazlar olması gereken sırada da yaşanmayabilir. Bu nedenle, cinsel yanıt döngüsünün var olup olmadığının değerlendirilmesi klinik açıdan önemlidir (ACOG 2014). Cinsel cevap döngüsü kültürel, dini ve kişisel deneyimlerden etkilenir. Eşler arası iletişim, cinsel ilişki tatmininin ana noktasını oluşturur. Cinsel ilişki sırasındaki cinsel cevap siklusu istek, uyarılma, plato, orgazm ve çözülme fazları olmak üzere dört aşamada ele alınmakta olup, bunlar aşağıda açıklanmıştır (CETAD 2006, Zdanuk 2012, ACOG 2014, Everett 2014).

1.3.2.1.1. Uyarılma fazı

İlk evredir. Temel olarak istek ile başlayan ve heyecan ile devam eden bu evre belirginleşen erotik duygu ve düşünceler, erkekte ereksiyon, kadında da yaygın olarak vazokonjesyon ve myotoni ile karakterizedir. Herhangi bir bedensel ya da psikolojik uyarı ile ortaya çıkabilir. Cinsel uyarının süre ve yoğunluğuna göre gösterilen tepkinin şiddeti hızlı ya da yavaş olabilir. Uyarılma evresi; kişiye uygun düşen, yeterli süre ve yoğunlukta devam eden bir cinsel uyarı karşısında çok kısa sürebileceği gibi, fiziksel ya da psikolojik açıdan uygun düşmeyen cinsel uyarı durumunda ya da cinsel uyarının aralıklarla sürdürülmesi durumunda uzayabilir ya da kaybolabilir (T.C Sağlık Bakanlığı 2006, Zdanuk 2012, Everett 2014).

Libido evresi, cinselliğin birey tarafından istenmesini içermektedir. Oluşan bu arzuya göre bireylerde cinselliği oluşturacak iletişim, ortam, fantezi ve partner ilişkileri gibi karmaşık davranışları gerçekleştirmek için motivasyon sağlanmış olur. Bu evre, cinselliğin psikolojik yönünü ve öznel uyarılmayı içerdiğinden, cinsel döngünün en önemli evresini oluşturmaktadır (CETAD 2006).

İnsanda cinsel arzu yaratan heyecan ve olaylar, beyinde cinsel merkez olarak bilinen spesifik alanı harekete geçirir. Bu merkezin, beynin haz alma merkezi ile bağlantıları vardır. Haz alma merkezi, cinsel aktivite boyunca uyarıldığında erotik aktiviteyi keyif verici bir yaşantıya çevirir. Ayrıca, beynin cinsel merkezinin alt spinal korddaki ereksiyon merkezi ile de sinirsel bağlantıları vardır. Bunlar, cinsel uyarılar ile erektil dokulardaki kan akımının artmasını sağlar. Cinsel arzu arttığında ereksiyon ve lubrikasyon daha çabuk gerçekleşir (Zdanuk 2012).

Bu faz aynı zamanda erotik cevabın başladığını gösterir. Seksin doğasına bağlı olarak bu faz, bir kaç dakikadan birkaç saate kadar uzayabilir. Genel olarak her iki cinsiyette de temel cevap, pelvik vazokonjesyon ve kaslarda meydana gelen kontraksiyonlardır. Heyecanlanma fazı boyunca fiziksel ve psikolojik uyarılar, özellikle de pelvik bölgedeki yüzeysel ve derin dokularda vazokonjesyona neden olur. Kan içeriği artan bu dokular daha kırmızı, sıcak ve kabarık duruma gelir. En belirgin özellik ise bu organların içerdiği erektil dokulardaki şişme ve kabarıklıktır. Bunlar klitoris, labialar ve vajinal açıklıktır (erkekten penis). Vazokonjesyon, kadında meme başı ereksiyonuna ve meme boyutunda artmaya neden olur. Çok şiddetli uyarılar veya beklenmedik kesintiler cinsel heyecan gelişimini engelleyebilir (Zdanuk 2012).

1.3.2.1.2. Plato fazı

Uyarılma evresinin bir parçası ve devamı niteliğinde olan bu evrede, etkili cinsel uyarının sürdürülmesi ve cinsel heyecanın artmasıyla birlikte, kadın ya da erkek plato sürecine girer. Bu evrede, haz duygusu ve cinsel gerilim giderek yükselir ve kişinin orgazma geçebileceği noktaya kadar sürer. Orgazm evresine giriş niteliğindedir (T.C. Sağlık Bakanlığı 2006, Zdanuk 2012, Everett 2014).

Bu evrede vasküler, nörojenik, endokrin ve müsküler mekanizmalar sonucunda cinsel uyarı meydana gelmektedir. Bu uyarılma vajinal kayganlık, vajinal duvar genişlemesi, klitoral ereksiyon ile vajinal lümeninde artış olmasına yardımcı olur. Cinsel uyarılma parasempatik sistem ile aktive, sempatik sistem ile inhibe olabildiğinden, cinsel ilişki sırasında uygun olmayan bir uyarı ile azalabilir veya sönebilir. Uyarılma evresinin devamlılığı, orgazmın anahtarı olarak görülebilir (CETAD 2006, Zdanuk 2012).

Plato fazı bir dakika sürebildiği gibi, orgazmın isteyerek ertelenme durumuna bağlı daha uzun da sürebilir. Vazokonjesyon, plato fazı boyunca artmaya devam eder. Bu da genitalerin ve memelerin şişmesi ile sonuçlanır. Ayrıca labia minör kızılolar, birçok kadın

ve erkekte ciltte renk değişiklikleri (*seks flush*) oluşur ve meme altından meme başına, boyuna ve başa doğru yayılır. Vazokonjesyon, orgazmik platform oluşmasına da neden olur. Vajinanın 1/3 alt kısmında şiddetli kontraksiyonlar oluşur. Bu da peniste kavrama etkisi yaratır. Faz boyunca miyotoni artar ve oldukça belirgin hale gelir. Özellikle yüz, boyun, kollar ve bacaklarda karmo-pedal spazmlar meydana gelir. Karmo-pedal spazmlar, el ve ayak kaslarındaki spastik kontraksiyonlardır ve bu uzantıların pençe gibi görünmesine neden olur. Uyarının plato fazı boyunca devam etmesi nabız, solunum hızı ve kan basıncının artması ile sonuçlanır (Nusbaum ve Hamilton 2003, Zdanuk 2012).

1.3.2.1.3. Orgazm fazı

Cinsel cevap siklusunun en kısa fazıdır ve sadece 3-15 saniye sürer. Ancak, duyumsanan cinsel haz açısından en yoğun evredir. Birey orgazm yaşamasına rağmen, hala yaşayacağını düşünebilir. Bu evre; erkekte ejakülasyon, kadında ise perine ve vajina etrafındaki kaslar ile vazokonjesyon sonucu büyüyen dokuların ritmik refleks kasılmaları ile karakterizedir. Öznel olarak pelvisde hissedilir. Orgazm, kadında klitoral bölgede ve vajinada, erkekte ise penis ve prostatta yoğunluk kazanır (CETAD 2006, Zdanuk 2012, Everett 2014).

Kadın orgazmı sıklıkla erkek orgazmından daha uzun sürer. Kalbin aşırı aktivitesi nedeniyle orgazm taşikardiye neden olur ve dakikada 100-180/ atıma kadar çıkabilir. Orgazmın diğer fiziksel göstergeleri, kaslarda şiddetli miyotonidir. Karmo-pedal spazma bağlı kas spazmları ve istemsiz kontraksiyonlar meydana gelir. Yüz kaslarındaki istemsiz kasılmalara bağlı kişi kaşlarını çatabilir ve yüzünü buruşturabilir. Kol, bacak, sırt ve alt abdomende benzer kasılmalar görülebilir. Ayrıca, bu fazda *seks flush* pik yapar (Zdanuk 2012).

1.3.2.1.4. Çözülme fazı

Cinsel eylemin son evresidir. Kadın ya da erkekte, plato ve orgazmı takiben genital bölgede ve bedenın bütününde önceki aşamalarda oluşan fizyolojik değişikliklerin dakikalar içerisinde aynı sırayı takip ederek kaybolması ile karakterizedir. Bu evrenin süresi cinsiyete, orgazmın yaşanıp yaşanmamasına, ya da hangi yoğunlukta yaşandığına ve cinsel uyarana bağlı değişkenlik gösterebilir. Kadınlar, çözülme evresinde cinsel uyarının yeniden başlamasıyla yeniden uyarılıp orgazm olabileme potansiyeline sahipken, erkekler süresi kişi ve yaşa göre değişen bir refrakter döneme zorunlu olarak girerler. Refrakter dönemin sonuna kadar erkeklerin cinsel bir uyarana yeniden yanıt verip ereksiyon ya da orgazm olmaları mümkün değildir. Bu nedenle erkeklerin tek tip bir cinsel yanıt döngüsü olmasına karşın,

kadınlarda bu çok değişken olabilmektedir (CETAD 2006, T.C. Sağlık Bakanlığı 2006, Zdanuk 2012, Everett 2014).

Orgazm yaşanmazsa bu faz cinsel organlardaki uyarılmanın azalması ve ortadan kalkması ile sonlanır. Çözölme fazı boyunca farklı reaksiyonlar gözlenir. Bazı insanlar derin bir gevşeme veya uyku ihtiyacı duyarken, bazıları rahatlamış ve enerjik hisseder. Bazıları yalnız kalmak isterken, bazıları yakın olmak, konuşmak ya da sessizlik ister (CETAD 2006, Zdanuk 2012).

1.3.2.2. Cinsel Disfonksiyon

Cinsel problemleri tam olarak neyin oluşturduğu konusunda bir belirsizlik vardır. Serksüel bozukluk tanımını yapmak çok karmaşıktır. Çünkü zaman ve kültüre göre bozukluğun değiştii düşünölmektedir (ACOG 2014). Genel olarak CD; *“farklı nedenlere bağlı olarak, kişinin istediği halde cinsel ilişkiye girememesi”* olarak tanımlanmaktadır (Basson ve ark 2010). Kadın CD’si *“cinsel yanıt döngüsünün istek, uyarılma, lubrikasyon ve orgazm evrelerindeki fizyolojik süreçlerden bir veya birkaç aşamasının bozulması”*dır (van der Akker 2012). Kadın CD’si; *vasküler, nörojenik, hormonal, müsküler, farmakolojik yönü olan, kadınların kişisel ilişkilerini negatif etkileyen ve yaşam kalitesini düşüren çok faktörlü bir sorundur* (Berman ve Goldstein 2001, van der Akker 2012).

Kadınlarda cinsel sorun görölme oranı erkeklerden daha yüksektir. Kadın CD’sinin %19-96.6 gibi oldukça yüksek bir prevalansa sahip olduğu bildirilmektedir (Shifren ve ark 2008, Song ve ark 2008, Kütmeç 2009, Özerdoğan ve ark 2009, Singh ve ark 2009, Gracia ve ark 2010, Prado ve ark 2010, Wallwiener 2010, Jaafarpour ve ark 2013, ACOG 2014, Choi ve ark 2014). ACOG (2014), kadınların %35-45’inin bazı cinsel problem tiplerine, en yaygın olarak ta düşük cinsel arzuya sahip olduklarını belirtmektedir. Tashbulatova (2007), kadın CD’sinin en sık 50-74 yaş aralığında olduğunu belirtmektedir. PRESIDE çalışmasında, kadınların %44’ünde CD olduğu, %39’unun cinsel istek, %26’sının uyarılma, %21’inin orgazm ve %23’ünün cinselliğe bağlı stres sorunu yaşadığı saptanmıştır (Shifren ve ark 2008). Ülkemizde ise kadınların %19-70.7’sinin CD yaşadıkları bildirilmektedir (Demirezen ve ark 2006b, Öksüz ve Malhan 2006, Kütmeç 2009, Özerdoğan ve ark 2009, Ege ve ark 2010).

Genel popölasyona göre kadınların önemli bir bölümünde ağrılı cinsel ilişki deneyimi vardır. Aslında, bu sıklıkla karşılaşılan kronik bir problem değildir. Ön sevişmeye ve zevke zaman ayırmak, lubrikant kullanmak ve farklı pozisyonları denemek ağrıyı azaltabilir. Bunlar aile hekimi, jinekolog ve evlilik terapistlerinin ekip anlayışı doğrultusunda ve terapötik

yaklaşımları ile çözümlenebilecek olağan sorunlardır. En yaygın kadın cinsel problemleri; engellenmiş cinsel arzu, uyarılamama, orgazmik disfonksiyon ve çiftlerin yakın ilişkilerindeki tatminsizliktir (McCarthy ve McCarthy 2012).

DSÖ'nün genel hastalık tanı sistemi (ICD-10) sınıflamasına göre CD; *bir kişinin değişik nedenlerden dolayı arzu ettiği şekilde cinsel ilişkiye girememesi* olarak tanımlanmaktadır (WHO 2010, ACOG 2014). Amerikan Psikiyatri Derneği (American Psychiatric Association-APA)'nin DSM-V ve Amerikan Ürolojik Hastalıklar Derneği (American Foundations of Urological Disease-AFUD)'nin son sınıflamasına göre CD aşağıdaki başlıklarda incelenmektedir (Basson ve ark 2000, Berman ve Goldstein 2001, AFUD 2004, İncesu 2004, Çeri ve ark 2008, APA 2013, ACOG 2014).

- Cinsel istek bozuklukları

a. Hipoaktif cinsel istek

Sürekli veya tekrarlayan şekilde, cinsel aktivite için seksüel fantezi ve düşünce ya da isteğin az olması ya da olmamasıdır. Bu durum kişisel stresi artırır.

b. Cinsel tiksinti

Cinselliğe, cinsel ilişkiye veya partnerine karşı tiksinti duymadır. Cinsel ilişki kurmaktan sürekli ve aşırı biçimde tiksinti duyma ve bu nedenle cinsellikten tümüyle kaçınmaktır. Bozukluğun ağırlığına göre, cinsel tiksinti, cinsel yaşamın genital salgılar ya da cinsel birleşme gibi belirli yönüne odaklanabilir ya da öpme ve dokunmada dahil, tüm cinsel uyarılara karşı yaygın bir iğrenme olarak da ortaya çıkabilir.

- Uyarılma bozuklukları

Sürekli veya tekrarlayan şekilde, seksüel aktiviteye katılamama ya da sürdürememe yeteneğidir. Seksüel uyarıya yanıt olarak genital bölgede kabarma ve lubrikasyonda ya da diğer somatik tepkilerde yetersizlik görülür. Bu sorunu, genital uyarı bozukluğu olan kadınlarla ruhsal olarak nongenital uyarı bozukluğu sorunu olan kadınlardan ayırmak gerekir. Bu rahatsızlık, belirgin bir strese ve kişilerarası zorluğa yol açar.

- Orgazm bozuklukları

Normal ve yeterli bir uyarı ve arzuyu takiben (normal bir uyarılma fazı sonrası), sürekli veya tekrarlayan şekilde orgazmın gecikmesi ya da yokluğudur. Bu rahatsızlık ta belirgin bir strese ve kişilerarası zorluğa yol açar. Bu bozukluk, sıklıkla kadın uyarılma bozukluğu olarak bilindiğinden ve orgazmın olmaması strese yol açtığından (özellikle

nörolojik bozukluğu olan ve aniden erken androjen üretim kaybı olan kadınlarda), bu tanımların klinik kullanımları kısıtlıdır.

- Cinsel ağrı bozuklukları

a. Disparoni

Sürekli veya tekrarlayan şekilde, cinsel ilişkiyle ilgili genital ağrıdır. İlişkide, penil-vajinal hareket imkansızdır. Çünkü, penisin kısmi veya tam olarak vajinaya girişi ağrıya neden olur. Bu rahatsızlık, belirgin bir strese ve kişilerarası problemlere yol açar.

b. Vajinismus

Sürekli veya tekrarlayan şekilde, cinsel ilişkide iken vajinanın 1/3 dış kısmındaki kasların istemsizce kasılmasıdır. Müsküler spazm bildirilmemiştir. Penil ilişkiye refleks olarak kasların kasılması, vajinal ilişki/temas korkusu ve ağrı karakteristik özelliğidir. Bu sorun, vajinal penetrasyonla ilişkili olduğundan kişisel strese neden olur.

c. Non - koital cinsel ağrı bozuklukları

Sürekli veya tekrarlayan şekilde, koitus dışı cinsel uyarı ile ilişkili olan genital ağrıdır.

1.3.2.3. Cinsel Disfonksiyon Nedenleri

CD; yaşam boyunca görülen, daha çok da sonradan kazanılan bir problemdir (McCarthy ve McCarthy 2012, van den Akker 2012). Kadınlar cinsel açıdan erkelere göre daha kırılığandır. İlişkilerinin genel gidişinden ve tıbbi problemlerden çok cinselliği yaşadıkları sırada yaşanan psikolojik etkenlerden etkilenirler (CETAD 2006, McCarthy ve McCarthy 2012). Cinsel problemler için bireyler genellikle bir dahiliye veya aile hekimine giderler. Kadınlar genellikle bir jinekoloğa, erkekler de üroloğa giderler. Çoğu hekim, cinsel problemlerle uğraşma konusunda rahat değildir ve kişinin isteği ya da gereksinimi dışında problemden kurtulmak için bir reçete verme ya da şaka yapma eğilimindedirler. Cinsel problemleri “*medikalize etme*” eğilimi giderek artmaktadır. Eretil disfonksiyon için 1998’de Viagra’nın kullanıma girmesi bunun önemli bir göstergesidir. Yakın gelecekte daha çok pro-seksüel tedaviler, hormon tedavileri, kremler ve yamalar değerli ek destekler olarak gelecekte de, bunların çiftlerin sağlıklı cinselliğin temeli olan üç önemli yönüne (*yakınlık, zevk ve erotizm*) entegre edilmesi gerekmektedir (McCarthy ve McCarthy 2012).

Kadınlarda görülen cinsel problemlerin sıklık ve ciddiyeti hastalıklara, uygulanan tıbbi ve cerrahi tedavilere, yaşam tecrübesini yönetmedeki bilgi eksikliği ile duygusal ve fiziksel

streslere bağlıdır (ACOG 2014). Çoğu kadın için yaşam kalitesinin vazgeçilmez bir unsuru olan cinselliğe ilişkin sorunların oluşumunda etkili olan faktörlerin en önemlileri şu şekilde sıralanabilir (Addis ve ark 2006, King ve ark 2007, McCarthy ve McCarthy 2012, van der Akker 2012, ACOG 2014).

a. Vasküler nedenler: Klitoral ve vajinal vasküler yetmezlik sendromu, iliohipogastrik, pudental arter yatağının aterosklerozuna bağlı genital kan akımının azalması ile ortaya çıkan bir hastalıktır. Aorto-iliak veya aterosklerotik hastalığa sekonder pelvik kan akımının azalması, vajinal duvar ve klitoral düz kas dokusunda fibrozis oluşumuna neden olur.

b. Nörolojik nedenler: Seksüel disfonksiyonu etkileyen özellikli patolojiler multipl skleroz, spinal kord travması, disk hernisi, lumbosakral pleksus patolojileri ve periferik nöropatiler olarak sayılabilir.

c. Hormonal nedenler: Genel olarak kadın CF fizyolojisini düzenleyen östrojen ve androjenlerin kan seviyelerinin azaldığı durumlarda CD meydana gelir. Özellikle östrojen, hem vulvar ve vajinal konjesyon üzerine direk etkisi, hem de duygudurum (mood) üzerine olan indirek etkisi ile kadın cinsel tepkilerini önemli ölçüde etkiler.

d. Müsküler nedenler: Pelvik taban kasları, levator ani ve perineal membran, kadın CF'si ve cevabına doğrudan katılır. Levator ani kası orgazm ve vajinal penetrasyonda motor cevabı düzenler. Bu kasın hipertonisitesinde vajinismus gelişebilir ve disparoni veya diğer ağrı bozuklukları oluşabilir.

e. Psikolojik nedenler: Kadınlarda değişik yaş ve dönemlerde insidansı artan depresyon (özellikle premenstrüel dönem, hamilelik, doğum sonrası ve perimenopozal dönemde), kadının istek, uyarılma ve motivasyonunu olumsuz etkileyerek CD riskini artırır. CD'si olan kadınların 1/3'ünde depresyon bulunmaktadır. Şiddeti içeren önceki negatif cinsel deneyimleri, ağırlı ya da tatminsiz sonuçlanacağı bilgisi, benlik saygısında bozulma (ör; infertilite), utanma, eşinde CD varlığı, gebelik, cinsellik ve fiziksel durumuna ilişkin güven eksikliği ile oryante olamama endişesi belli başlı psikolojik nedenlerdir.

f. İleri yaş: Kadınlarda yaş artışı ile birlikte doku ve organların işlevsel kapasitesinin azalması, genital organların ve pelvik taban kaslarının fonksiyonlarının bozulması, gebelik ve doğum sürecinin getirdiği yapısal ve hormonal değişiklikler kronik hastalıkların görülme sıklığındaki artış, toplumsal-kültürel değer yargılarının etkisi ile kadının yaş ilerledikçe çekiciliğinin, güzelliğinin azaldığını hissetmesi gibi pek çok fizyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerin kadın CF'sini olumsuz etkilediği düşünülmektedir.

g. Cerrahi girişimler: Üreme organlarına yönelik yapılan cerrahi girişimlerin neden olduğu fizyolojik, hormonal, yapısal ve psikolojik değişikliklerin kadınlarda çeşitli cinsel sorunlara neden olabileceği belirtilmektedir.

h. Sosyokültürel ve sosyodemografik nedenler: Yaş, eğitim düzeyi, gelir düzeyi, çalışma durumu, etkin AP yöntemi kullanımı, eş ve evliliğe ilişkin özellikler, beden kitle indeksi gibi sosyo-demografik özellikler ile toplumun kültürel yapısı, yaşam koşulları, kişisel, ailevi ve dini değerler arasındaki çatışmalar, cinsel konulara ilişkin eğitim yetersizliği ya da yanlış bilgilendirme, geleneksel ve tutucu yetiştirilme biçimi ve sosyal tabular gibi pek çok sosyokültürel etmenin kadınların cinsel yaşamını etkileyebileceği düşünülmektedir.

1. Kullanılan ilaçlar: Alkol ve yasal olmayan ilaçlar da dâhil olmak üzere, kullanılan ilaçların önemli bir bölümü kadınların cinsel yanıtını değiştirebilmekte ve CD'ye neden olabilmektedir.

1.3.2.4. Cinsel Disfonksiyon Yönetimi

Kadının cinselliği, sağlığı ve emosyonel iyiliğinden etkilenir. Sağlıklı cinsel fonksiyon ise fiziksel ve emosyonel iyiliği sağlar. ACOG'a göre, hastaların yarısından daha azının cinsel sorunları hekimleri tarafından fark edilmektedir. Bu nedenle cinsellikle ilgili tartışma ve görüşmeler, güvenli ve destekleyici bir ortamda ve güven verici bir iletişim sağlanarak yapılmalıdır. Bu, cinsellikle ilgili endişe, korku ve soruların rahatlıkla ifade edilmesine ve tartışılmasına olanak sağlar. CD'nin yönetimi; CD olan hastayı tanılama, öykü alma, CD risk faktörlerini değerlendirme ile başlar ve tanıya göre tedavisi sağlanır ya da sevk edilir. Öykü alırken ve değerlendirirken açık uçlu sorular sorulması, yönlendirici olmayan ve saygılı bir yaklaşımın kullanılması, koca yerine *eş-partner* ve ilişki yerine *cinsel aktivite* gibi terimlerin kullanılması açık iletişime ve problemin iyi değerlendirilmesine olanak sağlar. CD'yi tanılamak için üç önemli sorunun sorulması önerilmektedir; "*cinsel olarak aktif (katılımcı), misiniz?, herhangi bir cinsel endişeniz var mı? ve sekse bağlı herhangi bir ağrınız var mı?*" Bu sorulardan herhangi birisine evet yanıtının verilmesi, CD'ye işaret edebilir ve ileri sorularla değerlendirilmesini gerektirir. Cinsel istek, özellikle uyarıcı cinsel istek ve uyarılmanın bileşenleri hakkında konuşmak kadın ve partnerinin hangisinin danışmanlık gereksinimi olduğunu belirlemede yardımcı olur. Basit olarak bilgi sağlamak, çoğu kadının aynı kaygılara sahip olduğunu ve CD'nin boyutlarının anlaşılması açısından terapötik bir girişimdir. CD'nin ne zamandan bu yana var olduğunu belirlenmesi de CD'nin yönetimi açısından önemlidir. Uzun süreli sorunlarda, derinlemesine psikososyal değerlendirme gerekir. Çünkü

CD'si olmayan çiftler arasında, her partnerin mutluluğunun yaklaşık %10 kadarı ilişkilerinin cinsel komponentine bağlı iken, CD'si olan çiftlerde cinsel sorunların tüm ilişki kalitelerinin yaklaşık %60'ından sorumlu olduğu tahmin edilmektedir. Bu gibi durumlarda kadın veya eşlerinin seks terapistine yönlendirilmesi gerekmektedir (Clinton ve Laaser 2010, McCarthy ve Mccarthy 2012, ACOG 2014).

CD'nin yönetiminde değerlendirme ve tedaviyi birbirinden ayırmak zordur. Çünkü, değerlendirme sırasında verilen kısa ve açıklayıcı bilgilendirmeler aynı zamanda terapötik etkilidir. Burada soruna biyolojik açıdan değil, holistik yaklaşımla ve psikososyal yönünü de dikkate alarak yaklaşmak son derece önemlidir. Hemşire ya da sağlık personeli, gerekli durumda ileri değerlendirme ve tedavi için kadın ve/veya eşini ruh sağlığı uzmanına, psikoloğa, evlilik ve cinsel terapistine, iletişim ve şiddetle ilgili danışmanlara ve destek gruplarına yönlendirmelidir (Clinton ve Laaser 2010, McCarthy ve Mccarthy 2012, ACOG 2014).

CD sorunu olan kadın ve/veya eşine verilecek primer bakım ve tedavi yaklaşımları aşağıda özetlenmiştir (ACOG 2014).

- Karar verici olmayan ve saygıya dayalı bilgi verme (ör; kadının cinsel cevap döngüsü).
- Her iki eşe penetratif olmayan cinselliği açıklama.
- Depresyon ve antidepresanların cinsel yan etkilerini tarama.
- Tıbbi tedaviyle ilişkili kadın CD'sini tarama ve alternatif tedavileri önerme.
- Lokal veya sistemik östrojen ve testosteron tedavisi ile hiperprolaktinemi ve hipo-hipertroidizm gibi sorunların tedavisini sağlama.
- Düşük cinsel isteği olan kadınları güçlendirici ya da eşinin bunu sağlayıcı yönde değişiklikler yapmasını sağlama.

1.3.3. Üreme Sağlığı ve Cinsel Sağlık

Dünyada nüfus, kalkınma ve doğurganlık arasında kurulan ilişki, önce nüfus planlaması, ardından doğum kontrolü ve aile planlaması kavramlarının gelişmesine neden olmuştur. Özellikle 1994'ten itibaren, yeni bir kavram olarak “*cinsel sağlık*” dünya ülkelerinin gündemine girmiş ve kabul görmüştür. Günümüzde de ana çocuk sağlığı (AÇS) ve AP kavramı yerine “*CS/ÜS*” kavramı kullanılmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı 2009).

Üreme Sağlığı; “*üreme sistemi işlevleri ve süreci ile ilgili sadece hastalık ve sakatlığın olmaması değil, tüm bunlara ilişkin fiziksel, zihinsel ve sosyal yönden tam bir iyilik halinin olmasıdır*”. Üreme sağlığı aynı zamanda, “*insanların tatmin edici ve güvenli bir cinsel yaşamlarının olması, üreme yeteneğine sahip olmaları ve üreme yeteneklerini kullanmada karar verme özgürlüğüne sahip olmaları*” demektir (T.C. Sağlık Bakanlığı 2009, WHO 2010).

Üreme sağlığı kavramı içerisinde cinsel sağlık kavramı da ele alınmakta ve her ikisi ayrılmaz bir ikiliyi oluşturmaktadır. Cinsel sağlık; “*cinsel yaşamın bedensel, ruhsal, zihinsel ve sosyal açıdan bir bütün olarak ele alınması yoluyla kişilik, iletişim ve sevginin olumlu yönde zenginleştirilmesi ve güçlendirilmesi*” olarak tanımlanmaktadır (DSÖ 2007). Cinsel sağlık; “*bir kişinin CYBE, istenmeyen gebelik, zorlama, şiddet ve ayrımcılık riskinden bağımsız olarak cinselliğini ifade etmesi yeteneği*”dir. Cinselliğin ifadesi, cinsel ilişkilerde karşılıklı saygıya dayalı bilgilendirilmiş, eğlenceli ve güvenli bir cinsel yaşama sahip olmaktır. Olumlu bir şekilde zenginleştiricidir, zevk içerir ve kararlılığı, iletişimi ve ilişkileri geliştirir. Herkesin cinsel bilgilere ulaşma ve cinsel ilişkiyi zevk için ya da dölleme amacıyla yapma hakkı vardır (T.C. Sağlık Bakanlığı 2009).

Cinsel sağlığın amacı; “*sadece üreme ve CYBE ile sınırlandırılmış tıbbi bakım ve danışmanlık değil, aynı zamanda kişilik, kişisel ilişkiler ve yaşamın güçlendirilmesidir. İster ikisi de aynı cinsiyetten, ister farklı cinsiyetten olsun, kişilerin cinsel alanı paylaşımları en doğal insan hakkıdır. İsteyen kişi, karşı cinsten ya da kendi cinsinden bir partnerle ve sadece istediği zaman, baskı altında kalmadan sevişmeyi ya da sevişmemeyi seçebilir. İster karşı cinsel, ister eşcinsel hiç kimse fiziksel, duygusal ve ekonomik şiddet kullanılarak veya bunları kullanma ile tehdit ederek zorla baskı ile cinsel ilişki kuramaz, kurmamalıdır. Özgür seçimlere dayalı cinsel yakınlıklar, cinsel sağlık için ön koşuldur*” (CETAD 2006).

1.3.4. Kadın Cinsel Sağlığı

Holistik açıdan kadın cinselliği, kadın üreme sağlığının önemli bir boyutunu oluşturur (ACOG 2014). Kadın cinselliği; anatomik, psikolojik, fizyolojik, tıbbi ve sosyal bileşenleri olan multifaktöriyel bir durumdur (Clinton ve Laaser 2010, van der Akker 2012, ACOG 2014). *“Bireyin ruhsal durumu, içinde bulunduğu toplumun örf ve adetleri, inanışları, hatta mevcut yasalar kadın cinselliğini ve cinsel davranış biçimlerini etkiler. Kadının insan haklarından yararlanması sürecin ayrılmaz, vazgeçilmez ve tartışılmaz bir parçasıdır. Dolayısıyla cinselliği nasıl, ne zaman, kiminle yaşayacakları ve ne zaman anne olacaklarına kendilerinin karar verebilecekleri bir ortamda kadınların cinselliğinden söz edilebilir”* (CETAD 2006).

Oysa toplumun kadın ve erkekte farklı beklentileri vardır. Her iki cinsiyete farklı roller biçilmiştir. Bireyler de bu yönde, yani cinsiyetlerine uygun davranışlar geliştirirler. Toplumsal cinsiyet ayrımcılığının sonuçları olarak, kadın cinselliği evlilikle tanımakta, sorun yaşadığında tanımlayamamakta, cinsel hazdan daha çok eşini mutlu etme, bu nedenle günaha girmeme ve çocuk yapma konuları daha öne geçmektedir (Chung-Park 2007, Ryan ve ark 2007a,b, Yüksel 2009, van der Akker 2012, ACOG 2014). *“Bu cinsel deneyimi evliliğe öteleyen bakış, kadınların kendi beden ve duygularından suçluluk duymalarına ve bedenlerine sahip çıkmamalarına yol açmaktadır”* (CETAD 2006). Bu nedenle kadın cinsel sağlığını geliştirmeye yönelik olarak yapılacak programların, kadınları güçlendirme ve toplumsal cinsiyet dengesizliklerini düzeltme üzerine odaklanması gerekir (Bozdemir ve Özcan 2011). Bu doğrultuda, ülkemizde de 1990’lı yıllardan itibaren önem kazanan CS/ÜS programları ile kadın sağlığını üreme sağlığıyla sınırlandıran bakış ortadan kalkmış ve yerini sağlıklı biyolojik, genetik, çevresel, psikososyal ve ekonomik faktörlerin bir sonucu olarak gören görüş almıştır. Bu çerçevede, toplumsal cinsiyet sağlık alanındaki anahtar belirleyicilerden biri olarak kabul edilmiş ve kadın cinsel sağlığı daha fazla ele alınmaya başlanmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı 2010).

Cinsel rahatlık, cinsel sağlık ve güvenli seks gerektirir. Kadının cinselliği hakkında çok daha fazla farkında, bilgili ve sorumlu olduğu durumda, cinsel sağlığını koruma ve geliştirme şansı vardır. Ne yazık ki HIV ve CYBE gibi sorunların temelinde seksist yaklaşım vardır. Kadınlar hassas ve kırılabilirler. Bu nedenle cinsel yaşamlarında dürüst, insancıl bir yaklaşımın olması ve eşlerin durumunu kadınlarla paylaşmaları ve bilgilendirmeleri sağlıklı bir cinsellik için oldukça önemlidir. Cinsel davranışa karar vermede en gerçekçi yaklaşım, cinsel davranışın eşlere ya da ilişkilerine zarar verip vermeyeceğidir. Bu eşlerin birbirlerine

saygı, güven, iletişim ve farkındalıklarını artırmanın önemli bir yoludur. Farkındalık, bilgi, bakım ve sorumluluğu içeren sağlıklı cinsel davranış, sağlıklı bir cinselliği ve kadının cinsel rahatlığını geliştiren uygulamalardır (McCarthy ve McCarthy 2012).

Cinsellik, ilişkilerde birçok fonksiyona sahiptir. Bunlar zevki paylaşmak, yakınlığı güçlendirmek ve artırmak, günlük yaşam ve ilişkilerde karşılaşılan güçlüklerle başa çıkmada yardımcı olarak gerilim ve stresi azaltmak ve ek olarak planlı, istenen bir çocuğa sahip olmaktır. Ancak, özellikle kadınlar cinsel açıdan sevgi, aşk, duygu ve endişelerini ifade etme ve paylaşmada zorlanmaktadırlar. Bu nedenle sağlıklı bir cinsellik için sözel ve sözel olmayan iletişimi de güçlendirmek gerekir (McCarthy ve McCarthy 2012).

Gerçekte, kadın ve erkek cinsel tepkilerinde benzerlikler çok fazladır. Kadın ve erkekler arzu, zevk, erotizm, orgazm ve tatmin olmada benzer kapasitelere sahiptirler. Güncel olarak, kadınlar cinsel açıdan çok daha fazla canlı ve aktif olma fırsatına sahiptirler. Çünkü, birkaç kez orgazm olabilmektedirler (yaklaşık beş kadından biri multiorgazmik fonksiyona sahiptir) (McCarthy ve McCarthy 2012).

1.3.5. Cinsel Sağlık ve Aile Planlaması

Cinsellik biyolojik, psikolojik, kişilerarası ve davranışsal boyutları olan çok boyutlu ve karmaşık bir kavram olması dolayısıyla; kadın ve erkeklerin cinsel tutum ve davranışları, AP yöntem seçimini ve seçtikleri yöntemi doğru olarak kullanmalarını etkilemektedir. AP yöntemlerinin, istenmeyen gebelikleri önlemesinin yanı sıra, çiftlerin cinsel yaşamlarına olan etkisinin de bilinmesi gerekmektedir (Addis ve ark 2006, King ve ark 2007, T.C. Sağlık Bakanlığı 2009, van der Akker 2012). Çünkü cinsellik bireylerin sağlığı, iyiliği ve yaşam kalitesi açısından önemlidir ve AP yöntem seçimi, bireylerin doyurucu ve güvenli cinsel yaşama sahip olmaları, üreme yetenekleri ve bu yeteneği özgürce kullanmalarında önemli etkilere sahiptir (Akın ve ark 2006, Chung-Park 2007, Ryan ve ark 2007a,b, T.C. Sağlık Bakanlığı 2009, Taşkın 2011, van der Akker 2012).

AP'nin amaçları değişik olabilir. Kimi çiftler ailelerin büyüklüğünü sınırlamak için AP yöntemi kullanırken, kimisi de mevcut olan sağlık sorunları nedeniyle bu yöntemleri uygularlar. Kadın ve erkek üreme anatomisi ve fizyolojisi arasındaki ilişkiyi ve buna bağlı olarak doğurganlık işlevini bilmek, doğurganlık bilincini oluşturur. AP politikalarının başlıca amaçları; aşırı doğurganlığa bağlı olarak ana ve çocukta oluşabilecek olumsuzlukları engellemek, AP yöntemleri hakkında bilgi vermek, yöntem kullananları izlemek ve çocuğu olmayan çiftlerin çocuk sahibi olmalarını sağlamaktır (T.C. Sağlık Bakanlığı 2009). Daha çok

gelişmekte olan ülkeler için çok önemli bir sorun olan kadın sağlığı, cinsel sağlık ve AP konusunda özellikle 1960'lı yıllardan sonra önemli yollar kat edilmiştir. Anne sağlığını geliştirmede, modern kontraseptif yöntemlerin kullanımının yaygınlaştırılması ve düşüğün yasalarla serbest hale getirilerek hekim tarafından sonlandırılması pek çok ülkede olumlu sonuçlar vermiştir. Yine de istenilen düzeylere tam olarak gelinememiştir (Akadlı Ergöçmen ve ark 2009b, van der Akker 2012, WHO 2013). Çünkü, adölesan nüfus başta olmak üzere tüm yaş gruplarının sağlıklı cinsellik ve cinsel davranışlar ile AP yöntemlerinin sağlayacağı yararları ilişkin farkındalıkları yeterli değildir (van der Akker 2012). Ayrıca, farklı yaş grubundaki kadınların reproduktif öykülerine bağlı olarak kontraseptif tercihleri de farklılık gösterebilir (Godfrey ve ark 2011, Murray ve McKinney 2014)

AP'yi, cinsellikten ayırmak ve cinsel sağlık kavramı içinde yok saymak mümkün değildir. Üreme amacı taşımayan çift için gebelikten korunmada güvenli yöntem kullanılmaması ve bunun yaratacağı sonuçların giderek çift için bir CD nedeni olabileceği akıldan çıkarılmamalıdır. Gebe kalma korkusu, özellikle kadınlarda önemli bir cinsel sorun yaratabilir. Cinselle ilgili bilgi yokluğunun yaygın oluşu da buna eklenince önemli sosyokültürel sorunlarla karşılaşmaktadır. Kontrolsüz üreme, başta kadın sağlığı ve statüsü olmak üzere, ailelerde ve toplumsal yaşamda onarılması güç yaralara neden olmaktadır. Kadınlar bedenlerini üreme amaçlı kullandıklarından, bu yeteneklerini kontrol etme hakkına sahip değildirler. Dolayısıyla cinsellik özellikle kadınlar için mutluluk kaynağı olmaktan çok, korku dolu bir görev niteliğindedir. Kadınlar, AP yöntemlerinin kullanımı ile erkekler gibi gebelik korkusu olmadan cinselliklerini yaşama olanağına kavuşabilir, böylece yaşamı paylaşma fırsatına erişebilirler (Chung-Park 2007, Ryan ve ark 2007a, van der Akker 2012).

AP uygulamaları ile cinsellik ve cinsel sağlık ön plana çıkmıştır. Eskiden konuşulması bile sorun olan bu konular, eğitim konuları olarak birçok toplum eğitimi programında yer almıştır. AP eğitimi toplumun her kesiminde yapılırken, cinsel sağlık ile ilişkisi mutlaka vurgulanarak anlatılmalıdır (Chung-Park 2007, van der Akker 2012). Gebelik korkusunun veya gebelik isteğinin cinsel istek ve performansı önemli oranda etkilemesi nedeniyle, çiftlerin sağlıklı ve mutlu bir cinsel yaşama sahip olmalarında, kullanılan AP yöntemlerinin cinsel yaşamlarına olan olumlu veya olumsuz etkilerinin değerlendirilmesi gerekmektedir (Yanikkerem ve ark 2006, T.C. Sağlık Bakanlığı 2009, van der Akker 2012). Böylece insanların bu konuda sormadığı sorular cevap bulacak, çözemediği sorunlar da çözüme kavuşacaktır. Dikkat çekici bir diğer konu da, AP eğitimi alan ve uygulayan toplumlarda, cinselle ilgili suçlarda ve erken yaş gebeliklerinde ve nüfusta belirgin bir azalma olmasıdır

(van der Akker 2012). Çünkü bilgi, eğitim, bilişsel ve davranışsal yaklaşımlar kontrasepsiyona başlama ve devam etmede önemli faktörlerdir (Chung-Park 2007, Ryan ve ark 2007b). Bunun yanında, cinsel sağlık eğitiminin her yaş grubunda kendine ve yaş gruplarına özel tekniklerle yapılması, bugün insanı ve dünya toplumunu mutsuz kılan birçok bireysel ve toplumsal sorunu ortadan kaldırarak düşünen, bilginin ışığında yaşamını zenginleştiren bireylerin ve toplumların oluşmasını hızlandıracaktır (Demirezen ve ark 2006b, Erbil ve ark 2010).

1.3.6. Aile Planlaması Yöntemleri

Kontraseptifler ya da kontrasepsiyon, CYBE'leri önlemek amacıyla kullanılsa da daha çok gebeliği önleme çabalarını açıklayan bir terimdir. Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde çok sayıda kontraseptif yöntemler bulunmaktadır (van der Akker 2012). Bu konuda önemli olan; bir kadının 15-49 yaş doğurganlık dönemi boyunca gebelik zamanlarını planlayarak istediği zaman gebe kalıp, istemediği zamanlarda korunabileceği ve güvenle kullanabileceği yöntemi seçerken mutlaka etkili bir danışmanlık hizmeti verilmesi ve kadının bu uzun dönemi sıkıntısız, sağlıklı ve mutlu geçirmesidir (WHO 2013).

Boynukalın ve ark (2014)'ın bildirdiğine göre, ABD ve bazı Avrupa ülkelerinde gebeliklerin %50-65'inin planlanmadığı belirtilmektedir. Kadınların %52'sinin gebe kaldıkları ayda herhangi bir AP yöntemi kullanmadıkları ve istenmeyen gebeliklerin %43'ünün AP yöntemini doğru ve düzenli kullanmamalarına bağlı geliştiği bildirilmektedir (AGI 2012, ACOG 2014). Kontraseptif kullanımı dünyada %63'tür ve karşılanmamış AP ihtiyacı %4-48 arasında (ortalama %12) değişmektedir (143 milyon evli kadın, geleneksel metodları içerdiğinde 215 milyon kadın). Bu kadınların beşinden dördü gelişmekte olan ülkelerde yaşamaktadır (UN 2013b, WHO 2013). AP yöntem kullanımı, özellikle adolesanlarda düşüktür. Son yıllarda kondom kullanımında genel bir düşüş gözlenmekle birlikte, adolesanların kondom ve hapi, 25-34 yaş grubunun kondom, RİA, 35-44 yaş grubunun ise sterilizasyonu tercih ettikleri bildirilmektedir (van der Akker 2012, UN 2013a,b, WHO 2013).

Kontrasepsiyon kullanımı en düşük Afrika (%31, orta ve batı Afrika'da %25'den daha az) ve Asya'da (%30) iken, Avrupa, Latin Amerika, Karayipler ve Kuzey Amerika'da en yüksek (%70) oranda kullanılmaktadır. Oranlar, ülke gelişmişliğine göre çok fark etmektedir. Örneğin; Güney Sudan'da %4 iken, Norveç'te %88'dir (UN 2013b, WHO 2013). Kadın sterilizasyonu (%19), RİA (%14) ve hap (%9), 1990-2011 yılları arasında dünyada en yaygın

olarak kullanılan üç yöntem olmuştur. Kadın sterilizasyonu Asya, Latin Amerika, Karayipler ve Kuzey Amerika'da (%26), RİA Asya (%18) ve Avrupa'da, hap ise daha çok Avrupa'da yaygındır. Dominant yöntemler hap (20 ülke) ve geleneksel yöntemler (11 ülke) iken, sterilizasyon, enjeksiyon, RİA ve erkek kondomu daha az ülke tarafından kullanılmaktadır. Gelişmiş ülkelerde en fazla tercih edilen yöntemler hap (%18) ve kondom (%18) iken, gelişmekte olan ülkelerde en çok sterilizasyon (%21) ve RİA (%15) tercih edilmektedir. Avrupa ve Afrika'da kısa dönemli ve geri dönüşlü yöntemler (hap, enjeksiyon, erkek kondomu), Asya ve Kuzey Amerika'da uzun dönemli ve kalıcı yöntemler (RİA ve sterilizasyon), Latin Amerika, Karayipler ve Okyanusya'da ise daha çok bu yöntemlerin karışımı kullanılmaktadır. Enjeksiyonlar, özellikle Afrika'da artmış ve Doğu ve Güney Afrika'da %40'a yükselmiştir. Global olarak kondom kullanım oranı %8'dir. Kondom; en yüksek Hong Kong, Çin (%50), Arjantin, Bostwana, Yunanistan, Japonya, Rusya ve Uruguay'da (%30) kullanılmaktadır. Geleneksel metodlar (GÇ ve ritm) Avrupa'nın yaklaşık yarısında azalmış ve erkek kondomu en yaygın metod olmuştur (%25). Geleneksel yöntemler, halen Orta-Batı Afrika (%57-29) ve Batı Asya (%33)'da çok yaygındır. Ülkeler olarak bakıldığında ise %30 oranı ile GÇ'nin Arnavutluk, Azerbeycan, Malta ve Sırbistan'da tercih edildiği görülmektedir (UN 2013a,b). Ancak, bu metodlar hiçbir ülkede düzenli olarak kullanılmamaktadır (ACOG 2014). Ülkemizde ise GÇ ve RİA en fazla kullanılan yöntemlerdir ve sık yöntem değişikliğine gidilmektedir (Akadlı Ergöçmen 2009b).

Kadınlar güvenli, CYBE'ye karşı koruyucu, etkili, mevcut-ulaşılabilir, kabul edilebilir, uygun, rahat, yararlı, yan etkileri az ya da hiç olmayan, spontan kullanılabilir, fiziksel duruma uygun, cinselliği olumsuz etkilemeyen, mevcut, ucuz ve tercihleri, din ve kültürlerine uygun bir yöntem istemektedirler (ACOG 2014, Boynukalın ve ark 2014, Murray ve McKinney 2014). Özellikle cinsel ilişkiye bağlı yöntemler (bariyer yöntemler, GÇ ve cinsel perhiz) cinsel ilişkiden hemen önce kullanıldığından, ilişki sırasında beceri ve motivasyon gerektirirler. Bu yöntemler cinsel ilişkiyi ve sevişmeyi kesintiye uğrattığından, düzenli olarak kullanılmasında sıkıntı yaratırlar. Bazı çiftler bu sorunu kondom gibi araçları ön sevişmenin bir parçası olarak görüp kabul ederek çözümlerler, bazıları ise OK ve RİA gibi diğer yöntemlere başvurarak cinsel ilişkiyi kesintiye uğratmama tercihini kullanırlar (Murray ve McKinney 2014).

1.3.6.1. Erkeğin Kullandığı Yöntemler

1.3.6.1.1. Erkek Kondomu

Kondom çok eskiden beri gebeliği önleme amacı ile kullanılmaktadır. Kondom, cinsel ilişki sırasında penise takılan bir kılıftır. Erkeğin sperminin vajinaya girmesini engeller. Yaygın olarak kullanılan kondomlar lateks, poliüretan, silikon ya da naturel membran kondom özelliğinde olabilir. Lateks kondom CYBE'ye karşı en iyi korumayı sağlar. Poliüretan olanlar lateks olanlara göre daha incedir ve lubrikantla kullanılması gerekir. Membran özellikte olanlar CYBE'ye karşı koruma sağlamaz. Ancak, latekse oranla daha ince, dayanıklı ve esnektir; temas sırasında duyarlılığı da azaltmaz (T.C. Sağlık Bakanlığı 2009, Boynukalın ve ark 2014, Everett 2014, Murray ve McKinney 2014).

Kurallara uygun olarak kullanıldığında erkek kondomunda istenmeyen gebeliklerden korunmada başarı oranı %98 iken, doğru kullanılmadığında %82-85'e kadar azalmaktadır. Spermisid içeren kondomların koruyuculuk oranları daha yüksektir. Kondomun koruyuculuk oranı doğru uygulanmasına, ikinci olarak kondomun kalitesine bağlıdır. Kayganlaştırıcı kullanılacaksa, lateks kondomlarda sıvı bazlı lubrikantların tercih edilmesi özelliğinin bozulmaması açısından son derece önemlidir (Trussel ve Guthrie 2011, Bozdağ 2013, WHO 2013, ACOG 2014, Boynukalın ve ark 2014, Everett 2014, Murray ve McKinney 2014).

1.3.6.1.1.1. Kullanım oranı

Kondom erkeklerin kullanabildiği kalıcı olmayan, etkili ve güvenilir bir bariyer kontraseptif yöntemdir. CYBE ve AIDS, kondom kullanımını artırmıştır. Kondom kullanımı ülkelere göre farklılık göstermekle birlikte, gelişmiş ülkelerde (en çok Japonya, İngiltere, ABD ve İskandinav ülkelerinde) ve eğitim düzeyi yüksek kesimlerde daha sık kullanılmaktadır. (UN 2013a,b, WHO 2013, Murray ve McKinney 2014).

İnsanların %90'ının hayatının bir döneminde kondom kullandığı ve kullanım oranının %36-71 arasında değiştiği bildirilmektedir (Bozdağ 2013). Ülkemizde ise kondom %14.3 oranında kullanılmaktadır. Bir çalışmada kadınların %53.3'ünün erkeğe, %46.7'sinin kadına yönelik korunma yöntemi kullanmakta olduğu, yöntemler açısından bakıldığında ise en yüksek oranda kondomun (%32.5) geldiği görülmüştür (Doğan Pekince ve Yılmaz 2012). Ancak, bir yılın sonunda tipik kullanıma bağlı %18 oranında gebelik oluştuğu ve 1. yılda kullanıcıların %57'sinin kondomu bıraktığı belirtilmektedir (Trussel ve Guthrie 2011).

1.3.6.1.1.2. Olumlu ve olumsuz özellikleri

Kondomun olumlu ve olumsuz özellikleri şöyle sıralanabilir (T.C. Sağlık Bakanlığı 2011, ACOG 2014, Boynukalın ve ark 2014, Everett 2014, Murray ve McKinney 2014):

Olumlu özellikleri:

- HIV ve diğer CYBE'ye karşı koruma sağlar.
- Servikal neoplaziye karşı koruma sağlar.
- Erken boşalmanın önlenmesine yardımcı olabilir.
- Erkeklerin AP'ye katılımını sağlar.
- Reçete veya tıbbi izlem gerektirmez.
- Güvenlidir ve hormonal bir yan etkisi yoktur.
- Ucuzdur ve kolay bulunur.
- Eşlerin kontrolü altındadır.
- Sistemik etkileri yoktur.

Olumsuz özellikleri:

- Bazı çiftlerde (özellikle erkekte) duyarlılığı azaltabilir.
- Cinsel ilişkiyi kesintiye uğrattığı düşünülebilir.
- Bazı erkeklerde ereksiyonu güçleştirebilir.
- Yeterli miktarda kondom bulundurulması gerekir.
- Kullanımdan sonra yok edilmesi sorun olabilir.
- Kauçuk alerjisi varsa kondom kullanımı sorun yaratır.
- Kirli, pis olarak algılanabilir.
- Lateks kondomlar yağ bazlı lubrikantlarla kullanılamaz.
- Erektile problemlerde kondom uygulaması zor bulunabilir.

1.3.6.1.1.3. Cinsel yaşam üzerine etkileri

Kişilerin kondom hakkındaki görüşleri çok çeşitlidir. Birçok çift için kondom cinsel ilişki hazzını artıran bir etkidir (T.C. Sağlık Bakanlığı 2005b). Kondomun, doğum kontrolüne erkek katılımını sağlaması, hiçbir yan etkisinin olmaması, erken boşalmanın önlenmesi, penisin etrafını sararak hafif turnike etkisi ile ereksiyonu kolaylaştırması, vajen kuruluşu olanlarda kayganlaştırıcı etkisinden yararlanılması gibi olumlu yönleri olduğu belirtilmektedir. Kondom kullanmaya karar veren çiftler için cinsel ilişki, önceden planlanan bir davranıştır. Bu durum, cinsel etkileşim ve ilişki için uygun bir ortam yaratır. Kondom kullanan erkeklerde ereksiyon daha uzun sürebilir. Bu durum kadının orgazma ulaşmasını kolaylaştırır (T.C. Sağlık Bakanlığı 2005b, Everett 2014). Kondom, kadının partnerinin penisine dokunmasına fırsat vererek, çiftlere cinsel gereksinim ve arzuları için konuşma fırsatı vermekte ve ön sevişme için olanak yaratmaktadır (Everett 2014). Ayrıca, beklenmeyen ilişkilerin getireceği risklerden korunmada uzun dönemli kondom kullanımı gibi güvenli cinsel davranışların en etkili yöntem olduğu belirtilmektedir (van der Akker 2012). Kondom kullanımı, kir/kirliliğe yönelik bakım almayı da sağlar (Everett 2014).

Bazı çiftler kondom kullanımını çok itici ve kirli bulurlar (T.C. Sağlık Bakanlığı 2005b, Everett 2014). Kondom bazı çiftlerde (özellikle erkeklerde ve erektil disfonksiyonu olan erkeklerde) cinsel temas sırasında glans penisteki duyarlılığı azaltması, ilişkide kesintiye neden olması ve bazen de ereksiyonu güçleştirmesi gibi sorunlarla cinsel doyumun azalmasına neden olabilmektedir (Clinton ve Laaser 2010, Murray ve McKinney 2014). Yanikkerem ve ark (2006), kondom kullanan erkeklerin yöntemden memnun olmaması nedeniyle yöntemi bıraktıklarını belirlemişlerdir. Aynı çalışmada kondom kullanan kadınlar vajinada kuruluk ve tahrişe neden olduğu gerekçesiyle kondomun iyi bir yöntem olmadığını belirtmişlerdir. Balcı ve ark (2008)'ın Kayseri ili Talas ilçesinde herhangi bir AP yöntemi kullanan 15-49 yaşları arasındaki evli kadınlarda yaptıkları çalışmada, eşlerin %12.6'sının kondom kullanmayı istemediği ve rahatsızlık duyduğu, %7'sinin alerji ve kaşıntı, %6.3'ünün de kondom kokusu gibi diğer etmenlerden rahatsız oldukları bulunmuştur. Dündar ve ark (2005)'ın Samsun ili merkez sağlık ocaklarında çalışan evli ebeler üzerinde yaptığı çalışmada; bazı kadınların eşlerinin kondom kullanımından şikayetçi oldukları belirtilmiştir. Daha önceden kondom kullanan ve %76 oranında sorun yaşayan kadınların %42.2'si eşinin kondomu istemediğini, %26.3'ü gebe kalma endişesinin olduğunu, %10.5'i yöntemi kullanırken gebe kaldığını, %10.2'si kondomdan tiksindiğini ve yine %10.2'si de kondomun yırtıldığını belirtmişlerdir. Aynı çalışmada, kondom kullanırken sorun yaşayan kadınlardan

%72.2'sinin eşlerinin bu yöntemden memnun olmadığı, %11.2'sinin kondomun yırtılmasından korktuğu, %8.3'ünün kondomdan tiksindiği ve %8.3'ünün kondomun vajen içinde kalmasından korktuğu da bulunmuştur (Gabalıcı 2008).

Kondom, çoğu kadın ve erkeğin en az hoşlandığı kontraseptif yöntemlerden biridir. Kondom büyüklüğü (genişlik ve uzunluğu), hem rahatlığı hem de etkinliğini etkiler. Çok etkili olması için genital temastan önce uygulanması gerekir (Clinton ve Laaser 2010). Bunlar, kondom kullanımını azaltmaktadır. Kondom kullanımında azalmanın bir nedeni olarak; CYBE'ye karşı sadece etkili kontraseptif yöntemlerin koruma sağladığı ve güvenli seks uygulamalarının yarattığı yorgunluk nedeniyle HIV'in yönetilebilir bir hastalık olduğu yönündeki güçlü ve yanlış inançtır (Fisher ve Black 2007). Bunun yanında düzenli bir cinsel partneri olmayan kadının çocuk arzusu (Kinsella ve ark 2007), güvenli cinselliği planlayamama ve gebe kalmayacağı düşüncesi (Kinsella ve ark 2007) de kondom kullanımındaki azalma ya da bırakmadaki önemli nedenlerdir. Özellikle genç erkeklerin kondom hakkında algıladıkları bilgi, kontraseptif kullanımıyla direk ilişkilidir (Ryan ve ark 2007b). Bir araştırmada, kondom kullanmayan seksüel aktif kadınlara göre kondom kullanan seksüel aktif kadınlarda depresyon oranının daha fazla olduğu saptanmıştır. Bu durum, semenin vajinadan absorbe olarak antidepresan etki göstermesi ile açıklanmıştır (Byerly ve Byerly 2005).

1.3.6.1.2. Geri Çekme (Koitus interruptus)

En eski yöntemlerden birisidir. Halk arasında “çekilme, dışarı boşalma, erkeğin korunması, dikkatli olma” gibi başka isimlerle de adlandırılmaktadır (Yılmaz 2003). Cinsel ilişki sırasında erkeğin cinsel organını, ejakülatın gelmesinden önce vajinadan çıkararak menisini vajina dışına boşaltmasına dayanan bir yöntemdir (T.C. Sağlık Bakanlığı 2009, Taşkın 2011). Bu yöntem daha çok Müslüman ve Hıristiyan ülkelerde kullanılmaktadır (Everett 2014).

Herhangi bir yöntem kullanmayanlarda bir yıl içinde istenmeyen gebelik oranı %85-90 iken, GÇ ile korunanlarda ilk yıldaki başarısızlık hızı tipik uygulamada %19-27, mükemmel kullanımda (doğru ve düzenli kullanım) ise %4 olarak bildirilmektedir (Bozdağ 2013, Trussel ve Guthrie 2011, ACOG 2014, Murray ve McKinney 2014, Everett 2014). Bir yılın sonunda GÇ kullananların %54'ü bu yöntemi bırakmaktadır (Trussel ve Guthrie 2011). Yöntemin başarısındaki en önemli etken, çiftin gebelikten korunma ile ilgili motivasyonudur. Bu yöntemle başarı, kişisel etmenlere bağlıdır ve erkeğin doğurganlığı planlamadaki

sorumluluğunu yansıtır. Yaş ve yöntemle ilgili deneyim süresi de GÇ'nin başarısını etkileyen faktörlerdir. Ergenler, erişkinlere göre ejakülasyon üzerinde daha az kontrol sağlayabildikleri için GÇ'deki başarısızlıkları daha yüksektir. Aynı şekilde, erken boşalma eğilimi gösteren erkekler için de uygun bir yöntem değildir (T.C. Sağlık Bakanlığı 2009, WHO 2013, Murray ve McKinney 2014).

1.3.6.1.2.1. Kullanım oranı

Ülkemizde halen en fazla oranda (%26.2) kullanılan AP yöntemidir (Akadlı Ergöçmen ve ark 2009b). Literatürde bu oranın %43'e kadar çıkabildiği saptanmıştır (Sak 2008, Temel 2012, Bozdağ 2013).

1.3.6.1.2.2. Olumlu ve olumsuz özellikleri

GÇ yönteminin olumlu ve olumsuz özellikleri aşağıda sıralanmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı 2009, T.C. Sağlık Bakanlığı 2011):

Olumlu özellikleri:

- Hiçbir yan etkisi yoktur.
- Menstrüel sıklusa bağlı değildir.
- Gelecekteki fertilitiyi etkilemez.
- Diğer kontraseptiflere ilişkin dini inançları olan insanlar için kabul edilebilir bir yöntemdir.
- Kullanımı serbesttir ve her zaman kullanılabilen bir yöntemdir.

Olumsuz özellikleri:

- Ejakülasyondan önce prostatta ve üretrada bulunan bir miktar seminal mayi vajene kaçabilir.
- Kişilerin oto kontrolü, koitusa ara vermek için uygun olmayabilir.
- Sürekli kullanılması, cinsel doyumsuzluğa ve psikolojik gerginliğe yol açabilir.
- “*Gebelik olsa da olur*” diyenler için önerilebilir.
- CYBE'leri engellemez.
- Cinsel tecrübesi az olanlarda etkinliği daha azdır.
- Güvenilir bir yöntem değildir.
- Eşinin, bu yöntemi doğru olarak kullanacağından emin olmayanlar için uygun değildir.
- Tıbbi nedenlerle gebe kalması sakıncalı olan kadınlar için uygun değildir.
- Sık ve düzenli ilişkisi olan çiftler için uygun bir yöntem değildir.

1.3.6.1.2.3. Cinsel yaşam üzerine etkileri

GÇ'nin çiftler tarafından tercih edilmesinin nedenleri; eşlerin kontrolü altında olması, güvenilir bulunması, eşlerin isteği, gebelik istendiğinde yöntemin kolay bırakılabilmesi, yöntemin temiz olması, kullanım kolaylığı, bu yöntemin parasız olması, sağlıklı olması, infertiliteye sebep olmaması, hormon içermemesi ve yan etkisinin olmamasıdır (Güngör ve ark 2006, Yanikkerem ve ark 2006, Atış ve ark 2010, Everett 2014). Ayrıca, dini açıdan da rahat kabul edilen bir yöntemdir (Everett 2014).

GÇ yöntemi, AP açısından belli bir değer taşısa da cinsel ilişkiye yönelik önemli olumsuzluklar içermektedir. Ejakülasyondan önce prostatta ve üretrada bulunan bir miktar seminal mayinin vajene kaçabilmesi, kişilerin otokontrolünün koitusa ara vermek için her zaman yeterli olmaması ve sürekli kullanıldığında anksiyete, cinsel doyumsuzluk ve psikolojik gerginliğe yol açabilme gibi dezavantajları bulunmaktadır (Taşkın 2011, Everett 2014). GÇ'nin tıbbi yan etkileri bulunmamakla birlikte, eşlerin ilgisini cinsel performans üzerine yoğunlaştırır. Bu kontraseptif yöntemde, kadın çoğunlukla cinsel coşkunun doruk noktasında orgazm olamadan kalır. Eşleri ayırdığı için ilişki sonrası sevişmeyi de engelleyebilir. Cinsel ilişkinin plato fazında yarıda kesilmesi, eşlerin cinsel doyumlarını azaltabilir (T.C. Sağlık Bakanlığı 2005b, Everett 2014). Ayrıca, erektil problemlere de yol açabilir (Everett 2014).

Yanikkerem ve ark (2006), GÇ'den memnuniyeti kadınlarda %84.4, erkeklerde de %69.9 olarak bulmuşlardır. Ancak, kadınların %65'inin bu yöntemi kullanırken gebe kalmaktan korktuğu ve %51'inin istenmeyen gebelikle karşılaştığı ifade edilmiştir. Balcı ve ark (2008), kadınların %17.1'inin GÇ'ye bağlı hamilelik korkusu ve güvensizlik yaşadığını, %7.1'inin de eşinin istemediğini ve rahatsızlık duyduğunu belirlemişlerdir. Yanikkerem ve ark (2006), GÇ yöntemini kullanan kadınların 1/4'ünün cinsel yaşamlarının olumsuz etkilendiğini saptamışlardır. Gabalcı (2008), daha önce GÇ yöntemini kullananların gebe kalma (%31), cinsel ilişkinin kesintiye uğraması (%41.4), gebe kalma tedirginliği ve cinsel isteksizlik (%27.6) sorunu yaşadıklarını saptamıştır (Gabalcı 2008). GÇ yönteminin koruyuculuğu düşük olduğundan, istenmeyen gebeliklerin büyük kısmı bu yöntemi kullananlarda olmaktadır. Bu yöntemle ilgili başarısızlık sonucu oluşan gebeliklerde isteyerek düşükle sonuçlanma oranı da yüksektir (Demir 2005, T.C. Sağlık Bakanlığı 2005b).

1.3.6.1.3. Erkek Sterilizasyonu (Vazektomi)

Erkeklerde gönüllü cerrahi sterilizasyon olarak adlandırılan vazektomi, bütün dünyada kabul edilen ve giderek yaygınlaşan bir AP yöntemidir. Erkeklerde vas deferenslerin kapatılması

ile sperm geçişini engelleyen bir yöntemdir (T.C. Sağlık Bakanlığı 2005b, ACOG 2014, Murray ve McKinney 2014). Başarisızlık oranı %0.15-0.10 kadardır. Gebelikler, genellikle vazektomiden hemen sonra görülür. Bu yüzden yöntemi seçenlere 20 boşalma (3 ay veya daha fazla) boyunca ek bir yöntemle korunması gerektiği ve 8-16 hafta sonra semen analizi yapılması gerektiği (en az iki negatif sonuç alınana kadar) mutlaka vurgulanmalıdır (Clinton ve Laaser 2010, T.C. Sağlık Bakanlığı 2011, Trussel ve Guthrie 2011, Bozdağ 2013, ACOG 2014, Boynukalın ve ark 2014, Everett 2014, Murray ve McKinney 2014). Vazektomi, lkemizde %0.1 oranında kullanılmaktadır (Akadlı Ergöçmen ve ark 2009b).

Vazektomi, başka ocuk istemeyen ve doğurganlıklarını sona erdirmek isteyen çiftler için en güvenli yöntemlerden biridir. Gönüllü cerrahi sterilizasyon, güvenli ve etkin bir biçimde sunulursa kabul görür. Bunu sağlayabilmek için hizmeti sunarken yöntemin uygun olup olmadığı, bilinçli bir seçim yapıp yapmadığı ve cerrahi işlem için sağlık riskleri olup olmadığı gözden geçirilmelidir (Murray ve McKinney 2014).

Bu yöntem cinsel ilişki ve tatminde bir değişiklik yapmayacağı gibi, vücudun diğer işlevlerini de etkilemez. Erkekler bu kk cerrahi işlemden sonra da semen üretmeye, aynı cinsel işlev, arzu ve heyecanları yaşamaya devam eder, görünüm ve duygu bakımından aynı kalırlar. Vazektomi, testislerin alınması ya da çalışamaz duruma gelmesi demek olan kastrasyonla karıştırılmamalıdır (T.C. Sağlık Bakanlığı 2005b). Vazektomi sonrası bir hafta, gergin/zorlayıcı aktivitelerden kaçınılmalıdır. Cinsel ilişkiye de bir hafta içinde dönülebilir, ancak bu haftada sterilite söz konusu değildir (Murray ve McKinney 2014). Vazektomi sonrası ilk bir yılda istenmeyen gebelik oranı %0.15 ile %0.1 olarak bildirilmektedir (Bozdağ 2013).

Bu yöntem erkeklerin cinsel fonksiyonunda ve ejallasyonunda soruna yol açmaz. Sadece birkaç erkekte psikosomatik tepki görüldüğü bildirilmektedir (Clinton ve Laaser 2010). İstenmeyen gebeliğe ilişkin anksiyeteyi ortadan kaldırır. Bu yöntem, bazen çiftlerin gelecekteki ilişkilerini riske atacak bir Őeyi yapma yönünde duygusal bir silah olarak kullanılmasına neden olabilir. Bazı erkeklerin, fertilitte ve cinselliklerini kaybettikleri yönünde algı oluşturmalarına da neden olabilir. Bu duygu ya da algılar, erkeklerin vazektomi kararını nasıl verdikleri ile çok yakından ilişkilidir. Bazı erkekler bu yöntemi kalıcı kastrasyon olarak ta düşünebilir ve anksiyete yaşayabilirler. Bazen de ocuk sonrası yakınlaşma, ilişkilerin derinleşmesi ve anksiyetenin azalması Şeklinde olumlu olarak da algılayabilirler (Everett 2014).

1.3.6.2. Kadının Kullandığı Yöntemler

1.3.6.2.1. Kadın Kondomu

Kadın kondomu, özellikle eşleri kondom kullanmayan kadınlara CYBE'ye karşı korunma şansı verir. Son yıllarda kadınların kullanabileceği kondomların (örn. Femidom) üretilmesi, kadınların CYBE'den korunmaları için önemli bir seçenek oluşturmuştur. İlk kez 1992 yılında Avrupa'da piyasaya sürülmüştür (T.C. Sağlık Bakanlığı 2005b).

Poliüretan bir kılıf ile iç ve dış olarak iki değişik boydaki halkadan oluşur. Halkalardan küçük olanı kılıfın kapalı ucunda bulunur ve vajina içine serviksi örtecek şekilde yerleştirilir. Açık ve tek büyük halka ise vulvada kalır. Erkek kondomu gibi, semenin vajinaya dökülmesini önler. Dolayısıyla, CYBE'ler için erkek kondomuna göre daha etkili bir koruma sağlar (T.C. Sağlık Bakanlığı 2005b). Bu etki, iki kat daha fazladır (Clinton ve Laaser 2010). Kadın kondomu kullananlarda ilk bir yılda tipik başarısızlık oranının %15-21, doğru ve düzenli kullanımda %2-5 olduğu ve bir yılın sonunda %49 oranında kullanıldığı (Trussel ve Guthrie 2011, Bozdağ 2013, ACOG 2014) ve %59 oranında da bırakıldığı (Trussel ve Guthrie 2011) bildirilmektedir. Kadın kondomu, penis ile hareket etmediğinden, erkekler için erkek kondomuna göre çok daha doğal ve zevk vericidir. Ancak, bazı kadınlar ses çıkardığı için rahatsız edici bulabilmektedirler (Clinton ve Laaser 2010, Everett 2014). Cinsel ilişkiyi yarıda kestiği şeklinde algılanabilir ve motivasyon gerektirir. Kullanımı sırasındaki fişirtı sesi veya görünümünden dolayı bazı kadınlar zevksiz bulabilir. Bazı çiftler, duyarlılığı azaltması nedeniyle tercih etmeyebilirler. Bununla birlikte, açık ve anlaşılır bir iletişim kurulması bu yöntemin kabul edilme şansını artırır. Bazı kadınlar için uygulama becerisi zor ve sıkıcı da olabilir. Bu durumda kadın ve eşine, uzun süre kullanımda bu sorunların aşılabacağı bilgisinin verilmesi önemlidir. Partnerlerin kondomu yerleştirmek için kadınları desteklemeleri, zevkli bulunmasında etkili bir uygulama olabilir. Ayrıca, kadının kontrolü altında olması, yağ bazlı ürünlerle kullanılabilmesi ve sistemik yan etkilerinin olması yöntemin olumlu özellikleridir (Everett 2014).

1.3.6.2.2. Diyafram

Günümüzde dünyanın birçok ülkesinde yaygın olarak kullanılan bir bariyer yöntemidir. Diyafram, serviksi mekanik olarak kapatan kubbe biçiminde ince, kauçuktan yapılmış bir kontraseptif yöntemdir. Daha etkili olması için spermisidle birlikte kullanılması gerekir. Diyafram kullanmak isteyenleri değerlendirmek için pelvik muayene yapılmalıdır. İncelemeler sonucunda, diyafram kullanımını engelleyecek ya da güçleştirecek etkenler olup olmadığı belirlenmelidir. Ağırlıkta 4.5 kg'lık olan oynamalarda gebelikte ölçüsü kontrol edilmelidir. Diyafram, aynı zamanda serviksin üzerini kapattığı ve travmayı azalttığı için, serviks kanserini önleyen bir yöntemdir. Tekrarlayan üriner enfeksiyonlarda kullanılmaması önerilir. Kullanıcı, yöntemi doğru ve düzenli kullanıyorsa etkinliği yüksektir (Taşkın 2011, Boynukalın ve ark 2014, Murray ve McKinney 2014). Diyafram doğru kullanıldığında istenmeyen gebeliklerden %94 oranında korunurken, doğru kullanılmadığında koruyuculuğu %80'lere kadar düşmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı 2005b, Clinton ve Laaser 2010, Taşkın 2011, Trussel ve Guthrie 2011, Bozdağ 2013, ACOG 2014). İlk bir yılın sonunda diyaframla korunan kadın oranı %56 olarak bildirilmektedir (Bozdağ 2013). Trussel ve Guthrie (2011), bir yılın sonunda %43 oranında bırakıldığını bildirmişlerdir. Ülkemizde %0.1-3.6 oranında kullanılmaktadır (Akadlı Ergöçmen ve ark 2009b).

Diyafram kullanımı motivasyon gerektirir. Ancak, kontrol kadının kontrolü altındadır. Diyafram, bazı servikal kanser ve CYBE'ye karşı kısmi koruyuculuk sağlar. Sistemik yan etkileri yoktur. Ayrıca, kadına bedenini fark etme ve dokunma fırsatı sağlar (Everett 2014).

1.3.6.2.3. Servikal Başlık

Servikal başlık; diyaframa oranla daha sert, yüksek kubbeli ve daha küçüktür. Bu özelliği mesaneye bası ve olası enfeksiyonu engellemesi ve 48 saat kadar kalabilmesi gibi avantajlar yaratır. Son ilişkiden sonra 8 saat kalabilir. Kullanıcıların eğitimi çok önemlidir. Etkinliği diyaframa yakındır. Tipik kullanımda ilk yıl başarısızlık hızı %20-29 civarındadır. Spermisidle kullanılması, etkinliğini artırmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı 2005b, Clinton ve Laaser 2010, Murray ve McKinney 2014). Multipar kadınlar için ilk bir yılda tipik kullanıma bağlı istenmeyen gebelik oranı %29-32, doğru ve düzenli kullanımda ise %14-26'dır (Clinton ve Laaser 2010, Bozdağ 2013). Bir yılın sonunda kullanım oranı da %46'dır. Bu oranlar primipar kadınlar için sırayla %16, %9 ve %57'dir (Bozdağ 2013). Bazı çiftler ilişkiden önce yerleştirilmesinin ilişkiyi kesintiye uğrattığını düşünürken, bazıları ilişkide hissetmediklerini ve rahat ettiklerini bildirmektedirler (Clinton ve Laaser 2010). Kontrol kadındadır ve kadın ile

çiftin bedenini keşfetmesine ve dokunmasına fırsat verir. Bilgi eksikliği nedeniyle de bazı çiftler korkutucu ve tuhaf olduğu hissini yaşayabilirler. Servikal başlığı çıkarmada bazen panik duygusu yaşayabilirler (Everett 2014).

1.3.6.2.4. Kontraseptif Sünger

Kontraseptif sünger (*Today*), yumuşak bir poliüretandan yapılmıştır. Semeni absorbe eder ve içerdiği nonoxynol-9 ile spermleri inaktive eder. Sünger, 5 cm çapındadır ve 24 saatlik koruma sağlar. Bazı kadınlar, ilişkiyi kesintiye uğratmamak için saatler öncesinden uygulayabilirler. Tekrarlayan ilişkilerde, herhangi bir başka koruma istemediği için cinsel ilişkiye olumsuz etkisi yoktur. Son ilişkiden 6 saate kadar kalabilir. En fazla 24-30 saat kalabilir, aksi halde toksik şok sendromu görülebilir (Clinton ve Laaser 2010, Boynukalın ve ark 2014, Murray ve McKinney 2014). Bu yöntemi tercih eden kadınların %64'ünün ilk bir yılda bıraktıkları ve başarısızlık oranının (ilk bir yılda) primiparlar için %9-16, multiparlar için %20-32 olduğu bildirilmektedir (Clinton ve Laaser 2010, Trussel ve Guthrie 2011, ACOG 2014). Bazı erkekler, ilişkide hissettikleri için rahatsızlık yaşayabilmektedirler (Clinton ve Laaser 2010).

1.3.6.2.5. Spermisid

Vajinal spermisidler, sperm hücre membranını tahrip ederek spermlerin motilitesini azaltan kimyasal ajanlardır. Spermlerin servikse ulaşmadan etkisiz hale getirilmesi için, ilişkiden 15 dakika önce vajina derinine yerleştirilir. Spermisidler bir saatten daha az süre için etkilidir. Bu nedenle tekrarlayan ilişkilerde yeniden kullanılmalıdır ve ilişki sonrası 6 saate kadar duş yapılmamalıdır (Boynukalın ve ark 2014, Murray ve McKinney 2014). Ancak, gün içinde tekrarlı kullanımları vajinal irritasyona neden olabilir (Murray ve McKinney 2014). Vajinal spermisidler tablet, köpük, jel, krem, fitil, sünger ve film gibi farklı formları vardır. Her formu inert baz ve nonoxynol-9 ya da octoxynol-9 içerir. Bu maddeler spermleri etkisiz hale getirir (T.C. Sağlık Bakanlığı 2005b, Taşkın 2011, Murray ve McKinney 2014). Orta derecede etkili olan bu yöntem, tek başına kullanıldığında ilk yıldaki tipik başarısızlık hızı (istenmeyen gebelik oranı) %16-29 iken, doğru ve düzenli kullanımda %6-15'lere düşmektedir. Bir yılın sonunda bu yöntemi kullanan kadınların oranı %42 olarak belirtilmektedir (Trussel ve Guthrie 2011, Bozdağ 2013, ACOG 2014). Spermisidle birlikte kondom ya da diyafram kullanımı teşvik edilmelidir. Hiçbir sistemik etkisi yoktur. Kullanım için reçete ya da tıbbi muayene gerekli değildir. Kayganlaştırıcı etkisi vardır. Emziren ve premenopozal kadınlarda vajinadaki kuruluşu giderir. Gonore, klamidyal enfeksiyon ve

pelvik inflamatuvar hastalığa karşı kısmi koruma sağlar. Tek kontrendikasyonu allerjik reaksiyondur (T.C. Sağlık Bakanlığı 2005b, Taşkın 2011, Murray ve McKinney 2014). Genital organlarda yanma ya da irritasyona neden olabilirler, ancak bu etkinin plaseboya göre sadece %3 fazla olduğu bildirilmektedir (Clinton ve Laaser 2010). Bazı kadınlar ve eşleri spermidleri pis bulabilir ve ilişki sırasında rahatsızlık hissi yaşayabilirler. Sık kullanımları (günde iki ve daha fazla) veya ürünlere duyarlılık genital irritasyona neden olabilir. Bu da HIV dahil genital enfeksiyonlara olan duyarlılığı artırabilir (Murray ve McKinney 2014). Buna karşın, spermid kullanımı lubrikasyonu da sağlayabilmektedir (Everett 2014). Spermidli kondomların etkinliği artırdığına dair bir kanıt yoktur ve spermid ilave edilen kondomlar vajinal ilişki sırasında kayma riskleri bulunduğundan önerilmemektedir. Ayrıca, nonoxynol-9'un laboratuvar ortamında HIV'e karşı etkili olduğu gösterilmiş olsa da, HIV geçişini kolaylaştıran rektum ve vajinada genital lezyon riskini artırabilmektedir (Everett 2014).

1.3.6.2.6. Rahim İçi Araç (RİA)

RİA rahim içine yerleştirilen, genellikle bakır ya da hormon içeren, küçük, plastik bir cisimdir. Giderek daha popüler bir kontraseptif yöntem haline gelen RİA, 40 yıla yakın bir süredir popüler olarak kullanılmaktadır. Dünyanın her yerinde kadınlar RİA'yı etkili, güvenilir ve kullanışlı bulmuşlardır. Gebelik hızı bakırlı RİA'lar için %0.6-0.8, LNG için %0.1-0.2 kadardır (T.C. Sağlık Bakanlığı 2005b, Trussel ve Guthrie 2011, Bozdağ 2013, ACOG 2014, Boynukalın ve ark 2014, Everett 2014, Murray ve McKinney 2014). Progesteron ve levonorgestrel içeren RİA'ların bir yılın sonunda kullanım oranı %80-81 iken, bakırlı RİA'larda %78'dir (Trussel ve Guthrie 2011, Bozdağ 2013). Dünyada kullanım oranı %14'tür (UN 2013a,b). Ülkemizde %16.9 ile modern yöntemler içinde ilk sırada kullanılan yöntem olma özelliğini korumaktadır (Akadlı Ergöçmen ve ark 2009b). Amerika'da beş ve 10 yıllık koruma sağlayan, bakır ve hormon içeren 15 çeşit RİA vardır (Everett 2014). Günümüzde dünya çapında kullanılan RİA tipleri şunlardır (T.C. Sağlık Bakanlığı 2005b, T.C. Sağlık Bakanlığı 2011, Bozdağ 2013, Murray ve McKinney 2014):

- **Bakırlı RİA:** Cu T-380 A, Cu T 200 C, Multiload (ML Cu 250 ve 375) ve Nova T gibi bakırlı araçlardır. Günümüzde Cu-T 380 A pek çok ülkede ve Türkiye'de en yaygın olarak kullanılan RİA türüdür. Başarısızlık hızı %0.6-0.8 kadardır.
- **Hormonlu RİA:** Gövde kısmında progesteron içeren Progestasert ile levonorgestrel (LNg 20) içeren Levo Nova ve Mirena'dır. Başarısızlık hızı levonorgestrel içeren RİA'larda %0.1 iken, progesteron içerenlerde %1.5-2 arasında değişmektedir.

RİA, gözden ve akıldan uzak bir yöntem olması nedeniyle yerinde durduğu unutulabilir, bu nedenle daha az uyum ve motivasyon gerektirir. RİA'nın cinsel ilişkiyle ilişkisi yoktur. RİA'nın en olumlu yönlerinden biri, cinsel ilişkiyi kesintiye uğratmaması, doğallığı bozmaması ve cinsel ilişkiden bağımsız olmasıdır (Everett 2014). RİA kullanan kadın ve eşlerin, cinsel yaşamlarının diğer yöntemlere göre olumlu etkilendiği belirtilmiştir (Yıldız Eryılmaz ve ark 1999). Raymond ve ark (2004), RİA'nın yaşam kalitesi ve cinsel fonksiyonlar üzerine anlamlı bir etkisi olmadığını belirlemişlerdir. Bunların yanında çiftlerin, RİA'nın ağrı, infertilite, enfeksiyon ve abortusa neden olduğu yönünde güçlü endişeleri de vardır (Everett 2014). Dilbaz (2005), RİA'nın ipliklerinin çok kısa bırakılması durumunda, erkeklerde cinsel ilişki sırasında irritasyona neden olabileceğini belirtmiştir.

1.3.6.2.7. Oral Kontraseptif

Oral kontraseptifler, birçok ülkede son 20 yıl içinde en yaygın kullanılan kontraseptif yöntem haline gelmiştir. OK'ların yan etki ve risklerinin azaltılması amacıyla içerdikleri östrojen ve progestin miktarları azaltılmış ve yeni progestinler geliştirilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı 2005b, ACOG 2014).

1.3.6.2.7.1. Kombine oral kontraseptif (KOK)

KOK'ların içerdiği sentetik östrojen ve progestin, vücuttaki doğal hormonların yapısına çok yakındır. Bunlar ovülasyonu baskılayarak, servikal mukusu spermilerin geçişini engelleyecek şekilde kalınlaştırarak ve ovumun transportunu yavaşlatarak gebeliği önlerler. Monofazik, bifazik ve trifazik olmak üzere üç ayrı tipi vardır. Son zamanlarda aylık siklus yerine üç ayda bir menstrüel kanama yapan OK (*seasonale*)'lar üretilmiştir. KOK, son derece etkili ve geri dönüşü olan bir yöntemdir. Doğru kullanıldığında %99.9 oranında etkilidir. Olağan kullanımdaki başarısızlık nedenlerinin başında, kullanıcı uyumsuzluğu gelmektedir. Bu durumda başarısızlık hızı %0.1'den %9'a kadar çıkabilmektedir. Buna karşın bir yılı tamamlayan kadınların %67-68'sinin bu yönteme devam ettikleri bildirilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı 2011, Trussel ve Guthrie 2011, Bozdağ 2013, ACOG 2014, Boynukalın ve ark 2014, Everett 2014, Murray ve McKinney 2014). Kullanıcılar hap alma konusunda iyice bilgilendirilir ve hap alma alışkanlıklarını güçlendirmeye yönelik danışmanlık hizmeti alırlarsa, yöntemi daha başarılı şekilde ve uzun süre kullanırlar (T.C. Sağlık Bakanlığı 2005b, Murray ve McKinney 2014). Dünyada kullanım oranı %9'dur (UN 2013a,b). KOK'lar ülkemizde %5.3 oranında kullanılmaktadır (Akadlı Ergöçmen ve ark 2009b).

KOK'lar depresyon, vajinal kuruluk ve libidoda azalmaya sebep olabilir (Everett 2014). Yanikkerem ve ark (2006)'ın Manisa'da yaptıkları çalışmada, kadınların sadece %15.1'inin hapları güvenilir buldukları ve %56.3'ünün yan etkilere neden olduğu düşüncesinde oldukları bulunmuştur. Yanikkerem ve ark (2006)'ın yaptığı çalışmada, KOK'un cinsel yaşamı olumsuz etkilediği belirtilmektedir. Bazı kadınlar, hapın infertil yapacağını düşündükleri için suçluluk hissedebilirler ve bu nedenle cinsel ilişkiden zevk alamayabilirler. Bazı kadınlar da hap aldıkları için kafaları karışık olabilir ve ilahi güç tarafından cezalandırıldıklarını düşünebilirler. Kadınların hap kullanımına bağlı olası risklerle ilgili yaşadığı anksiyete, her an alarında olmalarına, anksiyete yaşamalarına ve çok fazla araştırıcı olmalarına neden olabilir. Bu, bilgilenecek adına iyi de olsa bazen kafa karıştırıcı olabilir. Bu nedenle çiftleri bilgilendirmek ve eğitmek son derece önemlidir (Everett 2014).

1.3.6.2.8. Kombine Enjeksiyon

Enjekte edilen kontraseptifler, uzun etkili hormon preparatı içeren kontraseptif yöntemlerdir. Kombine enjeksiyonlar, ovulasyonu baskılar ve progesteronun etkisiyle servikal mukusu kalınlaştırarak spermilerin geçişini engeller. Ayrıca, endometriyumu incelterek implantasyona elverişsiz hale getirir. Tuba motilitesi de değiştiğinden, sperm geçişi azalır (T.C. Sağlık Bakanlığı 2005b, ACOG 2014).

Kombine enjekte edilen kontraseptifler, gebelikten korunmada çok etkindir. Başarısızlık hızı yaklaşık %0.1-0.3 arasındadır. Bırakıldığı zaman doğurganlık hemen geri döner (T.C. Sağlık Bakanlığı 2005, Bozdağ 2013, ACOG 2014). Yeni kullanıcıların %68'inin, bir yılın sonunda bu yöntemle devam ettikleri bildirilmektedir (Bozdağ 2013). Enjeksiyonlar, özellikle Afrika'da yaygın olarak kullanılmaktadır (UN 2013a,b). Ülkemizde kadınların %0.9-7.5'i tarafından kullanılmaktadır (Akadlı Ergöçmen ve ark 2009b).

1.3.6.2.9. Transdermal Yama

Transdermal yama (*Ortho Evra*); 20cm²lik alanda, etinil östradiol (0.75 mg) ve norelgestromin (6 mg) içeren ve 24 saatte salgıladığı 150 mcg norelgestromin ve 20 mcg etinilöstradiol ile deriden absorbe olarak ovulasyonu engelleyen ve servikal müküsü kalınlaştıran bir yöntemdir. Menstrual siklusu da düzenler. Haftalık olarak, üç hafta süreyle uygulanır. Alt karın, omuz, kalça ve meme dışındaki göğüs kafesine uygulanır. Bırakıldığında doğurganlık hemen geri döner. Riskleri kombine OK'lar ile aynıdır (Boynukalın ve ark 2014, Everett 2014, Murray ve McKinney 2014). İlk yıl için gebelik oranı tipik kullanımda %8-9 iken, doğru kullanımda %0.3'tür (Trussel ve Guthrie 2011, ACOG 2014, Everett 2014). Ağırlığı 90 kg ya da daha fazla olanlarda etkinliği azalır (Everett 2014). Bir yılın sonunda, kullanıcıların %33'ü bu yöntemi bırakmaktadır (Trussel ve Guthrie 2011). Evra, 2003'den beri kullanım özelliği ve rahatlığı nedeniyle, çoğunlukla genç kadınlar tarafından tercih edilen moda bir yöntem özelliğini taşımaktadır (Everett 2014).

1.3.6.2.10. Vajinal Halka (NuvaRing)

Üç haftalık olan vajinal halka, vajinaya yerleştirilerek uygulanan bir yöntemdir. Yaklaşık 5 cm çapında (54 mm) ve 4 mm kalınlığında olup, az miktarda östrojen (15 mcg etinil östradiol) ve progestin (150 mcg etonogestrel) salgılayarak ovulasyonu engeller (Boynukalın ve ark 2014, Everett 2014, Murray ve McKinney 2014). Bazı kadın ve eşler ilişki sırasında halkayı hissedebilirler, ancak bu sorun yaratmaz (Murray ve McKinney 2014). Guida ve ark (2005)'in hormonal vajinal halka ve OK kullanan 149 kadın ile yapmış oldukları bir çalışmada, hormonal vajinal halka kullanan kadınların cinsel ilgi ve fantezilerinde artış olduğu saptanmıştır. Bu yöntemde başarısızlık hızı %0.3 ile %9 arasında değişmektedir (Trussel ve Guthrie 2011, ACOG 2014, Boynukalın ve ark 2014, Everett 2014). Bir yılın sonunda kullanıcıların %33'ünün yöntemi bıraktığı bildirilmektedir (Trussel ve Guthrie 2011). Çoğu kadın ve erkek ilişkide halkayı hissetmemektedir (Clinton ve Laaser 2010).

1.3.6.2.11. Yalnız Progesteron İçeren Yöntemler

1.3.6.2.11.1. Mini hap

KOK'lara oranla daha düşük dozda progestin (norgestrel, noretisteron, noretindron) bulunur ve östrojen içermez. Minihaplar, menstrüel siklus boyunca ve menstruasyon sırasında alınır. Her gün ve günün aynı saatlerinde alınmalıdır. Üç saatlik gecikmede, gebelik riski oldukça yüksektir. Yalnız yeni progestinlerde bu süre 12 saate kadar çıkabilmektedir. Burada,

zamanında ve doğru şekilde alındığında yöntemin oldukça etkili, güvenli ve güvenilir olduğu bilgisi verilmelidir. Minihaplar, servikal mukusu kalınlaştırarak spermilerin servikal kanaldan geçişini engeller. Siklusun %40-60'ında ovulasyonu engeller. Tubal motiliteyi yavaşlatır ve endometriumu incelterek implantasyon olasılığını azaltır. Son zamanlarda geliştirilen yeni progestinler (*Cerazette, Cerelle*), diğer progestinlere göre ovülasyonu %100'e yakın oranda önlemektedir. Sadece progestin içeren OK'ların başarısızlık hızı yaklaşık %0.1-0.4 arasındadır. Doğru ve düzenli kullanılmadığında oran %8'lere çıkmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı 2005b, Bozdağ 2013, ACOG 2014, Boynukalın ve ark 2014, Everett 2014, Murray ve McKinney 2014). Kullanılmaya başlandığı ilk bir yılın sonunda, kadınların %68'i tarafından kullanıldığı bildirilmektedir (Bozdağ 2013). Progestinler, depresyona neden olabilmektedir (Everett 2014).

1.3.6.2.11.2. Progestin içeren enjeksiyon

İçinde yalnızca progestin bulunan enjekte edilen kontraseptifler, 1950'lerde geliştirilmiştir. Başlangıçta endometriozis, endometrial kanser, dismenore, hirsutizm ve kanama düzensizliklerinin tedavisinde kullanılmış, 1960'larda kontraseptif olarak gündeme gelmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı 2009). KOK'larda olduğu gibi ovülasyonun baskılanması, servikal mukusun kalınlaşması ve endometriyumun inaktif hale gelmesi ile gebelik oluşması engellenir. Başarısızlık hızı doğru kullanımda %0.1-0.7'dir. Doğru ve düzenli kullanılmadığında bu oran %3-8'e kadar çıkabilmektedir. Başarısızlık subkutan formunda daha düşüktür (T.C. Sağlık Bakanlığı 2005b, Trussel ve Guthrie 2011, Bozdağ 2013, ACOG 2014, Boynukalın ve ark 2014, Everett 2014). İlk bir yılın sonunda, bu yöntemle devam etmeme oranı %44'tür (Trussel ve Guthrie 2011).

Hap formuna göre enjeksiyonların kullanımı daha rahat ve etkilidir. Enjeksiyonun İM (*Depo-Provera, Noristerat-NET EN*) ve subkütanoz formları (*Sub Q*) vardır. Depoprovera, uzun süreli kullanımlar için uygundur. Her 12 haftada bir yapılmasına rağmen, ovülasyonu 15 hafta için önler. Noristerat, her 8 haftada bir yapılır ve kısa süreli kullanımlar için (vazektomi ve rubella uygulaması sonrası) önerilmektedir. Bunlar cinsel istekte azalma, depresyon ve memede hassasiyete neden olabilir. Ayrıca, fertilité bir yıla kadar gecikebilir. Amenore, bazı kadınları kaygılandırabilir (Boynukalın ve ark 2014, Everett 2014, Murray ve McKinney 2014). Bazı kadınların, infertilite ve bebekte anomali yapacağı yönünde korkuları vardır (Everett 2014). Bununla birlikte, her 8-12 haftada yapılması kadına özgürlük ve rahatlık sağlar (Everett 2014).

1.3.6.2.12. İmplant

Derialtı implantlarıyla ilgili çalışmalar 1960'lerden beri sürmektedir. Çeşitli tiplerde implantlarla denemeler yapılmaktadır, ilk olarak Norplant kullanılmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı 2005b, Everett 2014). İmplanon, deri altına yerleştirilen ve üç yıl süre ile yüksek oranda doğum kontrolü sağlayan tek çubuklu (4 cm uzunluk, 0.2 cm kalınlık) bir doğum kontrol implantıdır. Eğitim almış kişiler tarafından basit bir yöntemle yerleştirilir. Etonogestrel (*implanon*) veya levonorgestrel (norplant) isimli bir progesteron hormonu salgırlarlar. En son 2010'da geliştirilen *Nexplanon*, implanonun yeni bir versiyonudur. Sadece uygulama ve yerleştirme şekli farklıdır. İmplantlar östrojen içermediği için, östrojen almasında sakınca olan kadınlar için uygun bir yöntemdir. İstenildiği zaman çıkarılır, çıkarıldıktan sonra fertilitte hemen geri döner. Norplant, mevcut kontraseptiflerin en etkililerinden biridir. Beş yıllık bir sürede yıllık ortalama gebelik hızı %0.05 kadardır. (T.C. Sağlık Bakanlığı 2005b, Bozdağ 2013, Boynukalın ve ark 2014, Murray ve McKinney 2014). İmplanonda başarısızlık hızı %0.05 kadardır (Trussel ve Guthrie 2011, ACOG 2014). Bu yöntem, ilk bir yıl sonunda %16 oranında bırakılmaktadır (Trussel ve Guthrie 2011). İmplantlar, ülkemizde %0.2 oranında kullanılan bir yöntemdir (Akadlı Ergöçmen ve ark 2009b). İmplantlar, duygusal dalgalanmalar yapabilir (Boynukalın ve ark 2014). Nexplanon, çok daha etkili bir yöntemdir ve etkinliği kadının ağırlığından olumsuz etkilenmez. İmplanonlar, diğer yöntemleri kullanamayan kadınlara rahatlık ve alternatif sağlayan bir yöntemdir (Everett 2014).

1.3.6.2.13. Kadın Sterilizasyonu (Tüp Ligasyonu)

Geri dönüşsüz ve kalıcı bir cerrahi sterilizasyon yöntemidir. Kadınlarda her iki fallop tüpünün mekanik olarak kapatılması işlemidir. Mini laparotomi ve laparoskopi şeklinde uygulanabilmektedir (Murray ve McKinney 2014). Dünyada kabul edilen ve giderek yaygınlaşan bir AP yöntemidir. Tüp ligasyonunda her iki tüp cerrahi olarak kapatılır ve fertilizasyon engellenir. Tüp ligasyonu, başka çocuk istemeyen ve doğurganlığını sona erdirmek isteyen çiftler için en güvenli yöntemlerden biridir. Başarısızlık oranı yalnızca %0.5 kadardır (T.C. Sağlık Bakanlığı 2005b, Trussel ve Guthrie 2011, Bozdağ 2013, ACOG 2014, Murray ve McKinney 2014).

Türkiye'de 1983 yılında çıkarılmış olan 2827 sayılı yasaya göre 18 yaşını tamamlamış kadınlar kendi isteği, evli ise eşinin onayı ile tüp ligasyonu yaptırabilirler (T.C. Sağlık Bakanlığı 2005b). Bu yöntem, cinsel işlev ve tatminde bir değişiklik yapmayacağı gibi,

vücudun diğer işlevlerini de etkilemez. Başarısızlık oranı düşüktür. Yöntem, kadınların görünüşü ve cinsel yaşamı ile cinsel tepkileri üzerinde olumsuz etki yaratmaz. Ancak, çiftlerin iyice bilgilendirilerek bu yönetime karar vermiş olmaları son derece önemlidir (T.C. Sağlık Bakanlığı 2005b, Everett 2014) ve bunun en etkili yöntem olduğu belirtilmektedir (Ha ve ark 2005). Dünyada en yaygın kullanılan modern AP yöntemidir (%19) (UN 2013a,b). Ülkemizde ise %8.3 oranında kullanılan bir modern yöntemdir (Akadlı Ergöçmen ve ark 2009b). Bu işlem sonrası, bir hafta cinsel ilişkiden kaçınılması bilgisi verilmelidir (Murray ve McKinney 2014). Bu işlem öncesi ve sonrası dikkatli bir danışmanlık verilmelidir. Çünkü, tubal sterilizasyon kadınların gebelik anksiyetesinden uzak olmalarını sağlayan bir yöntem olmakla birlikte, çiftin, özellikle de kadının kayıp, acı ve pişmanlık duygusunu sıklıkla yaşayacağı bir durum olabilir. Bunun yanında, sterilizasyon kadınların kendi cinselliklerini keşfetmesi ve cinsel ilişkiden zevk alma yollarını bulmaları için de önemli bir fırsat sağlayabilir (Everett 2014).

1.3.6.2.14. Acil Kontrasepsiyon

Her cinsel ilişki planlı olmayabilir. Bu nedenle de kontraseptif önlem alınmamış olabilir. Ayrıca kondom yırtılması, hapların unutulması, enjeksiyon gününün geçmesi ve tecavüz gibi istenmeyen durumlarda da gebelik riski oluşabilir. Acil kontrasepsiyon, bu gibi durumlarda olası gebeliği önlemek için kullanılır. Daha önce kullanılan postkoital kontrasepsiyon ve ertesi gün hapi gibi terimler durumun aciliyetini tanımlamadığından, acil kontrasepsiyon terimi daha uygundur. Acil kontrasepsiyonun gebelik kuşkusu oluşturan cinsel ilişkiden hemen sonra, en geç üç gün içinde uygulanması gerekir (T.C. Sağlık Bakanlığı 2005b, Murray ve McKinney 2014). Bu yöntem, kadının kontrolü altında olan bir yöntemdir. Doğru kullanımda (zamanında uygulama, kusma olmaması, kullanım sonrası korunmasız bir cinsel ilişki olmaması) etkinlik %99'un üstündedir (T.C. Sağlık Bakanlığı 2005b, ACOG 2014). İlk bir yıl sonunda bu yönetime devam etmeme oranı %44'tür (Trussel ve Guthrie 2011). Levonorgestrel'in etkinliği %97-99 arasındadır (Everett 2014). Acil kontrasepsiyon, ülkemizde %2.3 oranında kullanılmaktadır (Akadlı Ergöçmen ve ark 2009b).

Acil kontrasepsiyon metodları; sadece progestin içeren, östrojen ve progesteron içeren preparatlar, antiprogesteron ajanlar ve bakırlı RİA'lardır. Sadece progestin içeren ajanlar, en yaygın olarak kullanılan yöntemlerdir ve 96-120 saate kadar kullanılabilir (ACOG 2014, Boynukalın ve ark 2014). İlk bir yılın sonunda, bu yönetime devam etmeme oranı %44'tür (Trussel ve Guthrie 2011). Acil kontrasepsiyonun üç tipi de (*Plan B One-Step*, *Next Choice*, *Next Choice One Dose*), progestin türevi olan levonorgestrel içerir (ACOG 2014).

FDA (2009), ABD’de 17 yaşından itibaren reçetesiz satışa izin vermiştir. Ancak, 2013’te federal mahkeme Plan B One-Step’in tüm yaş grupları için mevcut olması gerektiği kararını almıştır. Bir diğer tipi olan ulipristal asetat (*Ella*) da reçete ile satılmaktadır. Bunun dışında, RİA uygulaması da %99 etkilidir (Murray ve McKinney 2014). ABD’de 16 yaşından itibaren reçetesiz satılan acil kontraseptif kullanımında artış olduğu ve 18-24 yaşındaki gençlerin %9’u tarafından kullanıldığı bildirilmektedir (Kavanaugh ve ark 2012). AWHONN (2012), hemşirelerin acil kontrasepsiyon dahil tüm yöntemler hakkında çiftlere ayrıntılı bilgi vermeleri gerektiğini bildirmektedir. Çünkü, acil kontrasepsiyon uygulayan kadınlar stresli, şok altında, utangaç, öfkeli, suçlu ve anksiyöz olabilirler (Everett 2014).

1.3.6.2.15. Doğal Aile Planlaması Yöntemleri (DAP)

Doğal aile planlaması (DAP), çiftlerin doğurganlık bilinci ile gebeliği önlemeyi ya da oluşturmayı sağlayan bazı kuralların birlikte uygulanması olarak tanımlanır. DAP, servikal mukus ya da ovülasyon (*Billings*) yöntemi, bazal vücut ısısı yöntemi, servikal palpasyon yöntemi, üçünün birleşimi olan semptomtermel yöntem ile takvim yöntemlerini kapsar. DAP’ın etkili olması için, çiftlerin cinsel davranışlarında düzenlemeler yapmaları gerekir. Bu yöntemi uygularken, spermin kadının genital yolunda 48-72 saat süreyle canlı kalabildiği ve ovumun ömrünün 24-48 saat olduğu akılda tutulmalıdır. Gebe kalma olasılığı, ovulasyon günü ile ondan önceki iki günde en üst düzeydedir. Ovulasyon günündeki oynamalar nedeni ile cinsel ilişkiden kaçınılması gereken süre uzun tutulmalıdır ya da bu sürede bariyer yöntemler de kullanılmalıdır. DAP yöntemlerinin herhangi bir yan etkisi yoktur, ekonomiktir ve malzeme ihtiyacı yoktur. Dini ve ahlaki değerlerden etkilenmez. Yöntem, bir kere öğrenildikten sonra yaşam boyu kullanılabilir. Ancak, bu yöntemin etkinliği çiftlerin motivasyon, istek ve yöntemi doğru kullanmaları ile ilişkilidir. Tipik başarısızlık oranları, doğru ve düzenli kullanımda %1-10, tipik kullanımda %20-24 oranında bildirilmiştir. En ufak bir ihmal ya da hatada kolaylıkla gebe kalınabilir. DAP’ın en önemli yararı, kadına menstrüel siklus süresince vücudunda olan değişiklikleri ve ovülasyon zamanını fark etmesine yardımcı olmasıdır. Bu durum, çiftlerde ilişki için bir motivasyon da yaratabilir (T.C. Sağlık Bakanlığı 2005b, Trussel ve Guthrie 2011, Bozdağ 2013, Everett 2014 Murray ve McKinney 2014). DAP’ı, bir yıl sonunda bırakma oranı %53’tür (Trussel ve Guthrie 2011).

1.3.6.2.15.1. Takvim yöntemi

Menstrüel siklusun fertil ve infertil günlerini hesaplamak için altı aylık bir gözlem süresi sonunda matematiksel formüllere dayanan bir yöntemdir. Ancak, bunu kullanan kadınların adetleri çok düzenli olmalıdır. Adetleri düzenli olmayan kadınlar için uygun bir yöntem değildir. Fertil periyod doğru saptanabilirse başarılı kullanılabilir, aksi takdirde başarısızlık hızı yüksek olur (T.C. Sağlık Bakanlığı 2005b, Murray ve McKinney 2014). Takvim yöntemi, birkaç nedenden dolayı çok güvenilir değildir. Çoğu kadın, cinsel perhiz süresinin hesaplanması için gerekli olan önceki 6-12 aydaki menstrüel siklus süresiyle ilgili bilgiden yoksundur. Stres, hastalık ve seyahat gibi, kadının siklus süresini büyük ölçüde etkileyebilecek faktörler, yapılan hesapların duyarlılığını azaltır. Yöntem, motivasyon gerektirir (T.C. Sağlık Bakanlığı 2005b, Everett 2014, Murray ve McKinney 2014). Bununla birlikte, kadının kontrolü altında olması ve fertilité hakkındaki bilgisini artırması olumlu bir yönüdür (Everett 2014). Doğru ve düzenli kullanımda yöntemle ilgili başarısızlık hızı %9'dur (Bozdağ 2013). Bu yöntem ülkemizdeki kadınların %0.6 ile 7.4'ü tarafından kullanılmıştır (Akadlı Ergöçmen ve ark 2009b).

1.3.6.2.15.2. Vücut ısısı yöntemi

Ovulasyon sonrası, korpus luteumdan salgılanan progesteron hormonu vücut ısısını 0.2-0.5°C arasında yükseltir ve bir sonraki menstruasyona kadar yüksek ısıda tutar. Bu yükselişe "*termal kayma*" denir ve bu da bazal vücut ısısı yönteminin esasını oluşturur. Ovulasyon, muhtemelen ilk ısı yükselişinden önceki gün gerçekleşir. Çift, menstrüel kanamanın ilk gününden itibaren ilk ısı artışının saptandığı günden üçüncü günün akşamına kadar cinsel perhizle gebelikten korunabilir. Sıcaklık ölçme işlemi, hassas bir termometre ile sabah yataktan kalkmadan önce, ortalama aynı saatlerde ve tercihen oral yoldan yapılmalıdır (T.C. Sağlık Bakanlığı 2005b, Everett 2014). Bu yöntem, sadece post ovulasyonu belirlediğinden, uzun *cinsel perhiz (abstinence)* periyodlarını gerektirir. Buna karşın, çiftin fertil periyod bilgi ve farkındalığını artırır, ayrıca kadının kontrolünde olan bir yöntemdir (Everett 2014).

1.3.6.2.15.3. Servikal müküs yöntemi

Fertil olan her kadın, siklus boyunca servikal müküs salgısındaki niteliğın değiştiğini hisseder. Servikal müküs yöntemini kullanmak için kadın, vajinal salgısını kontrol eder. Gözlemine ve salgının eldeki hissini her gün kaydeder. Bu kontrolü kaygan, ince ve bol müküsün son gününden 8-10 gün sonrasına kadar sürdürür. Müküsdeki değişikliklerle, ovülasyonun yakın olduğunu veya gerçekleştiğini belirleyebilir. Fertilitenin sona erdiğinden emin olana kadar kayıt tutmaya devam etmelidir. Kadın, müküs görünüşünü kontrol edip kaydetmede deneyim kazanana kadar, her siklusu kaydetmelidir. Bu da aylar alabilir. Buna bir kere alıştıktan sonra, müküsü her gün kontrol etmesine gerek kalmaz. Doğru ve düzenli kullanımda yöntemin başarısı %99, kullanım başarısı ise %98 kadardır (T.C. Sağlık Bakanlığı 2005b, Bozdağ 2013, Everett 2014). Bu yöntemin cinsel perhizi gerektirmesi, olumsuz bir yönüdür. Ancak, kadının kontrolü altında olan ve çiftin bedenlerine dokunmasına izin veren bir yöntemdir. Ayrıca, kadının beden değişiklikleri hakkındaki farkındalığını artırır (Everett 2014).

1.3.6.2.15.4. Servikal palpasyon yöntemi

Bu yöntem, kadın çömelmiş ya da ayaktayken (ancak her defasında aynı konumda) kendi kendine palpasyonla serviksin kıvamındaki değişiklikleri tanımlayıp yorumlaması esasına dayanır. İnfertil dönemde serviks serttir, eksternal os kapalıdır ve servikse kolay ulaşılır. Yaklaşmakta olan ovulasyonla birlikte östrojen hormonu yükseldikçe serviks yumuşar, pelvis içinde yükselir ve servikal os açılır. Ovulasyondan 4-5 gün önce yumuşamanın başlaması belirgin hale gelir. Os yavaş yavaş açılır ve palpasyonla servikse daha zor ulaşılır. Ovulasyonu izleyen günlerde serviks yeniden sertleşir, aşağı iner ve os kapanır. Bu yöntemle kadın, ilk değişiklikleri belirlediği andan itibaren serviksi kolayca hissettiği, serviksin sert ve osun kapalı olduğu zamana kadar fertil sayılır (T.C. Sağlık Bakanlığı 2005b). Bu yöntemin, semptomermal yöntemin en güvenilir parametresi olduğu belirtilmektedir. Ancak yöntemin etkililiği, kadının palpasyondaki becerisine ve serviks değişikliğini doğru tanımlayabilmesine bağlı olduğundan, bireysel farklılıklar gösterebilir (T.C. Sağlık Bakanlığı 2005b).

1.3.6.2.15.5. Laktasyonel amenore yöntemi (LAM)

Gebelikten korunma yöntemlerinin yaygın olarak bilinmediği günlerde, doğurganlığın kontrolüne önemli katkı yapan emzirme, günümüzde gelişmekte olan ülkelerin çoğunda AP için uygulanan yöntemler arasındadır (WHO 2013). Adet kanaması olmadıkça emzirmeye

gebelikten korunma olarak tanımlanan bu yöntem, özellikle doğumdan sonraki ilk altı ayda, süt veren kadınların belli koşullarla doğal olarak doğurgan olmadığı düşüncesine dayanır. Laktasyonel Amenore Yöntemi (LAM), bazı koşullara uyulduğunda emzirmenin bir AP yöntemi olarak kullanılmasıdır ve bu durumda gebeliği ilk 6 ay için %98, ilk bir yıl içinde %92'den fazla oranda önler. Bu kriterler; bebeğin beslenmesinin en az %85'inin gece ve gündüz düzenli emzirmeyle sağlanması, annenin henüz adet görmeye başlamamış olması ve doğumdan sonra 6 aydan uzun bir süre geçmemiş olmasıdır (T.C. Sağlık Bakanlığı 2005b, ACOG 2014, Everett 2014, Murray ve McKinney 2014). ACOG (2014), gündüz beslenmesinin 4 saat, gece beslenmesinin 6 saatten fazla olmamasını ve ek gıda alımının total beslenmenin %5-10'undan daha azını içermesi gerektiğini bildirmektedir.

1.3.7. Aile Planlaması Danışmanlık Hizmetleri ve Kadın Cinsel Sağlığının Korunmasında Hemşirenin Rolü

Modern dünyada insanlar sahip olacakları çocuk sayısı ve zamanı konusunda karar verme, planlama ve uygulama hakkına sahiptirler. AP toplum sağlığına olduğu kadar, kadının statüsüne de katkı sağlayan önemli bir hizmettir. Kadının toplumdaki statüsü, eğitim ve gelir düzeyinin düşüklüğü, hem genel ve cinsel sağlık düzeyini, hem de doğurganlık davranışlarını etkilemektedir. Bu nedenle kadınların bu konudaki bilgileri sürekli olarak güncellenmeli ve değişen ihtiyaç ve eğilimlere göre en uygun yöntem belirlenmelidir (Berktaş 2004, Godfrey ve ark 2011, van der Akker 2012, Murray ve McKinney 2014). Burada sağlık ekibinin önemli bir üyesi olan hemşirelerin, nitelikli bir AP danışmanlık hizmeti sunmaları büyük önem taşımaktadır. AP yöntemlerine ilişkin danışmanlık hizmetleri, kişilerin AP gereksinimlerinin karşılanması yanında, yöntemlerin cinsel yaşamlarına olan olumsuz etkilerinin azaltılması ve cinsel yaşam kalitesinin artırılması açısından da önemli fırsatlar sağlar (Saygılı 2006, van der Akker 2012, Murray ve McKinney 2014). Bireyler, AP ve cinsellik konusundaki bilgileri genellikle profesyonel olmayan kaynaklardan (arkadaşları, akrabaları, gazete, televizyon, dergi ve internet) almaktadırlar. Alınan bilgiler, daha çok rahatlık, eş tepkileri ve problemlere yöneliktir (ACOG 2014, Murray ve McKinney 2014). Bazı kadınlar hemşire veya hekimden rahatça bilgi alabilirken, bazıları büyük zorluk yaşamaktadırlar. Bu nedenle hemşire/hekimin doğru ve yeterli bilgilendirmesi çok önemlidir. Çünkü, iyi bilgi iyi karar vermeyi sağlar (ACOG 2014).

Hemşireler, kullanılan yöntemin kadın ve erkeğin cinselliğine ve cinsel yaşamlarına etkileri hakkında bilgi vermelidirler. Örneğin; kondom takılması çiftlere, cinsel ilişki öncesinde uygulayabilecekleri bir ön sevişme etkinliği olarak öğretilebilir. Erkekler, kondomu

daha rahat kullanmaları için yalnızken becerilerini geliştirmek üzere uygulama yapmaya teşvik edilebilir. Kondom gördüğünde cinsel isteklerinin kaybolduğunu belirten erkekler de vardır. Bu kişilerin de yalnızken uygulama yapmaları yararlı olabilir. Kadınlar eşlerine erotik yöntemler kullanarak kondom uygulayabilirler. Genç kadınlara, kondom kullanımında erkeklerle uzlaşma sağlamaları konusunda danışmanlık verilmesi gerekebilir. Bazı durumlarda, özellikle eşlerinin kondom kullanmaya karşı güçlü direnç göstermesi beklenen kadınlarda, cinsel ilişki öncesi kondomu eşinin penisine, sevişmenin bir parçasını oluşturacak şekilde uygulamaları önerilir. Bu yolla erkek açısından cinsel ilişki kesintiye uğramadığından, erkeğin yöntemi kabul etmesi daha olasıdır. Hizmet alan kadınların eşleri kliniğe davet edilerek danışmanlık verilebilir. Bazı erkeklerde ejakülasyondan hemen sonra ereksiyon ortadan kalkarsa da, bazılarında 15-20 dakika kadar devam edebilir. Penis hala vajinadayken birkaç dakika içinde küçülebileceğinden, erkeğin vajinadan çekilirken kondomun tabanını penisle birlikte tutması gerekir. Böylelikle, ereksiyonu çabuk kaybolan erkeklerde kondomun kayarak vajina içindeyken çıkması ve seminal sıvının vajina içine akması önlenmiş olur (T.C. Sağlık Bakanlığı 2005b). Çiftlere cinsel ilişkilerinin çok daha doğal olmasını sağlamak için lateks kondom yerine poliüretan kondom kullanmaları önerilebilir. Çünkü, poliüretan kondomlar çok daha incedir ve ısıyı hızlıca geçirirler. Aynı zamanda lateks kondomlar sadece su bazlı lubrikantla kullanılabilmesine karşın, poliüretan kondomların su ve yağ bazlı lubrikantlarla kullanılabilmesi de çiftler için bir avantajdır. Ayrıca, esnek olduklarından dolayı kayma ya da delinme/yırtılma riskleri de daha azdır (Clinton ve Laaser 2010). Bazı erkekler kondoma bağlı his-duyarlılıklarının azaldığını bildirmelerine rağmen, yöntemin hızlı ya da prematür ejakülasyonu olan erkekler için yararlı olacağı bilgisi verilebilir (ACOG 2014). Yine GÇ yönteminin olumsuz etkilerini azaltmak için, çiftler boşalma sonrası cinsel gerginliğin sonlanması amacıyla cinsel dokunmayı tekrar başlatma yönünde desteklenebilir. Eğer çift kontraseptif yöntem olarak GÇ'yi kullanmak istiyorsa, her iki eşin de doyuma ulaşabileceği ve cinsel gerginlikten kurtulabileceği bir teknik uygulamaya özendirilebilir (T.C. Sağlık Bakanlığı 2005b).

Hemşirelerin AP hizmetlerinin sunumunda bakım, eğitim, danışmanlık, rehberlik, savunuculuk ve yöneticilik gibi çeşitli mesleki rollerini yerine getirmeleri gerekir. AP hizmeti için başvuran bireylerde, kullandıkları yönteme ya da cinsel yaşamlarına bağlı olarak yaşayabilecekleri çeşitli sorunlarda (ör; seksüel örüntüde değişim, lateks alerjisi riski ve beden imgesinde rahatsızlık) hemşirelik tanılarını belirlemeleri, bunlara yönelik uygun

hemşirelik girişimlerinde bulunmaları ve bunların sonuçlarını değerlendirerek yardımcı olmaları beklenir (Saygılı 2006).

Çünkü cinsel sağlık, insan sağlığının ayrılmaz bir parçasıdır. Ancak, ülkemizde cinsellik halen çok açık ve rahat konuşulabilen bir konu olmadığından, bu durum özellikle kadınlar için ayıp ve günah olarak kabul edilmektedir. Bütüncül bakım hizmeti veren hemşireler, aynı zamanda kadın olmaları dolayısıyla kadınların, cinsellik gibi özel durumlarını ifade edebilecekleri en yakın sağlık personelleridir (Karakoyunlu 2007, Murray ve McKinney 2014). Bilgi vermek, danışmanlık yapmak ve rehabilite etmek kişilerin yaşam kalitesini yükseltme ve sürdürmede önemli bir yöndür. Hemşireler, bu açıdan kilit konumdadırlar (Murray ve McKinney 2014).

Cinsel eğitim ve danışmanlığın; bireylerin cinsel konularla ilgili doğru bilgiler edinmelerine, cinsel mitlerin, sosyal, kültürel ve dini baskıların etkisi altında kalmadan cinselliği yaşamalarına ve cinsel sorunlarına yönelik uygun girişimlerde bulunmalarına yardımcı olabileceği düşünülmektedir. Ancak, çok az hemşire bu alanda değerlendirme yapabilmekte ve girişimlerde bulunabilmektedir. Çalışmalarda, hemşirelerin cinsellikle ilgili danışmanlık için yeterli bilgiye sahip olmadıkları, utanma, iş yoğunluğu, cinselliğe ilişkin kişisel baskıcı tutumları, dini inançları, toplumsal tabular ve cinsellikle ilgili konuları tartışırken anksiyete yaşamaları gibi nedenlerle cinsel eğitim ve danışmanlık vermedikleri belirtilmektedir (Nazik ve Eryılmaz 2011). Ancak, hemşirelerin tümü lisans eğitimi sırasında kadın cinsel sağlığı ile ilgili olarak verilen eğitimi yetersiz bulmuş ve bu konuda daha ileri bilgilere ihtiyaç duyduklarını ifade etmişlerdir (Güvel ve ark 2005).

Hemşireler, hemşirelik hizmetinin diğer yönlerinde olduğu gibi bu hizmette de gerçekçi, bilimsel ve terapötik şekilde yaklaşmalıdırlar. Cinsellik konusunda bireye gereksinim duyduğu bakımı verebilmek için hemşirenin sahip olması gereken bir takım özellikler vardır (Nazik ve Eryılmaz 2011, Tiryaki Şen ve ark 2012, Gölbaşı ve Evcili 2013, Murray ve McKinney 2014). Hemşireler;

- Cinsellik konusunu kabul etmeli ve bu konu ile ilgili kendini rahat hissetmeli,
- Hasta bireyle cinsel konuları tartışmak üzere iletişim yeteneklerini geliştirmeli,
- Cinsellik ve cinsel fonksiyon konusunda bilgi sahibi olmalı,
- Cinsellik konusunda kendisi ve diğerlerinin inanç, değer ve tutumlarının farkında olmalı ve
- Yaşam siklusu içinde cinselliğin gelişimsel durumunu iyi bilmelidir.

Sağlık hizmetlerinin tüm basamaklarında, özellikle 1. basamakta çalışan hemşireler kadınlara kolayca erişebilme ve cinsel sağlığı koruma ve geliştirme olanaklarına sahiptirler.

Bu hizmetlerin sunumu ile cinsel sağlığı değerlendirme, sağlık eğitim programları ile kadınlarda bilinç oluşturma ve sorun yaşayan kadınların erken dönemde belirlenerek tedavi için uygun merkezlere sevk edilmesinde önemli rol üstlenebilirler. Bunun için hemşirelerin cinsellik konusunda bilgili olması, gelen kadınları risk faktörleri açısından değerlendirmesi, gerekli bakım, eğitim ve danışmanlığı vermesi ve gerektiğinde bir uzmana yönlendirmesi büyük önem taşımaktadır (Lamont ve ark 2012, Murray ve McKinney 2014). Bunun için sınırlandırılmış (20 dakika) probleme odaklı yaklaşım, cinsel endişelerin değerlendirilmesi ve yönetimi için kullanılabilir bir yaklaşımdır (Kanit düzeyi II-3) (Lamont ve ark 2012). Bu süre genel AP danışmanlığı için önerilen 20 dakika için de yeterli bir süredir (T.C.Sağlık Bakanlığı 2011). Özellikle, terapötik sürecin başında cinsel endişeleri tartışma fırsatı verilmesi ve buna yönelik multidisipliner ekip tarafından gerekli bakımın sağlanması, kadın cinsel sorunlarının (özellikle cinsel istek) çözümlenmesi açısından önerilen bir yaklaşımdır (Kanit düzeyi III-A) (Lamont ve ark 2012).

Çalışmalar, ebeveynler ve çocukları arasında cinsellik ve kontrasepsiyon kullanımı konusunda yapılan açık iletişim ve eğitimsel konuşmaların adölesan dönemde cinselliğe başlama ya da geciktirmede etkili olmadığını ortaya koymuştur (Lederman ve ark 2008). Buna karşın, bir çalışmada genç kadın ve erkeklere verilen ÜS eğitim ve bilgisinin, kontraseptif kullanımıyla doğrudan ilişkili olduğu bulunmuştur (Ryan ve ark 2007b). Ayrıca, bekar kadınlara yapılan cinsel eğitimin gebeliklerde önemli bir azalmaya neden olduğu da belirtilmektedir (Chung-Park 2007). Bu nedenle sağlık profesyonellerinin, gebelik ve CYBE'ye yol ačan olumsuz cinsel davranışları azaltmaya yönelik eğitim programlarını (AP ve cinsel konulara yönelik) kullanmaları oldukça önemlidir. Bu eğitim programlarının, sağlıkla ilişkili diğer davranışları da etkilediği görölmüştür. Bunlar, bireyin sosyokültürel ve dini özelliklerini dikkate alan, empatik, bilgilendirici, eğitimsel ve iletişim stratejilerini içerir ve genç ve yaşlı her bireye uygulanabilecek yaklaşımlardır (van der Akker 2012, ACOG 2014, Murray ve McKinney 2014). Yalnız bu programlarda kişisel farklılık ve gereksinimler dikkate alınmalıdır. Literatürde kadınların reproduktif öykülerine bağlı olarak kontraseptif tercihlerinin de farklılık gösterdiğinin bulunması (Godfrey ve ark 2011, Murray ve McKinney 2014), bunun önemini göstermesi açısından önemlidir. Yapılacak eğitim programlarında řu noktalar ele alınmalıdır (Lamont ve ark 2012, van der Akker 2012, ACOG 2014, Murray ve McKinney 2014).

- Genç, bekar ve çiftlere güvenli ve özel bir ortamda cinsel sağlık eğitimi ve cinselliği koruyucu bilgilerin verilmesi.

- Bireylerin cinsel sağlık endişeleri, gereksinimleri, arzu ettikleri cinsellik, üreme ve kontraseptif tercihleri hakkında cinsel danışmanlık verilmesi.
- Cinsel disonksiyonun tanılanması ve sevk edilmesi.
- Cinsel davranış, kondom veya diğer korunma yöntemlerini kullanmadan kaçınmanın risklerine yönelik sürekli, tekrarlayıcı ve açık, net mesajlar verilmesi. Bu, etkili programları etkisiz programlardan ayıran en önemli özelliklerden biridir.
- Adölesan cinsel aktivite riskleri ve ilişkiden kaçınma yolları veya gebelik ve CYBE'leri önlemeye yönelik yöntemler hakkında temel, doğru ve yeterli bilginin sağlanması.
- Cinsel davranışları etkileyen sosyal baskıları hedef alan aktivitelerin programa dahil edilmesi.
- İletişim, karşılıklı konuşma ve tartışma ile reddetme becerileri konusunda örnekler verilmesi ve uygulamalar yapılması.
- Katılımcıları içine alacak şekilde düzenlenmiş eğitim yöntemlerinin uygulanması ve bilginin kişiselleştirilmesi.
- Davranışsal hedef/amaçlar, eğitim yöntemleri ve araçlarının yaş, gereksinim, cinsel deneyim ve kültürlerine uygun olarak kullanılması.
- Eğitimlere yeterince zaman ayrılması (en az birkaç saat).
- Programa inanan eğitici ve akran liderlerinin kullanılması ve bunlara yeterli ve gereksinimlerine uygun eğitim olanaklarının sağlanması.
- Eğitim ve danışmanlıkta bireysel gereksinimler ile (bireyselleştirilmiş AP eğitimi) endişe ve duygularının dikkate alınması.

Özetle; kontrasepsiyonla ilgili olarak yapılacak danışmanlık kişisel ilgi ve eğilimlerden çok empatik ve kanıta dayalı tartışmaları içermelidir. Yani, bireyleri anlamak ve anlayabilecekleri dilde açıklamalar yapmak son derece önemlidir. Bunun yanında kişisel, fiziksel, psikolojik, dinsel ve sosyokültürel özellikler de dikkate alınmalıdır. Böylece, kadın ve erkeğe kişisel ve biyolojik olarak uygun bir AP yöntemi seçilebilir ve gerçek yöntem yetersizliği ile tipik kullanıma bağlı yetersizlik arasındaki uçurum azaltılabilir. Bunun için, kişiselleştirilmiş olarak birey/çiftlere yapılacak empatik ve kanıta dayalı AP danışmanlığında şu konulara mutlaka yer verilmelidir (Lamont ve ark 2012, ACOG 2014, Murray ve McKinney 2014):

- Mevcut kontrasepsiyon tipleri
- Her bir kontraseptif yöntemin yarar ve riskleri
- Her bir yöntemin düzenli olarak nasıl kullanılacağı

- Uygulamada bir hata, sorun olursa ne yapılacağı
- Acil kontrasepsiyon
- Geri dönüşlü metodlar ve kullanım zamanları
- Yöntem değiştirmek istenirse ne yapılacağı
- Yöntemlerin cinsel yaşama etkileri
- Soru ve endişeler

AP'ye bağlı yaşanan CD'nin yönetiminde hemşirenin tutumu son derece önemlidir. Hemşire AP danışmanlığı yaparken, cinsel danışmanlık becerilerini de kullanabilir. Bunun için, AP yanında cinsel konu ve sorunlarda da danışmanlık verecek şekilde bilgi ve beceri sahibi olması gerekir. Hemşireler, CD sorunu olan kadına danışmanlık verirken PLISSIT modelini rehber alabilirler. PLISSIT modeli bu konuda pek çok kaynakta kullanılması önerilen yöntemlerin başında gelmektedir. Lamont ve ark (2012), bu modelin gerekli girişim düzeyini belirlemek için kullanılabilir bir yaklaşım (Kanıt düzeyi II-3) olduğunu belirtmektedirler. Hastalarının sorunlarına yararlı bir cinsel danışma ve tedavi modeli olan PLISSIT modeli, dört basamaklı yaklaşımdan oluşur (Taylor ve Davis 2007, Lamont ve ark 2012, Tuğut ve Gölbaşı 2013).

1. İzin verme (P-Permission)

Modelin ilk basamağıdır. Kişiye ne yapacağını anlatmayı değil, kadın ve eşinin cinselliğe yönelik duygu, düşünce ve endişelerini ifade etmelerine izin vermeyi kapsar. Bu basamakta önemli olan, iletişim becerilerini doğru kullanmaktır. Birey ve eşinin rahat konuşabilmesi için genel konularla başlanıp, özele doğru inilmesi bireylerin cesaret kazanmasına yardımcı olur. Örneğin; *“Hastalığınızdan sonra cinsel ilişkiniz nasıl etkilendi? Bu konuda konuşmak ister misiniz?”* veya *“Bu durumdaki birçok insanın cinsel yaşamı ile ilgili endişeleri vardır. Sizin bu konu hakkında konuşmak istediğiniz ya da sormak istediğiniz bir şey var mı?”*. İzin verme, endişeleri çözmeye yararlı olmazsa ikinci basamağa geçilmelidir.

2. Sınırlı Bilgi (LI-Limited Information)

Hastalık ve uygulanan bütün tedavilerin cinsel yaşam üzerindeki yan etkileri ve bu etkilere yönelik bilgi vermeyi kapsar. Bu bilgiler, uygulanan tedavi etkilerinin bütün olarak tartışılmasını içerir. Bilgi kaynağı olarak hemşirelerin önemli rolü vardır. Doğru verilen bilgiler, bireylerin cinsel yaşamları ile ilgili endişelerinde baş etmeyi kolaylaştırabilmektedir.

3. Özel Öneriler (SS-Specific Suggestions)

Özel öneriler verebilmek için bireylerle ilgili özel bilgiler edinilmelidir. Özel öneriler, daha çok davranış değişikliklerini amaçlar. Cinsel yaşam kalitesini artırmak için özel stratejileri ve eğitimin bir kısmını içerir. Vajinal kuruluğu gidermede kullanılabilecek kayganlaştırıcıların tartışılması, farklı pozisyonların denenmesi ve cinsel aktivite öncesinde analjezik önerilmesi örnek olarak verilebilir. Cinsel sorunların çoğunda bu yaklaşımla başarılı sonuçlar elde edilmektedir. Eğer sorun çözülmezse son basamağa geçilmelidir.

4. Yoğun Tedavi (IT-Intensive Therapy)

Modelin son basamağıdır. Daha ayrıntılı danışmanlık gerektiğinde, birey ve eşini konu ile ilgili uzman kişilere yönlendirmeyi ifade eder. Hastalık ve tedavilerinin neden olduğu cinsel yaşam değişiklikleri ve bu değişikliklerin giderilmesine yönelik sistematik bir yöntemin benimsenmesi ile hastaların cinsel yaşamlarının daha kaliteli olması sağlanabilir.

Bu modelin dışındaki başka bir model de ALLOW modelidir. Bu model de cinsel endişelerin ilk yönetimi için bir rehberlik sağlar. Model ismini basamakların ilk harfinden almaktadır (Lamont ve ark 2012).

A (Asking about sexual concerns)

Cinsel endişelerin öğrenilmesi ve sorulmasıdır. Bireye, cinsel aktivite ve fonksiyonun nasıl olduğu hakkında sorular sorulmasıdır.

L (Legitimacy to the problem)

Problemin tanımlanmasıdır. Disfonksiyonun, klinik bir konu olduğu belirtilir ve açıklanır.

L (Limitations to dealing with the issue)

Konuyla ilişkili sınırlılıkları tanımlanır ve belirlenir. Özellikle, CD'nin belirlenmesiyle ilgili sınırlılıklar tanımlanır.

O (Opening up the discussion, including the potential for referral, and ends with the doctor and patient)

Birey ile sevk ve sonuçlarını da içerecek şekilde tartışmanın başlatılması ve yapılmasıdır.

W (Working out a joint plan)

Birlikte hoş bir planın yapılmasıdır. Birey ile hedefleri ve yönetim planını geliştirmek için birlikte plan yapılır.

2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma kesitsel, analitik tipte bir çalışmadır.

2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırmaya, Aydın ili belediye sınırları içindeki iki mahallede (2 ve 12 No'lu Aile Sağlığı Merkezleri) yapılmıştır. Bu ASM'lerde 2011 yılı verilerine göre 15-49 yaş grubu toplam 8102 evli kadın bulunmaktadır. İki No'lu ASM Mesudiye, Meşrutiyet, Köprülü Hasan Efendi ve Veis Paşa mahallelerine hizmet vermektedir. Oniki No'lu ASM ise Meşrutiyet ve Hasan Efendi mahallelerine hizmet vermektedir. Aydın İl Sağlık Müdürlüğü, ASM çalışanları ve araştırmacının gözlemlerine dayanarak; bu ASM'lerin bulunduğu bölgelerde yaşayan kadınların genellikle orta gelir düzeyindeki ailelerden oluştuğu ve sosyoekonomik durumlarının benzer olduğu söylenebilir. Ayrıca bu bölgeler genelde göç almayan, eski Aydın'luların oturduğu ve homojen gruplardan oluşan bir bölge özelliğini de göstermektedir. Bu ASM'lere bağlı mahallelerde oturan kadınlar genellikle ev hanımıdır. Eğitimleri düşük veya orta düzeydir. Kadınların eşleri ise esnaf veya memurdur. Evler genellikle apartman tarzında ve/veya müstakildir.

Bu bölgelerde yaşayan insanların çoğu, AP hizmetleri için bağlı bulunduğu ASM'lere başvurumaktadırlar. İki No'lu ASM'de beş aile hekimi ve beş ebe ile bir hemşire, Oniki No'lu ASM'de ise üç aile hekimi ve üç ebe çalışmaktadır. ASM'de AP yöntemlerine ilişkin kayıtlar 15-49 Yaş Evli Kadın İzlem Fişi ile ve aile hekimleri tarafından tutulmaktadır. Bu ASM'lerde ayrı bir AP danışmanlık odası bulunmamaktadır. AP danışmanlık hizmetleri aile hekimi ve aile hekimine bağlı olan ebe tarafından yürütülmektedir. Her iki ASM'de AP danışmanlık hizmetleri Sağlık Bakanlığı tarafından kurumlara gönderilen AP Danışmanlığı İçin Resimli Rehber (T.C. Sağlık Bakanlığı 2010)'e göre ve ağırlıklı olarak aile hekimine bağlı olarak çalışan ebe tarafından verilmektedir. Danışmanlık, genellikle başvuran kadın veya erkeğe birebir ya da çiftlerin her ikisine birlikte verilmektedir. Danışmanlık sonrası hizmet verilen kişinin talebi doğrultusunda başvurana kondom veya hap verilmektedir. ASM'lerde aylık olarak bir adet hap (KOK) ve 12 adet kondom verilmektedir.

2.3. Araştırmanın Zamanı

Araştırma zamanı ve bu süreçte yapılan işlemler Çizelge 2.3.1’de verilmiştir.

Çizelge 2.3.1. Araştırma Zamanı ve Yapılan İşlemler

İşlemler	Tarih
Literatür taraması ve konu seçimi	05.04.2010-31.06.2010
Tez önerisi ve veri toplama formunun hazırlanması	01.07.2010-31.12.2010
Veri toplama formunun uzman görüşüne sunulması ve düzenlenmesi	01.01.2011-31.01.2011
Tez önerisi sunumu	01.02.2011-28.02.2011
Aydın İl Sağlık Müdürlüğü’nden izin alınması	01.03.2011
ASM’lerden Kondom ve GÇ ile korunanların isimlerinin ve adreslerinin alınması	02.03.2011-31.03.2011
Ön uygulama	01.04.2011-30.05.2011
Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Onayı’nın alınması	07.07.2011
Verilerin toplanması	08.07.2011-29.06.2012
Verilerin analizi	01.07.2012-31.08.2013
Rapor yazımı ve teslimi	01.09.2013-01.07.2014

2.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Aydın İlinde Aile Hekimliği Programı 13 Aralık 2010 tarihinde başladığı için araştırmanın, Aydın ili belediye sınırları içindeki Aile Sağlığı Merkezleri (ASM)’nde yapılması planlanmıştır. Toplam Aydın ili belediye sınırları içinde merkeze bağlı 26 ASM vardır. Araştırmanın evrenini, bu ASM’lerde kondom ve GÇ yöntemi ile korunan 15-49 yaş evli kadınlar (2183; 1433 kondom, 750 GÇ) oluşturmuştur. Ancak, Aile Hekimliği Programı’na geçişle birlikte tüm ASM’lerde 15-49 Yaş Evli Kadın İzlem Fişi’ne AP bilgilerini tam ve düzenli bir şekilde tutan, verileri ulaşılabilir olan, araştırmaya gönüllü olarak katılan ve kondom ve GÇ ile ilgili verilerini araştırmacı ile paylaşan tüm aile hekimlerine sadece iki ve 12 No’lu ASM’lerde ulaşılabilmiştir. Bu nedenle, araştırmanın evrenine bu iki ASM’de kondom ve GÇ ile korunan kadınlar alınmıştır. Evrenin tamamı örnekleme alınmıştır.

Her iki ASM’de bulunan toplam sekiz aile hekiminin tuttuğu 15-49 Yaş Evli Kadın İzlem Fişi’ne kayıtlı olan ve kondom ve GÇ ile korunan 834 kadın bulunmaktadır. Bu kadınların 46’sı örneklem alma kriterlerine uymadığı, 80’i üç ziyarette de evlerinde bulunamadığı, 186’sı araştırmaya katılmayı kabul etmediği ve dördünde eksik veri bulunduğu için, örnekleme kriterlere uyan, araştırmaya katılmayı kabul eden ve ulaşılan 518 kadın

oluşturmuştur. ASM'lerde kondom ve GÇ ile korunan ve ulaşılan kadınların sayıları Çizelge 2.3.2'de verilmiştir.

Çizelge 2.3.2. Kondom ve Geri Çekme Yöntemi İle Korunan ve Ulaşılan Kadın Sayısının ASM'lere Göre Dağılımı

Aile Sağlığı Merkezi	Mahalle	Aile Hekimi Sayısı	Kondom	Geri çekme	Ulaşılan
2 No	Mesudiye	1	100	120	168
2 No	Mesudiye Köprülü	1	50	33	48
2 No	Mesudiye Meşrutiyet	1	34	11	20
2 No	Köprülü Hasan Efendi Veis Paşa	1	16	3	6
2 No	Veis Paşa Köprülü	1	15	0	3
12 No	Meşrutiyet Hasan Efendi	1	43	54	59
12 No	Meşrutiyet	1	106	95	151
12 No	Meşrutiyet	1	60	48	63
Toplam		8	424	364	518

2.5. Araştırmaya Dahil Edilme ve Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

2.5.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

Örnekleme; 15- 49 yaş arasında, evli, menapoza girmemiş, aktif cinsel yaşamı olan, eşinde ya da kendisinde tanı konmuş herhangi bir psikiyatrik hastalığı ve cinsel işlev bozukluğu olmayan ve son üç aydır GÇ ve/veya kondom ile korunan kadınlar dahil edilmiştir. CFİ, kadınların kendini bildirim yöntemi ile toplandığından, araştırmaya ilkökul ve üzeri eğitimi olanlar dahil edilmiştir.

2.5.2. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

Araştırmaya katılmak istemeyen, soru formlarına eksik cevap veren ve ulaşılamayan kadınlar araştırmaya dahil edilmemiştir.

2.6. Veri Toplama Araçları ve Verilerin Toplanması

Veriler, araştırmacı tarafından literatür taranarak geliştirilen Veri Toplama Formu (Ek 2), geçerlik ve güvenilirliği Ayşeçkin Yılmaz, Yıldız Eryılmaz (2004) tarafından yapılan Kadın Cinsel Fonksiyon Sorgulama İndeksi (KCFSİ-CFİ) (Index of Female Sexual Function=IFSF) (Ek 3) ile toplanmıştır.

2.6.1. Veri Toplama Araçları

2.6.1.1. Soru formu (Ek 2):

Soru formu (Ek 2), araştırmacı tarafından literatürden (Ayşeçkin Yılmaz, Yıldız Eryılmaz 2004, Akın ve ark 2006, Çiftçioğlu ve Erci 2009, Depe ve Erenel 2006, Öksüz ve Malhan 2006, Safarinejad 2006, Karakoyunlu 2007, Gabalcı 2008, Song ve ark 2009, Singh ve ark 2009) yararlanarak hazırlanmıştır. Formda kadınların sosyodemografik özellikleri (18 soru), cinsel yaşamları (9 soru), kullandıkları AP yöntemleri (15 soru) ile kondom ve GÇ yönteminin cinsel yaşamlarına etkisi (10 soru)'ne yönelik toplam 52 soru bulunmaktadır. Soru formu anlaşılabilirlik, uygulanabilirlik ve içerik açısından Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği alanında dört öğretim üyesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği alanında bir öğretim üyesi, Halk sağlığı Hemşireliği alanında bir öğretim üyesi ve Halk Sağlığı alanında iki tıp doktoru olmak üzere dokuz öğretim üyesine verilmiş ve uzmanların önerileri doğrultusunda yeniden düzenlenmiştir.

2.6.1.2. Soru formunun ön uygulaması

Düzenlenen formdaki soruların anlaşılabilirliği ve kullanılabilirliğini geliştirmek amacıyla veri toplama formunun ön uygulaması, Aydın İl Merkezi'nde bulunan 1 No'lu ASM'ye bağlı Güzelhisar mahallesinde ikamet eden ve kondom ve GÇ yöntemi ile korunan 20 kadına yapılmıştır. Ön uygulama sonucuna göre formda gerekli düzeltmeler yapılmış ve veri toplama formu olarak kullanılmıştır. Ön uygulamaya alınan kadınlar, örnekleme dahil edilmemiştir.

2.6.1.3. Kadın cinsel fonksiyon sorgulama indeksi (KCFSİ) (Ek 3):

Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi (KCFSİ-CFİ) (Index of Female Sexual Function=IFSF) (Ek 3) kadın CF'si ile ilgili yönleri (lubrikasyon, orgazmik fonksiyon, cinsel istek, ilişki tatmini, klitoral duyarlılık ve genel tatmin) değerlendirmek için 1999 yılında Kaplan tarafından geliştirilen ve yurt dışı platformlarda kabul görmüş bir ölçektir. Ülkemizde

geçerlik ve güvenilirliği, Ayşeçkin Yılmaz ve Yıldız Eryılmaz tarafından 2004 yılında yapılmıştır. Bu çalışmada CFİ (IFSF)'yi kullanabilmek için Hatice Yıldız Eryılmaz'dan izin alınmıştır (Ek 7).

İndeks ülkemizde birçok araştırmada kullanılmıştır (Güvel ve ark 2003, Yılmaz 2003, Tashbulatova 2007, Acar 2008, Kütmeç 2009, Özerdoğan ve ark 2009, Yaralı 2013). İndeks, Ayşeçkin Yılmaz ve Yıldız Eryılmaz tarafından 2004 yılında Beykoz Devlet Hastanesi AP Polikliniği'ne başvuran kadınların kullandıkları kontraseptif yöntemlerin cinsel fonksiyonları üzerine etkisini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen araştırmada da kullanılmıştır.

CFİ, son dört haftadaki cinsel yaşamı değerlendirmeye yönelik dokuz sorudan oluşmakta ve kadınların kendileri tarafından kolayca uygulanabilmektedir. Her bir madde cinsel ilişkinin istek, uyarılma, orgazm ve ağrı alanlarını incelemektedir. Anket şeklinde olan indeks katılımcıların kendileri tarafından doldurulmaktadır. İndekse verilen cevapların derecelendirilmesi birden (neredeyse hiç ya da hiç) beşe (hemen hemen her zaman ya da her zaman) kadar yapılmaktadır. Son 1 ay içerisinde cinsel ilişkide bulunmayanlara "0" puan verilmektedir. Soruların analizi ve alt başlıkların puanı birbirinden farklıdır. Ülkemizde ölçeğin geçerlik ve güvenilirliğini yapan Ayşeçkin Yılmaz ve Yıldız Eryılmaz (2004), ölçeğin maddelerini üç alt boyutta toplamıştır. Bunlar cinsel ilişki sıklığı/libido, cinsel doyum ve cinsel ilişkide rahatsızlık'tır. Bu alt ölçeklerden alınabilecek minimum ve maksimum puanlar cinsel doyum alt ölçeği için 3-15 puan, cinsel ilişki sıklığı/libido için 3-20 puan ve cinsel ilişkide rahatsızlık alt ölçeği için de 0-10 puandır. Cinsel doyum alt ölçeği 6.7.8. sorular, cinsel ilişki sıklığı/libido alt ölçeği 3.4.5.9. sorular ve cinsel ilişkide rahatsızlık alt ölçeği de 1.2. sorularla değerlendirilmektedir. CFİ'den toplamda en yüksek 45, en düşük 5 puan alınmaktadır. İndeksten alınan toplam skorun azalması, CF'de azalmayı göstermektedir. Ölçeğin bir kesme noktası bulunmamakla birlikte, Erol ve ark (2002) kesme noktasını 30 olarak bildirmişlerdir. Buna göre otuz puanın altı CD varlığını göstermektedir.

Ayşeçkin Yılmaz ve Yıldız Eryılmaz (2004), ölçeğin iç tutarlılık katsayısı olan Cronbach's Alpha değerini 0.82 olarak bildirmişlerdir. Bu araştırmada kadınların CFİ'si için bulunan Cronbach's Alpha değeri ise .81'dir. Araştırmada CFİ ve alt ölçekler için bulunan Cronbach Alfa değerleri Çizelge 2.3.3'de görülmektedir.

Çizelge 2.3.3. CFİ ve Alt ölçeklerinin Cronbach Alfa Değerleri

KCFİ ve alt ölçekler	Cronbach Alfa Değerleri
Cinsel doyum	.767
Cinsel ilişki sıklığı/libido	.893
Cinsel ilişkide rahatsızlık	.940
Toplam ölçek puanı	.816

2.6.2. Verilerin Toplanması

Veriler toplamadan önce resmi izinler (Ek 5, 6) ve etik kurul onayı (Ek 4) ile ASM'lerden 15-49 Yaş Evli Kadın İzlem Fişleri'nden kondom ve GÇ ile korunan kadınların adresleri alınmıştır. Veri toplama süreci, kışın gün aşırı (haftada üç gün), yazın ise kadınların tatil için Aydın dışında bulunmaları nedeniyle telefonla iletişim kurularak ulaşılmaması şeklinde gerçekleşmiştir. Aradaki diğer günlerde ise ulaşılamayan kadınlara 2. ve 3. kez ziyaretler yapılmıştır. Bu nedenle veriler, araştırmacı tarafından 08.07.2011-29.06.2012 tarihleri arasında kadınların evlerinde ziyaret edilmesi ile toplanmıştır. İlk ziyarette ulaşılamayan kadınlara 2. ve 3. ziyaret yapılmış ve ulaşılamayan kadınlar araştırmadan çıkarılmıştır. Çalışmaya, katılmayı kabul eden gönüllü kadınlardan yazılı (Ek 1) ve sözlü onam alınmıştır. Ulaşılan kadınlara öncelikle araştırma hakkında açıklama yapılmış, ardından kendini bildirim yöntemine dayalı olarak formları (Ek 2 ve 3) doldurmaları sağlanmıştır. Formlar araştırmacının gözlemi altında uygulanmış ve gereken durumlarda kadınların anlamadığı noktalar açıklanmıştır. İlgili formlar, yaklaşık 15-20 dakikada doldurulmuştur.

2.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilecek verilerin analizi Statistical Package for Social Science (SPSS) 18.0 paket programında gerçekleştirilmiştir. Elde edilen veriler, tanımlayıcı istatistikler, ki-kare, Mann Whitney U, Kruskall Wallis H ve çoklu regresyon analizi ile değerlendirilmiş ve verilerin değerlendirilmesinde hata (yanılma) payı 0.05 olarak alınmıştır.

CFİ ve alt ölçeklerinin normal dağılıma uygunluğu Kolmogrov Smirnov testi ile analiz edilmiş ve alt ölçekler de dahil olmak üzere hiç birinin normal dağılıma uygunluk göstermediği saptanmıştır ($p < 0.05$). Bu nedenle, iki grup verilerinin karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi, ikiden çok grubun karşılaştırılmasında ise Kruskall Wallis H analizi kullanılmıştır. Farklılığın kaynağının bulunması için Bonferroni Düzeltmeli Mann Whitney U Testi gerçekleştirilmiştir. Bağımsız değişkenler ve AP yöntemlerinin hangilerinin CFİ'ye daha çok etki ettiğini belirlemek amacıyla da stepwise tipi çoklu regresyon analizi kullanılmıştır.

2.7.1. Bağımlı değişkenler

Kadınların, CFİ ve alt ölçeklerinden aldıkları toplam puan, araştırmanın bağımlı değişkenini oluşturmaktadır.

2.7.2. Bağımsız değişkenler

Soru formu (Ek 2)'nda yer alan sosyodemografik özellikler, cinsel yaşam özellikleri, kontraseptif yöntemle ilgili özellikler ve kadının kullandığı AP yöntemlerinin cinsel yaşama etkileriyle ilgili düşünceleri araştırmanın bağımsız değişkenlerini oluşturmuştur.

2.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma verileri, araştırmanın yapıldığı örneklem grubu ile sınırlıdır ve genellenemez. Araştırma bulguları kadınların kendini bildirim yöntemine göre toplandığından, elde edilen veriler kadınların verdikleri yanıtlar ile sınırlıdır. Araştırmada kullanılan veri toplama formu ve CFİ kendini bildirim yöntemi ile toplanmış, ancak kadınların zorlandığı noktalarda açıklamalarda bulunulmuştur. Bu nedenle, veri toplama formu ve ölçekte yer alan, özellikle cinsellikle ilgili sorular bazı kadınlar tarafından mahremiyet olarak algılanmıştır. Bu durum, kadınların mevcut durumlarını tam olarak yansıtmayan yanıtlar vermelerine neden olmuş olabilir. Ayrıca, kendini bildirim yöntemi ile elde edilen bulgular, sağlık çalışanları tarafından gözlemlenen sonuçlardan farklı olabilir. Araştırma, kesitsel olarak yapıldığından, veriler sadece araştırmanın yapıldığı zaman dilimi için geçerlidir ve zamana bağlı değişebilir.

2.9. Araştırmanın Güçlükleri

Araştırmanın veri toplama aşamasında bazı güçlükler yaşanmıştır. Bunlar aşağıda sıralanmıştır.

- Araştırmanın yapılabilmesi için gerekli izinler alınmasına rağmen, hekimlerin ASM'lerde tuttıkları kondom ve GÇ sayılarını kayıtlarda değişiklik yapma ve yetersiz kayıt olması gibi gerekçeleri ileri sürerek sayı ve adreslerini vermek istememeleri, araştırmacıyı sıkıntıya sokmuştur. Bu nedenle ASM'lerdeki hekimlerle birkaç kez telefon ve yüz yüze görüşmeler yapılmak durumunda kalınmış, bu durum veri toplamaya başlama sürecinde gecikmeye neden olmuştur.
- Verilerin toplanması aşamasında aile hekimliği sistemine geçilmiştir. Ayrıca, kış aylarında haftada üç gün veri toplanması, yazları ise kadınların tatil nedeniyle genelde Aydın dışında bulunmaları nedeniyle ancak telefonla belirlenen bir günde görüşme

yapılabilmiştir. Bu nedenlerle veri toplama süreci planlanan sürede tamamlanamamış, verilerin toplanması için altı ay ek süre talep edilmiş ve veri toplama süreci 29 Haziran 2012 tarihinde tamamlanmıştır.

- Araştırma kapsamına alınan ASM'lerdeki kadınların evlerinin birbirlerinden uzak olması sebebi ile ulaşım zor olmuştur. Ayrıca, veri toplama sürecinde kadınların evde bulunmaması nedeniyle de birçok kadına iki ve üç ziyaret yapılmıştır. Bunlar da veri toplama sürecinin uzamasına neden olmuştur.
- Araştırmanın yapılabilmesi için gerekli izinler alınmasına rağmen, evlere gidildiğinde kadınlar araştırmacıya güvenmekte zorluk yaşamışlardır. Bu nedenle öncelikle kadınlara ve ailelerine araştırma hakkında detaylı bilgi verilmiş, sıkıntıları dinlenmiş ve kendilerine konuyla ilgili açıklamalar yapıldıktan sonra güven oluşturulmaya çalışılmış, daha sonra veriler toplanmıştır.
- Araştırma konusunun ülkemiz kadınları için mahrem ve zor konuşulan bir konu olmasıyla ilgili sıkıntı, bu araştırmanın veri toplama sürecinde de yaşanmıştır. Kadınlar cinsel konular hakkında konuşmakta zorluk çekmişler ve bu konuları konuşmak istememişlerdir. Ayrıca, evde kadınlardan başka anne, komşu, çocuk ve eşin olması da rahat konuşamamaya neden olmuştur. Bu nedenle gerek kadınlara, gerekse ziyaret sırasında yanında olan kişilere de açıklama yapılmış ve kadınların uygun olduğu zaman dilimi beklenerek veriler toplanmıştır. Bunlar, planlanan ev ziyareti süresini uzatmıştır.

2.10. Araştırmada Etik

Veri toplamadan önce Aydın İl sağlık Müdürlüğü'nden 01.03.2011 tarihinde resmi izin (Ek 5, 6). ve Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı'ndan 07.07.2011 tarihinde etik kurul onayı alınmıştır (Ek 4). Kondom ve GÇ yöntemi ile korunan kadınlara ve adreslerine ulaşabilmek için 2 ve 12 No'lu ASM'lerde görevli aile hekimleri ile birebir görüşme yapılmış, araştırma hakkında bilgi verilmiş ve sözel onamları alındıktan sonra 15-49 yaş Evli Kadın Formu'ndan kondom ve GÇ yöntemi ile korunan kadınlar belirlenmiştir. Ardından, kadınlar evlerinde ziyaret edilerek araştırma hakkında bilgilendirilmiş ve araştırmaya katılmayı kabul eden kadınların sözlü ve yazılı (Ek 1) onamları alınarak araştırma gerçekleştirilmiştir.

3. BULGULAR

3.1. Tanıtıcı Özelliklere İlişkin Bulgular

3.1.1. Kadın ve Eşlerinin Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Çizelge 3.1.1.1. Kadınların ve Eşlerinin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı (N=518)

Tanıtıcı Özellikler	Kondom (n=301)		GÇ (n=217)		Toplam (n=518)	
	n	%	n	%	n	%
Kadının Yaşı						
≤ 30 yaş	90	29.9	57	26.3	147	28.4
≥ 31 yaş	211	70.1	160	73.7	371	71.6
p=0.376*						
Kadının Eğitim Durumu						
≤ Ortaokul	127	42.2	89	41.0	216	41.7
≥ Lise	174	57.8	128	59.0	302	58.3
p=0.857*						
Kadının Çalışma Durumu						
Çalışan	103	34.2	72	33.2	175	33.8
Çalışmayan (Ev hanımı)	198	65.8	145	66.8	343	66.2
p=0.851*						
En Uzun Süre Yaşanan Yer						
Köy, ilçe, kasaba	97	32.2	61	28.1	158	30.5
Şehir	204	67.8	156	71.9	360	69.5
p=0.334*						
Ekonomik Durum						
Gelir giderden az	118	39.2	78	35.9	196	37.8
Gelir gidere denk ve gelir giderden fazla**	183	60.8	139	64.1	322	62.2
p=0.464*						
Aile Yapısı						
Çekirdek	242	80.4	186	85.7	428	82.6
Geniş	49	16.3	26	12.0	75	14.5
Parçalanmış	10	3.3	5	2.3	15	2.9
X ² =2.491, p=0.288						
Evlenme Şekli						
İsteyerek	138	45.8	92	42.4	230	44.4
Görücü usulü	163	54.2	125	57.6	288	55.6
p=0.474*						
Evlilik Süresi						
1-10 yıl	140	46.5	85	39.2	225	43.4
11 -20 yıl	116	38.5	84	38.7	200	38.6
≥ 21	45	15.0	48	22.1	93	18.0
X ² =5.176, p=0.075						
Adet Düzeni						
Düzenli	237	78.7	184	84.8	421	81.3
Düzensiz	64	21.3	33	15.2	97	18.7
p=0.088*						
Çocuk						
Olan	283	94.0	198	91.2	481	92.9
Olmayan	18	6.0	19	8.8	37	7.1
p=0.232*						

Çizelge 3.1.1.1. *Devam* Kadınların ve Eşlerinin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı (N=518)

Çocuk Sayısı						
1	113	39.9	79	39.9	192	39.9
≥ 2	170	60.1	119	60.1	289	60.1
p=1.000*						
Kürtaj						
Olan	56	18.6	25	11.5	81	15.6
Olmayan	245	81.4	192	88.5	437	84.4
p=0.037*						
Kürtaj Sayısı						
	(n=56)		(n=25)		(n=81)	
1	44	78.6	18	72.0	62	76.5
≥ 2	12	21.4	7	28.0	19	23.5
p=0.575*						
Kürtaj Zamanı						
1-3 yıl	24	42.9	7	28.0	31	38.3
≥ 4 yıl	32	57.1	18	72.0	50	61.7
p=0.227*						
Doğum Şekli						
Normal doğum	189	66.8	122	61.6	311	64.7
Sezaryen	94	33.2	76	38.4	170	35.3
p=0.247*						
Jinekolojik Sorun						
Olan	67	22.3	53	24.4	120	23.2
Olmayan	234	77.7	164	75.6	398	76.8
p=0.598*						

* Fisher kesin Ki-Kare

** GÇ yöntemini kullanan üç kadın, gelirinin giderinden fazla olduğunu belirtmiştir.

Araştırma kapsamına alınan kadınların sosyodemografik özellikleri Çizelge 3.1.1.1’de özetlenmiştir. Yaşları 15 ile 49 arasında değişen kadınların yaş ortalaması 34.97 ± 6.49 ’dur. Kadınların %71.6’i 31 yaş ve üzerindedir. Kadınların %58.3’ü lise ve üzeri eğitim görmüştür. Kadınların %66.2’si ev hanımıdır. Ekonomik durumlarını, daha çok gelir gidere denk veya gelir giderden az olarak belirtmişlerdir (%62.2).

Kadınların eşleri 21-56 yaşları arasında olup, ortalama 38.00 ± 7.50 yaşındadırlar (%79.7’si 31 yaş ve üzerinde). Eşlerinin %3.5’i lise ve üzeri eğitim görmüştür ve %98.8’i çalışmaktadır. Büyük oranda (%82.6) çekirdek aile özelliği gösteren kadınların %69.5’i en uzun süre şehirde yaşamıştır. Kadınların %55.6’sı görücü usulü ile evlenmiş olup, %43.4’ü 1-10 yıldır, %38.6’sı da 11-20 yıldır evlidir (Çizelge 3.1.1.1).

Kadınların %92.9’unun çocuğu vardır. Ortalama 1.79 ± 0.80 çocukları vardır (iki ve üzeri çocuk: %60.1). Kadınların %64.7’si normal, %35.3’ü de sezaryen ile doğum yapmıştır. Kürtaj deneyimi olan kadın oranı kondomda daha fazladır (%18.6~%11.5, p=0.037). Kürtaj yaptıran kadınların %76.5’i bir kez (ortalama 1.29 ± 0.57 kez) kürtaj yaptırmış olup, %61.7’si dört yıl ve öncesi, %38.3’ü de 1-3 yıl içinde kürtaj deneyimlemiştir. Çalışmaya katılan

kadınların çoğunluğu (%76.8) şimdiye kadar jinekolojik bir sorun yaşamadıklarını ve düzenli olarak adet gördüklerini (%81.3) ifade etmişlerdir (Çizelge 3.1.1.1).

3.1.2. Cinsel Yaşama İlişkin Bulgular

Çizelge 3.1.2.1. Kadınların Cinsel Yaşamlarına İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı (N=518)

Cinsel Yaşama İlişkin Özellikler	Kondom (n=301)		GÇ (n=217)		Toplam (N=518)	
	n	%	n	%	n	%
İlk Cinsel İlişki Yaşı						
15-19 yaş	80	26.6	54	24.9	134	25.9
20-24 yaş	148	49.2	112	51.6	260	50.2
≥ 25 yaş	73	24.2	51	23.5	124	23.9
$X^2=0.319, p=0.852$						
Haftalık Cinsel İlişki Sayısı						
1-2 kez	150	50.0	130	59.9	280	54.2
2-3 kez	81	27.0	48	22.1	129	25.0
≥ 3 kez	69	23.0	39	18.0	109	20.8
$X^2=5.008, p=0.082$						
Cinsel Yaşam						
Orta ve kötü	51	16.9	65	29.9	116	22.4
İyi	216	71.8	133	61.3	349	67.4
Çok iyi	34	11.3	19	8.8	53	10.2
$X^2=12.378, p=0.002$						
Kendini Değerlendirme						
Çekici	227	75.4	161	74.2	388	74.9
Negatif (itici, isteksiz, soğuk, çirkin)	18	6.0	33	15.2	51	9.8
Normal	56	18.6	23	10.6	79	15.3
$X^2=16.229, p=0.000$						
Eşin Değerlendirmesi						
Çekici	237	78.7	180	82.9	417	80.5
Negatif (itici, isteksiz, soğuk, çirkin)	12	4.0	16	7.4	28	5.4
Normal	45	15.0	21	9.7	66	12.7
Fikir belirtmeyen	7	2.3	0	0.0	7	1.4
İstemedenden Cinsel İlişki						
Yaşayan	112	37.2	77	35.5	189	36.5
Yaşamayan	189	62.8	140	64.5	329	63.5
$p=0.712^*$						
Cinsel Konularda Eşle Konuşma						
Konuşan	240	79.7	190	87.6	430	83.0
Konuşamayan	61	20.3	27	12.4	88	17.0
$p=0.024^*$						
Cinsel Yaşamla İlgili Sorun						
Yaşayan	27	9.0	22	10.1	49	9.5
Yaşamayan	274	91.0	195	89.9	469	90.5
$p=0.652^*$						

Çizelge 3.1.2.1. *Devam* Kadınların Cinsel Yaşamlarına İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı (N= 518)

Yaşanan Sorun	(n=27)		(n=22)		(n=49)	
	n	%	n	%	n	%
İlişkiye girememe	14	51.9	7	31.8	21	42.9
Eşinin hasta olması	4	14.8	4	18.2	8	16.3
Soğukluk	3	11.1	2	9.1	5	10.2
Kasılma	2	7.4	4	18.2	6	12.2
Doğum sonrası sendromu	4	14.8	5	22.7	9	18.4
Profesyonel Yardım						
	(n= 27)		(n=22)		(n=49)	
Alan	9	33.3	5	22.7	14	28.6
Almayan	18	66.7	17	77.3	35	71.4
p=0.530*						

* Fisher kesin Ki-Kare

Çizelge 3.1.2.1’de kadınların cinsel yaşamlarına ilişkin özellikler görülmektedir. Kadınların yarısı (%50.2) ilk cinsel birlikteliklerini 20-24 yaşları arasında yaşamışlardır. Kadınların haftada 1-2 kez cinsel ilişkiye girdikleri (%54.2) dikkati çekmektedir. Kadınlar cinsel yaşamlarını %67.4 oranında “iyi” olarak değerlendirmektedirler. Kadınlar kendilerini %74.9 oranında çekici bulurken, eşlerin değerlendirmesinde bu oran %80.5’e çıkmaktadır. Kadınların istemediklerinde cinsel ilişkiyi reddetme oranı %63.5’tir. Kadınların çoğu (%83) cinsel konularda eşiyile rahatça konuşabildiğini ve çok azı (%9.5) cinsel yaşamıyla ilgili sorun yaşadığını belirtmiştir. Sorun yaşayan kadınların %28.6’sı sorunları için profesyonel yardım aldıklarını bildirmişlerdir.

3.1.3. Kontraseptif Yöntem Kullanımına İlişkin Bulgular

Çizelge 3.1.3.1. Kadınların Kontraseptif Yöntem Kullanımına İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı (N=518)

Kontraseptif Yöntemlere İlişkin Özellikler	Kondom (n=301)		GÇ (n=217)		Toplam (N=518)	
	n	%	n	%	n	%
Önceki Yöntem	(n=93)		(n=60)		(n=153)	
Kondom	-	-	14	23.3	14	30.1
GÇ	32	34.4	-	-		
Hap, RİA, Takvim**	61	65.6	46	76.7	107	69.9
$X^2=42.985, p=0.000$						
Yöntemi Kullanma Süresi						
1-10 yıl	239	79.4	144	66.4	383	73.9
11-25 yıl	62	20.6	73	33.6	135	26.1
p=0.001*						

Çizelge 3.1.3.1. *Devam* Kadınların Kontraseptif Yöntem Kullanımına İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı (N=518)

Yöntemi Seçme Nedeni***						
Güvenilir ve etkili	199	66.1	89	41.0	288	55.6
Yan etkisi yok	151	50.2	132	60.8	283	54.6
Kullanımı kolay	74	24.6	103	47.5	177	34.2
Ucuz	31	10.3	3	1.4	34	6.2
Cinsel ilişkiyi olumsuz etkilemiyor	29	9.6	10	4.6	39	7.5
Eşim istiyor	21	7.0	11	5.1	32	6.2
Dini açıdan uygun	6	2.0	5	2.3	11	2.1
Yöntemi Kullanma zamanı						
Cinsel ilişkiye girmeden hemen önce	227	75.4	-	-	227	43.8
Boşalma öncesi ve yumurtlama döneminde	71	23.6	-	-	71	13.7
Yumurtlama döneminde	3	1.0	-	-	3	58.1
Boşalma öncesi	-	-	211	97.2	211	40.7
Yumurtlama dönemi dışında	-	-	6	2.8	6	1.2
Yöntemi Temin Ettiği Yer						
ASM	153	50.8	-	-	153	50.8
Doğumevi	13	4.3	-	-	13	4.3
Market	58	19.3	-	-	58	19.3
Eczane	77	25.6	-	-	77	25.6
Yönteme Karar Veren Kişi						
Kendisi	23	7.6	12	5.5	35	6.8
Eşi	109	36.2	57	26.3	166	32.0
Eşi ile birlikte	169	56.1	148	68.2	317	61.2
X²=7.719, p=0.021						
Danışmanlık						
Alan	70	23.3	29	13.4	99	19.1
Almayan	231	76.7	188	86.6	419	80.9
p=0.005*						
Danışmanlık Alma Zamanı						
	(n=70)		(n=29)		(n=99)	
Yönteme başlamadan önce	36	51.4	17	58.6	53	53.5
Yönteme başladıktan sonra	34	48.6	12	41.4	46	46.5
p=0.658*						
Yönteme Bağlı Sorun						
Yaşayan	35	11.6	33	15.2	68	13.1
Yaşamayan	266	88.4	184	84.8	450	86.9
p=0.238*						
Yaşanan Sorun**						
	(n=35)		(n=33)		(n=68)	
Gebelik	33	94.3	33	100.0	66	97.0
Boşalma, sertleşme sorunu	2	5.7	-	-	2	3.0
Yöntemden Memnuniyet						
Memnun	282	93.7	212	97.7	494	95.4
Memnun değil	19	6.3	5	2.3	24	4.6
p=0.035*						

Çizelge 3.1.3.1. *Devam* Kadınların Kontraseptif Yöntem Kullanımına İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı (N=518)

Memnun Olmama Nedeni**	(n=19)		(n=5)		(n= 24)	
	Güvenilir değil, gebelik korkusu	11	57.9	5	100.0	16	66.6
Rahat değil	7	36.8	-	-	7	29.2
Ses yapıyor	1	5.3	-	-	1	4.2
Yöntem Değiştirme						
Düşünen	14	4.7	4	1.8	18	3.5
Düşünmeyen	249	82.7	189	87.1	438	84.5
Kararsız	38	12.6	24	11.1	62	12.0
$X^2=3.404, p=0.182$						

* Fisher Kesin Ki-Kare

** GÇ yönteminin kullanan bir kadın, daha önce takvim yöntemi kullanmıştır.

*** Birden fazla cevap verilmiştir.

Çizelge 3.1.3.1’de kadınların kontraseptif kullanımına ilişkin özellikleri görülmektedir. Şu anda kondomla korunan kadınlar daha önce hap (%41.9), GÇ (%34.4) ve RİA (%23.7) yöntemini, GÇ yöntemi ile korunan kadınlar ise daha önce hap (%38.3), RİA (%36.7) ve kondom (%23.3) ile korunmuşlardır.

Kadınlar şu andaki yöntemi çoğunlukla (%73.9) 1-10 yıldır kullanmaktadırlar. Kadınların %75.4’ü kondomu cinsel ilişkiye girmeden hemen önce, %23.6’sı ise ejakülasyon öncesi ve ovülasyon döneminde kullanmaktadır. Kadınların %97.2’si GÇ yöntemini doğru kullanırken, %2.8’i ovülasyon zamanı dışında kullandıklarını belirtmişlerdir (Çizelge 3.1.3.1).

Kondom kullanan kadınlar yöntemi güvenilir ve etkili olması (%66.1), yan etkisinin olmaması (%50.2) ve kullanımının kolay olması (%24.6) nedeniyle seçmişlerdir. GÇ yöntemi ise yan etkisinin bulunmaması (%60.8), kullanımının kolay olması (%47.5) ve güvenilir ve etkili olması (%41) nedeniyle tercih edilmektedir (Çizelge 3.1.3.1).

Kadınların %61.2’si (kondom %56.1, GÇ %68.2) yönteme eşleri ile birlikte karar vermişlerdir. Kadınların çoğu (%80.9) kullandıkları yöntem hakkında danışmanlık almadıklarını belirtmişlerdir. Danışmanlık aldığını belirten (%19.1) kadınların %46.5’i yönteme başladıktan sonra danışmanlık aldıklarını belirtmişlerdir. Kondom kullananlar yöntemi %50.8 oranında ASM, %25.6 oranında eczaneden, %19.3 oranında da marketten temin etmektedirler (Çizelge 3.1.3.1).

Kadınların %19.1’i kullandıkları yöntem hakkında danışmanlık almışlardır. Danışmanlık alanların %53.5’i yönteme başlamadan önce danışmanlık aldıklarını

bildirmişlerdir. Kullanılan yöntem nedeniyle sorun yaşayanların oranı %13.1'dir. Sorun yaşayan kişiler en fazla gebelik sorunu ile karşılaşmışlardır (%97). Buna karşın yöntemden memnuniyet oranı %95.4'tür. Memnun olmayan 24 kadının (%4.6) 16 (%66.6)'sı güvenilir olmaması nedeniyle memnun olmadıklarını belirtmişlerdir. Rahat olmama (%36.8), sadece kondom kullanan kadınlar tarafından bildirilen bir memnuniyetsizlik nedeni olmuştur. Kadınların az bir kısmı (%3.5) yöntemi değiştirmeyi düşünmektedir ve %12'si bu konuda kararsızdır (Çizelge 3.1.3.1).

3.2. Kadınların Cinsel Fonksiyon İndeksi (CFİ) Puan Ortalamaları

Çizelge 3.2.1. Kadınların Kullandıkları Yöntemlere Göre CFİ Puan Ortalamalarının Dağılımı (N=518)

Yöntem	Cinsel İlişki Sıklığı/Libido	Cinsel Doyum	Cinsel İlişkide Rahatsızlık	CFİ
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Toplam	10.19 ± 2.33	8.91 ± 1.6	6.57 ± 1.66	29.78 ± 5.73
Kondom (n=301)	10.47 ± 2.14	8.99 ± 1.65	6.73 ± 1.55	30.35 ± 5.32
GÇ (n=217)	9.80 ± 2.52	8.82 ± 1.73	6.36 ± 1.79	29.01 ± 6.18
Mann Whitney U	F= 28121.50 p=0.007	F=30521.00 p=0.196	F=26887.50 p=0.000	F=28921.00 p=0.026

Çizelge 3.2.1, kadınların ve CFİ ve alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları ile bunların kullandıkları yönteme göre değişimini göstermektedir. Kadınların CFİ puan ortalaması 29.78±5.73 (min. 5, max. 45 puan üzerinden) olarak bulunmuştur. Alt ölçeklerinden aldıkları puanlar cinsel ilişki sıklığı/libido için 10.19±2.33 (min. 3, max. 20 puan üzerinden), cinsel doyum için 8.91±1.6 (min. 3, max. 15 puan üzerinden) ve cinsel ilişkide rahatsızlık için 6.57±1.66'dır (min. 0, max. 10 puan üzerinden).

CFİ'nin alt boyutları olan cinsel ilişki sıklığı/libido ve cinsel ilişki esnasında rahatsızlık hissetme, kullanılan yönteme göre farklılık göstermektedir. Buna göre kondom kullananların cinsel ilişki sıklığı/libido puan ortalamaları (10.47±2.14), GÇ yöntemini kullananların puan ortalamalarından (9.80±2.52) daha fazladır ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (F=28121.50, p=0.007). Benzer şekilde, kondom kullananların cinsel ilişkide rahatsızlık puanı (6.73±1.55), GÇ yöntemini kullananlara (6.36±1.79) göre daha yüksektir (F=26887.50, p=0.000). Ayrıca, kondom kullananların genel CFİ ölçek puanı da (30.35±5.32) GÇ yöntemini kullananlara (29.01±6.18) göre yüksektir ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (F=28921.00, p=0.026). Kullanılan yöntem ile cinsel doyum alt ölçeğinden alınan puanlar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (F=30521.00, p=0.196) (Çizelge 3.2.1).

Çizelge 3.2.2. Kadınların Kullandıkları Yöntemlere Göre CFİ Puanlarının Nicel Olarak Dağılımı (N=518)

CFİ Nicel Değerlendirme	Kondom		GÇ		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
> 30 puan	193	64.1	128	59.0	321	62.0
≤ 30 puan	108	35.9	89	41.0	197	38.0
p=0.271						

Kadınların CFİ'den aldıkları puanlar nicel olarak değerlendirildiğinde; %62'sinin (321 kadın) 30 üzerinde, %38'inin (197 kadın) ise 30 ve altında puan aldıkları, yani %38'inin cinsel fonksiyonlarında sorun olduğu saptanmıştır. Çizelge 3.2.2 incelendiğinde; kondomla korunan kadınların %35.9'unun, GÇ ile korunan kadınların ise %41'inin CFİ puanı düşük olmasına rağmen, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0.271).

3.3. Cinsel Fonksiyon İndeksi (CFİ) Puan Ortalamalarını Etkileyen Değişkenler

3.3.1. Sosyodemografik Özelliklerin CFİ'ye Etkisine Yönelik Bulgular

Çizelge 3.3.1.1. Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine Göre CFİ Puan Ortalamalarının Dağılımı (N= 518)

Sosyodemografik Özellikler	Cinsel İlişki Sıklığı/Libido	Cinsel Doyum	Cinsel İlişkide Rahatsızlık	CFİ
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Yaş				
≤ 20 yaş	11.35±2.33	12.30±0.54	6.25±3.06	29.72±8.15
21- 25 yaş	11.25±2.42	12.06±1.83	7.00±1.135	31.75±5.38
26- 30 yaş	11.05±1.94	12.11±1.59	7.01±1.01	31.95±4.26
≥ 31 yaş	9.83±2.33	12.93±2.22	6.41±1.66	28.99±5.90
Kruskal Wallis H	F=37.70 p=0.000	F=26.10 p=0.000	F=21.59 p=0.000	F=37.84 p=0.000
Eşin Yaşı				
≤ 30 yaş	11.23±2.20	12.09±1.57	6.93±1.47	31.81±5.46
31-35 yaş	10.52±2.08	12.44±2.07	6.75±1.31	30.28±5.16
36- 40 yaş	10.39±2.18	12.52±1.63	6.57±1.62	30.32±5.03
≥ 41 yaş	9.30±2.32	13.29±2.49	6.29±1.90	28.03±6.15
Kruskal Wallis H	F=58.51 p=0.000	F=45.19 p=0.000	F=25.10 p=0.000	F=52.50 p=0.000

Çizelge 3.3.1.1. *Devam* Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine Göre CFİ Puan Ortalamalarının Dağılımı (N= 518)

Eğitim durumu				
≤ Ortaokul	9.89±2.29	8.46±1.85	6.41±1.57	28.73±5.85
≥ Lise	10.40±2.33	9.25±1.47	6.69±1.72	30.55±5.52
Mann Whitney U	F=27745.50 p=0.004	F=24315.00 p=0.000	F=25481.50 p=0.000	F=24373.00 p=0.000
Eşin eğitim durumu				
≤ Ortaokul	10.09±2.25	8.60±1.73	6.43±1.63	29.12±5.72
≥ Lise	10.25±2.38	9.10±1.63	6.65±1.68	30.17±5.70
Mann Whitney U	F=29022.00 p=0.205	F=24405.00 p=0.000	F=25787.50 p=0.000	F=25648.00 p=0.001
Çalışma durumu				
Çalışan	9.98±2.43	8.74±1.77	6.39±1.67	29.14±5.93
Ev hanımı	10.60±2.07	9.27±1.45	6.93±1.60	31.07±5.09
Mann Whitney U	F=25662.00 p=0.007	F=24320.00 p=0.000	F=20098.00 p=0.000	F=22960.00 p=0.000
Eşin çalışma durumu				
Çalışan	6.25±3.19	6.61±3.43	4.58±3.58	20.43±12.11
Çalışmayan	10.24±2.28	8.95±1.64	6.60±1.62	29.90±5.54
Mann Whitney U	F=405.50 p=0.002	F=1026.00 p=0.148	F=931.50 p=0.072	F=625.00 p=0.012
En Uzun Süre Yaşanan Yer				
Köy, kasaba	9.96±2.48	8.72±1.77	6.41±1.85	29.07±6.21
Şehir	10.29±2.25	9.00±1.64	6.65±1.57	30.11±5.48
Mann Whitney U	F=26518.00 p=0.218	F=25251.00 p=0.036	F=26821.50 p=0.263	F=25574.00 p=0.067
Gelir düzeyi				
Gelir giderden az	9.71±2.47	13.23±2.41	6.50±1.77	28.52±6.30
Gelir gidere denk	10.50±2.17	12.39±1.81	6.63±1.56	30.59±5.15
Gelir giderden fazla	8.83±4.41	10.47±1.84	5.00±4.33	27.70±11.57
Kruskal Wallis H	F=11.96 p=0.003	F=25.90 p=0.000	F=0.68 p=0.710	F=17.61 p=0.000
Aile Tipi				
Çekirdek	10.29±2.36	12.59±2.14	6.58±1.61	30.05±5.68
Geniş	9.71±2.14	13.25±1.95	6.47±2.03	28.38±6.09
Parçalanmış	9.72±2.06	12.96±1.09	6.87±1.00	29.35±4.09
Kruskal Wallis H	F=7.79 p=0.020	F=17.47 p=0.000	F=0.28 p=0.868	F=10.10 p=0.006
Evlenme şekli				
İsteyerek	10.65±2.22	9.23±1.56	6.73±1.80	30.84±5.60
Görücü usulü	9.83±2.35	8.67±1.74	6.45±1.53	28.95±5.70
Mann Whitney U	F=25806.00 p=0.000	F=26032.00 p=0.000	F=25077.00 p=0.000	F=24300.00 p=0.000

Çizelge 3.3.1.1. *Devam* Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine Göre CFİ Puan Ortalamalarının Dağılımı (N= 518)

Evlilik süresi				
1-10 yıl	10.74±2.28	12.26±1.66	6.88±1.52	30.99±5.41
11-20 yıl	10.12±2.25	12.84±2.33	6.41±1.64	29.64±5.65
≥ 21 yıl	9.01±2.18	13.43±2.30	6.20±1.93	27.20±5.79
Kruskal Wallis H	F=42.597 p=0.000	F=24.640 p=0.000	F=41.631 p=0.000	F=27.271 p=0.000
Adet düzeni				
Düzenli	10.25±2.31	9.04±1.68	6.60±1.61	30.03±5.59
Düzensiz	9.93±2.42	8.41±1.62	6.44±1.87	28.74±6.22
Mann Whitney U	F=18849.50 p=0.235	F=14986.50 p=0.000	F=19841.50 p=0.638	F=17302.00 p=0.019
Çocuk				
Olan	10.15±2.29	8.88±1.65	6.56±1.65	29.67±5.59
Olmayan	10.72±2.77	9.35±2.06	6.80±1.80	31.31±7.23
Mann Whitney U	F=7187.00 p=0.050	F=6176.00 p=0.001	F=7042.50 p=0.022	F=6334.00 p=0.003
Çocuk sayısı				
1	10.53±2.40	9.04±1.59	6.69±1.60	30.39±5.73
≥ 2	9.90±2.18	8.78±1.69	6.47±1.69	29.20±5.45
Mann Whitney U	F=22506.50 p=0.000	F=25529.50 p=0.126	F=23656.00 p=0.003	F=22459.50 p=0.000
Doğum şekli				
Normal	10.15±2.24	8.83±1.64	6.61±1.55	29.68±5.37
Sezaryen	10.16±2.38	8.99±1.67	6.46±1.83	29.66±5.97
Mann Whitney U	F=26155.00 p=0.847	F=24554.50 p=0.183	F=25687.50 p=0.580	F=25529.00 p=0.533
Jinekolojik sorun				
Olan	9.40±2.39	8.37±1.79	6.36±1.66	28.05±6.058
Olmayan	10.43±2.26	9.08±1.62	6.64±1.66	30.32±5.531
Mann Whitney U	F=17649.50 p=0.000	F=17719.00 p=0.000	F=18715.50 p=0.000	F=17158.00 p=0.000

Çizelge 3.3.1.1, kadınların sosyodemografik özellikleri ile CFİ arasındaki ilişkiyi göstermektedir. Kadının yaşı arttıkça cinsel ilişki sıklığı/libido, cinsel ilişkide rahatsızlık alt ölçeği ve CFİ ölçek puanı azalmakta, buna karşın cinsel doyum alt ölçek puanı biraz artmaktadır (p=0.000). Posthoc analizine göre 26-30 yaş aralığındaki kadınların (11.05±1.94), 31 yaş üzerinelere göre cinsel ilişki sıklığı/libido (F=13491.50, p=0.000), cinsel ilişkide rahatsızlık (F=15371.00, p=0.000) puanlarının anlamlı şekilde yüksek olduğu, buna karşılık cinsel doyum puanının 31 yaş ve üzerindeki grupta daha fazla olduğu görülmüştür (F=15178.00, p=0.000). Ayrıca, 26-30 yaş aralığındaki kadınların CFİ toplam puanı (31.95±4.26), 31 yaş ve üzerindeki kadınlardan (28.99±5.90) daha yüksektir (F=13154.50,

p=0.000). Benzer şekilde, 21-25 yaş aralığındaki kadınların 31 yaş ve üzerinde olan kadınlara göre cinsel ilişki sıklığı/libido (F=3852.50, p=0.000), rahatsızlık (F=4584.50, p=0.005) ve CFİ puanları (31.75±5.38-28.99±5.90; F=3924.00, p=0.000) daha yüksektir.

Cinsel ilişki sıklığı/libido, cinsel doyum, cinsel ilişkiden duyulan rahatsızlık kadının eşinin yaşına göre farklılık göstermektedir (p=0.000). Farklılığın kaynağının bulunması için gerçekleştirilen Bonferroni Düzeltmeli Mann Whitney U testleri sonucunda; eşleri 30 yaş altında olan kadınların cinsel ilişki sıklığı/libido puanının, eşleri 31-35 yaş aralığında olan kadınlarından daha fazla olduğu görülmüştür (F=3824.50, p=0.000) Ancak, eşi 30 yaş altında olan kadınların rahatsızlık alt ölçeği puan ortalaması eşi 31-35 yaş aralığında olan kadınlarından yüksektir (F=4198.00, p=0.011). Yine, eşleri 30 yaş altında olan kadınların CFİ toplam puanı da yüksektir (31.81±5.46; F=3737.00, p=0.001). Eşleri 30 yaş altında olan kadınların cinsel ilişki sıklığı/libido puanları, eşleri 36-40 yaş aralığında olan kadınların cinsel ilişki sıklığı/libido puanından yüksektir (F=5073.50, p=0.001). Ancak, eşleri 30 yaş altında olan kadınların rahatsızlık puanları da eşleri 36-40 yaş aralığında olan kadınlara göre daha yüksektir (F=5060.50, p=0.000). CFİ toplam puanı da eşleri 30 yaş altında olan kadınların (31.81±5.46), eşleri 36-40 yaş aralığında olan kadınlarından (30.32±5.03) anlamlı olarak daha yüksektir (F=5049.50, p=0.001). Benzer şekilde eşi 30 yaş altında olan kadınlar ile 41 yaş ve üzerinde olan kadınlar için de aynı ilişki söz konusudur (Libido: F=4812.00, p=0.000; Rahatsızlık: F=6610.00, p=0.000; CFİ: F=4917.50, p=0.000) (Çizelge 3.3.1.1).

Lise ve üzeri öğrenim gören kadınların, ortaokul ve altında öğrenim gören kadınlara göre cinsel ilişki/libido (p=0.004), cinsel doyum (p=0.000), CFİ (p=0.000) ve cinsel ilişki sırasındaki rahatsızlık (p=0.000) puanlarının yüksek olduğu görülmüştür. Eşleri lise ve üzeri eğitime sahip kadınlar için de durum benzerdir, ancak istatistiksel anlamlılık cinsel doyum, cinsel ilişkide rahatsızlık alt ölçeği ve CFİ genel ölçek puanı için saptanmıştır (sırayla p=0.000, p=0.000, p=0.001) (Çizelge 3.3.1.1).

Ev hanımlarının çalışan kadınlara göre cinsel ilişki sıklığı/libido (p=0.007), cinsellikten aldığı doyum (p=0.000), rahatsızlık (p=0.000) alt ölçek ile CFİ (p=0.000) puanları daha yüksektir. Eşleri çalışmayan kadınların eşleri çalışan kadınlara göre cinsel ilişki sıklığı (p=0.002) ve CFİ puanları (p=0.012) daha yüksektir. Eşlerin çalışma durumu ile kadınların cinsel doyum ve cinsel ilişkide rahatsızlık puanları arasında anlamlı bir ilişki yoktur (p>0.05) (Çizelge 3.3.1.1).

Kadınların gelir durumu ile CFİ (p=0.000), cinsel ilişki sıklığı/libido (p=0.003) ve cinsel doyumu (p=0.000) arasında anlamlı bir fark vardır. Gelirleri giderlerine denk olan

kadınların, gelirleri giderlerinden az olan kadınlara göre cinsel ilişki sıklığı/istekleri ($F=25660.00$ $p=0.001$) ve CFİ puanları ($F=24412.50$, $p=0.000$) daha fazla, ancak doyumları daha azdır ($F=22477.00$ $p=0.000$) (Çizelge 3.3.1.1).

Kadınların en uzun süre yaşadıkları yer sadece cinsel doyumlarında istatistiksel olarak farklılık yaratmıştır. Şehir ve büyük şehirde yaşayan kadınların cinsel doyumları, köy ve kasabada yaşayanlara göre daha fazladır ($p=0.036$). Aile tipinin cinsel ilişkide rahatsızlık dışındaki diğer boyutlarda kadınların CF'sini etkilediği görülmüştür ($p<0.05$). Yapılan ileri analizde, farklılığın çekirdek ve geniş aile arasında olduğu bulunmuştur. Buna göre çekirdek ailede yaşayan kadınların cinsel ilişki sıklığı/libido ve doyumları ile CFİ toplam puanları, geniş ailede yaşayan kadınlara göre daha yüksektir (Libido: $F=13112.00$, $p=0.011$; Doyum: $F=11533.00$, $p=0.000$; CFİ: $F=12650.00$, $p=0.003$) (Çizelge 3.3.1.1).

Evlenme şekli ve evlilik süresinin kadınların CF'sini etkilediği bulunmuştur ($p=0.000$). Kendi isteğiyle evlenen kadınların alt ölçekler ve genel ölçek için aldıkları puanlar görücü usulü ile evlenenlere göre daha yüksektir ($p=0.000$). Evlilik süresi ile CFİ puanları incelendiğinde; evliliklerinin ilk 10 yılı içinde olanların 10-20 yıldır evli olanlara ($F=18245.00$, $p=0.001$) ve 10-20 yıldır evli olanların 21 yıl ve üzerinde evli olanlara göre daha fazla olduğu saptanmıştır ($F=6449.50$, $p=0.000$). Evlilik süresinin alt ölçeklerle ilişkisi incelendiğinde ise; 10 yıldır evli olanların 10 yıldan fazla süredir evli olanlara göre cinsel ilişki sıklığı/libido ($F=18575.00$, $p=0.002$) ve cinsel ilişkide rahatsızlık ($F=16088.00$ $p=0.000$); 10 yıldır evli olanların 21 yıldan fazla süredir evli olanlara göre cinsel ilişki sıklığı/libido ($F=5854.00$ $p=0.000$), doyum ($F=6982.50$, $p=0.000$) ve cinsel ilişkide rahatsızlık ($F=6903.50$, $p=0.000$); 11-20 yıldır evli olanların da 21 yıl ve üzerinde evli olanlara göre cinsel ilişki sıklığı/libido ($F=6345.00$, $p=0.000$) ve doyum ($F=6586.50$, $p=0,000$) puanlarının daha fazla olduğu görülmüştür (Çizelge 3.3.1.1).

Düzenli adet görenlerin düzensiz adet görenlere göre cinsel doyum ($p=0.000$) ve genel CFİ ($30.03\pm 5.59-28.74\pm 6.22$; $p=0.019$) puanları anlamlı şekilde daha yüksektir. Cinsel ilişki sıklığı/libido ve cinsel ilişkide hissedilen rahatsızlığın, adet düzeni ile bağlantısı yoktur ($p>0.05$) (Çizelge 3.3.1.1).

Son yapılan doğum şekli ile cinsel ilişki sıklığı/libido, cinsel doyum ve cinsel ilişkiden duyulan rahatsızlık arasında bağlantı bulunmamaktadır ($p>0.05$). Çocuk varlığı ise kadınların CF'lerini her boyutta etkilemektedir ($p<0.05$). Çocuğu olmayan kadınların çocuğu olan kadınlara göre daha yüksek CFİ puanlarına (her boyutta) sahip oldukları görülmüştür. İki ve

fazla sayıdaki çocuğa göre tek çocuk, kadınların cinsel ilişki sıklığı/libido ($p=0.000$), CFİ ($p=0.000$) ve rahatsızlık puanlarını ($p=0.003$) artırmıştır (Çizelge 3.3.1.1).

Jinekolojik sorun yaşamamak, kadınların CFİ puanları ile cinsel ilişki sıklığı/libido, cinsellikten aldıkları doyum ($p=0.000$) ve cinsel ilişkide rahatsızlık puanlarını artırmıştır ($p=0.000$) (Çizelge 3.3.1.1).

3.3.2. Cinsel Yaşamla İlgili Özelliklerin CFİ'ye Etkisine Yönelik Bulgular

Çizelge 3.3.2.1. Kadınların Cinsel Yaşamla İlgili Özelliklerine Göre CFİ Puan Ortalamalarının Dağılımı (N=518)

Cinsel Yaşamla ilgili Özellikler	Cinsel İlişki Sıklığı/Libido	Cinsel Doyum	Cinsel İlişkide Rahatsızlık	CFİ
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
İlk cinsel ilişki yaşı				
15-19 yaş	10.23±2.16	8.72±1.68	6.41±1.61	29.41±5.51
20- 24 yaş	10.12±2.34	8.89±1.69	6.58±1.67	29.66±5.68
≥ 25 yaş	10.30±2.49	9.18±1.66	6.74±1.69	30.47±6.05
Kruskal Wallis H	F=1.343 p=0.511	F=8.469 p=0.014	F=14.413 p=0.001	F=6.126 p=0.047
Haftalık Cinsel İlişki sayısı				
1-2 kez	9.55±2.41	8.52±1.76	6.49±1.63	28.56±5.93
2-3 kez	10.91±1.92	9.52±1.53	6.61±1.73	31.24±5.25
≥ 3 kez	11.01±2.06	9.22±1.39	6.73±1.67	31.24±5.03
Kruskal Wallis H	F=45.148 p=0.000	F=34.593 p=0.000	F=8.120 p=0.017	F=42.156 p=0.000
Cinsel yaşam				
Kötü	7.10±5.20	6.20±3.28	3.90±3.45	20.02±13.49
Orta	8.50±2.21	7.85±2.06	6.08±1.63	26.10±6.04
İyi	10.53±2.03	9.13±1.27	6.71±1.59	30.58±4.75
Çok iyi	11.82±1.83	9.98±1.75	6.94±1.61	33.21±29.7
Kruskal Wallis H	F=102.05 p=0.000	F=73.58 p=0.000	F=62.21 p=0.000	F=108.63 p=0.000
Kendini değerlendirme				
Çekici	10.82±1.94	9.37±1.29	6.78±1.40	31.28±4.44
Negatif (itici, isteksiz, soğuk, çirkin)	7.10±2.30	7.00±2.27	5.32±2.40	22.54±7.19
Normal	9.10±2.09	7.92±1.69	6.34±1.89	27.16±5.85
Kruskal Wallis H	F=118.38 p=0.000	F=106.91 p=0.000	F=41.36 p=0.000	F=119.72 p=0.000

Çizelge 3.3.2.1. *Devam* Kadınların Cinsel Yaşamla İlgili Özelliklerine Göre CFİ Puan Ortalamalarının Dağılımı (N=518)

Eşin değerlendirmesi				
Çekici	10.59±2.16	9.21±1.51	6.71±1.52	30.75±5.08
Negatif (itici, isteksiz, soğuk, çirkin)	7.48±2.10	7.31±2.07	5.54±1.95	23.60±6.38
Normal	9.11±2.08	8.03±1.58	6.24±2.01	27.15±5.90
Bilmeyen	7.25±2.84	6.57±2.78	5.43±2.82	22.44±9.78
Kruskal Wallis H	F=39.73 p=0.000	F=24.65 p=0.000	F=28.52 p=0.000	F=76.20 p=0.000
İstemedi cinsel ilişki				
Yaşayan	9.20±2.31	8.21±1.64	6.15±1.85	27.28±5.98
Yaşamayan	10.76±2.14	9.33±1.57	6.82±1.49	31.23±5.05
Mann Whitney U	F=18774.50 p=0.000	F=16305.50 p=0.000	F=20739.00 p=0.000	F=15799.50 p=0.000
Cinsel konularda eşle konuşma				
Konuşan	10.43±2.22	9.12±1.51	6.67±1.54	30.40±5.19
Konuşamayan	9.02±2.48	7.93±2.09	6.09±2.11	26.79±7.17
Mann Whitney U	F=12611.50 p=0.000	F=11386.00 p=0.000	F=15448.00 p=0.003	F=12293.50 p=0.000
Cinsel yaşamla ilgili sorun				
Yaşayan	8.50±3.21	7.54±2.57	5.38±2.70	24.67±9.01
Yaşamayan	10.37±2.14	9.06±1.50	6.70±1.46	30.32±4.99
Mann Whitney U	F=7570.50 p=0.000	F=6483.00 p=0.000	F=7921.00 p=0.000	F=7001.00 p=0.000

Çizelge 3.3.2.1’de kadınların cinsel yaşamları ile ilgili özelliklerinin CF’ye etkileri görülmektedir. Kadınların ilk cinsel ilişki yaşı ile genel CFİ puanı, cinsel doyum ve rahatsızlık alt boyutu arasında anlamlılık saptanmıştır ($p<0.05$). Yapılan post hoc analizlerde ilk kez 25 yaşından sonra cinsel ilişkiye girenlerin, 15-19 yaşları arasında cinsel ilişkiye girenlere göre doyum ($F=6757.00$, $p=0.007$) ve rahatsızlık puanlarının daha fazla olduğu görülmüştür ($F=6189.00$, $p=0.000$). Cinsel ilişki sıklığı/libido, doyum ve rahatsızlığın cinsel ilişki sıklığına göre farklılık gösterdiği ve ilişki sıklığı arttıkça puanların arttığı görülmüş ($p<0.05$), ancak farklılığın kaynağı tespit edilememiştir.

Kadının cinsel yaşamına yönelik düşüncesi ile kendisinin ve eşinin cinsel açıdan değerlendirilmesi CFİ ve alt ölçek puanlarını ileri derecede etkilemektedir ($p=0.000$). Post hoc analizi sonucuna göre; cinsel yaşamını çok iyi olarak nitelendirenlerin kötü olarak nitelendirenlere göre cinsel doyumları daha fazladır ($F=37.00$, $p=0.006$), Ayrıca, cinsel yaşamını iyi olarak değerlendiren kadınların, orta olarak değerlendirenlere göre cinsel ilişki sıklığı/libidosu ($F=9380.00$, $p=0.000$) ve doyumları ($F=11676.00$, $p=0.000$) ile rahatsızlık alt ölçek puanları daha fazladır ($F=11757.00$, $p=0.000$) (Çizelge 3.3.2.1).

Kadınların CF'leri ile cinsel açıdan kendilerini değerlendirmelerine yönelik olarak yapılan post hoc analizi sonucunda; kendisini çekici hissedenenlerin negatif (itici, isteksiz, soğuk ve çirkin) hissedenenlere göre cinsel ilişki sıklığı/libido ($F=2151.50$, $p=0.000$), cinsel doyum ($F=3833.00$, $p=0.000$) ve rahatsızlık puanlarının daha fazla olduğu ($F=5098.50$, $p=0.000$) bulunmuştur. Kendisini çekici hissedenen kadınların CFİ puanları (31.28 ± 4.44) da itici, isteksiz, soğuk ve çirkin hissedenenlere (22.54 ± 7.19) göre daha yüksektir ($F=2465.00$, $p=0.000$). Aynı ilişki, kendisini çekici hissedenenler ile normal hissedenenler arasında da söz konusudur (Libido: $F=7914.50$, $p=0.000$; Doyum: $F=6656.50$, $p=0.000$; Rahatsızlık: $F=12615.00$, $p=0.006$; CFİ: $F=7093.50$, $p=0.000$). Kendisini normal hissedenenler ise itici, isteksiz, soğuk ve çirkin hissedenenlere göre daha yüksek cinsel ilişki/istek ($F=953.50$, $p=0.000$) ve rahatsızlık puanına sahiptirler ($F=1319.00$, $p=0.001$). (Çizelge 3.3.2.1).

Eşlerin cinsel açıdan kadını değerlendirmesine yönelik olarak yapılan post hoc analizlerde; eşlerinin kendilerini çekici bulduğunu düşünen kadınların itici, isteksiz, soğuk ve çirkin bulduğunu belirten kadınlara göre daha iyi cinsel ilişki/istek ($F=1709.50$, $p=0.000$), doyum ($F=2694.00$, $p=0.000$), rahatsızlık ($F=2631.00$, $p=0.000$) ve genel CFİ ($F=1777.50$, $p=0.000$) puanı aldıkları saptanmıştır. Eşlerinin kendilerini çekici bulduğunu söyleyen kadınların, normal bulduğunu söyleyen kadınlara göre puanları da benzer şekildedir (sırasıyla cinsel ilişki sıklığı/libido: $F=7890.00$, $p=0.000$; doyum: $F=7064.50$, $p=0.000$; rahatsızlık: $F=11309.00$, $p=0.011$ ve CFİ: $F=7311.50$, $p=0.000$). Eşlerinin kendilerini çekici bulduğunu söyleyen kadınlar, eşlerinin düşüncesini bilmeyen kadınlara göre yüksek cinsel ilişki sıklığı/istek ($F=463.00$, $p=0.002$), cinsel doyum ($F=528.50$, $p=0.002$) ve genel CFİ puanına sahiptirler ($F=547.50$, $p=0.004$). Eşlerinin kendilerini normal olarak düşündüğünü nitelendiren kadınlar da itici, isteksiz, soğuk ve çirkin olarak düşündüğünü söyleyen kadınlara göre daha iyi cinsel ilişki/istek ($F=484.00$, $p=0.000$), ilişkide rahatsızlık ($F=555.50$, $p=0.002$) ve CFİ puanı almışlardır ($F=537.00$, $p=0.001$) (Çizelge 3.3.2.1).

İstemediği zaman cinsel ilişkiyi reddeden kadınların cinsel ilişki sıklığı/libido ve doyum puanları, istemeden ilişkiye giren kadınların libidoları ve doyumlarına göre daha yüksektir. Bu kadınların genel CFİ (31.23 ± 5.05 - 27.28 ± 5.98) ve rahatsızlık alt ölçeği puanları da belirgin şekilde yüksektir ($p=0.000$). Cinsel konularda eşi ile rahatça konuşan kadınların alt ölçek CFİ puanları (30.40 ± 5.19), cinsel konularda rahatça konuşamayan kadınlara (26.79 ± 7.17) göre daha yüksektir. Cinsellikle ilgili sorun yaşamayan kadınların, cinsel sorun yaşadığını belirten kadınlara göre CFİ ve alt ölçek puan ortalamalarının yüksek olduğu

(p=0.000) (Çizelge 3.3.2.1), buna karşılık yaşanan cinsel soruna yönelik profesyonel yardım almanın CFİ puanlarını etkilemediği bulunmuştur (p>0.05).

3.3.3. Kontraseptif Yöntemlerin CFİ'ye Etkisine Yönelik Bulgular

Çizelge 3.3.3.1. Kadınların Kontraseptif Yöntem Kullanım Özelliklerine Göre CFİ Puan Ortalamalarının Dağılımı (N=518)

Kontraseptif Yöntem Kullanım Özellikleri	Cinsel İlişki Sıklığı/Libido	Cinsel Doyum	Cinsel İlişkide Rahatsızlık	CFİ
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Daha Önceki Yöntem				
GÇ	9.86±1.87	8.35±1.87	6.22±1.88	28.11±5.63
Hap, RİA, takvim	9.96±2.33	8.83±1.68	6.65±1.67	29.62±5.69
Kondom	8.68±3.36	8.05±2.84	5.89±2.32	26.26±7.97
Kruskal Wallis H	F=0.107 p=0.743	F=4.793 p=0.029	F=3.268 p=0.071	F=3.936 p=0.140
Şu andaki Yöntem				
Kondom	10.47±2.14	8.99±1.65	6.73±1.55	30.35±5.32
GÇ	9.80±2.52	8.82±1.73	6.36±1.79	29.01±6.18
Mann Whitney U	F=28121.50 p=0.007	F=32474.50 p=0.910	F=26887.50 p=0.000	F=28921.00 p=0.026
Yöntemi kullanma süresi				
1-10 yıl	10.48±2.30	9.04±1.65	6.65±1.70	30.30±5.82
≥ 11 yıl	9.37±2.22	8.59±1.75	6.37±1.54	28.35±5.21
Mann Whitney U	F=17858.00 p=0.000	F=22320.50 p=0.015	F=20316.50 p=0.000	F=18542.50 p=0.000
Yöntemi kullanma zamanı (Kondom)				
Cinsel ilişki öncesi	10.70±1.95	9.03±1.46	6.84±1.32	30.82±4.49
Boşalma öncesi ve yumurtlama döneminde	9.77±2.51	8.86±2.13	6.39±2.08	28.90±7.16
Mann Whitney U	F=6673.00 p=0.008	F=7908.50 p=0.438	F=8007.50 p=0.497	F=7384.00 p=0.118
Danışmanlık				
Alan	10.03±2.06	8.92±1.85	6.73±1.57	29.77±5.39
Almayan	10.23±2.39	8.92±1.65	6.54±1.68	29.79±5.81
Mann Whitney U	F=1.117 p=0.291	F=0.170 p=0.680	F=2.014 p=0.156	F=20288.00 p=0.735
Danışmanlık Alma Zamanı				
Yönteme başlamadan önce	10.03±2.24	8.84±1.72	6.46±1.82	29.35±5.73
Yönteme başladıktan sonra	10.04±1.86	9.01±1.99	7.04±1.15	30.27±4.98
Mann Whitney U	F=1198.00 p=0.882	F=1111.00 p=0.437	F=963.00 p=0.046	F=1103.50 p=0.416

Çizelge 3.3.3.1. *Devam* Kadınların Kontraseptif Yöntem Kullanım Özelliklerine Göre CFİ Puan Ortalamalarının Dağılımı (N=518)

Yönteme karar veren				
Eşi	9.91±2.29	8.63±1.64	6.22±1.74	28.63±5.77
Kendisi	10.34±2.56	8.43±2.61	6.71±1.76	29.51±7.26
Birlikte	10.33±2.32	9.12±1.55	6.74±1.59	30.43±5.43
Kruskal Wallis H	F=4.702 p=0.095	F=25.117 p=0.000	F=35.736 p=0.000	F=18.381 p=0.000
Yöntemle İlgili Sorun				
Yaşayan	10.20±2.38	8.98±1.71	6.57±1.73	29.87±5.89
Yaşamayan	10.16±1.96	8.49±1.45	6.59±1.08	29.27±4.51
Mann Whitney U	F=14610.00 p=0.546	F=11656.50 p=0.001	F=12367.00 p=0.006	F=12995.50 p=0.045
Yöntemden memnuniyet				
Memnun	10.20±2.33	8.97±1.67	6.60±1.63	29.89±5.67
Memnun değil	9.94±2.35	7.92±1.78	6.13±2.17	27.70±6.51
Mann Whitney U	F=5466.00 p=0.516	F=3893.00 p=0.003	F=5056.50 p=0.187	F=4365.50 p=0.029
Yöntem değiştirme				
Düşünen	10.60±1.66	8.06±1.20	6.53±1.92	29.06±5.26
Düşünmeyen	10.21±2.32	9.00±1.69	6.62±1.60	29.98±5.64
Kararsız	9.94±2.56	8.59±1.68	6.27±1.96	28.66±6.39
Kruskal Wallis H	F=0.553 p=0.759	F=14.40 p=0.001	F=2.997 p=0.223	F=3355.50 p=0.283

Çizelge 3.3.3.1'de kontraseptif yöntemlere ilişkin özelliklerin kadın CFİ ve alt ölçeklerine olan etkisi görülmektedir. Daha önce kullanılan yöntem, sadece cinsel doyum alt ölçek puan ortalamalarında farklılığa neden olmuştur (p=0.029). Kondom ve GÇ dışında hap, RİA ve takvim yöntemi ile korunanların puan ortalamaları daha yüksek olmakla birlikte, farklılığın hangi gruptan kaynaklandığı tespit edilememiştir (p>0.05).

Şu anda kondom kullanan kadınların CFİ (30.35±5.32) ve cinsel ilişki sıklığı/libido, cinsel ilişkide rahatsızlık alt ölçek puan ortalamaları GÇ yöntemi ile korunan kadınlara (29.01±6.18) göre anlamlı şekilde yüksektir (p<0.05). Şu andaki yöntemi 1-10 yıldır kullananlar, 11 yıl ve üzerinde kullananlara göre cinsel yaşamlarının her alanında daha yüksek puan ortalamaları almışlardır (p<0.05). Kondomu cinsel ilişkiden önce kullananların cinsel ilişki sıklığı/libido alt ölçek puan ortalamaları, boşalma öncesi ya da yumurtlama döneminde kullananlara göre oldukça yüksektir (p=0.008) (Çizelge 3.3.3.1).

Kullanılan yöntem için danışmanlık alma durumu kadınların cinsel yaşamlarını etkilememiştir (p>0.05). Yönteme başladıktan sonra danışmanlık alan kadınların cinsel

ilişkide rahatsızlık puanlarının, yönteme başlamadan önce danışmanlık hizmeti alanlara göre yüksek olması dikkat çekicidir ($p=0.046$) (Çizelge 3.3.3.1).

Yönteme kimin karar verdiği, kadın cinsel yaşamını cinsel doyum, rahatsızlık alt boyutu ve genel boyutta etkilemektedir ($p<0.05$). Post hoc analizlere göre; kullandığı yönteme eşile birlikte karar veren kadınlar, yalnızca eş karar veren kadınlara göre cinsel doyum ($F=19249.00$, $p=0.000$), rahatsızlık ($F=18451.50$, $p=0.000$) ve CFİ ($30.43\pm 5.43-28.63\pm 5.77$; $F=20072.50$, $p=0.000$) boyutlarında yüksek puan ortalamasına sahiptirler. Kullanılan yönteme kendisi karar veren kadınların rahatsızlık puanı ise, eş karar veren kadınlara göre daha yüksektir ($F=2003.00$, $p=0.003$) (Çizelge 3.3.3.1).

Yönteme bağlı sorun yaşadığını belirten kadınların CFİ (29.87 ± 5.89) ve cinsel doyum puanlarının sorun yaşamadığını belirtenlere (29.27 ± 4.51) ve herhangi bir sorun yaşamadığını ifade eden kadınların cinsel ilişkide rahatsızlık puanlarının sorun yaşadığını belirtenlere göre biraz daha yüksek olması önemlidir ($p<0.05$). Kullandığı yöntemden memnun olanların cinsel doyum ve CFİ puanları (29.89 ± 5.67), memnun olmayanlara (27.70 ± 6.51) göre daha yüksektir ($p<0.05$). Yöntemi değiştirme düşüncesi, kadınların cinsel doyum puanlarını etkileyen bir faktör olarak bulunmuştur ($p=0.001$). Yapılan ileri analizde farklılığın, yöntemi değiştirmeyi düşünmeyen ve düşünen kadınlar arasında olduğu saptanmıştır ($F=2186.50$, $p=0.001$) (Çizelge 3.3.3.1).

3.3.4. Kadınların Kullandıkları Kontraseptif Yöntemlerin Cinsel Yaşama Etkilerine

Yönelik Düşünceleriyle İlgili Bulgular

Çizelge 3.3.4.1. Kadınların Kullandıkları Yöntemlerin Cinsel Yaşamlarına Etkisine Yönelik Düşüncelerine Göre Dağılımı (N=518)

Düşünceler	Kondom (n=301)		GÇ (n=217)		Toplam (N=518)	
	n	%	n	%	n	%
Cinsel Yaşam						
Etkilemedi	201	66.7	133	61.3	334	64.5
Olumlu	30	10.0	36	16.6	66	12.7
Olumsuz	70	23.3	48	22.1	118	22.8
$X^2=5.001$, $p=0.082$						
Cinsel İstek						
Etkilemedi	205	68.1	135	62.2	340	65.6
Arttı	24	8.0	34	15.7	58	11.2
Azaldı	72	23.9	48	22.1	120	23.2
$X^2=7.512$, $p=0.023$						

Çizelge 3.3.4.1. *Devam* Kadınların Kullandıkları Yöntemlerin Cinsel Yaşamlarına Etkisine Yönelik Düşüncelerine Göre Dağılımı (N=518)

Cinsel İlişki Sıklığı						
Etkilemedi	232	77.1	154	71.0	386	74.5
Arttı	21	7.0	26	12.0	47	9.1
Azaldı	48	15.9	37	17.0	85	16.4
$X^2=4.206, p=0.122$						
Cinsel Doyum						
Etkilemedi	220	73.1	152	70.0	372	71.8
Arttı	28	9.3	25	11.5	53	10.2
Azaldı	53	17.6	40	18.4	93	18.0
$X^2=0.817, p=0.665$						

Çizelge 3.3.4.1’de kadınların kullanılan kontraseptif yöntemlerin cinsel yaşamlarına etkisine yönelik düşünceleri görülmektedir. Buna göre kondomla korunan kadınların %66.8’i, GÇ ile korunan kadınların %61.3’ü cinsel yaşamlarının etkilenmediğini belirtmişlerdir. Buna karşın eşi kondom kullanan kadınların %23.3’ü, GÇ’yi kullananların ise %22.1’i cinsel yaşamlarının olumsuz etkilendiğini ifade etmişlerdir. Cinsel yaşamlarının olumlu etkilendiğini belirten kadın oranı GÇ ile korunan kadınlarda biraz yüksek olmakla birlikte (%16.6-10), aradaki fark anlamlı değildir ($X^2=5.001, p=0.082$).

Cinsel isteklerine etkisiyle ilgili düşünceleri incelendiğinde; kondomla korunan kadınların %68.1’i, GÇ ile korunanların %62.2’si isteklerinde değişiklik olmadığını belirtmişlerdir. Her iki yöntemin cinsel isteklerini azalttığını bildiren kadın oranı benzerken (%23.9-22.1), artırdığını belirten kadınların oranı GÇ ile korunan kadınlarda daha fazladır (%15.7-8). Aradaki fark, istatistiksel olarak anlamlıdır ($X^2=7.512, p=0.023$) (Çizelge 3.3.4.1).

Kondomla korunan kadınların %77.1’i, GÇ ile korunan kadınların %71’i cinsel ilişki sıklığında değişiklik yapmadıklarını ($X^2=4.206, p=0.122$), benzer şekilde cinsel doyumlarının da etkilenmediğini (%73.1-70) ($X^2=0.817, p=0.665$) belirtmişlerdir (Çizelge 3.3.4.1).

Çizelge 3.3.4.2. Kadınların Kullandıkları Yöntemlerin Cinsel Yaşamlarına Olumlu ve Olumsuz Etkilerine Yönelik Düşüncelerine Göre Dağılımı (N=518)

Düşünceler	Kondom		GÇ		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
	(n=125)		(n=55)		(n=180)	
Olumlu						
Yan etkisi yok	52	41.6	30	54.6	82	45.5
Güvenilir	52	41.6	7	12.7	59	32.7
Temiz	15	12.0	-	-	15	8.3
İlişkiyi kesintiye uğratmıyor	21	16.8	2	3.6	23	12.7
Pratik ve doğal	-	-	12	21.8	12	5.6
İsteğini artırdı	-	-	4	7.3	4	2.2
	(n=66)		(n=25)		(n=91)	
Olumsuz						
Hissi azaltıyor	32	48.5	1	4.0	33	36.3
Ses yapıyor	12	18.3	-	-	12	13.2
Kullanımı zor	11	16.6	-	-	11	12.1
İlişkiyi kesintiye uğratmıyor	11	16.6	22	88.0	33	36.3
Gebe kalmaktan korkuyorum	-	-	2	8.0	2	2.2

Kadınlar, kondomun cinsel yaşamları üzerindeki olumlu etkilerini yan etkisinin olmaması (%41.6), güvenilir olması (%41.6), ilişkiyi kesintiye uğratmaması (%16.8) ve temiz olması (%12) olarak açıklamışlardır. GÇ yönteminin olumlu etkilerini ise yan etkisinin olmaması (%54.6), pratik, doğal (%21.8) ve güvenilir (%12.7) olması şeklinde belirtmişlerdir (Çizelge 3.3.4.2)

Kondomun cinsel yaşamları üzerindeki olumsuz etkileri arasında hissi azaltması (%48.5), ses yapması (%18.3), kullanımının zor olması (%16.6) ve ilişkiyi kesintiye uğratması (%16.6); GÇ yöntemi için ise ilişkiyi kesintiye uğratması (%88) belirtilmiştir (Çizelge 3.3.4.2).

3.3.5. Kadınların Kullandıkları Kontraseptif Yöntemlerin Cinsel Yaşama Etkileriyle İlgili Düşüncelerinin CFİ'ye Etkisine Yönelik Bulgular

Çizelge 3.3.5.1. Kadınların Kullandıkları Kontraseptif Yöntemlerin Cinselliğe Etkisine Yönelik Düşüncelerine Göre CFİ Puan Ortalamalarının Dağılımı (N= 518)

Düşünceler	Cinsel İlişki Sıklığı/Libido	Cinsel Doyum	Cinsel İlişkide Rahatsızlık	CFİ
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Cinsel yaşam				
Etkilemedi	10.37±2.40	9.02±1.72	6.68±1.67	30.18±5.83
Olumlu etkiledi	9.86±2.03	9.04±1.49	6.57±1.89	29.65±5.65
Olumsuz etkiledi	9.88±2.26	8.56±1.66	6.28±1.46	28.75±5.39
Kruskal Wallis H	F=7.612 p=0.022	F=10.903 p=0.004	F=34.179 p=0.000	F=12.024 p=0.002
Cinsel İlişki Sıklığı				
Etkilemedi	10.31±2.38	8.98±1.69	6.63±1.69	30.05±5.82
Arttı	9.99±1.97	8.99±1.54	6.61±1.97	29.73±5.75
Azaldı	9.76±2.23	8.58±1.70	6.29±1.31	28.62±5.18
Kruskal Wallis H	F=5.802 p=0.055	F=8.851 p=0.012	F=29.784 p=0.000	F=11.796 p=0.003
Cinsel İstek				
Etkilemedi	10.36±2.38	9.01±1.65	6.68±1.66	30.19±5.70
Arttı	9.99±2.24	9.06±1.76	6.54±1.98	29.63±6.46
Azaldı	9.82±2.19	8.60±1.71	6.29±1.46	28.73±5.32
Kruskal Wallis H	F=7.146 p=0.028	F=10.558 p=0.005	F=32.681 p=0.000	F=13.525 p=0.001
Cinsel Doyum				
Etkilemedi	10.35±2.33	8.99±1.69	6.67±1.66	30.13±5.74
Artırdı	9.53±2.06	9.05±1.52	6.44±1.95	29.22±5.70
Azalttı	9.92±2.41	8.54±1.69	6.27±1.46	28.73±5.58
Kruskal Wallis H	F=9.241 p=0.010	F=10.641 p=0.005	F=25.856 p=0.000	F=9.793 p=0.007

Çizelge 3.3.5.1, kadınların kullandığı AP yöntemlerinin cinselliklerine etkilerine yönelik düşüncelerinin CFİ ve alt ölçekleriyle olan ilişkisi görülmektedir. Kadınların kullandıkları kontraseptif yöntemlerin cinsel yaşamlarına etkisine ilişkin düşüncelerinin, CD yaşama durumlarında etkili olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Cinsel yaşamları ile ilgili olarak yapılan ileri analizlerde; kullandıkları yöntemin cinsel yaşantılarını etkilemediğini belirtenlerin, olumsuz etkilediğini belirtenlere göre cinsel doyum ($F=15830.00$, $p=0.001$), CFİ ($30.18\pm5.83-28.75\pm5.39$; $F=15503.00$, $p=0.001$) ve rahatsızlık puanları ($F=13342.00$, $p=0.000$) daha yüksektir. Ayrıca, kullandıkları yöntemin cinsel yaşantılarını olumlu

etkilediğini belirtenlerin, olumsuz etkilediğini belirtenlere göre cinsel ilişkide rahatsızlık alt ölçek puanları da anlamlı olarak daha yüksektir ($F=2559.00, p=0.000$).

Kullanılan yöntemin cinsel ilişki sıklığına etkisine yönelik düşünceler ile CFİ, cinsel doyum ve cinsel ilişkide rahatsızlık puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler bulunmaktadır ($p<0.05$). Kullandıkları yöntemin cinsel ilişki sıklığı/isteğini etkilemediğini belirten kadınların (30.05 ± 5.82), cinsel ilişki sıklığı/isteğini azalttığını belirten kadınlara (28.62 ± 5.18) göre CFİ ($12565.50, p=0.001$), cinsel doyum ($F=13176.00, p=0.003$) ve cinsel ilişkide rahatsızlık ($F=10943.50, p=0.000$) puanları yüksek bulunmuştur. Ayrıca, cinsel ilişki sıklığı/libido arttı diyenlerin, azaldı diyenlere göre ilişkide rahatsızlık yaşama puanlarının da yüksek olduğu görülmüştür ($F=1170.50, p=0.000$) (Çizelge 3.3.5.1).

Kadınların yöntem kullanımı nedeniyle cinsel isteklerinde hissettikleri değişimler, CFİ ve tüm alt ölçek puanlarında farklılıklara neden olmaktadır ($p<0.05$). Post hoc analizlere göre saptanan anlamlı farklılık, cinsel isteğim arttı ve azaldı diyenlerle, etkilemedi ve azalttı diyenlerden kaynaklanmaktadır. Kullandıkları yöntemin cinsel isteklerini artırdığını belirtenlerin, azalttığını belirtenlere göre ilişkide rahatsızlık yaşama puanları ($F=2365.00, p=0.000$) daha fazladır. Yöntemin cinsel isteklerini etkilemediğini belirtenlerin, azalttığını belirtenlere göre ilişki sıklığı/libido ($F=17173.00, p=0.010$), doyum ($F=16484.50, p=0.001$), rahatsızlık ($F=13941.50, p=0.000$) ve CFİ puanları ($30.19\pm 5.70-28.73\pm 5.32$) belirgin biçimde yüksek bulunmuştur ($F=15791.00, p=0.000$) (Çizelge 3.3.5.1).

Kullanılan yöntemin cinsel doyum alanında neden olduğu değişimlerle ilgili algılar, kadınların CFİ ölçeğinin tüm alanlarında anlamlı farklılıklara yol açmıştır ($p<0.05$). İleri analiz sonucunda farklılığın tüm gruplar arasında olduğu görülmüştür. Yöntemin cinsel doyumlarını etkilemediğini düşünen kadınların, doyumlarını artırdığını düşünen kadınlara göre ilişki sıklığı/libido puanları ($F=7591.00, p=0.006$) daha yüksektir. Kullandıkları yöntemin cinsel doyumlarını artırdığını belirtenlere göre azalttığını belirtenlerin rahatsızlık puanı ise daha düşüktür ($F=1743.00, p=0.002$). Yine, kullandıkları yöntemin cinsel doyumlarını etkilemediğini belirtenlerin, azalttığını belirtenlere göre cinsel doyum ($F=13667.00, p=0.001$) ve rahatsızlık ($F=11899.00, p=0.000$) ile CFİ puanları da ($30.13\pm 5.74-28.73\pm 5.58$) yüksektir ($F=13873.50, p=0.003$) (Çizelge 3.3.5.1).

3.3.6. Kadın CFİ'sini En Fazla Etkileyen Değişkenlere Yönelik Bulgular

Çizelge 3.3.6.1. Şu Anda Kullanılan Yöntemlerin Kadın CFİ'sine Etkisine Yönelik Regresyon Analizi (N=518)

Model Özeti						
Model	R	R Kare	Düzeltilmiş R Kare	Standart Hata		
1	.115 ^a	.013	.011	5.699		
ANOVA						
Model		Kareler Toplamı	sd.	Kareler Ortalaması	F	P
1	Regresyon	225.749	1	225.749	6.950	.009 ^b
	Artıklar	16759.461	516	32.480		
	Toplam	16985.209	517			
Katsayılar						
Model		Standardize Olmayanlar		Standardize Olanlar	t	P
		B	Standard Hata	Beta		
1	Sabit Terim	31.688	.762		41.562	.000
	Kullanılan Yöntem	-1.338	.508	-.115	-2.636	.009

Kadın CFİ ölçek puanı ile şuanda kullanılan yöntem arasındaki regresyon analizi sonucunda; *şu an kullanılan yöntemin* CFİ ölçek puanının varyansının yalnızca yüzde 1.1'ini açıkladığı görülmüştür. Bu bulgu, geriye kalan oranın başka değişkenlere bağlı olarak açıklanabileceğini göstermektedir. Ancak, model bir bütün olarak istatistiksel açıdan anlamlıdır ($p < 0.05$) (Çizelge 3.3.6.1).

Çizelge 3.3.6.2. Kadın CFİ'sini En Fazla Etkileyen Faktörlere Yönelik Regresyon Modeli (N=518)

Model Özeti				
Model	R	R Kare	Düzeltilmiş R Kare	Standart Hata
1	.458 ^e	.209	.201	5.002

Çizelge 3.3.6.2. *Devam* Kadın CFİ'sini En Fazla Etkileyen Faktörlere Yönelik Regresyon Modeli

ANOVA						
Model		Kareler Toplamı	sd.	Kareler Ortalaması	F	p
1	Regresyon	3143.127	5	628.625	25.120	.000 ^f
	Artıklar	11861.733	474	25.025		
	Toplam	15004.860	479			
Katsayılar						
Model		Standardize Olmayanlar		Standardize Olanlar	T	P
		B	Standard Hata	Beta		
1	Sabit Terim	35.147	1.321		26.610	.000
	Kendini cinsel açıdan tanımlama	-.676	.129	-.222	-5.256	.000
	Haftalık cinsel ilişki sayısı	.630	.126	.209	4.997	.000
	Cinsel sorun yaşama	-3.725	.799	-.194	-4.661	.000
	Yöntemi kullanma süresi	-.113	.042	-.113	-2.702	.007
	Şu anda kullanılan yöntem	-1.198	.477	-.106	-2.513	.012

Kadın CFİ ölçeğine en fazla etki eden faktörlerin belirlenebilmesi için gerçekleştirilen Stepwise Regresyon Analizi sonucunda ise; CFİ ölçeğine etki eden en önemli faktörlerin haftada kaç kez ilişkiye girildiği, kadının kendini cinsel açıdan nasıl tanımladığı, cinsel yaşam ile ilgili sorun yaşama, kullanılan yöntem ve yöntemi kullanma süresi olduğu görülmüştür. Ancak, yinede bu etkinin kuvvetli olduğunu söylemek mümkün değildir. Bu değişkenlerin hepsi birlikte CFİ ölçeğinin varyansının yüzde 20.1'ini açıklayabilmektedir ($p < 0.05$). Bunlardan haftada kaç kez cinsel ilişkiye girildiği, kullanılan yöntem ve kadının kendisini cinsel açıdan değerlendirmesi kadın CFİ'sini pozitif, cinsel yaşamla ilgili sorun yaşama ve yöntemi kullanma süresi ise negatif olarak etkilemektedir (Çizelge 3.3.6.2).

4. TARTIŞMA

Erkek cinsel yaşamına göre kadın cinsel yaşamı halen tam olarak anlaşılmış değildir. Bu nedenle önemli ve güncel bir araştırma konusu olan kadın cinsel yaşamı son yıllarda fazlaca irdelenmeye başlanmıştır. Kadın ve erkek kontraseptif yöntemleri ile kadın cinsel yaşamı arasındaki ilişkileri inceleyen araştırmalar da fazla değildir ve bu konuda araştırmalara gereksinim vardır. Aydın ilinde en fazla kullanılan yöntem kondomdur. Bu nedenle, yıllardır oranı değişmeyen GÇ yöntemi ile kondomun kadın cinsel yaşamına etkisinin araştırılması, bunların kadın cinsel yaşamına etkisini ortaya koymak açısından önem taşımaktadır.

Bu araştırma, Aydın ili belediye sınırları içinde bulunan ve sosyodemografik özellikleri açısından Aydın il merkezini temsil ettiği düşünülen iki ASM bölgesinde (2 ve 12 No'lu ASM'lerde) ikamet eden 15-49 yaş evli kadınlarda yapılmıştır. Örneklemi, erkeğin kullandığı kontraseptif yöntemlerle (kondom ve geri çekme) korunan 518 kadın oluşturmuştur. Kondom ile korunan 301, GÇ ile korunan 217 kadının sosyodemografik özellikleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). Örneklemdeki kadınların gelirleri genellikle orta düzeydedir ve ev hanımıdır. Bu nedenle tartışma, yöntemler arasında farklılık olmadığı durumlarda örneklemi oluşturan 518 kadın üzerinden yapılmıştır. Erkeğin kullandığı yöntemle korunan kadınların cinsel yaşamlarının kadına ait yöntemleri kullanan kadınlarla karşılaştırılamaması, araştırmanın sınırlılığıdır. Bulgular, aşağıdaki başlıklarda tartışılmıştır.

4.1. Kadınların Cinsel Fonksiyon Puan Ortalamalarına Yönelik Bulguların

Tartışılması

Erkek CD'sinden daha yüksek olan kadın CD'si değişik ülkelerde %19-96.6 arasında iken, en yaygın sorunun düşük cinsel istek olduğu belirtilmektedir. (Shifren ve ark 2008, Song ve ark 2008, Singh ve ark 2009, Gracia ve ark 2010, Prado ve ark 2010, Wallwiener 2010, Jaafarpour ve ark 2013, Tashbulatova ve ark 2013, Choi ve ark 2014). Ülkemizde toplum temelli çalışmalar sınırlı olmakla birlikte, kadın CD'sinin %19-70.7 arasında değiştiği bildirilmektedir (Demirezen ve ark 2006b, Öksüz ve Malhan 2006, Kütmeç 2009, Özerdoğan ve ark 2009). Kadın CD'sinde cinsel istekte azalma %18-45.3, uyarılma (%5-49), orgazma ulaşamama %14-42.7, zevk alamama (orgazm olamama) %17-45, lubrikasyonda yetersizlik %18-41.2, dispareni %7-42.9 ve seks sırasında performans anksiyetesi %6-23 oranında yaşanmaktadır (Demirezen ve ark 2006b, Öksüz ve Malhan 2006, Shifren ve ark 2008, Song

ve ark 2008, Jaafarpour ve ark 2013). Singh ve ark (2009)'ın Hindistan'da yaptıkları bir çalışmada istek azlığı %91.3, lubrikasyon sorunu %96.6, orgazm sorunu %86.6, doyum %81.2 ve ağrı %64.4 oranında saptanmıştır. Önemli bir sorun da yüksek oranda yaşanan CD'nin kadınlar tarafından önemsenmemesidir (ACOG 2014, Everett 2014).

Bu araştırmada, CD olan kadın oranı %38'dir ve kullanılan yöntemle göre belirgin bir farklılık göstermemektedir. CD, GÇ'de %41, kondomda %35.9'dur ($p>0.05$). Kadınların CFİ puan ortalaması 29.78 ± 5.73 olup, cinsel ilişki sıklığı/libido için 10.19 ± 2.33 (min: 3, max: 20 puan üzerinden), cinsel doyum için 8.91 ± 1.6 (min:3, max: 15 puan üzerinden) ve cinsel ilişkide rahatsızlık için 6.57 ± 1.66 (min: 0, max: 10 puan üzerinden) bulunmuştur. Bu araştırmada kadınlar için saptanan CD oranı, dünya ve Türkiye literatürü ile örtüşmektedir. Bu örnekleme oluşturan kadınların nisbeten genç yaşta olması ve yeni evli olmaları da sorunun boyutunu göstermesi açısından dikkate değerdir. CD yaşayan kadın oranının yöntemle göre değişmemesi ise, bu sorunun evrensel olduğuna ve hangi grupta olursa olsun kadın CD sorununun ele alınması gerektiğine dikkat çekmektedir.

Kullanılan AP yöntemi CD yaşanmasında etkili bir faktördür. Modern ve geleneksel yöntemler, bireysel ve kültürel özelliklere, tutum ve davranışlara bağlı olarak kadın CD'sini hem olumlu hem de olumsuz etkileyebilmektedir (ACOG 2014, Everett 2014). Modern yöntemlerden kondomun konuşma, dokunma ve ön sevişmeye fırsat verdiği için cinsel doyum, ereksiyon süresi ve orgazmı arttırdığı (Lete ve ark 2001, Clinton ve Laaser 2010, Everett 2014), buna karşın erkeklerde cinsel istekte azalma ve ilişkiden zevk alamamaya neden olduğu ve bu nedenle kadınlara göre erkeklerin kondoma karşı biraz daha isteksiz ve memnuniyetsiz oldukları belirtilmektedir (Yanikkerem ve ark 2006, Gabalcı 2008, Clinton ve Laaser 2010, Murray ve McKinney 2014).

Erkek yöntemlerinden GÇ ise doğallığı, spontanlığı, eşlerin kontrolünde olması ve dinen uygunluğu yanında ilişkiyi kesintiye uğratması, orgazma ulaşımı engellemesi, cinsel doyumsuzluk, psikolojik gerginlik yapması ve gebelik endişesi nedeniyle hem kadın hem de erkeklerin cinsellikten zevk alamamalarına ve memnuniyetsizliklerine yol açmaktadır (Yanikkerem ve ark 2006, Gabalcı 2008, Kılıç ve ark 2009, Taşkın 2011, ACOG 2014, Everett 2014). GÇ kadınların cinsel yaşam, cinsel istek, ilişki sıklığı ve kalitesi ile doyumlarını değişen oranlarda olumsuz etkilemektedir (Yanikkerem ve ark 2006, Gabalcı 2008, Temel 2012). Yanikkerem ve ark (2006), kadınların 1/4'ünün GÇ'ye bağlı olumsuz cinsel yaşama sahip olduklarını saptamıştır.

Yöntemlere göre CFİ puan ortalamaları karşılaştırıldığında, kondom kullanan kadınların cinsel doyum ($p>0.05$) dışındaki boyutlara ilişkin puanları GÇ ile korunanlara göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0.000$). Araştırma bulguları, literatürde belirtildiği gibi kondomla korunan kadınların cinsel doyum alanında, GÇ ile korunan kadınların ise cinsel ilişki sıklığı/libido ve cinsel ilişkide rahatsızlık boyutunda daha fazla sorun yaşadıklarını ortaya koymuştur. Kadınlar kullandıkları AP yöntemine bağlı cinsel yaşamlarının genelde etkilenmediğini ve GÇ'nin cinsel isteklerini artırdığını belirtmelerine rağmen, CFİ ile yapılan değerlendirmede GÇ ile korunan kadınların cinsel doyum dışındaki alanlarda daha fazla sorun yaşaması, cinsel yaşamın objektif ölçme araçlarıyla değerlendirilmesi gerektiğini göstermektedir. Çünkü, cinsellik tabu olan bir konudur ve kadınlar cinsel yaşamla ilgili sorunları rahatlıkla dile getirememektedirler (Öksüz ve Malhan 2006, ACOG 2014, Everett 2014). Bu nedenle AP kliniklerinde cinselliğe yönelik sorunların irdelenmesi önemli bir fırsat olarak düşünülebilir. Bu araştırmada, kadınların %22.4 oranında cinsel yaşamlarını orta ve kötü olarak değerlendirmeleri ve cinsel yaşamıyla ilgili sorunu olan 49 kadının yarıya yakınının ilişkiye girememe gibi önemli bir cinsel problemi dile getirmesi, bunun gerekliliğini göstermesi açısından önemlidir. Ayrıca, kadınların önemli bir bölümünün yöntemle başlamadan önce danışmanlık almamaları, cinsellikle ilgili sorunlarda çevreden etkilenmelerin olabileceğini ve eksik bilginin olduğunu düşündürmektedir. Eksik bilgi cinsel yaşamda önemli sorunlara yol açabilmektedir (ACOG 2014, Everett 2014). Ayrıca, AP danışmanlığı alanlara yöntemlerin olumlu ve olumsuz etkileri açıklanırken, cinsellikle ilgili etkilerine çok kısa ve genel anlamda yer verildiği bilinen bir gerçektir (T.C. Sağlık Bakanlığı 2009, T.C. Sağlık Bakanlığı 2010). Oysa eşlerin cinsel yaşamla ilgili sorunlarının belirlenmesi ve seçilen yöntemin cinsel yaşama etkilerinin daha kapsamlı olarak açıklanması, yöntemin cinsel yaşama olumsuz etkilerini azaltarak yöntemle devamı ve memnuniyeti artırabilir, dolayısıyla da cinsel yaşam kalitesine olumlu yönde katkı sağlayabilir. Literatürde, yöntemle devam ve memnuniyette yöntemin cinsel yaşama olan olumlu katkılarının önemli olduğu bildirilmektedir (Yanikkerem ve ark 2006, Vural 2007, Gabalcı 2008, Clinton ve Laaser 2010, ACOG 2014, Everett 2014).

4.1.1. Sosyodemografik Özelliklerin CFİ'ye Etkisine Yönelik Bulguların

Tartışılması

İlerleyen yaşla birlikte doku ve organlardaki işlevsel kapasitenin azalması, doğum sayısının artması, menopoz ve buna bağlı hormonal değişiklikler CD'nin görülme riskini artırmaktadır. Kadın ve eşlerin yaşı ile CD görülmesi arasında önemli bir ilişki bulunmaktadır (Öksüz ve Malhan 2006, Karakoyunlu 2007, Song ve ark 2008, Özerdoğan ve ark 2009, Singh ve ark 2009, Jaafarpour ve ark 2013, Yaralı 2013). Jaafarpour ve ark (2013)'ın 18-50 yaşlarında 400 kadınla yaptıkları araştırmada CD oranı 22 yaşta %22, 40-50 yaş grubunda %75.7 bulunurken, Song ve ark (2008) 40 yaş altında %43.1 bulmuşlardır. En yüksek CFİ puanına 15-24 (32.52), en düşük puana ise 40 yaş ve üzeri (26.75) grubun sahip olduğu, ayrıca 15-34 yaşındaki kadınların 40 yaş ve üzerindeki kadınlara göre daha iyi CF'ye sahip oldukları belirtilmektedir (Karakoyunlu 2007). Öksüz ve Malhan (2006) 18-30 yaş grubunda %41, 31-45 yaş grubunda %53.1 ve 46-55 yaş grubunda %67.9 olarak saptamıştır. Buna karşın Ege ve ark (2010) ile Tashbulatova ve ark (2013) yaş faktörünün CF üzerine olumsuz etkisi bulunmadığını belirtmişlerdir.

Bu araştırmanın örneklemini oluşturan kadınların da yaşı arttıkça daha çok CD yaşadıkları, ancak cinsel doyumlarının biraz arttığı bulunmuştur ($p=0.000$). Özellikle 26-30 yaşında olan kadınlar 31 yaş ve üzerinde olan kadınlara göre her boyutta ($p=0.000$), 21-25 yaşındakiler ise cinsel doyum dışındaki alanlarda daha iyi CF göstermektedirler ($p=0.000$). Aynı durum eşin yaşı için de söz konusudur ($p=0.000$). Eşleri 30 yaş altında olan kadınların 31-35, 36-40 ve 41 yaş ve üzerinde olanlara göre CFİ, cinsel ilişki sıklığı/libido ve cinsel ilişkide rahatsızlık puanları daha yüksektir, yani daha az CD yaşamaktadırlar ($p=0.000$). Araştırma bulguları yaşın CF'yi etkilediğini belirten çalışmalarla örtüşmekle birlikte, ileri yaşın cinsel doyum açısından önemli bir sorun oluşturmadığını da göstermektedir. Bu durum, eşlerin ilerleyen yaşa paralel olarak birbirlerini daha iyi tanımaları, güven duymaları ve cinsel deneyimleri ile ilişkili olabilir. Bu çalışmadaki kadınların nisbeten daha genç yaş grubunda olmaları ve uzun süredir evli olmaları, ayrıca eşleriyle cinsel konularda rahatça konuşabilmeleri de bunda etkili olabilir.

Çoğu çalışma kadın ve eşlerin eğitim düzeyi arttıkça CD'nin azaldığını ortaya koyarken (Safarinejad ve ark 2006, Karakoyunlu 2007, Özerdoğan 2009, Singh 2009, Ege ve ark 2010, Uluyol 2010, Tashbulatova ve ark 2013, Yaralı 2013), bir çalışmada eğitimin etkili olmadığı belirtilmektedir (Güvel ve ark 2003). Özerdoğan ve ark (2009), CD oranını

yüksekokul mezunlarında %38.7, ilkokul ve altında %81.9 bulmuştur. Karakoyunlu (2007) da en yüksek puanı yüksekokul (33.23), en düşük puanı ise okur yazar ve ilkokul eğitimi (27.75) olan kadınların aldığını, benzer durumun eşlerin eğitimi için de geçerli olduğunu saptamıştır. Eğitim durumu lise olanların (31.01) okur yazar-ilkokul (27.28) ve yüksekokul olanların (32.39) okuryazar-ilkokul ve ortaokul olanlara (28.77) göre CFİ puanı daha yüksek bulunmuştur. Eğitim düzeyi arttıkça cinsel istek, tatmin ve orgazmda artma görülmektedir (Tashbulatova 2007). Özara Koç (2009) eşleri GÇ ile korunan kadınların eğitim düzeyi arttıkça cinsel yaşantıdan aldıkları doyumun arttığını saptamıştır. Bu araştırmanın bulguları da Güvel ve ark (2003) dışındaki diğer çalışmaları destekler özelliindedir. Gerek kadınlarda, gerekse eşlerde lise ve üzeri eğitimi olanların ortaokul ve altı eğitimi olanlara göre her boyutta daha iyi CF'ye sahip olmaları ($p<0.001$) önemlidir. Bu bulgu, kadınların artan eğitim düzeyine paralel olarak cinsel bilgilerinin, dolayısıyla cinsel yaşamları ile ilgili problemlerle baş etme yeteneklerinin daha iyi olduğunu düşündürmektedir. Ayrıca, yüksek eğitim düzeyi, çiftlerin AP hizmetlerinden yararlanmalarını ve AP ve cinsel yaşam konusunda olumlu tutum geliştirmelerini, böylece daha az cinsel sorun yaşamalarını sağlayabilir. Çalışmalarda da eğitimin olumlu etkileri vurgulanmaktadır (Chung-Park 2007, Ryan ve ark 2007b, van der Akker 2012, ACOG 2014, Murray ve McKinney 2014).

Bir çalışmada çalışma durumu ile CD arasında anlamlı bir ilişki olmadığı bulunmuştur (Ege ve ark 2010). Uluyol (2010) da FSFI skorlarının meslek durumuna göre değişmediğini belirtmektedir. Buna karşın, kadın ve eşin çalışma durumu ile CD görülmesi arasında önemli bir ilişki bulunduğu (Özerdoğan ve ark 2009, Jaafarpour ve ark 2013), CD'nin çalışmayan (Tashbulatova ve ark 2013) ve herhangi bir AP yöntemi kullanan ev hanımlarında daha az görüldüğü (Yaralı 2013) belirtilmektedir. Karakoyunlu (2007) çalışan kadınlarda 32.02 olan IFSF puanının çalışmayan kadınlarda 29.28'e düştüğünü, en yüksek puanı memur (32.97), en düşük puanı işçilerin (28.00) aldığını ve memurların çalışmayan, emekli ve işçi olan kadınlara göre daha iyi CF'ye sahip olduklarını saptamıştır. Aynı şekilde, eşleri memur olanların 32.50, serbest çalışanların 30.02, işçi olanların 29.30 ve çalışmayan-emekli olanların 28.00 puan aldıklarını bulmuştur. Aksine Jaafarpour ve ark (2013), işsiz olanlarda CD'nin arttığını bildirmişlerdir. Bu araştırmadan elde edilen bulgular, Tashbulatova ve ark (2013) ile Yaralı (2013) dışındaki literatürü desteklememektedir. Ev hanımlarının çalışan kadınlara göre cinsel ilişki sıklığı/libido ($p=0.007$), cinsel doyum ($p=0.000$), cinsel ilişkide rahatsızlık ($p=0.000$) ve CFİ ($p=0.000$) puanları, eşleri çalışmayan kadınların da eşleri çalışan kadınlara göre cinsel ilişki sıklığı ($p=0.002$) ve CFİ puanları ($p=0.012$) daha yüksek bulunmuştur. Elde edilen

bulgu, Aydın ilindeki kadınların daha çok çekirdek aile yapısında olması, eşleriyle rahat konuşabilmeleri ve genel refah düzeyleriyle ilişkili olarak bölgesel ve kültürel farklılık ile açıklanabilir. Ayrıca, çalışmada eşleri çalışmayan kadın sayısının çok az (6 kadın) olduğunu da belirtmek gerekir. Bulgular, farklı kültürel özelliklere sahip kadınlarda ileri araştırmaların tekrar edilmesine olan gereksinime dikkat çekmektedir.

Kadının gelir düzeyi arttıkça CD görülme oranı azalmaktadır (Özerdoğan 2009, Singh ve ark 2009, Ege ve ark 2010, Tashbulatova ve ark 2013, Yaralı 2013). Tatmin, istek ve klitoral duyarlılık ile gelir düzeyi arasında pozitif bir korelasyon olduğu, gelir düzeyi arttıkça CF'de bir düzelme olduğu görülmüştür (Tashbulatova 2007). Gelir durumu kötü olanların (81.9) iyi olanlara (47.8) göre CD oranı daha yüksektir (Özerdoğan 2009). Singh ve ark (2009)'ın Hindistan'lı kadınlarda CD oranını normalden çok daha yüksek bulmaları, sosyoekonomik düzeyin etkisini göstermesi bakımından önemlidir. Bu araştırmada ise gelir durumu, kadınların sadece cinsel ilişkide rahatsızlık yaşama durumunu etkilememiştir ($p>0.05$). Özellikle geliri giderine denk olan kadınların, geliri giderinden az olan kadınlara göre cinsel ilişki sıklığı/istek ($p=0.001$) ve CFİ ($p=0.000$) puanlarının daha fazla, doyum puanlarının ise daha az ($p=0.000$) olduğu bulunmuştur. Araştırma bulgularının genel olarak literatür bilgileri ile benzerlik gösterdiği söylenebilir. Ancak, örnekleme geliri giderinden fazla olan üç kadın bulunmaktadır. Bu nedenle bu grupta CFİ puanı düşük çıkmış olabilir. Geliri giderine denk olan grupta cinsel doyumun düşük çıkması ise tesadüfi olarak bu grupta cinsel yaşamla ilgili sorun yaşayan kadınların varlığına bağlı olabilir. Bu durumun nedenlerinin incelenmesi önemli olacaktır.

Jaafarpour ve ark (2013), CD ile yaşanan yer arasında bir ilişki saptamamıştır. Yaralı (2013), uzun süre köyde yaşayan kadınların daha çok CD yaşadıklarını bulmuştur. Aynı ölçeği kullanan Karakoyunlu (2007) da 14 yaşına kadar köyde yaşayan kadınların (28.21) kentte yaşayanlara (31.36) göre aynı sorunla karşılaştıklarını bulmuştur. Bu araştırmadaki kadınların önemli bir bölümü uzun süre şehirde yaşamıştır. Şehirde olmanın getirdiği eğitim, çalışma durumu ve refah düzeyi ile çekirdek aile ve evliliğe ilişkin olumlu özelliklere bağlı olarak kadınların daha yüksek CFİ puanına sahip oldukları, ancak aradaki farkın sadece cinsel doyum için önemli olduğu görülmüştür ($p=0.036$). Çalışmada, çekirdek aile özelliğinde olan kadınların en yüksek CFİ puanına sahip olması ve cinsel ilişkide rahatsızlık dışında tüm boyutlarda anlamlı farklılığa yol açması ($p<0.05$) bu bulguyu desteklemektedir. Çekirdek ailede yaşayan kadınların geniş aileye göre bu alanlarda daha yüksek CFİ puanına sahip olmaları ($p<0.05$), geniş ailenin getirdiği dezavantajlar ve sorumlulukların cinsel yaşama

olumsuz yansıması ile açıklanabilir. Yaralı (2013)'nın çalışması da bunu desteklemektedir. Buna karşın Karakoyunlu (2007) ve Özerdoğan ve ark (2009), aile tipine göre farklılık bulunmadığını belirtmektedir. Bu farklılık, araştırmaların farklı bölgelerde yapılması nedeniyle kültürel özelliklerin etkili olabileceğini düşündürmektedir.

İsteyerek evlilik yapma, cinsel yaşamı doğrudan etkileyen en önemli faktörlerden biridir (Öksüz ve Malhan 2006, Karakoyunlu 2007, Özerdoğan 2009, Yaralı 2013). Karakoyunlu (2007) ve Yaralı (2013) tanışarak, anlaşarak evlenen kadınların daha az CD yaşadıklarını bulmuşlardır. CD, görücü usulü ile evlenenlerde (%80.1) anlaşarak evlenenlere (%49) göre daha yüksektir (Özerdoğan ve ark 2009). Yalnız, infertil kadınlarda evlenme şeklinin CD ile ilişkili olmadığı belirtilmektedir (Tashbulatova ve ark 2013). Bu çalışmada da literatürde belirtildiği gibi, isteyerek evlilik yapan kadınların görücü usulü ile evlenenlere göre cinsel yaşamın her alanında daha iyi CF göstermeleri istendik ve olumlu bir bulgudur ($p=0.000$).

Yeni evli olma, genç yaşta olmayı getirdiğinden, cinsel yaşam olumlu yönde etkilenmektedir. Artan evlilik süresine bağlı artan çocuk sayısı ve sorumluluklar, cinsel yaşamı olumsuz etkilemektedir (Karakoyunlu 2007, Uluyol 2010, Jaafarpour ve ark 2013, Yaralı 2013). Evlilik süresi arttıkça CD görülme oranı artmaktadır (Özerdoğan ve ark 2009, Jaafarpour ve ark 2013, Yaralı 2013). Jaafarpour ve ark (2013) 10 yıl ve üzerinde, Özerdoğan (2009) ise 30 yıl ve üzerinde evli olanların (%91.4) 19 yıl ve altında evli olanlara (%50) göre daha fazla CD yaşadıklarını bulmuşlardır. Uluyol (2010), 15 yıl ve üzerinde evli olan kadınların 15 yıldan az süredir evli olanlara göre FSFI skorunu düşük bulmuştur. Karakoyunlu (2007), 1-5 (32.31), 6-10 (31.15) ve 11-15 (31.03) yıldır evli olanların 21 yıl ve üzerinde evli olanlara (25.27) ve 1-5 yıldır evli olanların (32.31) 16-20 yıldır evli olanlara (28.32) göre IFSF puanlarını daha yüksek bulmuştur. Literatürde belirtildiği gibi, bu çalışma kapsamına alınan kadınların da evlilik süresi arttıkça CD görülme oranının artması ($p=0.000$) beklenen bir bulgu olmuştur. Çalışma sonucunda, evliliklerinin ilk 10 yılı içinde olanların 10-20 yıldır evli olanlara ($p=0.001$) ve 10-20 yıldır evli olanların 21 yıl ve üzerinde evli olanlara göre daha yüksek CFİ skorlarına sahip oldukları görülmüştür ($p=0.000$). Ayrıca, 10 yıldır evli olanların 11 yıl ve üzerinde evli olanlara göre cinsel ilişki sıklığı/libido ($p=0.002$) ve cinsel ilişkide rahatsızlık ($p=0.000$); 10 yıldır evli olanların 21 yıldan fazla süredir evli olanlara göre cinsel ilişki sıklığı/libido ($p=0.000$), doyum ($p=0.000$) ve cinsel ilişkide rahatsızlık ($p=0.000$); 11-20 yıldır evli olanların da 21 yıl ve üzerinde evli olanlara göre cinsel ilişki sıklığı/libido ($p=0.000$) ve doyum ($p=0.000$) puanlarının daha fazla olduğu görülmüştür. Araştırma

bulguları, Tashbulatova ve ark (2013)'ın çalışması dışındaki diğer araştırma sonuçları ile örtüşmektedir. Araştırmada elde edilen bulgular, kadınlara verilecek AP ve cinsel danışmanlık hizmetlerinde evlilik süresinin dikkate alınması gerektiğine işaret etmektedir.

Bir çalışmada doğum ve çocuk sayısının cinsel fonksiyonlar üzerine etkili olmadığı belirtilirken (Ege ve ark 2010), diğer araştırmalarda genellikle çocuk sayısının önemli bir faktör olduğu vurgulanmaktadır (Karakoyunlu 2007, Özerdoğan ve ark 2009, Jaafarpour ve ark 2013). IFSF puanı bir çocuğu olan kadınlarda 31.42, iki çocuğu olanlarda 29.77 ve üç ve üzerinde çocuğu olanlarda 26.27 bulunmuştur (Karakoyunlu 2007). Jaafarpour ve ark (2013), CD olanların üç ve üzeri çocuğa sahip olduklarını saptamıştır. Bu çalışmanın bulguları da, çocuk sayısının CD yaşanmasında önemli bir etken olduğu bilgisini desteklemiştir. Bir çocuğu olan kadınların CFİ puanı 30.39 ± 5.73 , iki ve üzerinde çocuğu olan kadınların ise 29.20 ± 5.45 bulunmuştur. Alt ölçekler boyutunda sadece cinsel doyum alanında farklılık saptanmamıştır ($p > 0.05$). Bu bulgu Ege ve ark (2010)'ın bulgularına zıt olacak şekilde, sayıya bakmaksızın çocuk varlığının cinsel doyum açısından önemli olduğuna işaret etmektedir. Ayrıca, çocuğu olmayan kadınların çocuğu olanlara göre cinsel yaşamın her alanında daha iyi CF göstermeleri, çocuk varlığının cinsel yaşam üzerine negatif etkisini ortaya koyması bakımından önemli bir bulgudur.

Kadın cinselliği puberte, doğum, menopoz gibi biyolojik olaylardan etkilenmekte ve III. düzey kanıt olarak belirtilmektedir (Lamont ve ark 2012). Doğum şekli cinsel yaşamı etkileyen önemli bir faktör olarak belirtilmektedir (Karakoyunlu 2007, Özerdoğan ve ark 2009, Lamont ve ark 2012). Ancak doğum sonrası cinsel problemlerin, doğum şeklinden çok doğumda yaşanan perineal travma riski ve iyileşme olmadan cinsel aktiviteye başlanması ile ilişkili olduğu vurgulanmaktadır (Convery ve Spatz 2009). Bir çalışmada doğum yapmayan kadınların 33.92, sezaryen olan kadınların 31.81 ve vajinal doğum yapan kadınların 28.37 IFSF puanı aldıkları ve sezaryen olan kadınların diğerlerine göre anlamlı şekilde daha fazla CD yaşadıkları bulunmuştur (Karakoyunlu 2007). Ege ve ark (2010) doğum şekli ile CD arasında bir anlamlılık saptamamıştır. Bu çalışmada da Ege ve ark (2010)'ın bulgularına paralel olarak son yapılan doğum şekli ile CD yaşama durumu arasında bir ilişki saptanmamıştır ($p > 0.05$). Bu bulgu, kadınların bireysel ve obstetrik özelliklerine ve doğum yapılan ortama bağlı farklı sorunlar yaşayabileceklerini düşündürmektedir. Bununla birlikte, eşlerin varlığı ve eşleri ile cinsel konularda rahat konuşabilmeleri de olumlu etkilemiş olabilir. Lamont ve ark (2012), doğum şeklinin yanında kadın cinselliğinin kültür, ırk ve din ile eş varlığı, eşin CF'si, eş ile ilişki kalitesi ve her iki eşin sağlık durumundan etkilendiğini ve

buların kadın cinsel istek ve cinsel aktivitesini III. düzey kanıt düzeyinde (III-A) etkilediğini belirtmektedirler.

Kadınlar çoğunlukla (%79.6-84.1) düzenli menstruasyon görmektedirler (Temel 2012, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü 2014). Düzenli menstruasyonların hormonal ve biyolojik dengeye işaret etmesi nedeniyle, cinsel yaşama yansımalarının olumlu olması beklenir (Karakoyunlu 2007, Akyüz 2009). Bir çalışmada düzenli menstruasyonu olan kadınların 31.05, düzensiz menstruasyonu olanların ise 27.87 IFSF puanı aldıkları bulunmuştur (Karakoyunlu 2007). Kadınların doğum sonrası menstruasyon özelliklerine göre doğum sonrası cinsel sorun yaşama durumları incelendiğinde; menstruasyonu düzenli olanların %89.1'inin, düzenli olmayanların ise %93.8'inin cinsel sorun yaşadığı belirlenmiştir (Akyüz 2009). Sadece bir çalışmada, anlamlı bir ilişki saptanamamıştır (Özara Koç 2009). Bu araştırmada da düzenli menstruasyonu olan kadınların, düzensiz menstruasyonu olan kadınlara göre cinsel doyum ($p=0.000$) ve cinsel fonksiyonlarının ($30.03\pm 5.59-28.74\pm 6.22$; $p=0.019$) daha iyi olduğu bulunmuştur. Bulgular, literatürle paralellik göstermektedir. Düzenli menstruasyonun olmaması sıcak basmaları, vajinal kuruluk ve sonucunda istek ve uyarı kaybı ile ağırlı cinsel ilişkiye neden olabilmektedir (Lamont ve ark 2012, Murray ve McKimney 2014).

Ülkemizde kadınların çeşitli jinekolojik sorunlar yaşadıkları, en çok anormal vajinal akıntı (%71.3), vajinal kaşıntı (%27.4) ve yara (%9.1), cinsel organda şişil (%3.4), dizüri (20.9), disparoni (%11.2), cinsel ilişki sırasında kuruluk (%9.1), cinsel ilişki sonrasında kanama (%2.3), üriner inkontinas (%17.6), infertilite (%4.8), uterus prolapsusu (%6.1) ve üreme organlarında kist/myom (%8.8) sorunu yaşadıkları belirtilmektedir. Vajinal kaşıntı ve yara, cinsel organda şişil, dizüri, infertilite ve üreme organlarındaki kist/myom sorunlarında daha yüksek oranda tıbbi tedavi alınırken, disparoni, cinsel ilişki sırasında kuruluk, cinsel ilişki sırasında kanama, üriner inkontinas ve uterus prolapsusu sorunlarının genellikle önemsenmediği veya korku, utanma, maddi olanaksızlık ve zaman sıkıntısı nedeniyle hekime gidilmediği belirtilmektedir. Ayrıca, kadınların %48.8'inin hiç jinekolojik muayeneye gitmediği bildirilmektedir. Bunun dışında ortalama 46 yaşında menopoza girdikleri ve bu dönemde sadece %24'ünün hiçbir sağlık sorunu yaşamadığı belirtilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü 2014). Çeşitli benign ve malign jinekolojik durumlar ve operasyonlar CF'yi olumsuz etkilemesine rağmen (Lamont ve ark 2012), kadınların önemli bir kısmı, özellikle de genç yaşta kadınlar utanma, rahat olmama, bekleme ve hekimin sormaması, ilgilenmemesi gibi nedenlerle jinekolojik

muayene/kontrollerde cinsel yaşamla ilgili sorunlarını paylaşmamaktadırlar (Brandenburg ve Bitzer 2009, Zakhari 2009, Briedite ve ark 2013). Kadınlarda CFB'ye neden olabilecek risk faktörlerine bakıldığında; kadınların %50-81.5'inin vajinal enfeksiyon (Özerdoğan ve ark 2009, Ege ve ark 2010), %39.5-45.1'inin cinsel ilişki sırasında ağrı (Ege ve ark 2010, Valadares ve ark 2008), %21.4'inin eşinde erken boşalma (Ege ve ark 2010), %13.7'sinin eşinde sertleşme sorunu (Ege ve ark 2010), %14.8'inin eşi ile problem (Ege ve ark 2010) ve %69.2'sinin ise premenstrual sendrom (Ege ve ark 2010) yaşadığı görülmüştür. Bu bulgular ışığında, araştırmada da jinekolojik sorunu olan kadınların jinekolojik sorunu olmayan kadınlara göre cinsel yaşamlarının her boyutunda daha düşük CFİ puanlarına sahip olması beklenir ve önemli bir bulgudur (p=0.000). Bu bulgu, jinekolojik şikayeti olan kadınların CF'lerinin sorgulanması gerektiğini göstermektedir.

4.1.2. Cinsel Yaşamla İlgili Özelliklerin CFİ'ye Etkisine Yönelik Bulguların

Tartışılması

4.1.2.1. Cinsel Yaşamla İlgili Özelliklere Yönelik Bulguların Tartışılması

İlk cinsel ilişki yaşı ülkelere göre değişiklik göstermektedir. Avrupa Birliği üyesi ülkelerde (Belçika, Çek Cumhuriyeti, Estonya ve Portekiz) 16-19 yaşındaki gençlerin cinsel davranışlarının incelendiği çalışmada (*sexual youth pilot survey*), gençlerin %47 (Estonya) ile %95.8 (Portekiz) gibi önemli bir bölümünün erkek veya kız arkadaşının olduğu, %47.6 (Estonya) ile %58.5 (Belçika)'inin ilişkide bulunduğu ve ortalama ilk cinsel ilişki yaşının 15.2 (Belçika) ile 16.4 (Çek Cumhuriyeti) arasında değiştiği ortaya konmuştur (Oliveira da Silva 2008). Kabir ve ark (2004), Lee ve ark (2006), Malezya'da ilk cinsel ilişki yaşının 15 olduğunu bildirmişlerdir. Maria (2007), 15-24 yaş arası Etiyopyalı genç erkeklerin %25.5'inin, bayanların da %16.1'inin cinsel ilişkilerinin olduğunu, bunlar arasında erkeklerin %65.8'inin, bayanların da %24.6'sının iki ve üzerinde cinsel partnerinin bulunduğunu rapor etmiştir. Anneler ve 15-24 yaş arası kızlarını inceleyen bir çalışmada, annelerin ilk ilişki yaşının 19.5, kızlarının ise 17.5 olduğu saptanmıştır (Palatnik ve Seidman 2012).

Ülkemizde de ilk cinsel ilişki erken yaşlarda deneyimlenmektedir. Kaplan ve ark (2013)'ın 9-12. sınıf lise öğrencilerinin cinsel davranışlarını inceledikleri çalışmada, %18.5'inin 14 yaşına gelmeden, %28.6'sının da 14 ve sonrasında ilk cinsel deneyimlerini gerçekleştirdikleri, %52.9'unun ise hiç cinsel aktivitesinin olmadığı saptanmıştır. Erenel ve Gölbaşı (2011), devlet üniversitesi öğrencilerinin %15.9'unun cinsel deneyime sahip olduklarını ve ilk cinsel deneyim yaşının 18.12 ± 2.02 olduğunu saptamışlardır. Yılmaz ve ark

(2010), kadınlara göre erkeklerde cinsel ilişki deneyiminin daha fazla (%73.2 vs %22.4) ve ilk cinsel ilişki yaşının daha düşük (16.9 vs 18.4) olduğunu bulmuşlardır.

Ülkemizde kadınlar ortalama 20.8 yaşta evlenmesine ve Batıda Doğu'ya göre 1.7 yaş daha geç evlenilmesine rağmen, adölesan evlilikler giderek artmakta (%5.9) (Akadlı Ergöçmen ve ark 2009a) ve ilk cinsel ilişki yaşı daha küçük yaşlara doğru ilerleme eğilimi göstermektedir (Ersay ve Tortumluoğlu 2006, Gabalcı 2008). Üniversite gençlerinde yapılan bir çalışmada ilk cinsel ilişki yaşı (Ersay ve Tortumluoğlu 2006) kadınlar için 19, erkekler için 17 olarak belirlenmiştir. İzmir'de bekar kadınlarda ortalama 20.3 (Giray ve Kılıç 2004), Güney Doğu Anadolu Bölgesi'nde ise $16,8 \pm 2,4$ (Şimşek ve ark 2007) olduğu bulunmuştur. Gabalcı (2008)'nin Ordu Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Aile Planlaması Merkezi ve Jinekoloji polikliniklerine gelen 366 evli kadında yaptığı araştırmada, kadınların çoğunun (%73.3) ilk olarak 18-24 yaşta ve azımsanmayacak oranda (%17.5) 17 yaş ve altında cinsel ilişkiye başladıkları saptanmıştır. Bu çalışmadaki evli kadınların yarısı (%50.2) ilk cinsel birlikteliklerini 20-24 yaşlarında yaşamışlardır ve bu durum kullanılan yöntemle göre değişmemektedir ($p > 0.05$). Bu bulgu, ülkemizdeki ataerkil yapı ve kültürel-dini değerlere bağlı cinsel yaşamı evliliğe öteleyen bakışı (CETAD 2006, Yüksel 2009) destekler niteliktedir. Araştırmanın Ege'de ve Aydın il merkezinde yapılmış olması da bu bakışı değiştirmemektedir. Ancak, örnekleme kalan %25'lik bölümün 15-19 yaşta ilk kez cinsel ilişkide bulunması, aktif cinsel yaşamın daha erken yaşlara doğru kaydığı ve adölesan evliliklerin arttığı bilgisini destekleyen bir bulgudur. Bu bulgu, Aydın il merkezinin coğrafi konumu nedeniyle Doğu ve Güney Doğu Anadolu'dan göç alan bir bölge olması ve göçle birlikte adölesan yaştaki evliliklerin fazlaca görülmesi, ayrıca Batı'da erken yaşta başlayan cinsel aktivite ile açıklanabilir. Örnekleme yaklaşık %25'lik kesimde ilk cinsel ilişki deneyiminin 25 yaş ve sonrasına ertelenmesi ise, bu gruptaki kadınların eğitim ve çalışma durumuna bağlı evliliklerini ötelemeleri ile açıklanabilir.

Cinsel ilişki sıklığı yaş, fiziksel değişiklikler ve hastalıklar gibi çeşitli faktörlere bağlı olarak değişmekle birlikte, genellikle çiftlerin önemli bir bölümü için haftada 1-3 olarak rapor edilmiştir (Lindau ve Gavrilova 2010, Rurik 2011, Delva ve ark 2013). İstanbul Özel GOP Hastanesi Psikiyatri Polikliniği'ne başvuran kadınlarda yapılan çalışmada 3.03 ± 1.22 kez cinsel etkinlik olduğu saptanmıştır (Doğan ve Saraçoğlu 2009). Bir çalışmada herhangi bir AP yöntemi ile korunan evli kadınların %52.4'ünün haftada üç ya da dört kez (Gabalcı 2008), başka bir çalışmada (Özara Koç 2009) ise %40.7'sinin haftada 2 kez cinsel ilişkide bulunduğu belirtilmektedir. Shokrollahi ve ark (1999), Tahran'daki AP merkezine başvuran 16-53

yaşlarındaki 300 sağlıklı kadının %47'sinin haftada 2-4 kez cinsel ilişkide bulduklarını saptamışlardır. Bu çalışmadaki evli kadınların da haftada 1-2 kez cinsel ilişkiye girdikleri (%54.2) ve bunun yöntem kullanımından bağımsız olduğu dikkati çekmektedir. Kadınların haftalık cinsel ilişki sayısı, literatüre göre biraz düşüktür. Yönteme bağlı değişmemesi ise, cinsel ilişki sıklığının başka değişkenlerden etkilenebileceğini akla getirmektedir, bu nedenle ayrıntılı değerlendirme yapılması önemli olacaktır. Çünkü, örneklemdaki kadınlar çok ileri yaşta ve uzun süredir evli değildir, bu nedenle aktif cinsel yaşamın olması beklenirdi.

Beklenmeyen ilişkilerin getireceği risklerden korunmada güvenli bir cinsel davranış olan uzun dönemli kondom kullanımının en etkili yöntem olduğu (van der Akker 2012) ve kirli hissetmeyi engellediği (Everett 2014) belirtilmektedir. Bununla birlikte Jones ve ark (2009), örneklemin yarıdan fazlasının kondom ile ilgili problemleri olduğunu, bunların özellikle azalmış cinsel zevk, rahatsızlık ve kullanım zorluğu gibi problemler yaşadıklarını saptamışlardır. Bazı çiftler kondom kullanımını itici ve kirli bulmaktadırlar (T.C. Sağlık Bakanlığı 2005b, Everett 2014). Diğer yöntemlere göre kondomdan memnuniyetin az olduğu (Gabalıcı 2008) belirtilmektedir. Bir çalışmaya göre, kondom kullanan seksüel aktif kadınlarda depresyon oranının daha fazla olduğu saptanmıştır (Byerly ve Byerly 2005). GÇ'de başarı yaş, yöntem deneyimi ve motivasyon gibi kişisel etmenlere bağlıdır ve erkeğin doğurganlığı planlamadaki sorumluluğunu yansıtır (Demir 2005, T.C. Sağlık Bakanlığı 2009, WHO 2013, Murray ve McKinney 2014). Kondoma göre GÇ yöntemi ulaşılabilir ve kullanımı kolay bulunmuştur (Jones ve ark 2009). Buna karşın GÇ'nin zevki azalttığını belirten çoğu erkek, neden olarak ejakülasyondan önce GÇ stresi ve yarım kalmış bir cinsel eylemin sıkıntısını belirtmişlerdir. GÇ'nin tıbbi yan etkileri bulunmamakla birlikte, eşlerin ilgisini cinsel performans üzerine yoğunlaştırır. Kadın çoğunlukla cinsel coşkunun doruk noktasında orgazm olamadan kalır. Cinsel ilişkinin plato fazında yarıda kesilmesi, eşlerin cinsel doyumlarını azaltır (T.C. Sağlık Bakanlığı 2005b, Everett 2014). Ayrıca, erektil problemlere de yol açabilir (Everett 2014). Yanikkerem ve ark (2006), GÇ'yi kullanan kadınların %84.4'ünün, eşlerinin de %69.9'unun yöntemden memnun olduğunu, ancak %65.2'sinin gebe kalma korkusu yaşadığını ve 1/4'ünden fazlasının GÇ'nin cinsel yaşamlarını olumsuz etkilediğini rapor etmişlerdir. Rahnama ve ark (2010a) da GÇ yöntemi kullanan bazı katılımcıların gebe kalma anksiyetesi yaşadıklarını belirtmektedir.

Bu çalışmadaki kadınlar da Gabalıcı (2008)'nin bulgusuna benzer şekilde (%69.7), kendilerini cinsel yönden çekici bulmakta (%74.9), eşlerin değerlendirmesinde bu oran %80.5'e çıkmaktadır. Ancak, kondom kullanan kadınlara göre GÇ ile korunan kadınların

kendilerini biraz daha olumsuz olarak değerlendirmesi (%6-15.2) ve aradaki farkın anlamlı çıkması (p=0.000) dikkati çeken bir bulgu olmuştur. Çalışmada, eşlerin cinsel açıdan kadınları çekici bulması olumludur ve bunun cinsel yaşamı pozitif yönde etkilemesi beklenir. Bununla birlikte yukarıdaki paragrafta belirtildiği gibi, kadınların güvenilir olmayan GÇ yöntemine bağlı yaşadıkları gebelik korkusu ve anksiyetesi, ayrıca GÇ'nin cinsel ilişkide yarattığı doyumsuzluğa bağlı kendilerini daha az çekici buldukları düşünülebilir.

CFB gelir ve eğitim düzeyi gibi çeşitli faktörlere ve ülkelere göre değişmekle birlikte, genellikle kadınlarda %97'ye kadar görülebilmektedir (Özerdoğan ve ark 2009, Gracia ve ark 2010, Prado ve ark 2010, Wallwiener 2010, Jafaarpour ve ark 3013, Choi ve ark 2014). Fataneh ve ark (2013)'ın İran'lı kadınlarda kontraseptif yöntemin CFB ile ilişkisini inceledikleri çalışmada, CF'nin kondom kullananlarda en az, eşleri vazektomi ile korunanlarda en çok etkilendiğini, enjeksiyon yöntemlerinin de CF'yi olumsuz etkilediğini saptamışlardır. Buna karşın Jafaarpour ve ark (2013), kontraseptif yöntemin CD'ye önemli bir etkisini saptayamamışlardır. Temel (2012), kadınların %40.5'inin GÇ'yi diğer yöntemlerin cinselliklerini olumsuz etkilemesi nedeniyle seçtiklerini belirtirken, Manisa'da yapılan bir çalışmada GÇ yöntemini kullanan kadınların 1/4'ünün cinsel yaşamlarının olumsuz etkilendiği saptanmıştır (Yanikkerem ve ark 2006). Bu çalışmaya alınan kadınların cinsel yaşamlarını %67.4 oranında "iyi" olarak değerlendirmeleri olumludur. Ancak, kondomla korunanların %71.8'i "iyi", %16.9'u "orta ve kötü" olarak algılamak, GÇ ile korunan kadınlarda iyilik algısının azaldığı (%61.3), buna karşın orta ve kötü olarak görme algısının ise arttığı (%29.9) dikkati çekmektedir (p=0.002). Bu bulgu, daha önce belirtildiği gibi GÇ yönteminin cinsel yaşama olan olumsuz etkileri ile açıklanabilir.

Gabalıcı (2008), kadınların kullandığı yöntemden bağımsız olarak %78.7'sinin cinsel ilişkiyi istemediğinde eşlerine "hayır" diyebildiklerini saptamıştır. Bu araştırmada da kullanılan yöntemden bağımsız olarak kadınların %63.5'inin istemediklerinde cinsel ilişkiyi reddettikleri saptanmıştır. Elde edilen oran Gabalıcı (2008)'ya göre düşüktür. Bu bulgu, örnekleme düşük eğitimli kadın oranının görece yüksek olması ile açıklanabilir. Batıda yaşayan örneklem grubunda bu oranın yüksek olması beklenirdi. Bu durum, Batıda ve şehir merkezinde yaşayan kadınların da cinsel yaşamlarında yeterince söz sahibi olmadıklarına işaret etmektedir.

Bir araştırmada AP yöntemi kullanan kadınların çoğunun eş ile iletişim (%77.3) ve duygusal yakınlıklarını (%77.6) iyi olarak ifade ettikleri bulunmuştur (Gabalıcı 2008). Atış ve ark (2010), kadınların %52.3'ünün AP ile ilgili konularda eş ile konuşabildiklerini ve eş ile

konuşan kadınların daha çok çocuk sayısı (%45.7) ve çocuk doğurma zamanını (%37.1) belirleme ile yöntem seçimi (%14.3) hakkında konuştuklarını saptamışlardır. Doğu Karadeniz Bölgesi'ndeki kadınların %40.1'inin cinsel konuları eşleriyle paylaştıkları, %27.1'inin ise hiç kimseyle konuşmadığı saptanmıştır (Erbil ve ark 2010). AP yöntemlerinden kondom, çiftlere dokunma, cinsel gereksinim ve arzuları için konuşma fırsatı vermektedir (Everett 2014). GÇ ise ilişkiyi yarıda kesmekte ve eşle iletişimi engelleyebilmektedir (Yanikkerem ve ark 2006, Kılıç ve ark 2009, ACOG 2014, Everett 2014). Yapılan bu çalışmada ise kadınların çoğunun (%83) cinsel konularda eşiyile rahatça konuşabildiği, bu oranın GÇ ile korunanlarda biraz daha yüksek olduğu (%79.7-87.6) görülmüştür ($p=0.024$). Çalışma bulguları, literatüre göre daha yüksektir. Özellikle, GÇ ile korunanlarda yüksek olması dikkate değer bir bulgudur. Bu durum, GÇ'ye bağlı yaşanan sorunlar konusunda çiftlerin daha çok konuşma olasılıklarını akla getirmektedir.

Cinsellik, üremenin dışında yaşam kalitesinin ve insan olmanın önemli ve vazgeçilmez unsurlarından birisidir (McCarthy ve McCarthy 2012). Bir kadının cinsel sorun yaşaması, partnerine yakın olma ve iyi bir iletişim kurma durumuna bağlı bir durumdur (ACOG 2014, Everett 2014). Ancak, ne yazıkki cinsellik bugün de hasta ve hekim açısından bir tabu olmayı sürdürmektedir (McCarthy ve McCarthy 2012, van der Akker 2012). Briedite ve ark (2013), kadınların %54'ünün yaşamlarının bir döneminde en az bir cinsel problemle karşılaştıklarını bildirmişlerdir. Kadınların yaşadığı cinsel sorun prevalansı %90'ları aşmaktadır (Nicolosi ve ark 2005, Özerdoğan ve ark 2009, Gracia ve ark 2010, Prado ve ark 2010, Wallwiener 2010, Jafaarpour ve ark 2013, Choi ve ark 2014). Ülkemizde AP yöntemlerini kullanmaya başlayanların %35'inin izleyen 12 aya kadar yan etkiler, sağlık kaygısı ve kullanırken gebe kalma gibi nedenlerle yöntemi bırakması (Akadlı Ergöçmen ve ark 2009b), yöntemle ilgili sorunların olduğunu ortaya koymaktadır. Bunun yanında kadınların %30.8'inin cinsel yaşamdaki sorunlar nedeniyle kullandıkları yöntemi bırakmaları da (Gabalıcı 2008) önemlidir. Gabalıcı, yaşanan sorunları GÇ için cinsel ilişkinin kesintiye uğraması (%54.9), yöntemden memnun olmama (%37.3) ve cinsel ilişkiden tatmin olamama (%7.8), kondom için de yöntemden memnun olmama (%72.2) ve kondomun yırtılmasından korkma (%11.2) olarak belirtmektedir.

Bu çalışmaya alınan kadınların çok azı (%9.5) cinsel yaşamla ilgili sorun yaşadıklarını belirtmişlerdir. Bu, yöntemle ilgili değildir ($p>0.05$). Sorun yaşayan kadınlar en fazla ilişkiye girememe (%42.9), doğum sonrası sendromu (depresyon) (%18.4) ve eşinin hasta olmasını (%16.3) belirtmişlerdir. Bu oranlar kondom kullanan kadınlarda %51.9, %14.8 ve

%14.8 iken, GÇ ile korunan kadınlarda %31.8, %22.7 ve %18.2'dir. GÇ ile korunan kadınlarda farklı olarak kasılma (%18.2) sorunu da dile getirilmiştir. Çalışma bulguları, yöntemden bağımsız olarak kadınların cinsel yaşamlarını genelde sorunsuz olarak gördüklerini göstermektedir. Bu bulgu, kadınların kültürel olarak cinsel sorunlar konusunda rahat konuşamadıkları bilgisini destekler özelliktedir. Ancak, diğer yandan örneklemedeki kadınların eşleriyle cinsel konularda rahatça konuşmaları da bir zıtlık oluşturmaktadır. Buna karşın, azda olsa cinsel sorunların dile getirilmesi önemlidir. Dile getirilen sorunlar, kadınların psikolojik durumu ile ilişkili faktörlerin etkili olabileceğine işaret etmekle birlikte, cinsel ilişkiye girmeme nedenlerinin irdelenmesinin önemli olacağını göstermektedir. Çünkü, kadınlar yüksek oranlarda CD yaşamalarına rağmen (Demirezen ve ark 2006a,b, Öksüz ve Malhan 2006, Kütmeç 2009, Özerdoğan ve ark 2009, Bozdağ 2013, ACOG 2014, Everett 2014), sorunlarını paylaşmamakta (Briedite ve ark 2013), önemsememekte (McCarthy ve McCarthy 2012, ACOG 2014) ve daha çok eşini mutlu etme eğiliminde olmaktadır (Chung-Park 2007, Ryan ve ark 2007a, van der Akker 2012, ACOG 2014). Bu çalışmada da kadınların düşük oranda sorun belirtmesi, bu bilgileri destekler yöndedir.

Bir sorunun önemi yalnızca rastlanma sıklığında değil, o sorunun yol açtığı zarar, hekime ve sağlık sistemine başvuru oranı, bu alandaki tedavi olanakları, toplum tarafından ne ölçüde sorun olarak algılandığı ve çevreyle ne ölçüde paylaşıldığı gibi unsurlara bağlıdır. Çok sık rastlanan sorunlar olmalarına ve başarıyla tedavi edilebilmelerine karşın, cinsel bozukluklara karşı var olan toplumsal tepki cinsel yakınmalarla hekime başvurunun önündeki en önemli engeldir (Safarinejad 2006, Briedite ve ark 2013, ACOG 2014). Briedite ve ark (2013), cinsel problemi olan kadınların %62.3'ünün hiçbir zaman bu konuda bir hekimden yardım almadığını, %64'ünün jinekologlarının hiçbir zaman bu konuyu irdelenmediğini ve %80.3'ünün jinekologun seks yaşamlarını irdelenmesini istediklerini rapor etmişlerdir. Cinsel sorunlarla ilgili yardım alanların %83.8'i jinekologa, %7.3'ü psikoterapiste ve %4.4'ü pratisyen hekime başvurmuştur. Safarinejad (2006), sorun yaşayan kadınların %22'sinin problemleri konusunda jinekologa, %17'sinin de sağlık personeline danıştıklarını, yardım alamayanların %63'ünün aslında yardım almak istediklerini belirtmektedir. Kadınların yardım arama nedenleri arasında eşinin baskısı altında olma (%69), normallik konusunda sıkıntı yaşama (%45) ve doyurucu bir cinsel ilişki isteği (%31) belirtilmiştir. Bu çalışmada ise cinsel yaşamı ile ilgili olarak sorun yaşayan kadınların %28.6'sı profesyonel yardım aldığını belirtmiştir. Bu bulgu, literatüre göre düşüktür. Bu farklılık, kadınların kültürel olarak farklı özellikte olması ve toplumsal baskıya bağlı kadınların cinsel konuları rahatça konuşamamaları

ile açıklanabilir. Diğer yandan, araştırmadaki kadınların düşük oranda cinsel sorun yaşadığını belirtmesine rağmen, 1/4'ünden biraz fazlasının profesyonel yardım alması dikkate değerdir. Bu bulgu, kadınların desteklenmeleri durumunda cinsel sorunlarını daha rahat dile getirebileceklerini düşündürmektedir. Aslında CFB yaşamı tehdit eden bir problem değil, ancak çoğu kadında ciddi fiziksel, psikolojik ve ilişki problemleriyle ilişkili olduğundan (Safarinejad 2006), huzursuzluk oluşturmakta ve bu da kişide bir kör döngü (*vicious circulus*) oluşturmaktadır (Bancroft ve ark 2003). Bu nedenle sorunun çözülmesi son derece önemlidir.

4.1.2.2. Cinsel Yaşamla İlgili Özelliklerin CFI'ye Etkisine Yönelik Bulguların

Tartışılması

Kadınların ilk cinsel ilişki yaşı sonraki cinsel yaşamlarını etkilemektedir (Addis ve ark 2006). Günümüzde adölesan yaşta başlayan cinsel aktivitelerin (Lee ve ark 2006, Maria 2007, Oliveira da Silva 2008, Palatnik ve Seidman 2012, Kaplan ve ark 2013) çoğu genellikle istenmeyen bir ilişkidir ve sağlık ve cinsellik üzerine birçok olumsuz sonuç içermektedir (kanıt düzeyi II-2). Bu nedenle, sağlık personelinin özellikle adölesan gençlere cinsellikleri hakkında pozitif mesajlar vermesi önemlidir (kanıt düzeyi II-3A) (Lamont ve ark 2012). Buna karşın, genç yaşta cinsel ilişkiye başlayan ve erken yaşta cinsel ilişkiyi reddeden kadınların cinsel sorunlarının daha az olduğu belirtilmektedir (Addis ve ark 2006, Zhang ve ark 2013). Ülkemizde kadınların ortalama 20.8 yaşında evlendikleri (Akadlı Ergöçmen ve ark 2009a) dikkate alınırsa, ilk cinsel ilişkilerinin bu yaşlarda olduğu söylenebilir. Bu araştırmada da literatüre paralel olarak ilk cinsel ilişki yaşı ile genel CFI, cinsel doyum ve cinsel ilişkide rahatsızlık alt boyutu arasında anlamlılık olduğu ($p<0.05$) ve özellikle ilk kez 25 yaş ve üzerinde cinsel ilişkiye girenlerin 15-19 yaşındakilere göre doyumlarının daha fazla ($p=0.007$), rahatsızlıklarının ise daha az ($p=0.000$) olduğu görülmüştür. Kültüre göre değişkenlik gösterebilen ilk cinsel ilişki yaşının geç olmasının, CD için koruyucu olduğu söylenebilir.

Düzenli cinsel yaşam, kaliteli ve sağlıklı bir cinsel yaşamın göstergesidir (Temel 2012, Lamont ve ark 2012). Cinsel ilişki sıklığı, özellikle yaşa ve birçok sağlık problemine bağlı olarak önemli değişimler göstermekle birlikte, genellikle üretken çağdaki genç-orta yaş için haftada 1 ile 4 arasında değiştiği ve ortalama 2-3 arasında yer aldığı görülmektedir (Tayebi ve Ardakani 2009, Jaafarpour ve ark 2013). Özara Koç (2009) kadınların %40.7'sinin haftada iki kez, Gabalcı (2008) %52.4'ünün haftada 3 ya da 4 kez cinsel ilişkiye girdiklerini

bulmuşlardır. Ege ve ark (2010), cinsel ilişki sıklığı ile CD arasında bir ilişki saptamamıştır. Cinsel ilişki sıklığının azalması, CD'nin önemli bir göstergesidir (Song ve ark 2008, Tayebi ve Ardakani 2009, Amidu ve ark 2010, Jaafarpour ve ark 2013, Yaralı 2013, ACOG 2014, Everett 2014). Jaafarpour ve ark (2013), haftada üçten az cinsel aktivitesi olanlarda CD riskinin 1.85 kat fazla olduğunu belirtmektedir. Bu çalışmada da Ege ve ark (2010) dışındaki literatürle benzer şekilde, haftalık cinsel ilişki sayısının kadın CD'si açısından önemli olduğu ve ilişki sıklığı arttıkça CD yaşama durumunun azaldığı bulunmuştur ($p<0.05$). Ancak, farklılığın hangi gruptan kaynaklandığı tespit edilememiştir. Bunun nedeni, çalışmadaki kadınların yarısının haftada 1-2 kez cinsel ilişkide bulunmaları olabilir.

Sağlıklı bir cinsel yaşam için bireylerin cinsel açıdan kendilerini ve eşlerini nasıl algıladıkları ve cinsel yaşantılarını nasıl değerlendirdikleri son derece önemlidir (McCarthy ve McCarthy 2012, van der Akker 2012, ACOG 2014, Everett 2014). Literatürde kadının ve eşinin cinsel yaşama yönelik pozitif tutumlarının cinsel yaşamlarını olumlu yönde etkilediği, negatif tutumların CD'nin yedi önemli nedeninden biri olduğu vurgulanmaktadır (Lamont ve ark 2012, van der Akker 2012, ACOG 2014, Everett 2014). Kadının cinselliğe, kendi ya da eşinin bedenine yönelik negatif tutumları çocukluktan yetişkinliğe aktarılır. Bu algı ve tutumlar cinsel aktiviteyle ilgili duygu ve düşünceleri, dolayısıyla kadının cinsel cevap döngüsünü olumsuz yönde etkiler (Lamont ve ark 2012, van der Akker 2012). Bu çalışma sonucunda da kadının cinsel yaşamına yönelik düşüncesi ile kendisi ve eşinin cinsel açıdan değerlendirmesinin CFİ ve alt ölçek puanlarını ileri derecede etkilediği bulunmuştur ($p=0.000$). Özellikle cinsel yaşamını çok iyi gören kadınların kötü olarak değerlendirenlere göre cinsel doyumları ($p=0.006$), cinsel yaşamını iyi olarak değerlendiren kadınların ise orta olarak değerlendirenlere göre cinsel ilişki sıklığı/libido, doyum ve rahatsızlık puanları daha yüksek bulunmuştur ($p=0.000$). Bulgular, literatürü destekler şekilde kadının cinsel yaşama yönelik algısının CD'de önemli olduğunu ortaya koymaktadır. Bu bulgulara paralel olarak, kendisini çekici hissedenenlerin negatif ve normal hissedenenlere göre her boyutta daha iyi CF'ye sahip oldukları, kendisini normal hissedenenlerin negatif hissedenenlere göre daha iyi cinsel ilişki/istek ve rahatsızlık puanına sahip oldukları bulunmuştur ($p=0.001$). Benzer durum, eşinin kadınla ilgili cinsel değerlendirmesi için de geçerlidir. Özellikle, eşinin kendisini çekici bulunduğunu belirten kadınlar negatif ve normal bulunduğunu belirten kadınlara göre her boyutta; eşinin çekici bulunduğunu ifade edenler eşinin düşüncesini bilmediğini belirtenlere göre cinsel ilişki/istek, cinsel doyum ve genel CFİ boyutunda; eşinin normal bulunduğunu belirtenler de negatif bulunduğunu bildirenlere göre cinsel ilişki/istek, ilişkide rahatsızlık ve CFİ boyutunda

daha iyi cinsel yaşam özelliği göstermektedirler ($p=0.000$). Bulgular, kadının ve eşinin kendisiyle ilgili cinsel algısının da cinsel yaşam açısından önemli olduğunu göstermektedir. Ayrıca, bu araştırmada örneklemin yaklaşık 2/3'ünün cinsel açıdan kendini pozitif algılaması cinsel yaşamları açısından olumludur. Araştırmadaki kadınların nisbeten genç ve yeni evli olmalarına bağlı olarak kendilerini çekici bulmaları, cinsel yaşam açısından olumlu bir durum olarak değerlendirilebilir.

Kadınlar bedenlerini üreme amaçlı kullandıklarından, bu yeteneklerini kontrol etme hakkına sahip değillerdir. Cinsellik, kadınlar için mutluluk kaynağı olmaktan çok eşini mutlu etme ve çocuk yapmaya odaklı bir görev niteliğindedir. Kadınlar yaşadıkları cinsel problemleri kendi içlerinde yaşamakta ve profesyonel yardım almamaktadırlar (Chung-Park 2007, Ryan ve ark 2007b, Brandenburg ve Bitzer 2009, Zakhari 2009, Briedite ve ark 2013, van der Akker 2012, ACOG 2014). Özellikle günümüzde erken yaşlarda istenmeden yaşanan cinsellik (Lamont ve ark 2012), sonraki yaşamı olumsuz etkilemektedir. Tüm dünyada olduğu gibi (ACOG 2014), ülkemizde kadınlar eşleriyle cinsel konularda rahatça konuşamamakta ve kendi istekleri dışında sadece eşleri istediği için cinsel ilişkide bulunmakta, sonuç olarak cinsel yaşam kaliteleri olumsuz etkilenmektedir (CETAD 2006, Demirezen 2006a, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü 2014). Bu çalışmada da eşleriyle cinsel konularda rahatça konuşamayan ve istemeden cinsel ilişkide bulunan kadınların diğerlerine göre cinsel yaşamlarının her alanında daha fazla disfonksiyon yaşadıkları görülmüştür ($p=0.000$). Kadınlar genelde eşleriyle rahat konuşmalarına (%83) rağmen, istemeden cinsel ilişkide bulunmaları (%63.5) düşündürücüdür ve bu durum CD yaşanmasında etkili bir neden olabilir. Elde edilen bulgu, kadınlar batıda da yaşasa bu sorunun evrensel olduğuna dikkat çekmektedir. Bu, CD bozukluklarında eşlerin ele alınmasının önemini ortaya koyan bir bulgu olması açısından önemlidir. Kanıt dayalı bilgiler, ilişki/iletişim ve psikolojik faktörlerin kadın cinsel sağlığında majör etkiye sahip olduğunu (kanıt düzeyi II-2) ve CD'nin yönetiminde eşlerin de birlikte alınmasının (kanıt düzeyi II-3) yararına dikkat çekmektedir (Lamont ve ark 2012).

Ülkemizdeki kadınlar çok çeşitli jinekolojik sorunlar yaşamakta, bu sorunlardan özellikle dispareni, cinsel ilişki sırasında kuruluk, kanama, üriner inkontinas ve uterus prolapsusu gibi cinsel yaşamı etkileyebilecek sorunlar büyük oranda önemsenmemekte, hekimle paylaşılmamakta ve jinekolojik kontroller aksatılmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü 2014). Bu sorunların cinsel yaşamı olumsuz etkileyeceği açıktır (Clinton ve Laaser 2010, ACOG 2014). Özellikle kadınlar cinsel açıdan

sevgi, aşk, duygu ve endişelerini ifade etme ve paylaşmada zorlanmaktadırlar. Oysa cinsel endişelerin paylaşılması, cinsel sağlık için olmazsa olmaz bir zorunluluktur (Lamont ve ark 2012, McCarthy ve McCarthy 2012, van der Akker 2012, ACOG 2014). Safarinejad (2006), yardım almayan kadınların %63'ünün bu konuda yardım/destek almak istediğini belirtmektedir. Bu araştırmada da kadınların çok düşük oranda (%9.5) cinsel yaşamında sorun olduğunu belirtmesi, literatürü destekleyen bir bulgudur. Doğal olarak sorun yaşadığını belirten kadınların daha fazla CD yaşaması ($p=0.000$) kaçınılmaz bir sonuçtur. Buna karşılık yaşanan cinsel soruna yönelik profesyonel yardım almanın CFİ puanlarını etkilememesi ($p>0.05$) düşündürücüdür. Bu durum, gruptaki kadın sayısının az olmasıyla ilişkili olabilir, ayrıca yardımın eşle birlikte alınıp alınmadığı ve alınan yardımın türü ve niteliği de irdelenmelidir.

4.1.3. Kontraseptif Yöntemlerle İlgili Özelliklerin CFİ'ye Etkisine Yönelik Bulguların Tartışılması

4.1.3.1. Kontraseptif Yöntemlerle İlgili Özelliklere Yönelik Bulguların Tartışılması

Doğurganlık çağındaki kadınların, üretkenlikleri süresince farklı yöntemlere başvurdukları dikkati çekmektedir. Bunda yonteme bağıli yan etkiler ve yontemden memnuniyet ile eşlerin tercihi gibi nedenler önemli rol oynamaktadır (Mayda ve ark 2005, Gabalcı 2008, Atış ve ark 2010, Doğan Pekince ve Yılmaz 2012). TNSA verilerine göre, evli kadınların %78'i herhangi bir modern, %64'ü de herhangi bir geleneksel yöntemi kullanmışlardır. Akadlı Ergöçmen ve ark (2009b) en çok GÇ (%62.1), kondom (%43.7), RİA (%40.7) ve hap (%34.3) kullanıldığını belirtmektedirler. Birçok çalışmada bölgelere göre farklılık bulunmakla birlikte, kadınların daha önce en çok GÇ (%22.8-36.3), RİA (%20.7-73.9), hap (%13-30) ve kondom (%13-36.6) kullandıkları belirtilmektedir (Güngör ve ark 2006, Gabalcı 2008, Atış ve ark 2010, Temel 2012). Bu araştırmaya katılan kadınların da daha önce aynı yöntemleri kullandıkları (hap, RİA, takvim: %69.9, GÇ: %20.9, kondom: %9.2) ve bunun şu andaki yonteme göre farklılık göstermediği dikkati çekmiştir ($p>0.05$). Kondom kullanan kadınlar daha önce hap (%41.9), GÇ (%34.4) ve RİA (%23.7)'yi, GÇ'yi kullananlar da hap (%38.3), RİA (%36.7) ve kondomu (%23.3) benzer oranlarda kullanmışlardır.

Global olarak AP yöntemlerinin kullanımı %63, karşılanamayan AP gereksinimi ise %12 (%4-48) düzeyindedir. Bu ülkelere göre farklılık göstermekle birlikte, AP yöntemlerinin

ve özellikle modern yöntemlerin kullanımı gelişmiş ülkelerde oldukça yüksek düzeydedir. Modern yöntemlerden kondom (özellikle gelişmiş ülkelerde) kullanım kolaylığı, kolay elde edilebilirliği, HIV/AIDS gibi hastalıklara ve kansere karşı koruyucu özelliği ve yan etkisinin azlığı nedeniyle tercih edilen bir yöntem olma özelliği taşımaktadır. Genel olarak son 12 ayda erkeklerin %7-74, kadınların %7-66 arasında kondom kullandıkları bildirilmektedir (Rahmana ve ark 2010b, UN 2013b, WHO 2013). Geleneksel yöntemlerden popüler olan GÇ yöntemi ise genellikle gençler tarafından ve Tayland (%70) (Kovavisarach ve Saringcarnan 2010), Türkiye (%38.8-%39.4) (Şahin ve Kharboush 2007, Tanrıverdi ve ark 2008), Romanya (%35), Avustralya (%32) (Ong ve ark 2013), Amerika (%31.0) (Dude ve ark 2013), Pakistan (%28) (Naqvi ve ark 2011), İran (%24.8-%27.8) (Mehryar ve ark 2001, Shahpoorian ve ark 2014) ve Arnavutluk, Azerbeycan, Malta ve Sırbistan (%30) (UN 2013a,b) gibi değişik ülkelerde tercih edilen bir yöntemdir. Ülkemizde modern yöntem kullanımının %70'e çıkarılması (Akadlı Ergöçmen ve ark 2009b, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü 2014) ve karşılanamayan AP gereksiniminin %3'ün altına indirilmesi (Alata ve ark 2010) hedefine halen ulaşamamıştır. Son yıllarda yürütülen üreme sağlığı programları sonucunda karşılanamayan AP gereksinimi %6.2 düzeyine inmiş (WHO 2013, Eryurt ve ark 2009), herhangi bir yöntem kullanımı %73'e, modern yöntem kullanımı da %46'ya yükselmiştir. Ancak, geleneksel yöntem kullanımında önemli bir düşüş sağlanamamış ve mevcut durumunu (%27) korumuştur (Akadlı Ergöçmen ve ark 2009b). Çiftler tarafından en fazla kullanılan modern yöntemler RİA (%17-32.7), kondom (%14-47.3) ve hap (%13.9)'tır (Kaya ve ark 2008, Akadlı Ergöçmen ve ark 2009b, Çiftçi Öztürk 2009, Güzel Ertop 2009, Aktoprak 2012). Son verilere göre sıralama implant (%68.1), kondom (%66.4), GÇ (%63.7), RİA (%49.9), enjeksiyon (%42.3) ve hap (%28.6) şeklinde değişmiştir (Akadlı Ergöçmen ve ark 2009b, Güzel Ertop 2009). Geleneksel yöntemlerden olan GÇ (%23.1-26.2) ise halen tercih edilen yöntem olma özelliğini korumaktadır (Kaya ve ark 2008, Akadlı Ergöçmen ve ark 2009b). Kondom Batı'da %15.5, Ege'de %21.6 (Akadlı Ergöçmen ve ark 2009b), Aydın ilinde %41.4 (1. sırada) (Arviş 2008), GÇ ise Batı'da %27.1, Ege'de %25.5 (Akadlı Ergöçmen ve ark 2009b), Aydın'da %15.9 (3. sırada) (Arviş 2008) oranında tercih edilen yöntemlerdir. Bu çalışmada, örnekleme oluşturan kadınların %58.1'i kondom, %41.9'u GÇ yöntemi ile korunmaktadır. Normalde Batı'da ve Aydın il merkezinde bulunan kadınların modern yöntemleri çok, geleneksel yöntemleri ise daha düşük oranda kullanması beklenir. Kondom kullanım oranının, Batı ve Aydın ili verileri ile paralellik göstermesi, erkeklerin AP sorumluluğunu eşleri ile birlikte paylaşması yönünden olumlu bir durum olarak değerlendirilebilir. Buna karşın, GÇ yönteminin yüksek oranda tercih edilmesi önemlidir ve

özellikle son yıllarda artmış olan dış göçe bağlı ülke profilini yansıtan bir bulgu olarak düşünülebilir. Örneklemin düşük (yaklaşık %42) ve lise ve üzeri eğitime (%58) sahip ve orta gelirli ailelerden oluşması da bu durumu açıklayabilir.

Rahnama ve ark (2010b), örneklemin %70'inin modern yöntemle korunduğunu, ortalama yöntem kullanım zamanının modern yöntemler için 2.3 ± 2.9 , GÇ için 6.5 ± 4.9 yıl olduğunu saptamışlar ve modern yöntem kullanımındaki başlıca engellerin sağlık kaygıları, yan etkiler korkusu, yanlış bilgiler, güvenmeme ve memnuniyetsizlik olduğunu belirtmişlerdir. Ülkemizde GÇ 1993'ten bu yana yaklaşık aynı oranlarda (%26) ve çiftlerin en uzun süre kullandıkları yöntem olma özelliğini sürdürmektedir (Akadlı Ergöçmen ve ark 2009b). Buldurucu (2011) GÇ'nin iki yıl ve üzerinde (%61.4), Temel (2012) 1-10 yıldır (%80) kullanıldığını, Atış ve ark (2010) ortalama 2.98 ± 1.96 yıldır, Ersin ve ark (2003) ise 18.5 aydır kullanıldığını saptamışlardır. Çiftçi Öztürk (2009) kadınların kondomu bir yıl (%52.9), Ersin ve ark (2003) ise 4 ay kullandıklarını bildirmektedirler. Bu araştırmaya alınan kadınların da literatüre benzer şekilde şu andaki yöntemi 1-10 yıldır kullandıkları (%73.9; K: %79.4, GÇ: %66.4) ve GÇ'yi 11-25 yıldır tercih edenlerin daha fazla (%20.6-33.6) olduğu saptanmıştır ($p=0.001$). Kondomun uzun süre kullanılması, artan eğitim düzeyine paralel olarak kondomun bu bölgede daha tercih edilir bir yöntem olması ve kadınların evlilik sürelerinin kısa olması, GÇ'nin tercih edilmesi ise ülke profiline uygunluğu ile açıklanabilir.

Sağlıklı bir cinsel yaşam, istenmeyen gebelik ve olası zararlarından korunmak, ayrıca çiftlerin yönteme bağlı memnuniyetlerini ve yönteme devamı artırmak için AP yöntemlerinin düzenli ve doğru kullanılması son derece önemlidir (Chung-Park 2007, Ryan ve ark 2007a, Akadlı Ergöçmen ve ark 2009b, AGI 2012, van der Akker 2012, ACOG 2014). Doğru ve düzenli kullanıldığında başarısızlık oranı kondomda %2, GÇ'de %4 iken, tipik kullanımda (doğru ve düzenli kullanmama) kondomda %82-85'e, GÇ' de ise %19-27'ye yükselmektedir (Trussel ve Guthrie 2011, Bozdağ 2013, WHO 2013, ACOG 2014, Boynukalın ve ark 2014, Everett 2014). Ülkemizde kadınların 2/3'ü gebe kalılabilecek dönemi bilmemekte (Akadlı Ergöçmen ve ark 2009a,b), çoğu ülkede yöntemler doğru ve düzenli olarak kullanılmamakta (ACOG 2014) ve bir yılın sonunda tipik kullanıma bağlı istenmeyen gebelik oranı artmakta (K: %15-18, GÇ: %19-27) ve bir yıl gibi kısa bir sürede yöntem bırakılmaktadır (K: %57, GÇ: %54) (Trussel ve Guthrie 2011, Bozdağ 2013, Murray ve McKinney 2014, Everett 2014). Bu araştırmada, GÇ ile korunan kadınların %97.2'si yöntemi boşalma öncesinde kullandıklarını belirtmişlerdir. Buna karşın, kondomla korunan kadınların sadece 2/3'ünün yöntemi doğru zamanda, kalan 1/3'ünün ise boşalma öncesi ve yumurtlama döneminde

kullandığı saptanmıştır. Bu bulgu, kondom ve GÇ'nin tipik kullanım özelliğinin bu örneklem grubu için de geçerli olduğunu göstermesi ve kadınların üreme ve cinsel sağlıklarının risk altında olduklarına işaret etmesi bakımından önemlidir.

En uygun kontraseptif yöntemin seçiminde güvenlik, etkinlik, sağlanılabilirlik ve kabul edilebilirlik gibi birçok unsurun değerlendirilmesi önemlidir (CDC 2012, ACOG 2014, Boynukalın ve ark 2014, Everett 2014, Murray ve McKinney 2014). Çiftlerin etkin ya da etkin olmayan AP yöntemi kullanımını etkileyen faktörler; yöntemin güvenilirliği, yan etkileri, geri dönüşümlü olması, hormon içeriği, eşin tercihi, yöntem hakkındaki bilgi düzeyi, kadının sağlık durumu ve inançlarıdır (Ryan ve ark 2007a, Chung-Park 2007, Akadlı Ergöçmen ve ark 2009b, WHO 2013, Özdemir ve ark 2002, Everett 2014, Murray ve McKinney 2014). Kadınların %54.4'ü erkeğe ait yöntemlerin yaygın kullanılmadığını ve bunun gebelikten korunmada sorumluluğun kadına yüklenmesinden kaynaklandığını (%33.1) düşünmektedirler (Doğan Pekince ve Yılmaz 2012). Bununla birlikte, erkeğe yönelik yöntem kullanan çiftlerin yöntemi başlıca tercih nedenleri yöntemi güvenilir bulma, kullanım kolaylığı, daha sağlıklı olması ve eş tercihidir (Erbil ve ark 2005, Yanikkerem ve ark 2006, Doğan Pekince ve Yılmaz 2012). Kadınlar kondomu genellikle güvenilir (%43.4) ve rahat kullanım özelliği (%30.1), daha uygun bir yöntem olmaması (%16.9) ve eş isteği (%9.6) nedeniyle tercih etmektedirler (Tanrıverdi ve ark 2008). GÇ'yi ise gebelikten korunma (%72.1), güvenilir bulma (%33.3-38), yeni doğum/düşük yapma (%55.6), yan etkisinin olmaması (%40.5-46), sağlıklı olması (%20), eşin bu yöntemi tercih etmesi (%31.2-39.4), kolay uygulanması (%38.7), diğer yöntemleri bilmeme (%11.3-20.3), yan etkilerin olmaması ve ücretsiz olması (%5.6-25.7), kısa süre sonra çocuk sahibi olma isteği (%18), sağlık sorunları (%15.3), diğer yöntemlerin ücretli (%8) ve dinen sakıncalı (%6.7) olması, yaş ve deneyim ile gebelikten korunmada daha başarılı olma (%5.3) nedeniyle tercih etmektedirler (Tanrıverdi ve ark 2008, Çiftçioğlu ve Erci 2009, Buldurucu 2011, Temel 2012). Bu çalışmadaki kadınlar da literatürde belirtildiği gibi kullandıkları AP yöntemlerini güvenilir ve etkili olması, yan etkisinin bulunmaması ve kullanımının kolay olması nedeniyle seçmişlerdir. Kondomda güvenilir ve etkili olması (%66.1) ve yan etkisinin olmaması (%50.2), GÇ'de ise yan etkisinin bulunmaması (%60.8), kullanımının kolay olması (%47.5) ve güvenilir ve etkili olması (%41) başlıca tercih sebepleri olarak bildirilmiştir. Cinsel ilişkiyi olumsuz etkilememesi, önemli bir seçim nedeni olarak belirtilmemiştir (%7.5, K: %9.6, GÇ: %4.6).

Eşlerin çoğu AP yöntemine birlikte karar vermek istemekte, uygulama sorumluluğunun her iki çifte ait olması gerektiğini düşünmekte (Depe ve Erenel 2006, Altay

ve Gönener 2009, Aktoprak 2012) ve genellikle kadınlar (%12.6-14.8) (Gabalıcı 2008, Temel 2012, ACOG 2014, Everett 2014), erkekler (%16.4-33.3) (Altay ve Gönener 2009, Buldurucu 2011, Temel 2012) ya da her ikisi birlikte (%30.7-83.6) (Gabalıcı 2008, Altay ve Gönener 2009, Temel 2012, Everett 2014) karar vermektedirler. GÇ yöntemini daha çok erkeklerin tercih ettiği bildirilmektedir (Buldurucu 2011). AP konusunda eş ile konuşmanın, herhangi bir yöntem ve kondom kullanım sıklığını artırdığı belirtilmektedir (Akın ve ark 2006, ACOG 2014, Everett 2014). Bu çalışmaya alınan kadınların da literatürle benzer şekilde yönteme eşleri ile birlikte karar verdikleri görülmüştür (%61.2; K: %56.1, GÇ: %68.2). Ancak, yönteme eşi karar verenlerin oranı kondomda biraz daha fazladır (%36.2-26.3) ve her iki yöntemde de kadınların otonomisi yok denecek kadar azdır (p=0.021). Kadınların yönteme eşleriyle birlikte karar vermeleri, genelde literatürle ve Batı profili ile uyumludur. Bu bulgu, örneklemedeki kadınların en uzun süre şehirde yaşamaları ve eğitim düzeyleri ile ilişkili olabilir. Bunun yanında, kadına göre genellikle eşlerin kararda belirleyici olmaları düşündürücüdür. Bulgular, yöntem kararında ataerkil yapının da devam ettiğine işaret etmektedir.

Bireyler AP konusunda genellikle arkadaş, akraba, gazete, televizyon, dergi ve internetten bilgi almaktadırlar. Buralardan alınan bilgiler profesyonel olmayıp, daha çok rahatlık, eş tepkileri ve problemlere yöneliktir (ACOG 2014, Murray ve McKinney 2014). Bazı kadınlar sağlık personelinin rahatça bilgi alabilirken, bazıları çok sıkıntı yaşamaktadırlar (ACOG 2014). Ülkemizde AP yöntemleri konusunda başvuru alan ilk üç kaynak sırayla eczane (%47.9), sağlık ocağı/evi (%37.9) ve dükkan/marketler (%12)'dir. Modern yöntemler daha çok kamu ve özel sektörden, kondom ise en çok özel (%48), sonra kamu (%39) sektöründen sağlanmaktadır (Akadlı Ergöçmen ve ark 2009b). Bu çalışmada da kondomla korunan kadınlar yöntemi ASM (%50.8), eczane (%25.6) ve marketten (%19.3) temin etmişlerdir. Kadınların kondomu sağlık kurumu/personeli yanında eczaneden temin etmeleri sosyoekonomik düzeyleri ile ilişkili olabileceği gibi, bu konuda eşlerin etkili olduğunu ve rahat olamadıklarını da akla getirmektedir.

Bazı kadın/çiftler AP konusunda hemşire veya hekimden rahatça bilgi alabilirken, bazıları büyük zorluk yaşamakta, bu nedenle de daha çok profesyonel olmayan kaynaklardan bilgi almaktadırlar (ACOG 2014, Murray ve McKinney 2014). Bu açıdan hemşire/hekimin kadın/çiftleri doğru ve yeterli bilgilendirmesi çok önemlidir. Çünkü, iyi bilgi iyi karar vermeyi sağlar (ACOG 2014, Everett 2014). Aktoprak (2012), kadınların %77.1'inin, eşlerin %62'sinin AP konusunda danışmanlık hizmeti aldığını saptamıştır. TNSA 2008 verileri

kadınların yarısının kullandıkları modern yöntemlerin olası yan etkileri, %44'ünün yan etkiler ortaya çıktığında ne yapmaları gerektiği ve %43'ünün diğer kullanılabilir yöntemler hakkında bilgilendirildiğini göstermektedir. Bu oranlar Ege bölgesi için %50 civarındadır, ancak kondom için oldukça düşüktür (sırayla %21 ve %39) (Akadlı Ergöçmen ve ark 2009b). Bu çalışmaya alınan kadınların çok azı (%19.1) kullandıkları yöntem hakkında danışmanlık almışlardır. Bu oran, özellikle GÇ'de daha düşüktür (%23.3-13.4) ve aradaki fark anlamlıdır ($p=0.005$). Danışmanlık alanların %53.5'i yöntemle başlamadan önce, %46.5'i ise yöntemle başladıktan sonra danışmanlık aldıklarını belirtmişlerdir. Bu durum yöntemle göre değişmemektedir ($p>0.05$). Bu çalışmada, danışmanlık alan kadın oranının Ege bölgesine göre oldukça düşük olması anlamlıdır. Çünkü, örnekleme oluşturan kadınların bulunduğu bölgeler ASM ve Doğumevi gibi AP hizmeti alabilecekleri sağlık kurumlarına yakın mesafededir. Bu nedenle danışmanlık oranlarının yüksek olması beklenir. Düşük olmasının bir nedeni, aile hekimliğine geçişle beraber AP danışmanlık hizmetlerinde yaşanan aksaklıklar ile açıklanabilir. Diğer nedeni de örnekleme kadınlara ve eşlerinin sosyoekonomik ve kültürel özellikleri ve bunun getireceği farkındalıklarına bağlı olabilir. Çünkü, kadının toplumdaki statüsü, eğitim ve gelir düzeyinin düşüklüğü doğurganlık davranışlarını doğrudan etkileyen önemli bir faktördür (Godfrey ve ark 2011, van der Akker 2012, Murray ve McKinney 2014). Bu nedenle sağlık personelinin, özellikle hemşirelerin AP'ye yönelik danışmanlık hizmeti vermeleri, karşılanamayan AP gereksiniminin azaltılması ve mükemmel kontraseptif kullanımının artırılması açısından son derece önemlidir (Ryan ve ark 2007b, AWHONN 2012, WHO 2013, ACOG 2014, Murray ve McKinney 2014).

Hayatlarının bir döneminde kondom kullanan insanların (%90) (Martin ve ark 2000), %36-71 arasında kondom kullandığı (Bozdağ 2013), bir yılın sonunda tipik kullanımın getirdiği başarısızlık (%15-18) nedeniyle %57 oranında bırakıldığı belirtilmektedir (Trussel ve Guthrie 2011, Bozdağ 2013, ACOG 2014, Everett 2014). Kondomdan memnuniyet düzeyi %12.6-76.2 arasındadır ve en önemli memnuniyet nedeni yöntemle güvenmedir (Balcı ve ark 2008, Gabalcı 2008, Atış ve ark 2010, Temel 2012). Özellikle Afrika ve Asya gibi az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde fazlaca tercih edilen (%29-57) GÇ'de %19-27 oranında başarısızlık yaşanmasına ve bir yılın sonunda %54 oranında bırakılmasına rağmen (Trussel ve Guthrie 2011, Bozdağ 2013, UN 2013a,b, Everett 2014, Murray ve McKinney 2014) yüksek memnuniyet oranları (%53.6-84.4) dikkati çekmektedir (Yanikkerem ve ark 2006, Balcı ve ark 2008, Gabalcı 2008, Çiftçioğlu ve Erci 2009). Bir çalışmada kadınların %78.5'inin GÇ yöntemini güvenilir buldukları ve %95.4'ünün cinsel ilişkiyi kesintiye uğratmasından

rahatsızlık duymadıkları belirtilmektedir (Atış ve ark 2010). Buna karşın Güzel Ertop (2009), eşlerin ilk sırada GÇ'den, 2. sırada kondomdan memnun olmadıklarını, Temel (2012) de yönteme güvenme ve memnuniyet düzeyinin kadınlarda daha düşük olduğunu bildirmektedir. Ülkemizde kadınların %35'i bir yıl sonra kullandıkları yöntemi bırakmakta, 1. sırada hap (%50), 2. sırada GÇ (%37.5) ve 3. sırada kondom (%37.1) bırakılmaktadır (Akadlı Ergöçmen ve ark 2009b). Kullanılan yöntemler en çok güven duymama, başka bir yönteme geçme, gebe kalma ve yöntem başarısızlığı nedeniyle bırakılmaktadır (Gabalıcı 2008, Akadlı Ergöçmen ve ark 2009b, Aktoprak 2012, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü 2014). Atış ve ark (2010) yöntemlerin bırakılmasındaki en önemli üç nedeni enfeksiyon (%69.6), basit yan etkiler (%13) ve eşin istememesi (%13) olarak saptamıştır (Atış ve ark 2010). Kondomu bırakmanın başlıca nedenleri arasında memnun olmama (%49.1) (Aktoprak 2012), gebelik isteği (%18.4-33.4) (Akadlı Ergöçmen ve ark 2009b, Aktoprak 2012, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü 2014), gebe kalma korkusu (%26.2) (Gabalıcı 2008), kullanırken gebe kalma (%10.5-16.7) (Gabalıcı 2008, Akadlı Ergöçmen ve ark 2009b), menopoz (%25) (T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü 2014), daha etkili yönteme geçme (%10.5-11.8) (Akadlı Ergöçmen ve ark 2009b), kullanım güçlüğü ve eşin istememesi (%10.9-42.2) (Balcı ve ark 2008, Gabalıcı 2008, Aktoprak 2012), yan etkiler (%6.4) (T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü 2014), kondomdan tikslenme (%10.2), kondomun yırtılması (%10.2) (Gabalıcı 2008), allerji-kaşıntı (%7) ve kondom kokusu (%6.3) (Balcı ve ark 2008) belirtilmektedir. Kondom kullanımındaki azalma ya da bırakılmasında kondoma karşı negatif tutum ve davranışlar, cinsel ilişkiyi olumsuz etkilediği algısı, yetersiz bilgi ve psikolojik durum önemli faktörler olarak bildirilmektedir (Kinsella ve ark 2007, Ryan ve ark 2007b). GÇ yöntemini bırakma nedenleri arasında ise gebelik isteği (%14.3-43.8) (Akadlı Ergöçmen ve ark 2009b, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü 2014), kullanırken gebe kalma (%8.5-51) (Yanikkerem ve ark 2006, Gabalıcı 2008, Akadlı Ergöçmen ve ark 2009b, Aktoprak 2012, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü 2014), gebelik korkusu ve güvenli bulmama (%17.1-75.7) (Yanikkerem ve ark 2006, Balcı ve ark 2008, Aktoprak 2012), menopoz (%53) (T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü 2014), daha etkili yönteme geçme (%4.3-15.8) (Akadlı Ergöçmen ve ark 2009b, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü 2014), eşin istememesi ve rahatsızlık duyma (%7.1) (Balcı ve ark 2008), cinsel ilişkinin kesintiye uğraması (%41.4), cinsel isteksizlik (%27.6) (Gabalıcı 2008) ve cinsel yaşamın olumsuz etkilenmesi (%25) (Yanikkerem ve ark 2006) yer almaktadır. Bu çalışmadaki kadınların tamamına yakınının (%95.7) yöntemden memnun

olduğu ve bunun GÇ'de %4 daha fazla olduğu bulunmuştur ($p=0.035$). Memnun olmayan 19 kadının 11'i (%57.9) güvenilir bulmama ve gebelik, yedisi de rahat bulmama nedeniyle kondomdan memnun değilken, GÇ'den memnun olmayan beř kadın için neden güvenilir bulmama ve gebeliktir. Kadınların yonteme bağlı sorun yaşama oranı da dűřuktur (%13.1) ve kullandıkları yonteme göre önemli bir farklılık göstermemektedir ($p>0.05$). Sorun yaşayanların en önemli endişesi, literatürde de belirtildiği gibi gebeliktir. Buna karşın, kadınların çođu (%84.5) kullandıkları yontemi değiştirmeyi dűřünmemekte ve çok azı (%12) kararsızdır. Bu durum, yonteme göre de değişmemektedir ($p>0.05$). Araştırma bulguları kadınların genel olarak kullandıkları yontemden memnun olduklarını ve Atış ve ark (2010)'ın bildirdiği gibi, kullanılan AP yontemi gebelikten koruduğu sürece kadınların yonteme bağlı yaşadıkları sorunu önemsemediklerini göstermektedir.

4.1.3.2. Kadınların Kontraseptif Yöntemlerin Cinsel Yaşama Etkisine Yönelik Düşüncelerine Yönelik Bulguların Tartışılması

Bugün, birçok olumlu özelliği nedeniyle kondoma olan ilgi giderek artmaktadır ve gelişmiş ülkelerde sıklıkla kullanılmaktadır (UN 2013a,b, WHO 2013). Kondomun temiz olmayı sağlaması, güvenli olması, iletişimi ve cinsel ilişkiyi olumlu etkilemesi gibi birçok olumlu özelliği tercih edilmesine neden olmaktadır (van der Akker 2012, Everett 2014). Bununla birlikte, bazı kadın ya da eşler kondomun cinsel ilişkiyi kesintiye uğrattığını, bazı çiftlerde (özellikle erkekte) duyarlılığı azalttığını ve ereksiyonu güçleştirdiğini, kondomun itici, pis, hoş olmayan kokuda ve sevimsiz olduğunu düşünölebilmektedirler (T.C. Sağlık Bakanlığı 2011, ACOG 2014, Boynukalın ve ark 2014, Everett 2014, Murray ve McKinney 2014). Jones ve ark (2009), kadınların önemli bir bölümünde kondoma bağlı azalmış cinsel zevk, rahatsızlık ve kullanım zorluğu gibi problemler yaşadıklarını saptamıştır. Doğan Pekince ve Yılmaz (2012), kondom kullananların %61.8'inin (kullanmayanların %37.3'ü) cinsel isteksizlik yaşadığını, ancak yöntemi kullanmaya devam ettiklerini belirtmektedirler. Kondom kullanan kadınların önemli bir kısmı kondomun cinsel doyum (%66.3), cinsel istek (%86.9) ve cinsel ilişki sıklığına (% 89.1) bir etkisinin olmadığını ifade etmiştir. Kadınların bir kısmı da cinsel doyum (%27.1), istek (%13) ve cinsel ilişki sıklığının (%8.6) olumsuz etkilendiğini belirtmişlerdir. Bunun yanı sıra, cinsel doyumun (%6.5) ve cinsel ilişki sıklığının (%2.1) olumlu etkilendiğini belirten kadınlar da bulunmaktadır (Gabalıcı 2008).

GÇ yöntemi ile ilgili olarak Marchi ve ark (2008)'in Brezilya'da yaptıkları çalışmada, kadınların %52.7'sinin GÇ nedeniyle cinsel yaşantısının etkilenmediği, buna karşın %47.3'ünün haz alamama, rahatsız olma, sinirlenme ve duygusal olarak olumsuz etkilenme gibi farklı sorunlar yaşadıkları, gebelik ihtimalinin yüksek olmasından dolayı güvensizlik hissettikleri ve bu duygunun cinsel hayatlarını olumsuz etkilediğini saptamışlardır. Daha önceden GÇ yöntemi ve kondom kullanan, ardından farklı kontraseptif yönteme geçen kadınların cinsel doyum, cinsel istek ve cinsel ilişki sıklıklarının arttığı saptanmıştır. Daha önceden farklı kontraseptif kullanan kadınlar GÇ yöntemine geçtikten sonra cinsel doyum, cinsel istek ve cinsel ilişki sıklıklarının azaldığını belirtmişlerdir. Geleneksel bir yöntem olan ve erkeğin aktif olarak uygulaması gereken GÇ yöntemini kullanan kadınların önemli bir kısmı bu yöntemin cinsel doyumunu (%48.9), cinsel isteği (%80) ve cinsel ilişki sıklığını (%83.6) etkilemediğini belirtmişlerdir. Bunun yanında cinsel doyum (%51), cinsel istek (%11.9) ve cinsel ilişki sıklığının (%16.3) olumsuz etkilendiğini ifade eden kadınlar da bulunmaktadır (Gabalıcı 2008). Özara Koç (2009) da GÇ yöntemini kullanan kadınların

yarıdan fazlasının cinsellik (%52.7) ve korunma (%64.8) yönünden memnun olduklarını, eşlerin ise sadece %33'ünün cinsel ilişkilerinin etkilenmediğini, %62.6'sının haz alamama, bel ağrısı, sinirlenme gibi değişik şekillerde etkilendiğini saptamışlardır. GÇ ile korunurken yaşanan olası bir gebelik korkusu CF'yi olumsuz etkileyebilmektedir (Özara Koç 2009). Özara Koç (2009) GÇ'yi kullanan kadınların %60.4'ünün, Yanikkerem ve ark (2006) %65.2'sinin, Çiftçioğlu ve Erci (2009) %67.3'ünün bu yöntemi kullanırken gebe kalmaktan endişe ettiklerini saptamışlardır. Endişe etme nedenleri arasında GÇ'nin kesin güvenilir olmadığını düşünme (%80) ve yöntemi kullanırken yaşanan gebelik (%9) yer almaktadır (Özara Koç 2009).

Bu çalışmaya alınan kadınların kullandıkları yöntemlerin cinsel yaşamlarına etkisi konusundaki düşünceleri, cinsel istekleri dışında benzer bulunmuştur. Kadınlar kullandıkları yönteme bağlı cinsel ilişki sıklığı (%74.5), cinsel doyum (%71.8) ve cinsel yaşamlarının (%64.5) etkilenmediğini düşünmektedirler. Buna karşın %15 ile 24 arasında değişen oranlarda olumsuz etkilenme ve azalma olduğu belirlenmiştir ($p>0.05$). Kullanılan yönteme bağlı cinsel isteklerinin etkilenmediğini düşünen kadın oranı %65.6 olmakla birlikte, GÇ'yi kullananlarda cinsel istekte değişiklik olmayanların oranı kondoma göre %6 daha düşük (%68.1-%62.2), cinsel istekte artma ise iki kat daha fazladır (%8-15.7) ($p=0.023$). Araştırmada, kadınların yarısından fazlasında yönteme bağlı cinsel yaşamın olumsuz etkilenmemesi olumlu olarak değerlendirilse de, kondom kullananlarda bu oranın literatüre göre düşük olması önemlidir. Bu durum, kadınların yöntemle ilgili yaşadıkları sorunlara ve yöntem konusunda danışmanlık almamalarına bağlı olabilir. GÇ ile korunan kadınlarda literatürün aksine cinsel yaşam, doyum ve isteğin belirgin şekilde etkilenmemesi, hatta istekte artma olması ise kadınların eşleriyle cinsel konularda rahat konuşabilmeleri ile ilişkili olabilir. Bu durum, eşlerin kültürel olarak kondom ve GÇ'ye bakış açıları ile ilişkili de olabileceğinden, özellikle GÇ ile korunan kadın ve eşlerin cinsel yaşamlarının karşılıklı olarak irdelenmesi önemli olacaktır.

Aktoprak (2012), çiftlerin halen kullandıkları AP yöntemine ilişkin olarak "güvenli ve kullanımı kolay" (%75.8) şeklinde olumlu düşünceye sahip olduklarını bulmuştur. Kondomun doğum kontrolüne erkek katılımını sağlaması, hiçbir yan etkisinin olmaması, hormon içermemesi, eşlerin kontrolünde olması, erken boşalmayı önlenmesi, penisin etrafını sararak hafif turnike etkisi ile ereksiyonu kolaylaştırması, vajen kuruluşu olanlarda kayganlaştırıcı etkisinden yararlanılması, eşle cinsel konularda konuşma ve dokunma fırsatı vermesi, ön sevişmeye olanak vermesi, cinsel ilişki hazzını artırması, temiz olmayı sağlaması, gebelik ve

HIV'e karşı güvenli olması gibi pek çok olumlu yönleri vardır (T.C. Sağlık Bakanlığı 2005b, van der Akker 2012, ACOG 2014, Everett 2014) ve çalışmalar da bu olumlu etkiler ortaya konmuştur (Yanikkerem ve ark 2006, Gabalcı 2008, Temel 2012). Tanrıverdi ve ark (2008), eşi kondom kullanan kadınların %43.4'ünün bu yöntemi güvenilir bulduğu, %30.1'i kullanımı rahat olduğu, %16.9'u daha uygun bir yöntem olmadığı ve %9.6'sı ise eşi tercih ettiği için kondom kullanmaya devam ettiklerini belirlemiştir. GÇ'nin de cinsel aktivitenin doğallığını ve spontanlığını bozmaması, kullanımının kolay olması ve istendiğinde kolayca bırakılması, eşlerin kontrolü altında olması, dini inançlara uygun olması ve yan etkilerinin bulunmaması gibi olumlu özellikleri, bu yöntemin gelişmekte olan ülkelerde hala tercih edilmesine neden olmaktadır (Güngör ve ark 2006, Yanikkerem ve ark 2006, Atış ve ark 2010, van der Akker 2012, UN 2013a,b, Everett 2014). Yapılan çalışmalar da bu olumlu özelliklerin tercih sebebi olduğunu göstermektedir (Güngör ve ark 2006, Yanikkerem ve ark 2006, Gabalcı 2008, Atış ve ark 2010, Temel 2012).

Bu yöntemlerin cinsel yaşama olan olumsuz etkileri arasında ise cinsel temas sırasında glans penisteki duyarlılıkta azalma, cinsel ilişkide kesinti, yöntemi kullanırken gebe kalma, AP hizmetlerine ulaşmada/teminde sıkıntı yaşama, vajinada kuruluk ve tahriş, cinsel isteksizlik, ereksiyonda zorlanma, cinsel doyumda azalma ve cinsel açıdan tatmin olamama yer almaktadır (Yanikkerem ve ark 2006, Gabalcı 2008, Özara Koç 2009, Temel 2012, van der Akker 2012, Bozdağ 2013, ACOG 2014, Everett 2014). Kondom kullanan erkeklerde cinsel istekte azalma, ilişkiden zevk alamama ve libidoda azalma şikayetlerinin olduğu belirtilmiştir (Dündar ve ark 2005). GÇ yöntemi ise AP açısından belli bir değer taşısa da cinsel ilişkiye yönelik önemli olumsuzluklar içermektedir (ACOG 2014, Everett 2014). Gabalcı (2008) GÇ ile korunan kadınların %54.9'unun yöntemin cinsel ilişkiyi kesintiye uğrattığını, %37.3'ünün eşinin memnun olmadığını ve %7.8'inin de cinsel ilişkilerinden tatmin olmadıklarını belirlemiştir. Kılıç ve ark (2009), GÇ'nin cinsel yaşantılarını olumsuz olarak etkilediğini, ancak gebelikten koruduğu sürece cinsel yaşantıya olan etkisini daha geri plana atabildiklerini ve buna katlandıklarını belirtmişlerdir. Bir çalışmada GÇ'nin kadın ve erkekleri cinsel yönden aynı şekilde, fakat psikolojik yönden farklı etkilediği bulunmuştur (Buldurucu 2011). Çiftçioğlu ve Erci (2009), GÇ'nin kadınların çoğunda cinsel soğukluk, ilişkiden kaçma, gebe kalma korkusu, eşini kaybetme endişesi ve yetersiz olma hissi gibi olumsuz psikolojik sorunlara yol açtığını, bu yöntemin sürekli kullanılmasının cinsel doyumsuzluğa ve psikolojik gerginliğe yol açtığını bildirmiştir.

Bu araştırmadaki kadınlar kullandıkları yöntemle bağlı cinsel yaşamlarının daha çok olumlu (n=180; %34.7), daha az da olumsuz (n=91; %17.6) etkilendiğini düşünmektedirler. Bu soruyu yanıtlamayan 247 kadının düşüncelerine bağlı bu oranların değişme olasılığı vardır. Bununla birlikte, kadınların bu soruya yanıt vermemeleri de önemlidir ve kadınların cinsel konularda konuşmaktan çekindiklerini düşündürmektedir. Kondomun cinsel yaşamları üzerindeki olumlu etkilerini; literatürde belirtildiği gibi yan etkisinin olmaması (%41.6), güvenilir olması (%41.6), ilişkiyi kesintiye uğratmaması (%16.8) ve temiz olması (%12) olarak açıklamışlardır. GÇ'nin olumlu etkilerini ise yan etkisinin olmaması (%54.6), pratik, doğal (%21.8) ve güvenilir (%12.7) olması şeklinde sıralamışlardır. Bulgular, literatürle örtüşmektedir. Kondomun cinsel yaşamları üzerindeki olumsuz etkileri arasında hissi azaltması (%48.5), ses yapması (%18.3), kullanımının zor olması (%16.6) ve ilişkiyi kesintiye uğratması (%16.6); GÇ yönteminin ise ilişkiyi kesintiye uğratması (%88) belirtilmiştir. Kadınların yöntemlere ilişkin belirttikleri olumsuz etkiler literatürle uyumludur ve kullandıkları yöntemin cinsel yaşamlarını olumsuz etkileyebileceğini de göstermesi açısından önemlidir. Bu nedenle gerek kullandıkları yöntem, gerekse cinsel yaşamlarına yönelik sürekli danışmanlık verilmesi önemli olacaktır. Çünkü, bilgi motivasyonu ve yöntem kullanımını artıran önemli bir güçtür (Ryan ve ark 2007b, AWHONN 2012, ACOG 2014).

4.1.3.3. Kadınların Kontraseptif Yöntemlerin Cinselliğe Etkisiyle İlgili Düşüncelerin CFİ'ye Etkisine Yönelik Bulguların Tartışılması

Sağlıklı cinsellik; içsel, kişilerarası, sosyal ve psikolojik faktörler tarafından belirlenen kompleks ve multifaktöriyel bir kavramdır (ACOG 2014). Algılar davranışları yönlendiren ve kişinin sağlığını, mutluluğunu etkileyen önemli unsurlardan biridir (McCarthy ve McCarthy 2012). AP hizmetlerinde kadınların ve eşlerin yöntemlere ve etkilerine ilişkin algıları, birbirleriyle ilişkilerini, cinsel yaşamlarını, yöntemle devamlarını ve memnuniyetlerini, doğal olarak ta sağlıklarını doğrudan etkilemektedir (Gabalcı 2008, Everett 2014, Murray ve McKinney 2014). Cinsel yaşantıdan alınan doyum ve cinsel ilişki sıklığı arttıkça CFİ puanı da artmaktadır (Song ve ark 2008, Özara Koç 2009, Jaafarpour ve ark 2013). Birçok çalışma, kadın ve eşlerin GÇ ve kondomun cinsel yaşamlarını (istek, sıklık, doyum ve rahatsızlık) olumsuz etkilediği düşüncelerini destekler niteliktedir (Yanikkerem ve ark 2006, Gabalcı 2008, Higgins ve ark 2008, Higgins ve Hirsch 2008, Rahmana ve ark 2010a,b, Fennell 2014). Bu araştırma sonucunda da kadınların eşlerinin kullandığı AP yöntemlerinin cinsel yaşam, cinsel ilişki sıklığı, cinsel istek ve cinsel doyumlarına etkisine ilişkin algılarının CD yaşamalarında etkili olduğu bulunmuştur (p<0.05). Özellikle, "kullandığımız yöntem cinsel

yaşamımızı bu yönlerden etkilemedi” diyen kadınların hiç CD yaşamadıkları, buna karşın “olumlu etkiledi, artırdı” diyenlerin sınırdaki CD yaşadıkları, “azaldı ya da olumsuz etkiledi” diyenlerin ise daha fazla CD yaşadıkları dikkati çekmiştir. Farklılığın, tüm gruplar arasında önemli olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Bulgulara dayanarak, danışmanlık hizmeti içinde kadınların AP yönteminin cinselliğe etkisiyle ilgili algılarına yer verilmesinin önemli olduğu söylenebilir. Bunun yanında, kullanılan yöntemin mi yoksa eş ilişkileri ve cinsel yaşamın mı CD’ye neden olduğunun ayrımı tam olarak yapılamadığından, evlilik öncesi ve sonrası izlem ve saha çalışmalarına gereksinim ortadadır.

4.1.3.4. Kontraseptif Yöntemlerin CFI’ye Etkisine Yönelik Bulguların Tartışılması

Kadınlar daha önce en sıklıkla GÇ (%62), kondom (%43.7), RİA (%40.7) ve hap (%34.3) kullanırken, halen sırayla GÇ (%26.2), RİA (%16.9), kondom (%14.3), TL (%8.3) ve hap (%5.3) kullanmaktadırlar (Akadlı Ergöçmen ve ark 2009b). Son verilere göre kadınların %65.4’ünün herhangi bir yöntem kullandığı ve en çok implant (%68), kondom (%66.4), GÇ (%63.7), RİA (%49.1), takvim (%43.9), enjeksiyon (%42.3) ve hapın (%28.6) kullanıldığı bildirilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü 2014). Yöntem bırakma hızı kullanılan yöntemlere göre değişmektedir. TNSA’ya göre kadınların son beş yıl içinde yöntem bırakma nedenleri incelendiğinde; hap ve RİA gibi modern yöntemlerin yan etkiler, sağlık kaygısı ve gebe kalma isteği nedeniyle bırakıldığı, kondomun gebe kalma isteği (%33.4), kullanırken gebe kalma (%16.7) ve daha etkili yöntemlere geçme (%11.8), GÇ’nin ise kullanırken gebe kalma (%34.7), gebe kalma isteği (%27.1) ve daha etkili yöntemlere geçme (%15.8) nedeniyle bırakıldığı saptanmıştır.

Yöntem bırakma/memnun olmama nedenleri arasında yöntemin cinsel yaşama etkileri önemli yer tutmaktadır (Dündar ve ark 2005, Doğan Pekince ve Yılmaz 2012, Bozdağ 2013, ACOG 2014, Everett 2014). Literatürde kullanılan yöntemlerin cinsel yaşamın istek, doyum, sıklık ve rahatsızlık gibi pek çok boyutunu etkilediği (Gabalıcı 2008, Jones ve ark 2009, Rahnama ve ark 2010a, Roberts ve ark 2012, Doğan Pekince ve Yılmaz 2012, ACOG 2014, Everett 2014) belirtilmektedir. Ancak, TNSA (Akadlı Ergöçmen ve ark 2009b) ve Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü çalışması (2014)’na göre yöntem bırakma nedenleri arasında sadece *cinsel ilişkiye nadir olarak girme* yer almaktadır ve kondom ve GÇ için bu nedenin çok düşük olduğu (%1.9-2.7) dikkati çekmektedir. Bu oran hap ve RİA için %1-4 dolayındadır. Roberts ve ark (2012), OK kullanan kadınların cinsel memnuniyet ve cazibe skorlarının kullanmayanlara göre daha düşük olduğunu ve bunların ilişkiden artan

doyumsuzluk yaşadıklarını belirtmektedirler. GÇ cinsel ilişkiyi plato fazında yarıda kestiği için eşlerin her ikisinin birlikte cinsel doyuma ulaşmalarını engellemektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı 2005b, Everett 2014). Yanikkerem ve ark (2006), GÇ yöntemini kullanan kadınların 1/4'ünün cinsel yaşamlarının olumsuz etkilendiğini saptamışlardır. Bu araştırmada da literatürde belirtildiği gibi daha önce hap, RİA ve takvim yöntemini kullanmış olanların, GÇ ve kondomla korunanlara göre daha yüksek CFİ'ye sahip oldukları ($p>0.05$), ancak farklılığın sadece cinsel doyum alanında olduğu ($p<0.05$) görülmüştür. Bulgular, kadınların kondom ve GÇ'ye bağlı cinsel doyumlarının olumsuz etkilendiği verilerini destekler niteliktedir. Bunun nedeni, hap ve RİA ile korunan kadınların daha az gebelik kaygısı yaşamaları ve kondom ve GÇ'ye bağlı da daha fazla endişe hissetmeleri ile ilişkili olabilir. Ayrıca hap, RİA ve takvim yöntemi ile korunan kadınların sayıca fazla olmaları da bunda etkili olabilir. Bu nedenle tüm yöntemlerin etkisinin incelendiği ileri araştırmalar yararlı olabilir.

Kadınların %72.5'i GÇ'nin güvenli olmadığını düşünmektedir (Doğan Pekince ve Yılmaz 2012). Çalışmalarda kadınların %52.7-84.4 arasında memnun olduğu (Yanikkerem ve ark 2006, Özara Koç 2009), buna karşın %56'sının cinsel yaşantısının orta/az düzeyde doyurucu olduğu, GÇ kullanmadan önce %47.3'ünün, kullanırken %7.7'sinin doyurucu bulduğu, %45'inin değişmediğini belirttiği, %47.3'ünün haz alamama, rahatsızlık, sinirlenme ve duygusal olarak kötü hissetme gibi sorunlar yaşadıkları (Özara Koç 2009), %25'inin cinsel yaşantısının olumsuz etkilendiği (Yanikkerem ve ark 2006), yine %88'inin cinsel isteğinde azalma olduğu, %83.6'sının cinsel ilişki sıklığı ile %51'inin cinsel doyumlarının olumsuz etkilendiği ve yöntemle ilgili sorun yaşayanların cinsel ilişkinin kesintiye uğraması (%54.9), eşin memnun olmaması (%37.3) ve cinsel ilişkiden tatmin olamamadan (%7.8) yakındıkları bulunmuştur (Gabalıcı 2008). Yanikkerem ve ark (2006), kadınların %65'inin bu yöntemi kullanırken gebe kalmaktan korktuğunu ve %51'inin istenmeyen gebelikle karşılaştığını bildirmişlerdir. GÇ'nin bu kadar dezavantajlarına rağmen eşlerin kontrolü altında olması, erkeğin boşalma üzerindeki kontrolü ile cinsel isteği artırması ve boşalma süresine bağlı hissedilen olumsuz duyguları azaltması, ilişkinin spontanlığını bozmaması, kullanım kolaylığı ve istendiğinde kolayca bırakılması, sağlıklı olması, infertiliteye sebep olmaması, yan etkisinin olmaması ve dinen uygun olması günümüzde özellikle gelişmekte olan ülkelerde ve ülkemizde popülaritesini korumasına neden olmaktadır (Yanikkerem ve ark 2006, Higgins ve ark 2008, Higgins ve Hirsch 2008, Akadlı Ergöçmen ve ark 2009b, Atış ve ark 2010, UN 2013a,b, Everett 2014). Temel (2012), erkeğin cinsel isteği arttıkça kadının eşin boşalma

üzerindeki kontrolünü daha iyi olarak değerlendirdiği ve GÇ'ye bağlı ilişkiden aldığı zevkin arttığını saptamıştır.

Gelişmiş ülkelerdeki çiftlerin tercihi olan ve bugün HIV dahil CYBE'ye karşı koruyuculuğu kanıtlanan kondomun da cinsel yaşama olumlu etkileri oldukça fazladır. Özellikle korunmanın kadının işi olmaktan çıkması, erken boşalmayı önlemesi ve ereksiyonu kolaylaştırması, lubrikasyonu sağlaması, yan etkisinin olmaması, eşlere dokunma, konuşma ve ön sevişme için fırsat vermesi birçok çift için cinsel ilişki hazzını artıran etkenlerdir (T.C. Sağlık Bakanlığı 2005b, Everett 2014). Kondom kullanan kadınların %86.9'unun cinsel istek, %89.1'inin cinsel ilişki sıklığı ve %66.3'ünün cinsel doyumlarının etkilenmediği, %27.1'inin doyumlarının ise olumsuz etkilendiği belirtilmiştir (Gabalıcı 2008). Kondom kullanmayan kadınların %62.7'si kondomun cinsel isteksizlik yapmayacağını düşünmekte ve kondom kullananların %38.2'si cinsel isteksizlik yapmadığını belirtmektedir (Doğan Pekince ve Yılmaz 2012). Haddada ve ark (2012), erkek kondomunda ilişki süresini 19 dakika olarak (kadın kondomunda 16 dakika) bulmuştur. Kondomun bu olumlu özellikleri yanında güvenli seks uygulamalarının yarattığı yorgunluk ve HIV'in yönetilebilir bir hastalık olduğu düşüncesi (Fisher ve Black 2007), güvenli cinselliği planlayamama ve gebe kalmayacağı düşüncesi (Kinsella ve ark 2007), kondoma ilişkin yetersiz bilgi (Ryan ve ark 2007b) ve depresyon (Byerly ve Byerly 2005) gibi faktörler kondomdan memnuniyeti etkilemektedir. Diğer yöntemlere göre özellikle eşlerin kondom kullanmak istemediğini (Dündar ve ark 2005, Balcı ve ark 2008, Gabalcı 2008) ve erkeklerde cinsel istekte azalma, ilişkiden zevk alamama ve libidoda azalma şikayetlerinin daha fazla olduğunu (Gabalıcı 2008) bildiren çalışmalar vardır. Higgins ve ark (2008) ile Higgins ve Hirsch (2008), kadınların yarısından fazlasında cinsel hazzın azaldığını bildirmişlerdir. Bu araştırmanın bulguları da kondomla korunan kadınların GÇ ile korunan kadınlara göre cinsel doyum dışında daha iyi CF puanına sahip olduklarını ortaya koymuştur ($p < 0.05$). Bulgular, kondomun cinsel doyum açısından önemli bir sorun olarak algılandığını belirten çalışmaları desteklemesi açısından önemlidir ve nedenlerinin ayrıntılı olarak irdelenmesini gerektirmektedir.

Kondom ve GÇ yöntemine uzun süre devam etmede geleneksel ve doğal bir yöntem olması, insanların eski alışkanlıklarından vazgeçmelerinin güç olması, evlilik süresi ve toplam gebelik sayısı, yöntem kullanma süresi ve eş tercihi, güvenli seks uygulamaları, güvenilir olması, yan etkiler, güvenli ve doyurucu bir cinsel yaşam, cinsel ilişkiye engel olma ve eş ilişkileri gibi birçok faktörün etkili olduğu bildirilmektedir (Yanikkerem ve ark 2006, Balcı ve ark 2008, Gabalcı 2008, Rahmana ve ark 2010a,b, ACOG 2014, Everett 2014). Rahmana ve

ark (2010b), İran'lı kadınların GÇ'yi ücret gerektirmeden her an mevcut olması (%89), yan etkisinin daha az olması (%80.7) ve kullanımının kolay olması (%70.3) nedeniyle kullandıklarını belirtmişlerdir. GÇ diğer yöntemlere göre gebelik riskini 1.75 kat, acil kontraseptif yöntem kullanma riskini de 1.57 kat artırmaktadır (Dude ve ark 2013). Bir çalışmada evli kadınların son cinsel ilişkilerinde %22.2 oranında kondom kullandığı ve %73.4'nün kondom kullanımında uzlaşma sağlamasına rağmen, çoğunun kondomu güvenli bulmadıkları saptanmıştır (Exavery ve ark 2012). Ayrıca, kondom dahil tüm yöntemlerin %28-43 arasında 12 ay içinde değiştirilmek istendiği bulunmuştur. Bir çalışmada, kondom kullanımında eş ilişkileri ile tatminle ilişkili inançların etkili olduğu bildirilmiştir (Geter ve Crosby 2014). Kondomda başarısızlık daha az olmasına rağmen (ACOG 2014), bir yılın sonunda kondomu bırakma hızının GÇ'ye göre daha fazla olduğu belirtilmektedir (Moreau ve ark 2009, Trussel ve Guthrie 2011, Bozdağ 2013, ACOG 2014). Bir yılın sonunda kondomu bırakma oranı %57 iken, bu oran GÇ'de %54'tür (Trussel ve Guthrie 2011). Ülkemizde GÇ 20 yıldan fazla süreden beri en fazla tercih edilen yöntem olmakla birlikte, GÇ dahil tüm yöntemlerin ortalama 12 ay süre kullanıldığı (Akadlı Ergöçmen ve ark 2009b) ve son bir yıl içinde kondom ve GÇ ile korunan her üç kadından birinin bu yöntemleri bıraktığı bildirilmektedir (Akadlı Ergöçmen ve ark 2009b, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü 2014). Kondom evliliğin ilk 0-6 yılı, GÇ ise en yüksek 2-4 yılında kullanılmakla birlikte, evliliğin her döneminde farklı sürelerde kullanılmaktadır (Özara Koç 2009, Doğan Pekince ve Yılmaz 2012). Rahmana ve ark (2010b), GÇ'nin 6.5, modern yöntemlerin ise 2.3 yıldır kullanıldığını ve modern yöntem kullanımının önündeki engellerden biri olarak cinsel tatminsizliği saptamışlardır. Atış ve ark (2010), eşinin tercihi (%47.7) nedeniyle 2.98 yıldır (min:1, max:8) GÇ kullanan kadınların %95.4'ünün cinsel ilişkiyi kesintiye uğratmasından rahatsızlık duymadıklarını, %78.5'inin ise güvenilir bir yöntem olarak bulduklarını, ancak %69.2'sinin yöntemden memnun olduklarını bildirmişlerdir. Sonuç olarak, hem kondom hem de GÇ çeşitli nedenlere bağlı olarak cinsel doyumsuzluğa neden olabilmektedir. Bu çalışmada kondom ve GÇ'yi 1-10 yıldır kullanan kadınların 11 yıl ve üzerinde kullananlara göre daha iyi CF puanlarına sahip olmaları ($p<0.05$), kullanılan yöntem ve yöntemle ilgili bilgi alma dışında kadınların yaşı ve evlilik süreleri gibi diğer faktörlerle de ilişkili olabilir. Ege ve ark (2010) da yöntem kullanımı ile CD arasında önemli bir ilişki bulamamıştır. Yaş (2.39 kat risk) ve evlilikten tatmin (2.35 kat risk) olmama CD'nin önemli nedenlerinden biri olarak bildirilmektedir (Safarinejad 2006, Zhang ve ark 2013). Kavanaugh ve ark (2012), eşlerin kontraseptif hizmetlere katılmasındaki en önemli belirleyicilerinden biri olarak kontraseptif kullanımını değil, eşlerin ilişkilerinden

aldıkları doyumunu saptamıştır. Cinsel tatmin, güvenli seks uygulamaları ile de ilişkilidir. İlk ve izleyen cinsel ilişkilerde kontraseptif kullanımı, eşlerin cinsel ilişki zevki ve tatmininden büyük ölçüde etkilenmektedir (Higgins ve ark 2008, Higgins ve Hirsch 2008). Bir çalışmada cinsellik ve cinsel iletişimdeki rahatlığın kondom kullanımına yönelik çabaları ve iletişimi artırdığı görülmüştür (Deardorff ve ark 2013).

Kontraseptif kullanımı ile kadın CD'si arasında bir ilişki olmadığını belirten çalışmalar sınırlıdır (Souki and Sharifi 2005, Ege ve ark 2010, Surendranath ve ark 2012, Jaafarpour ve ark 2013). Gebeliği önleyici yöntemlerin doğru zamanda ve doğru şekilde kullanılması gebelik riskini azaltması ve güven oluşturması nedeniyle eşlerin ilişkilerini ve cinsel yaşamlarını olumlu etkiler (Higgins ve ark 2008, Higgins ve Hirsch 2008, ACOG 2014, Everett 2014). Kondom ve özellikle GÇ'nin bırakılmasında yöntem başarısızlığının en önemli neden olduğu dikkate alındığında, bu yöntemlerin doğru zamanda ve doğru şekilde kullanılmadığı ve bunun cinsel yaşamı olumsuz etkilediği açıkça söylenebilir. Ülkemizde kadınların sadece %25.6'sı gebe kalınabilecek zamanı doğru bilmesi ve bir yıl içinde yöntemlerin bırakılması (Akadlı Ergöçmen ve ark 2009a,b), yaşanacak cinsel problemleri daha da artırabilir. Çiftçioğlu ve Erci (2009), çoğu kadının GÇ'den memnun olduğunu ve GÇ'yi gebelik nedeniyle bıraktığını, ancak daha sonra yeniden kullandıklarını saptamıştır. Avustralya'daki bir çalışmada kondom ve haptan sonra 3. sırada kullanılan ve daha çok gençlerin tercih ettiği GÇ'den tatminsizlik yüksek bulunmuştur (Ong ve ark 2013). Buna karşın, uzun dönemli kondom kullanımı beklenmeyen ilişkilerin getireceği risklerden korunmada en etkili yöntemdir (van der Akker 2012). Çok etkili olması için genital temastan önce uygulanması gerekir (Clinton ve Laaser 2010). Ancak, uygun şekilde kullanılmaması durumunda gebelik riski %18'leri bulabilmektedir (Trussel ve Guthrie 2011). Fataneh ve ark (2013), İran'lı kadınlarda CD'yi en az kondom, en fazla vazektomide saptamışlardır. Bu çalışma sonucunda da kondomun doğru şekilde ve zamanda kullanılmamasının kadın CF'sini etkilediği, ancak anlamlılığın sadece cinsel ilişki sıklığı/libido boyutunda olduğu ($p<0.05$) görülmüştür. Bu, kadınların artan gebelik riskine karşı ilişkiden kaçınmaları ile açıklanabilecek olağan bir sonuçtur.

Cinsellikle ilgili eğitim alma kadınların cinsel yaşam kalitesini artırmaktadır (Clinton ve Laaser 2010, Lamont ve ark 2012, van der Akker 2012, Yaralı 2013, ACOG 2014, Everett 2014). Yöntemle ilgili etkili ve sürekli danışmanlık alma ise yönteme bağlı yaşanacak sorunları engellemesi ve sağlıklı bir cinsel yaşama katkıda bulunması nedeniyle büyük bir öneme sahiptir. Bu danışmanlığın sürekli olması ise kaçınılmazdır (Ryan ve ark 2007b, Arviş

2008, Özara Koç 2009, Gerçek ve Pala 2011, Godfrey ve ark 2011, Lamont ve ark 2012, Everett 2014, Murray ve McKinney 2014). Literatürde danışmanlık alan kadın ve erkeklerin yönetime bağlı memnuniyetlerinin, dolayısıyla da cinsel yaşamlarının olumlu etkilendiği belirtilmektedir (van der Akker 2012, ACOG 2014, Everett 2014, Murray ve McKinney 2014). TNSA'ya göre kadınların yarısına yöntemin yan etkileri, %44'üne yan etkilerde ne yapacakları ve %43'üne diğer yöntemler hakkında bilgi verilirken, kondom kullanan kadınların sadece %26.2'si kondomun yan etkileri, %21'i yan etkilerde ne yapacakları ve %39'u diğer yöntemler hakkında bilgilendirilmişlerdir (Akadlı Ergöçmen ve ark 2009b). Bu araştırma sonucunda kullanılan yöntemle ilgili danışmanlık alan ve almayan kadınların CFİ puanlarının 30'un altında olduğu ($p>0.05$), yani CD yaşadıkları saptanmıştır. Bu bulgu, AP danışmanlığı içinde cinsel yaşama dair bilgilerin yeterince ele alınmadığını düşündürmektedir ve verilen danışmanlık hizmetlerinin irdelenmesini gerektirir. Araştırmada yönetime başladıktan sonra danışmanlık alınması, cinsel ilişkide yaşanan rahatsızlığı da azaltmıştır ($p=0.046$). Bulgular, AP hizmetlerinde yöntemlere ve yöntemlerin cinsel yaşama etkilerine yönelik olarak sürekli verilecek danışmanlığın önemine işaret etmektedir.

AP yöntemleri hakkında bilgi sahibi olmak, hem gebeliği önleyici bir yöntem kullanıp kullanmama hem de hangi yöntemin kullanılacağı kararı açısından oldukça önemlidir. Doğurganlığın kontrolüne ilişkin olarak bilgi sahibi olunması, bu yöntemlere ulaşılması ve daha sonra da uygun bir gebeliği önleyici yöntemin zamanında ve etkili olarak kullanılması için oldukça önemli bir adımdır (van der Akker 2012, ACOG 2014, Everett 2014, Murray ve McKinney 2014). Ancak, ülkemizde kadınların %61.5'i kullanacakları AP yöntemine eşleriyle birlikte, %25.5'i kendisi, %12'sinin de eşi karar vermektedir (Akadlı Ergöçmen ve ark 2009b). Kullanılacak AP yöntemine birlikte karar veren eşlerin kontraseptif uyumları, memnuniyetleri ve cinsel yaşamları olumlu etkilenmekte, bu kadınlar daha az CD yaşamakta, kadının söz hakkı olmadığı durumda ise çeşitli cinsel sorunlar yaşanmaktadır (Altay ve Gönener 2009, Rahmana ve ark 2010a, Gerçek ve Pala 2011, Doğan Pekince ve Yılmaz 2012, Surendranat ve ark 2012, ACOG 2014, Murray ve McKinney 2014). Bu araştırmada da literatürde vurgulandığı gibi, yönetime eşiyile birlikte veya kendisi karar veren kadınların sadece eşi karar veren kadınlara göre doyumlu ve daha az rahatsızlık veren bir cinsel yaşama sahip oldukları bulunmuştur ($p=0.003$). Bulgular, AP danışmanlığına, özellikle yönetime karar verme sürecine eşlerin birlikte katılımlarının olumlu yansımalarına dikkat çekmektedir.

Kontraseptif kullanımı, eşlerin cinsel ilişki hazzı ve tatmininden büyük ölçüde etkilenir (Higgins ve Hirsch 2008, Higgins ve ark 2008). Bunun tersini söylemek de

mümkündür. Kullanılan yöntemle bakış açısı, tutumlar ve inançlar yöntemle ilgili olarak yaşanan sorunları ve dolayısıyla eşlerin cinsel yaşamlarını etkiler (ACOG 2014, Everett 2014). Bu sorunlar yöntemin yan etkileri ile ilişkili olabileceği gibi, cinsel yaşama yönelik de olabilir (Doğan ve Saraçoğlu 2009, Temel 2012, Yaralı 2013, ACOG 2014). Bu araştırmada, yöntemle ilgili sorun yaşayanların sorun yaşamayanlara göre CFİ ve cinsel doyum puanları, sorun yaşamayanların ise sorun yaşayanlara göre cinsel ilişkide rahatsızlık puanları biraz yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Bu bulgu, literatüre göre beklenmedik bir durumdur. Bunun nedeni, araştırmada az sayıda kadının sorun yaşaması olabilir. Ayrıca, kadınların yaşadıkları cinsel problemleri önemsemedikleri, paylaşmadıkları ve farkında olmadıkları dikkate alınırsa (ACOG 2014, Everett 2014), sorun yaşamadığını belirten kadınların da cinsel sorun yaşama olasılıkları vardır. Bu yönden ileri araştırmaların yapılması önemli olabilir. Çünkü, cinsellik halen tabu olan bir konudur ve bölgesel ve kültürel farklılık gösterebilmektedir.

Kontraseptif hizmetlere eş katılımında en önemli faktörün kontraseptif kullanımından çok eş ilişkilerinin önemli olduğu belirtilmektedir (Kavanaugh ve ark 2012). Cinsel zevkin az ya da hiç olmaması da modern yöntem (kondom) kullanmama veya düzenli kullanmada etkili bir nedendir (Fennell 2014). Ülkemizde, çiftlerin GÇ ve kondomu yöntem başarısızlığı ve daha etkili bir yöntemle geçme düşüncesiyle bıraktıkları, başka bir yöntemle geçme davranışının kondom kullananlarda biraz daha yüksek olduğu, ancak halen en çok GÇ'yi tercih ettikleri ve kadınların yaşadığı cinsel sorunları önemsemedikleri bilinen bir gerçektir (Akadlı Ergöçmen ve ark 2009b, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü 2014). Bununla birlikte, yöntem memnuniyeti eşleri duygusal ve cinsel her yönden olumlu etkiler (Sanders ve ark 2001, Yanikkerem ve ark 2006, Temel 2012, Ong ve ark 2013). Yöntemden memnun olmama, yöntem değiştirme düşüncesini beraberinde getirir ve bu da eşlerin cinsel yaşamını doğrudan etkileyebilir (Güzel Ertop 2009). Araştırmalarda yöntem memnuniyeti olan ve yöntemi değiştirmek istemeyen kadınların daha iyi CF gösterdikleri belirtilmektedir (Acar 2008, Kütmeç 2009, Temel 2012). Bu çalışmadaki kadınların CFİ skorları 30'un altında olmakla birlikte, kullandığı yöntemden memnun olan kadınların daha doyumlu bir cinsel yaşama sahip oldukları ve sınırda CD yaşadıkları bulunmuştur ($p<0.05$). Örneklemdeki kadınlar genellikle yöntemi değiştirme düşüncesinde değildirler. Bu nedenle, yöntemi değiştirmeyi düşünmeyen kadınların yöntemi değiştirme düşüncesinde olan kadınlara göre daha doyumlu bir cinsel yaşam sergilemeleri beklenir bir bulgudur ($p=0.001$). Bulgular, literatürü destekler yöndedir.

4.1.3.5. Kadın CF'sini En Fazla Etkileyen Değişkenlere Yönelik Bulguların Tartışılması

Cinsel problemlerin kesin nedenleri konusunda bir belirsizlik vardır. Çünkü, zaman ve kültüre göre bozukluğun değiştiği düşünülmektedir (ACOG 2014). Mark and Shifren (2003), olası etyolojiler çok geniş olmakla birlikte kadın CD'sinin psikojenik ve organik kökenli olduğunu ileri sürmektedir. Psikojenik nedenlerin ilişki/iletişim konuları, depresyon, benlik saygısı, beden imajı bozuklukları ve cinsel istismarı, organik nedenlerin ise kardiyovasküler, nörolojik, tiroid ve kanama hastalıkları ile androjen yetersizliği ve menopoza içerdiği belirtilmektedir. Bancroft ve ark (2003), yaşanan cinsel problemlerin en önemli belirleyicileri olarak partneri ile cinsel ilişkisi sırasında duygusal iyiliğin olmamasını ve negatif emosyonel duyguları saptamıştır. İlişkileri içinde cinsel deneyimden tatmin olma, genel ilişki tatmini ile yakından ilişkilidir ve bu daha iyi sağlık için iyi hissetme duygusu yaratan bir durumdur (Rosen ve Bachmann 2008). Bunun yanında ilk ve devam eden ilişkilerdeki kontraseptif kullanımı da cinsel ilişki zevki ve tatmini ile doğrudan ilişkilidir (Higgins ve ark 2008, Higgins ve Hirsch 2008). Kadın CF'si birçok farklı değişkenden etkilenmekle birlikte (McCarthy ve McCarthy 2012, ACOG 2014), çalışmalara göre farklılık gösterebilmektedir. Bireyin önceki yıllarda cinsel yaşamı ve cinsel ilişki ile ilgili deneyiminin, özellikle kadınlarda sosyoekonomik faktörlere göre değiştiği bulunmuştur (Ruiz-Muñoz ve ark 2013). Bellamy ve ark (2013) CF ve cinsel doyumda ataerkil yapının etkili olduğunu belirtmektedirler. Sidi ve ark (2009), haftalık cinsel ilişki sıklığının kadın CFB'sinde önemli bir risk faktörü olduğunu belirtmektedirler. Safarinejad (2006), eğitim düzeyi ve evlilik yaşını (< 18 yaş) önemli bulurken, Song ve ark (2008) önemli risk faktörleri arasında ileri yaş, düşük sıklıkta cinsel ilişki, depresyon, cinsel istismar öyküsü ve üriner inkontinansı bildirmiştir. Singh ve ark (2009), 40 yaş üzeri (11.7 kat) ve düşük eğitimi (1.2 kat) önemli bulmuştur. Jaafarpour ve ark (2013) ise eğitim düzeyi (1.54 kat), kadın ve eşin 40 yaş ve üzerinde olması (2.23-2.21 kat), haftada üçten az cinsel ilişkide bulunma (1.85 kat), 10 yıl ve üzerinde evli olma (1.76 kat), üç ya da daha fazla çocuğa sahip olma (1.48 kat) ve işsiz olmayı (1.34 kat) önemli değişkenler olarak saptamıştır. Zhang ve ark (2013), yaş (2.39 kat), çalışma durumu (3.62 kat), cinsel problem için tıbbi yardım arayan bir eşe sahip olma (4.47 kat), kadın cinsel yaşama başlanmayla ilgili liberal tutumlar (2.07 kat) ve evlilik doyumsuzluğunu (2.35 kat) CD için önemli risk faktörleri olarak saptamışlardır. Diğer çalışmalarda da düşük eğitim ve gelir düzeyi ile evlilik süresi CD'nin önemli nedenleri olarak bulunmuştur (Tashbulatova 2007, Özara Koç 2009, Ege ve ark 2010). Öksüz ve Malhan (2006), yaş, sigara (2.4 kat),

menopoz (1.7 kat), diyet (1.2 kat) ve evlilik durumu (0.8 kat) ile CD arasında ileri derecede anlamlı bir ilişki saptamıştır. Özara Koç (2009), kadınların %55'inin cinsel yaşantısını etkileyen başka bir etken olmadığını, kalan %45'inin cinsel yaşamının günlük yaşantı ile ilgili sorunlardan etkilendiğini saptamıştır. Kadının, eşinin boşalma üzerindeki kontrolü ile ilgili değerlendirmesi, ilişkiden aldığı zevk/tatmin ve FSFI total puan ortalamaları arasında pozitif yönde, zayıf ve orta düzeyde anlamlı ilişkiler bulunmaktadır (Temel 2012). Ege ve ark (2010), gelir (0.99 kat), eşin eğitimi (2.83 kat) ve disparoni yaşayan kadınlarda (5.02 kat) CFB riskinin arttığını saptamışlardır.

Buna karşın Ege ve ark (2010) yaş, evlilik süresi, çocuk sayısı, cinsel ilişki sıklığı, çalışma durumu, algılanan ekonomik durum, yöntem kullanma durumu ve doğum şekli ile CD arasında anlamlı bir ilişki bulamamışlardır. Güvel ve ark (2003) da yaş, evlilik süresi, çocuk sayısı, eğitim düzeyi ile CD arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığını belirtmişlerdir. Jaafarpour ve ark (2013); sigara içme öyküsü, yaşanan yer ve kontrasepsiyon yöntemi ile CD arasında önemli bir ilişki saptamamışlardır. Surendranath ve ark (2012), erkek CD'sine göre kadın CD'sinin kontraseptif kullanımı ile ilişkili olmadığını belirtmektedir. Zhang ve ark (2013), kadının cinselliği reddetmesiyle ilgili geleneksel tutumların (0.51 kat) ve cinsel ilgi azlığının (0.51 kat) CD için koruyucu bir faktör olduğunu bulmuşlardır.

Bu çalışmada regresyon analizi sonuçları CFİ (IFSF) ölçeğini etkileyen en önemli değişkenlerin haftalık cinsel ilişki sayısı, kadının kendini cinsel açıdan değerlendirme şekli, cinsel yaşam ile ilgili sorun yaşama durumu, kullanılan yöntem ve yöntemi kullanma süresi olduğunu göstermektedir. Bu beş değişken, CFİ ölçeğinin varyansının %20.1'ini açıklamaktadır ($p < 0.05$). Yani, bunlar her beş kadından birinin CD yaşamasında etkili olan faktörlerdir. Erkeğin kullandığı kontraseptif yöntemlerin kadın CF'sine etkisi değerlendirildiğinde ise şu anda kullanılan yöntemin CFİ ölçek puanını etkilediği ($p < 0.05$), ancak bunun CD'nin %1.1'ini açıkladığı bulunmuştur.

Araştırmadan elde edilen bulgular, kontraseptif yöntemlerin etkisi olmadığını bildiren literatürün aksine, etkisi olduğunu ileri süren çalışmalarını desteklemektedir. Yapılan regresyon analizi, kadın CD yaşanmasında erkeğin kullandığı kontraseptif yöntem etkisinin düşük olsa da diğer faktörlerle birlikte bütüncül olarak ele alınması gerektiğini ve kadın CD'sini etkileyen diğer önemli değişkenlerin ve erkeğe bağlı nedenlerin araştırılmasının önemli olduğunu göstermektedir. Özetle, kadın CD'si kültürler göre farklılık gösterse de evrensel bir sorundur ve önemli bulunan bu beş değişken kadın CD'sinin multifaktöriyel olduğu ve kadın CD'sinin erkeğe bağlı özelliklerden etkilendiği bilgisini desteklemektedir. Bu yönüyle,

araştırma bulgularının önemli olduğunu söylemek mümkündür. Ayrıca, kadının kendini cinsel açıdan değerlendirmesi de kadın CF'sini etkileyen önemli bir faktör olarak karşımıza çıkmıştır. Bu bulgu, toplumsal ve cinsel değer yargılarının kadın cinsel yaşamına olan sürekli etkisini göstermesi bakımından dikkate değerdir.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

5.1. Sonuç

Çalışma, erkeğin kullandığı kontraseptif yöntemlerin kadın cinsel yaşamına etkisini belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir. Çalışma sonuçları, Aydın il merkezindeki 2 ve 12 No'lu ASM'lere kayıtlı olan ve eşi kondom ve GÇ ile korunan 15-49 yaş grubu kadınları kapsamaktadır. Sonuçlar aşağıdaki başlıklarda sunulmuştur.

5.1.1. Kadınların CFİ Puan Ortalamalarına Yönelik Sonuçlar

- Erkeğin kullandığı kontraseptif yöntemle korunan kadınların CFİ puan ortalamaları 29.78 ± 5.73 'tür (Çizelge 3.2.1), yani CD için sınır olarak belirtilen 30 değerinin altındadır. Buna göre kadınların %38'i (K: %35.9, GÇ: %41, $p > 0.05$) CD yaşamaktadır (Çizelge 3.2.2). CD yaşama durumu, yöntemle göre değişmektedir. Kondom kullananların GÇ ile korunanlara göre cinsel ilişki sıklığı/libido ve CFİ'lerinin daha iyi, cinsel ilişkide rahatsızlıklarının daha az olduğu ($p < 0.05$), cinsel doyumlarının da daha iyi olmakla birlikte aradaki farkın anlamlı olmadığı ($p > 0.05$) bulunmuştur (Çizelge 3.2.1).

5.1.2. Kadınların CFİ'sini Etkileyen Değişkenlere Yönelik Sonuçlar

5.1.2.1. Sosyodemografik Özelliklerin CFİ'ye Etkisine Yönelik Sonuçlar

Sosyodemografik özellikler kadın CF'sini önemli ölçüde etkilemektedir ($p < 0.05$) (Çizelge 3.3.1.1). Bu özelliklerle ilgili sonuçlar aşağıda verilmiştir.

- Kadın ve eşlerin genç yaşta olması (≤ 30 yaş) kadın CF'sini cinsel doyum dışındaki diğer boyutlarda ($p = 0.000$), ileri yaşta olmaları (≥ 31 yaş) ise cinsel doyum alanında olumlu yönde etkilemiştir ($p = 0.000$). Ancak, kadının 20 yaş altında olması durumunda CFİ puanının 30'un altına indiği dikkati çekmiştir (Çizelge 3.3.1.1).
- Kadın ve eşlerin lise ve üzeri öğrenime sahip olması, kadın CF'sini her boyutta olumlu etkilemektedir ($p < 0.05$). Eş eğitimi için anlamlılık, sadece cinsel ilişki sıklığı/libido alt boyutunda saptanmamıştır ($p > 0.05$) (Çizelge 3.3.1.1).
- Ev hanımlarının CF'si, her alanda çok daha iyidir ($p = 0.000$). Eşleri çalışan kadınların cinsel ilişki sıklığı/libido ve CFİ puanlarının oldukça düşük olduğu, çalışmayanlarda ise bu puanların biraz daha yüksek olduğu görülmüştür ($p = 0.000$) (Çizelge 3.3.1.1).
- En uzun süre şehir ve büyük şehirde yaşama, köy ve kasabada yaşamaya göre daha iyi cinsel doyum sağlamaktadır ($p = 0.036$) (Çizelge 3.3.1.1).

- Çekirdek ailede yaşayan kadınların cinsel ilişki sıklığı/libido ve doyumları ile CFİ toplam puanları, geniş ailede yaşayanlara göre daha yüksektir (Çizelge 3.3.1.1).
- Gelir durumu, kadın CF'sini cinsel ilişkide rahatsızlık dışındaki boyutlarda etkilemiştir ($p<0.05$). Geliri giderine denk olan kadınların, geliri giderinden az olan kadınlara göre cinsel ilişki sıklığı/libido ve CFİ puanları daha fazla, ancak doyumları daha azdır ($p=0.000$) (Çizelge 3.3.1.1).
- İsteyerek evlilik yapan kadınlar görücü usulüyle evlenenlere göre çok daha iyi CF göstermektedirler ($p=0.000$) (Çizelge 3.3.1.1).
- Evliliğinin ilk 10 yılı içinde olan kadınlar CD yaşamazken, sonraki her 10 yılın CD yaşama riskini artırdığı görülmüştür ($p<0.05$). Bu durum alt ölçekler için de geçerlidir ($p<0.05$). On yıldır evli olanlar 11 yıl ve üzerinde evli olanlara göre cinsel ilişki sıklığı/libido ve cinsel ilişkide rahatsızlık, yine 10 yıldır evli olanlar 21 yıl ve üzerinde evli olanlara göre cinsel ilişki sıklığı/libido, doyum ve cinsel ilişkide rahatsızlık, 11-20 yıldır evli olanlar da 21 yıl ve üzerinde evli olanlara göre cinsel ilişki sıklığı/libido ve doyum boyutunda daha iyi puana sahiptirler ($p<0.05$) (Çizelge 3.3.1.1).
- Vajinal ve sezaryen doğum yapan kadınlar arasında CD yaşama bakımından farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). Buna karşın çocuğu olmayanların CF'sinin her alanda, tek çocuğu olanların da cinsel ilişki sıklığı/libido, cinsel ilişkide rahatsızlık ve genel CFİ alanında daha yüksek puanlara sahip oldukları, yani daha az CD yaşadıkları bulunmuştur ($p<0.05$) (Çizelge 3.3.1.1).
- Düzenli adet görme cinsel doyum ve genel CFİ ($p<0.05$), jinekolojik sorunun olmaması da CF'nin her boyutunda ($p<0.05$) sorun yaşanmasını engelleyen etkili değişkenler olarak saptanmıştır (Çizelge 3.3.1.1).

5.1.2.2. Cinsel Yaşamla İlgili Özelliklerin CFİ'ye Etkisine Yönelik

Sonuçlar

- Kadınların yarısının (%50.2) ilk cinsel birlikteliklerini 20-24 yaşları arasında yaşadıkları ve haftada 1-2 kez cinsel ilişkiye girdikleri (%54.2), yarısından fazlasının (%63.5) istemeden cinsel ilişkide bulunmadıkları ve bunların yöntemine göre değişmediği bulunmuştur ($p>0.05$) (Çizelge 3.1.2.1).
- Kondom kullananların %71.8'i, GÇ kullananların daha azı (%61.3) cinsel yaşamlarını iyi olarak değerlendirmişlerdir ($p=0.002$). Her iki yöntemi kullanan kadınların 2/3'ü

cinsel açıdan kendisini çekici bulurken, GÇ ile korunanlar iki kattan fazla oranda (%6~15.2) kendilerini negatif (itici, isteksiz, soğuk ve çirkin) olarak değerlendirmişlerdir (p=0.000). Eşler de büyük oranda (~%80) kadınları cinsel açıdan çekici bulmaktadır (Çizelge 3.1.2.1).

- GÇ ile korunan kadınlar cinsel konularda eşleriyle daha rahat konuşmaktadırlar (%87.6~79.7, p=0.024). Her iki yöntemi kullanan kadınların çok az oranda cinsel sorun yaşadıkları (K: %9, GÇ: %10.1) (p>0.05), en çok cinsel ilişkiye girememe (K:%51.9, GÇ: %31.8) sorununu yaşadıkları ve yaklaşık 1/3'ünün yaşadığı cinsel sorunlar için profesyonel yardım aldıkları (p>0.05) saptanmıştır (Çizelge 3.1.2.1).

Araştırma sonucunda cinsel yaşamla ilgili özelliklerin CF'yı etkilediği görülmüştür (p<0.05) (Çizelge 3.3.2.1). Bunlar aşağıda verilmiştir.

- İlk cinsel ilişki yaşı kadın CF'sini cinsel doyum, cinsel ilişkide rahatsızlık ve genel ölçek boyutunda etkilemiştir (p<0.05). Cinsel ilişkiye ilk kez 15-19 yaşına göre 25 yaşından sonra başlama, cinsel doyumunu artırmakta ve cinsel ilişkide rahatsızlığı azaltmaktadır (p<0.05) (Çizelge 3.3.2.1).
- Haftalık cinsel ilişki sayısı arttıkça cinsel ilişki sıklığı/libido, doyum ve rahatsızlık puanları artmakta (p<0.05), yani CD azalmaktadır (Çizelge 3.3.2.1).
- Kadının cinsel yaşamına yönelik düşüncesi, CF üzerinde önemli etkilere sahiptir (p=0.000). Cinsel yaşamını çok iyi nitelendiren kadınlar, kötü olarak nitelendirenlere göre daha doyumludur (p=0.006), Cinsel yaşamını iyi olarak değerlendiren kadınların, orta olarak değerlendirenlere göre cinsel ilişki sıklığı/libidosu ve doyumları daha fazla, rahatsızlıkları ise daha azdır (p=0.000) (Çizelge 3.3.2.1).
- Kadının ve eşinin cinsel açıdan değerlendirmesi de CF'yi etkilemektedir (p=0.000). Kendisi ve eşi tarafından çekici bulunan kadınlar, negatif (itici, isteksiz, soğuk ve çirkin) ve normal bulunan kadınlara göre her alanda daha iyi CF göstermektedirler (p=0.000). Eşi ve kendisi tarafından normal olarak değerlendirilen kadınlar, negatif olarak değerlendirilenlere göre cinsel ilişki sıklığı/libido ve cinsel ilişkide rahatsızlık (p<0.05), eşinin düşüncesini bilmeyen kadınlar da (eşleri çekici bulunanlara göre) cinsel ilişki sıklığı/libido, cinsel doyum ve genel CFİ (p<0.05) alanında daha iyidirler (Çizelge 3.3.2.1).
- İstemediğinde cinsel ilişkiyi reddeden, cinsel konularda eşi ile rahatça konuşan ve cinsellikle ilgili sorun yaşamayan kadınların CF'si daha iyidir (p=0.000). Kadın

CD'si, cinsel soruna yönelik profesyonel yardım almadan etkilenmemiştir ($p>0.05$) (Çizelge 3.3.2.1).

5.1.2.3. Kontraseptif Yöntemlerle İlgili Özelliklerin CFI'ye Etkisine Yönelik

Sonuçlar

- Kondom ve GÇ ile korunan kadınların sosyodemografik özellikleri benzerdir ($p>0.05$). Bu kadınlar 34.97 ± 6.49 , eşleri ise 38.00 ± 7.50 yaşındadır ve tamamına yakınının (%92.9) çocuğu vardır. Çoğunlukla çekirdek aile (%82.6) özelliğinde, düzenli menstruasyon gören (%81.3) ve jinekolojik sorun yaşamayan (%76.8) kadınların yarıdan fazlası şehirde (%69.5), ev hanımı (%66.2) olarak yaşamış, görücü usulü ile evlenmiş (%55.6), normal doğum yapmış (%64.7) ve lise ve üzeri eğitim görmüşlerdir (%58.3). Kadınların yarıya yakını (%43.4) yeni evlidir (1-10 yıl) (Çizelge 3.1.3.1).
- İki ve 12 No'lu ASM'lerdeki 15-49 yaş grubu kadınların %58.1'i kondom, %41.8'i GÇ yöntemi ile ve 1-10 yıldır (%73.9) (K: %79.4, GÇ: %66.4, $p=0.001$) korunmaktadırlar. Kondomla korunan kadınlar daha önce hap (%41.9), GÇ (%34.4) ve RİA (%23.7)'yıl, GÇ ile korunan kadınlar da hap (%38.3), RİA (%36.7) ve kondomu (%23.3) kullanmışlardır ($p=0.000$) (Çizelge 3.1.3.1).
- Kondom güvenilir ve etkili olması (%66.1), yan etkisinin olmaması (%50.2) ve kullanımının kolay olması (%24.6), GÇ ise yan etkisinin bulunmaması (%60.8), kullanımının kolay olması (%47.5) ve güvenilir ve etkili olması (%41) nedeniyle seçilmiştir (Çizelge 3.1.3.1).
- Kondom en çok ASM (%50.8), eczane (%25.6) ve marketten (%19.3) temin edilmekte ve 2/3 oranında doğru zamanda (cinsel ilişkiye girmeden önce) kullanılmaktadır (Çizelge 3.1.3.1).
- Kondom kullananların %23.3'ü, GÇ kullananların çok azı (%13.4) kullandıkları yöntem hakkında danışmanlık almış ($p=0.05$) ve yarisından biraz fazlası yönteme başlamadan önce danışmanlık almışlardır (K: %51.4, GÇ: %58.6, $p>0.05$). Kullandıkları yönteme eşleriyle birlikte karar verenlerin oranı GÇ (%68.2~56.1)'de, eşi karar verenlerin oranı ise kondom (%36.2~26.3) da daha fazladır ($p=0.021$) (Çizelge 3.1.3.1).
- GÇ yöntemini kullananların memnuniyeti daha fazladır (%97.7~93.7) ($p=0.035$). Kondomdan memnun olmayan %6.3'lük kesim, yöntemi güvenilir bulmama ve gebelik korkusu (%57.9) ve rahat olmaması (%36.8), GÇ'den memnun olmayan beş kadın ise güvenilir bulmama ve gebelik korkusu nedeniyle memnun olmadıklarını belirtmişlerdir. GÇ'yi kullananlar biraz fazla (%15.2~11.6) sorun yaşamasına rağmen, aradaki fark

anlamli bulunmamıştır ($p>0.05$) ve her iki grupta en fazla gebelik sorunu yaşanmıştır. Buna rağmen her iki yöntemle korunan kadınların çoğu (K: %82.7~87.1) yöntemi değiştirmeyi düşünmemekte ve çok azı da (K: %12.6~11.1) kararsızdır ($p>0.05$) (Çizelge 3.1.3.1).

- Kondomla korunan kadınların %66.8'i, GÇ ile korunanların %61.3'ü cinsel yaşamlarının etkilenmediğini, yine kondomla korunan kadınların %77.1'i, GÇ ile korunan kadınların %71'i kullandıkları yönteme bağlı cinsel ilişki sıklığının, benzer şekilde cinsel doyumlarının da değişmediğini (%73.1-70) düşünmektedirler ($p>0.05$) (Çizelge 3.1.3.1).
- Kondom ve GÇ ile korunan kadınların yarıdan fazlası (K: %68.1, GÇ: %62.2) cinsel isteklerinde değişiklik olmadığını, daha azı (K: %23.9, GÇ: %22.1) cinsel isteklerinin azaldığını düşünmektedirler. Buna karşın GÇ'yi kullananlar iki kat fazla oranda cinsel isteğin arttığını (%15.7-8) düşünmektedirler ($p=0.023$) (Çizelge 3.3.4.1).
- Kondom kullananlar yöntemin cinsel yaşamları üzerindeki olumlu etkilerini yan etkisinin olmaması (%41.6), güvenilir olması (%41.6) ve ilişkiyi kesintiye uğratmaması (%16.8) olarak belirtirlerken, GÇ ile korunanlar yan etkisinin olmaması (%54.6) ile pratik ve doğal (%21.8) olmasını belirtmişlerdir. Belirtilen olumsuz etkileri ise kondom için hissi azaltması (%48.5), ses yapması (%18.3), kullanımının zor olması (%16.6) ve ilişkiyi kesintiye uğratması (%16.6), GÇ için de ilişkiyi kesintiye uğratması (%88) olmuştur (Çizelge 3.3.4.2).

Kontraseptif yöntemle ilgili bazı özellikler kadın CF'sini etkilemektedir ($p<0.05$) (Çizelge 3.3.3.1). Bu sonuçlar şöyle özetlenebilir.

- Daha önce kullanılan yöntem kadınların sadece cinsel doyumunu etkilemiştir ($p=0.029$). Kondom ve GÇ dışındaki diğer yöntemlerle (hap, RİA ve takvim) korunanların puanları daha yüksektir, ancak farklılığın hangi yöntemden kaynaklandığı belli değildir ($p>0.05$) (Çizelge 3.3.3.1).
- Erkek yöntemlerinden halen kondom ile korunanların GÇ ile korunanlara göre CF ve cinsel ilişki sıklığı/libidoları daha iyi, cinsel ilişkide rahatsızlıkları ise daha azdır ($p<0.05$). Kondom ve GÇ ile korunanların CD'leri benzerdir ($p>0.05$) (Çizelge 3.3.3.1).
- Şu andaki yöntemi 1-10 yıldır kullananların (11 yıl ve üzerinde kullananlara göre) cinsel yaşamları her alanda daha iyidir ($p<0.05$) (Çizelge 3.3.3.1).
- Kondomun cinsel ilişkiden hemen önce kullanılması, sadece cinsel ilişki sıklığı/libido alanında sorun yaşanmasını engellemektedir ($p=0.008$) (Çizelge 3.3.3.1).

- Erkeğe ait korunma yöntemleri konusunda danışmanlık alma, kadın cinsel yaşamında belirgin bir farklılığa yol açmamıştır ($p>0.05$). Farklılık, sadece cinsel ilişkide rahatsızlık boyutunda saptanmış ve yöntemle başladıktan sonra danışmanlık alanların daha az rahatsızlık hissettikleri görülmüştür ($p=0.046$) (Çizelge 3.3.3.1).
- Yönteme eşle birlikte karar verme, kadın cinsel yaşamını olumlu etkilemektedir ($p<0.05$). Kullandığı yöntemle eşle birlikte karar veren kadınların (eşi karar verenlere göre) cinsel doyumları fazla, rahatsızlıkları ve CD yaşama durumları daha azdır ($p=0.000$). Kullanılan yöntemle kendisi karar veren kadınlar da cinsel ilişkide daha az rahatsızlık yaşamaktadırlar ($p=0.003$) (Çizelge 3.3.3.1).
- Yönteme bağlı sorun yaşayan kadınların CFİ ve cinsel doyumları, herhangi bir sorun yaşamayan kadınların da cinsel ilişkide rahatsızlık puanları biraz yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Yönteme bağlı sorun yaşama, cinsel ilişki sıklığı/libido alanında sorun yaratmamıştır ($p>0.05$) (Çizelge 3.3.3.1).
- Kullanılan yöntemden memnun olanların CF puanları daha yüksek olmakla birlikte, anlamlılık sadece cinsel doyum ve CFİ’de saptanmış ve bu alanlarda daha az CD yaşandığı görülmüştür ($p<0.05$) (Çizelge 3.3.3.1).
- Yöntemi değiştirme düşüncesi, sadece cinsel doyum alanını etkilemiştir ($p=0.001$). Yöntemi değiştirmeyi düşünmeyen kadınların cinsel doyumları, değiştirme düşüncesinde olanlara göre biraz daha iyidir ($p=0.001$) (Çizelge 3.3.3.1).

Kadınların kullandıkları AP yönteminin cinsel yaşama etkileri konusundaki düşünceleri de CF’yi etkilemiştir ($p<0.05$) (Çizelge 3.3.5.1). Düşüncelerine yönelik sonuçlar şöyle özetlenebilir.

- Kullanılan yöntemin cinsel yaşama etkilerine yönelik düşünceler kadın cinsel yaşamını her alanda etkilemiştir ($p<0.05$). Cinsel yaşamını etkilemediğini belirten kadınların (olumsuz etkilediğini belirtenlere göre) cinsel doyum, CFİ ve rahatsızlık ($p<0.05$), olumlu etkilediğini belirtenlerin de (olumsuz etkilediğini belirtenlere göre) cinsel ilişkide rahatsızlık puanları daha yüksektir ($p=0.000$) (Çizelge 3.3.5.1).
- Kullanılan yöntemin cinsel ilişki sıklığına etkisine yönelik düşünceler CFİ, cinsel doyum ve cinsel ilişkide rahatsızlık puanlarında farklılığa yol açmıştır ($p<0.05$). Cinsel ilişki sıklığını etkilemediğini düşünen kadınların (azalttığını belirten kadınlara göre) CFİ, cinsel doyum ve cinsel ilişkide rahatsızlık ($p<0.05$), cinsel ilişki sıklığını artırdığını belirten kadınların da (azalttığını bildirenlere göre) ilişkide rahatsızlık yaşama ($p=0.000$) puanları daha yüksektir (Çizelge 3.3.5.1).

- Yöntem kullanımı nedeniyle cinsel istekte hissedilen değişimler, kadın CF'sini her anlamda etkilemiştir ($p<0.05$). Yöntemin cinsel isteklerini artırdığını belirtenlerin (azalttığını belirtenlere göre) ilişkide rahatsızlık ($p=0.000$), etkilemediğini belirtenlerin (azalttığını belirtenlere göre) de ilişki sıklığı/libido, doyum, rahatsızlık ve genel ölçek puanları belirgin olarak yüksektir ($p=0.000$) (Çizelge 3.3.5.1).
- Yöntem kullanımına bağlı cinsel doyumda hissedilen duygular, kadın CF'sini her yönüyle etkilemektedir ($p<0.05$). Yöntemin cinsel doyumlarını etkilemediğini düşünen kadınların artırdığını düşünenlere göre ilişki sıklığı/libido ($p=0.006$), yine etkilemediğini belirten kadınların azalttığını belirtenlere göre cinsel doyum, rahatsızlık ve genel ölçek ($p<0.05$), artırdığını belirtenlerin de azalttığını belirtenlere göre cinsel ilişkide rahatsızlık ($p=0.002$) puanları daha yüksek bulunmuştur (Çizelge 3.3.5.1).

5.1.2.4. Kadın CF'sini En Fazla Etkileyen Değişkenlere Yönelik Sonuçlar

Kadın cinsel yaşamını etkileyen en önemli değişkenler; *haftada kaç kez cinsel ilişkiye girildiği, kadının kendisini cinsel açıdan değerlendirmesi, cinsel yaşamla ilgili sorun yaşama, kullanılan yöntem ve yöntemi kullanma süresidir*. Bunlardan haftada kaç kez cinsel ilişkiye girildiği, kullanılan yöntem ve kadının kendisini cinsel açıdan değerlendirmesi kadın CFİ'sini *pozitif*, cinsel yaşamla ilgili sorun yaşama ve yöntemi kullanma süresi ise *negatif* olarak etkilemektedir. Bu değişkenlerin kadın CF'sinin %20.1'ini ($p<0.05$), şu an kullanılan yöntemin ise %1.1'ini açıkladığı bulunmuştur ($p<0.05$) (Çizelge 3.3.6.1, Çizelge 3.3.6.2).

5.2. Öneriler

Erkeğin kullandığı kontraseptif yöntemlerin kadın cinsel yaşamına etkisini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur.

Sağlık Personeline Öneriler:

- Kondom ve GÇ'ye yönelik danışmanlık alma ve bunu yönteme başlamadan önce talep etme oranı istendik düzeyde olmadığı ve kondoma daha çok eşler karar verdiği için, hizmet sunucuların yönteme başlamadan önceki danışmanlık oranlarını artıracak ve yöntem seçimine kadınların katılımını sağlayacak önlemleri almaları, ayrıca AP danışmanlığını kadın ve erkeğe birlikte vermeleri,

- Kondom en fazla ASM'den temin edilmekte ve 1/3 oranında yanlış zamanda kullanılmaktadır. GÇ'den memnuniyet daha fazla olmakla birlikte, her iki yöntemde yaşanan ve kaygı duyulan en önemli sorun gebeliktir. Bu nedenle, 1. basamağa başvuran çiftlere ovülasyon zamanı, erkek yöntemleri ve uygulanması konusunda ayrıntılı bilgi verilmesi, ev ziyaretleri ve eğitim toplantıları ile bilgi ve uygulamaların kalıcılığının sağlanması,
- Kadınların %36.5'i istemeden cinsel ilişki yaşamakta ve 1/3'ü kendisini çekici bulmamaktadır. Ayrıca, her iki yöntemle korunan kadınların en önemli cinsel sorunu ilişkiye girememedir ve bunun için çok az oranda profesyonel yardım almışlardır. Bu nedenle hizmet birimlerinde kadınların cinsel sorunlarını rahatlıkla ifade edebilmelerini sağlayacak uygun ve güvenli ortamların yaratılması, cinsel danışmanlık hizmetlerine önem verilmesi ve profesyonel yardım almaları için teşvik edilmeleri,
- GÇ ile korunan kadınlar kondomla korunanlara göre cinsel konularda eşleriyle biraz daha rahat konuşmakta, ancak cinsel yaşamlarını %10 daha kötü görmekte ve iki kat fazla oranda kendilerini negatif olarak değerlendirmektedirler. Bütüncül sağlık anlayışı doğrultusunda çiftlere AP danışmanlığı yapılırken, özellikle GÇ yönteminin kadın cinsel sağlığına etkileri konusunda bilgi verilmesi, kadınların duygularını ifade etmeleri için olanak sağlanması ve pozitif algılarını artırıcı yaklaşımlarda bulunulması,
- Her iki yöntemin cinsel yaşama etkileri ile ilgili duygu ve düşünceler cinsel istek dışında benzerdir. Bu yöntemlerden sonra ilişki kalitesinin %17-24 arasında azaldığı, buna karşın GÇ'de cinsel isteğin iki kat daha fazla olduğu bulunmuştur. Bunun yanında azımsanmayacak oranda yöntemlerin cinsel yaşamlarına olan olumsuz etkileri de dile getirilmiştir. Bu doğrultuda, çiftlerin uygun AP yöntemini seçmeleri için rehberlik edilmesi, bunun için evlilik öncesi ve sonrasında başvurabilecekleri evlilik danışma merkezlerinin yaygınlaştırılması, bu merkezlerde AP'nin önemi, kontraseptif yöntemler ve cinsel yaşama etkileri konusunda nitelikli danışmanlık hizmeti verilmesi, ayrıca her nerede olursa olsun çiftlerin AP yöntemlerinin cinsel yaşamlarına etkileriyle ilgili tutumlarının değerlendirilmesi ve olumsuz tutuma sahip olanlar için destekleyici girişimlerde bulunulması,
- Kondom ve GÇ'nin cinsel yaşama etkileriyle ilgili belirtilen olumsuz duygu ve düşünceler, CFİ ile yapılan değerlendirmede daha net saptanmış ve yaşanan CD'nin (%38) GÇ ile korunanlarda daha fazla olduğu (cinsel doyum hariç) görülmüştür. Bu nedenle, AP hizmeti almak için başvuran kadınların cinsel yaşamlarının CFİ (IFSF)

gibi standart ölçme araçları ile rutin olarak değerlendirilmesi, sorun saptanan alanlara yönelik cinsel sağlık eğitimi ve danışmanlığının verilmesi, verilen eğitim ve danışmanlığın etkilerinin izlemlerde gözden geçirilmesi ve gerektiğinde profesyonel yardım alınması için rehberlik edilmesi,

- Kadın CD'sinin sosyodemografik, cinsel yaşam, kontraseptif kullanım özellikleri ve kadınların düşünceleri gibi çok çeşitli faktörlerden etkilendiği saptanmıştır. Bu nedenle, CD'ye yol açabilecek ve kadınların yaşam kalitesini bozabilecek risk faktörlerinin farkında olunması, geliştirilecek standart formlarla bunlara ilişkin risk değerlendirmesinin düzenli olarak yapılması ve bu doğrultuda eğitim ve danışmanlık hizmetinin gerçekleştirilmesi,

Yöneticilere öneriler:

- Sosyodemografik özelliklerin kadın CF'sini etkilemesi nedeniyle, kadının statüsünü artırmaya yönelik girişimlerde bulunulması, sektörler arası işbirliğinin artırılması ve kadın sağlığı kapsamında yürütülen tüm hizmetlere CFİ ile ilgili programların entegre edilmesi,
- Hizmet almak için daha çok 1. basamağın tercih edilmesi ve AP yöntemi kullanan kadınların azımsanmayacak oranda CD yaşamaları nedeniyle, bu merkezlerde nitelikli cinsel danışmanlık hizmeti verebilecek sağlık personelinin istihdam edilmesi ya da AP kliniklerinde hizmet veren sağlık personelinin bu yönden geliştirilmesi ve sunacakları hizmete yönelik rehberler geliştirilmesi, ayrıca evlilik öncesi danışmanlık hizmetlerinin ve birimlerinin yaygınlaştırılması, bunun için Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı ile iletişime geçilmesi,
- Erkek AP yöntemlerinin, özellikle GÇ'nin kadın CF'sini olumsuz etkilemesi nedeniyle, AP ve CS/ÜS konusunda kadınları ve toplumu bilinçlendirecek konferans, toplantı vb. etkinliklerin düzenlenmesi, ayrıca basın-yayın organlarında AP ve cinsel sağlıkla ilgili programların gözden geçirilmesi, nicelik ve nitelik olarak iyileştirilmesi,

Araştırmacılara öneriler:

- Bu araştırmanın sonuçları Aydın il merkezindeki 2 ve 12 No'lu ASM'lere kayıtlı kadınları kapsamaktadır. Bu nedenle, genelleme yapılabilmesine olanak sağlayacak özellikte, kırsal ve doğu-batı gibi farklı kültür ve yerleşim özelliklerini kapsayan toplum temelli çalışmaların yapılması,

- Sonuçlar sadece kadınları kapsadığından, erkeklerin ya da eşlerin birlikte incelendiği ve farklı grupları (alışan, genç, menopoza giren, kronik hastalığı olan vb.) kapsayacak nicel ve nitel araştırmaların yapılması,
- Bu çalışmada erkek yöntemlerini kullanan ve CD yaşayan kadınlara sorunları için neler yaptıkları ve bu sorunlara yönelik aldıkları hizmet değerlendirilmemiştir. Bunu değerlendirecek çalışmaların yapılması, ayrıca 1. basamakta, özellikle AP hizmeti veren kişilerin cinsel danışmanlığa yönelik güçlüklerini ve gereksinimlerini saptamaya yönelik araştırmaların yapılması,
- Araştırmada sadece kondom ve G'nin etkisi ele alınmıştır. Bu nedenle kadın ve erkek AP yöntemlerinin cinsel yaşama etkilerinin karşılaştırıldığı çalışmaların planlanması,
- Araştırma sonucunda kadın CF'sini etkileyen farklı değerkenlerin %20 ve erkek yöntemlerinin %1 oranında etkilediği görüldüğünden, kadın CF'sine neden olabilecek risk faktörlerinin belirlenmesine yönelik ulusal bazda çalışmaların yapılması ve risk formunun geliştirilmesi önerilmektedir.

ÖZET

Özdemir H. Erkeğin Kullandığı Aile Planlaması Yöntemlerinin Kadın Cinsel Yaşamına Etkisi

Araştırma, erkeğin kullandığı AP yöntemlerinin kadın cinsel yaşamına etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Kesitsel tipteki çalışma Aydın il merkezindeki 2 ve 12 No'lu ASM'de kondom ve GÇ yöntemi ile korunan 15-49 yaş evli kadınlarda yapılmıştır. Örnekleme; menopoza girmemiş, aktif cinsel yaşamı olan, eşi ya da kendisinde tanı konmuş herhangi bir psikiyatrik hastalığı ve CFB olmayan ve evrenden ulaşılan 518 kadın oluşturmuştur (K:%58.1, GÇ: %41.8). Veri toplamada, soru formu ve geçerlik-güvenirliği Ayşeçkin Yılmaz ve Yıldız Eryılmaz (2004) tarafından yapılan CFİ (IFSF) kullanılmıştır. Veriler, kurum izinleri ve etik kurul onayıyla araştırmacının kadınları evlerinde ziyaret etmesi, bilgilendirilmiş onamlarının alınması ve öz bildirimleri yoluyla toplanmıştır. Değerlendirme, Mann Whitney U, Kruskall Wallis H ve çoklu regresyon analizi ile 0.05 anlamlılık düzeyinde yapılmıştır.

Ortalama 34.97 ± 6.49 yaşında olan kadınlar çekirdek aile özelliğinde (%82.6) ve lise ve üzeri eğitilidir (%58.3). Yönteme özel danışmanlık kondomda biraz yüksektir (%23.3~13.4, $p < 0.05$). GÇ'de memnuniyet ve cinsel istek, kondomda iyi cinsel yaşam algısı fazladır ($p < 0.05$). Kadınların %38'inin IFSF skoru 29.78 ± 5.73 'tür. CD kondomda %35.9, GÇ'de %41'dir ve kondomda cinsel doyum dışındaki boyutlarda daha az CD yaşanmaktadır ($p < 0.05$). Kadın cinsel yaşamı %20.1 oranında cinsel açıdan kadının kendini değerlendirmesi, haftalık cinsel ilişki sayısı, cinsel yaşamda sorun yaşama ve kullanılan yöntem ile süresinden, %1.1 oranında şu andaki yöntemden etkilenmektedir ($p < 0.05$).

Erkek AP yöntemleri kadın cinsel yaşamını etkilemekte ve GÇ, CD oranını artırmaktadır. CD en fazla cinsel yaşam ve buna ilişkin algı ile kullanılan yöntemden etkilenmektedir ($p < 0.05$). Çiftlere erkek AP ve cinsel yaşam konusunda farkındalık eğitimleri düzenlenmesi, AP hizmetlerine cinsel danışmanlığın entegre edilmesi ve bunların evlilik öncesi başlatılarak sürekliliğinin sağlanması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Kadın, Cinsel Fonksiyon/İşlev Bozukluğu, Kondom, Geri Çekme

SUMMARY

Özdemir H. Effects of Family Planning Methods Used by Man on Female Sexual Life

The study aimed to determine the effects of family planning methods used by man on sexual life of women.

Cross-sectional study have been carried out on married womens wich were 15-49 years old, registered at 2nd and 12th Family Health Centers in Aydın and protected *via* condoms or withdrawal methode. The sample included available 518 pre-menopausal women with active sex life, having no known psychiatric disease and sexual dysfunction in herself and her husband (C:%58.1, WD: %41.8). Data were collected *via* a questionnaire and Sexual Function Index (IFSF) its validity and reliability were made by Ayseçkin Yılmaz and Yıldız Eryılmaz (2004). Self-reported data were collected by the researcher *via* home vists of women at their houses after institution permissions, approval of Institutional Ethics Committee and informed consents. Data were analyzed with Mann-Whitney U, Kruskall-Wallis and regression analysis and $P<0.05$ was accepted as significant.

The mean age of women was 34.97 ± 6.49 . They had nuclear family (%82.6), and high school and higher education degrees (%58.3). Methods-specific counseling was higher for condoms (%23.3 vs 13.4, $p<0.05$). Satisfaction and sexual desire were higher in withdrawal, and good sexual life perception was higher in condoms ($p<0.05$). 38.0% of women had IFSF score of 29.78 ± 5.73 . Sexual dysfunction was %35.9 in condoms and 41.0% in withdrawal, and in condoms lesser SD were experinced in all dimentions except the sexual satisfaction ($p<0.05$). Women's self sexual evaluation, numbers of weekly sexual intercourse, SD and used method and duration of the method's usage explained 20.0% of their sexual life problems and actually used method explained 1.1% of their sexual life problems ($p<0.05$).

Male family planning methods affect women's sexual life, and withdrawal increase the rate of SD. SD affected at most by sexual life and related perceptions and used method ($p<0.05$). It is proposed that awareness trainings in relation to the FP and sexual life should be provided to couples, sexual counseling should be integrated into the FP, and these should be started before marriage and continuity should be ensured.

Key Words: Women, Sexual Life/Sexual Dysfunction, Condom, Withdrawal

KAYNAKLAR

Acar, Z. Doğum sonrası dönemdeki kadınların cinsel işlevleri ve etkileyen faktörler. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü [Doğum-Kadın Hastalıkları Hemşireliği](#) Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye. 2008.

ACOG. Obstetrics and gynecology. 7nd Ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, Lippincott William&Wilkins; 2014.

Addis IB, Van Den Eden SK, Wassel-Fyr CL. Sexual activity and function in middle-aged and older women. Reproductive Risk Factors for Incontinence Study at Kaiser Study Group. Obstetrics and Gynecology 2006;107(4):755-764.

AGI (Alan Guttmacher Institute). Fact sheet. contraceptive use in the United States, 2012. http://www.guttmacher.org/pubs/fb_contr_use.html. Erişim tarihi: 01.06.2014.

Akadlı Ergöçmen B, Eryurt MA, Adalı T. Doğurganlığı belirleyen diğer ara değişkenler. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2008. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK, Ankara: 2009a. s. 109-117.

Akadlı Ergöçmen B, Yiğit E, Tunçkanat FH. Aile planlaması. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2008 Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK, Ankara: 2009b. s.75-95.

Akın L, Özaydın N, Aslan D. Türkiye’de evli erkeklerin aile planlaması yöntemlerini kullanmalarını etkileyen faktörler. Gülhane Tıp Dergisi 2006;48(2):63-69.

Aktoprak M. Evli kadınlar ve eşlerinin aile planlamasına yönelik tutumları ve ilişkili faktörler. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. T.C. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Konya, Türkiye. 2012.

Akyüz EÖ. Doğum sonrası cinsel sorunlar ve etkileyen etmenlerin incelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Aydın, Türkiye. 2009.

Altay B, Gönener D. Evli erkeklerin aile planlaması yöntemlerini bilme ve kullanma durumları ve etkileyen faktörler. Fırat Tıp Dergisi 2009;14(1):56-64.

American Foundation for Urologic Disease (AFUD). Women; For Women Who Care: Information on Prostate Disease to Share with the Men in Your Life. Baltimore, MD:AFLD;2004.

Amidu N, Owiredu WKBA, Woode E, Addai-Mensah O, Quaye L, Alhassan A, Tagoe EA, Incidence of sexual dysfunction: a prospective survey in Ghanaian females. Reproductive Biology and Endocrinology. 2010;8:106. doi: 10.1186/1477-7827-8-106.

[APA](#) (American Psychiatric Association). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5nd Ed. (DSM-V); 2013.

Arviş MH. Aydın Dogumevi'ne Aile Planlaması İçin Başvuran Kisilerin Kontraseptif Yöntem Tercihleri ve Etkileyen Faktörler. Yayınlamamış Uzmanlık Tezi. T.C. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Aydın, Türkiye. 2008.

Atış F, Yurdakul M, Öztürk M, Karaman M. Koitus interruptus kullanım nedenleri ve yöntem başarısını etkileyen faktörler. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2010;5(15):31-44.

AWHONN. Position statement: Emergency contraception. JOGNN 2012;41(5):711-713. Erişim tarihi: 12.02.2014

Ayaz S. Approach to sexual problems of patients with stoma by PLISSIT model: An Alternative. Sexuality Disability 2009;(27):71-81.

Ayşeçkin Yılmaz C, Yıldız Eryılmaz H. Kadın cinsel fonksiyon sorgulama indeksinin (IFSF) geçerlik- güvenilirlik çalışması. Androloji Bülteni 2004;(18):275-276.

Balcı E, Öztürk A, Gün İ, Öztürk Y. Kayseri İli Talas İlçesi'ndeki 15-49 yaş kadınlarda kullanılan aile planlaması yöntemiyle ilgili şikayetlerin değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Dergisi 2008;17(1):54-62.

Bancroft J, Loftus J & Long S. Distress about sex: a national survey of women in heterosexual relationships. Archives of Sexual Behaviour 2003;32(3):193-208.

Basson R, Berman J, Burnett A, Derogatis L, Ferguson D, Fourcroy J, Goldstein I, Graziottin A, Heiman J, Laan E, Leiblum S, Padma-Nathan H, Rosen R, Segraves K, Segraves RT, Shabsigh R, Sipski M, Wagner G, Whipple B. Report of the international consensus

development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications. Journal of Urology 2000;163(3):888-893.

Bellamy G, Gott M, Hinchliff S. Women's understandings of sexual problems: findings from an indepth interview study. Journal of Clinical Nursing 2013;22(23-24):3240-3248.

Berktaş F. Kadınların İnsan Haklarının Gelişimi ve Türkiye, Sivil Toplum ve Demokrasi Konferans Yazıları. Bilgi Üniversitesi Sivil Toplum Kuruluşları Eğitim ve Araştırma Birimi, İstanbul: 2004.

Berman JR, Bassuk J. Physiology and pathophysiology of female sexual function and dysfunction. World Journal Urology 2002;20(2):111-118.

Berman JR, Goldstein I. Female sexual dysfunction. Urologic Clinics of North America 2001;28(2):404-416.

Boynukalın K, Güven S, Esinler İ. Aile planlaması. In: Günalp S, Yüce K. Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. 3.baskı. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri; 2014. s. 529-540.

Bozdağ G. Kadın Hastalıkları ve Doğum Akıl Notları. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri Ltd. Şti; 2013.

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

Brandenburg U, Bitzer J. The challenge of talking about sex: the importance of patient-physician interaction. Maturitas 2009;63(2):124-127.

Briedite I, Ancane G, Ancans, Erts R. Insufficient assessment of sexual dysfunction: a problem in gynecological practice. Medicina (Kaunas) 2013;49(7):315-320.

Buldurucu S. Geleneksel yöntemleri eşlerin tercih etme nedenleri. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. T.C. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye. 2011.

Byerly P, Byerly L. Birth control. 2005, <http://www.themarriagebed.com/pages/biology/birthcontrol.shtml>. Erişim tarihi: 10.02.2014.

CDC (Centers for Disease Control and Prevention). U.S. Selected Practice Recommendations for Contraceptive Use. adapted from the World Health Organization selected practice recommendations for contraceptive use. 2nd Ed. [Division of Reproductive Health, National](#)

[Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, MMWR Recommendations Reports 2013;62\(RR-05\):1-60.](#)

CDC. Youth behavior surveillance-United States 2011. MMWR 2012;61(4):1-164.

CETAD (Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği). Cinsel yaşam sorunları 2008, http://www.cetad.org.tr/doc/bilgilendirme_dosyası_1.pdf. Erişim Tarihi: 06.09.2010.

CETAD (Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği). Kadın Cinselliği 2006, http://www.cetad.org.tr/CetadData/Book/26/269201116550-bilgilendirme_dosyasi_5.pdf.

Erişim Tarihi: 12.05.2013.

Choi H, Kim J-H, Park J-Y, Shim J-S, Lee J-G, Yoon H-Y, Bae J-H. Assessment of sexual dysfunction and determination of its risk factors in the Republic of Korea. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2014;125(1):60-64.

Chung-Park MS. Evaluation of a pregnancy prevention programme using the contraceptive behaviour change model. *Journal of Advanced Nursing* 2007;61(1):81-91.

Clinton T, Laaser M. *The Quick-Reference Guide to Sexuality & Relationship Counseling*. Michigan: BakerBooks; 2010.

Convery KM, Spatz DL. Sexuality and breastfeeding: what do you know? *MCN, The American Journal of Maternal Child Nursing* 2009;34(4):218-223.

Çayan S, Akbay E, Canpolat B, Acar D, Bozlu M, Ulusoy E. Kadınlarda cinsel fonksiyon bozuklukları prevalansı ve risk faktörleri. 4. Ulusal Androloji Kongresi 7-10 Kasım 2001, Ankara; 2001.

Çeri Ö, Yılmaz A, Soykan A. Cinsel işlev bozuklukları. *Türkiye Klinikleri* 2008;1(2):71-78.

Çiftçi Öztürk Ö. Sağlık personelinin aile planlaması yöntemlerini tercih nedenleri. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Afyonkarahisar, Türkiye. 2009.

Çiftçioğlu S, Erci B. Coitus interruptus as a contraceptive method: Turkish women's perceptions and experiences. *Journal of Advanced Nursing* 2009;65(8):1686-1694

Deardorff J, Tschann JM, Flores E, de Groat CL, Steinberg JR, Ozer EJ. Latino youths' sexual values and condom negotiation strategies. **Perspectives on Sexual and Reproductive Health** 2013;45(4):182-190.

Delva W, Meng F, Beauclair R, Deprez N, Temmerman M, Welte A, Hens N. Coital frequency and condom use in monogamous and concurrent sexual relationships in Cape Town, South Africa. *Journal of the International AIDS Society* 2013;24;16:18034. doi: 10.7448/IAS.16.1.18034.

Demir CS. Aile planlaması yöntemleri ve cinsellik. 4. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi 20-23 Nisan 2005, Ankara; 2005.

Demirezen E, Erdoğan S, Önem K. Birinci basamak sağlık merkezine başvuran kırk yaşın altındaki kadınlarda cinsel fonksiyonun değerlendirilmesi. *Androloji Bülteni* 2006a;(25):177-180.

Demirezen E, Erdoğan S, Önem K. Birinci basamakta kadın cinselliğinin değerlendirilmesi. *Androloji Bülteni* 2006b;(24):76-78.

Depe Y, Erenel AŞ. Erkeklerin aile planlamasına ilişkin görüş ve davranışları. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2006;10(3):29-36.

Dilbaz B. IUD Use in Turkey and in the world: from past to future. 4. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi 20-23 Nisan 2005, Ankara; 2005.

Doğan Pekince G, Yılmaz M. Kontrasepsiyon amaçlı başvuran kadınların erkek kontrasepsiyonuna bakış açısı. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2012;15(2):69-74.

Doğan S, Saraçoğlu GV. Yaşam boyu vajinismus olan kadınlarda cinsel bilgi, evlilik özellikleri, cinsel işlev ve doyumun değerlendirilmesi. *Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2009;26(2):151-158.

Dude A, Neustadt A, Martins S, Gilliam M. Use of Withdrawal and Unintended Pregnancy Among Females 15–24 Years of Age. ***Obstetrics & Gynecology*** 2013;122(3):595-600.

Dündar C, Kaynar E, Pekşen Y. Samsun ili merkez sağlık ocaklarında çalışan evli ebelerin aile planlaması yöntemi kullanma durumları. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2005;12(4):243-246.

Ege E, Akın B, Yaralı Arslan S, Bilgili N. Sağlıklı kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu sıklığı ve risk faktörleri. *Türk Bilim Araştırma Vakfı Bilim Dergisi* 2010;3(1):137-144

Erbil N, Kahraman AN, Top F. Kadınların kontraseptif yöntemler hakkındaki bilgi ve davranışları ile kullanımı etkileyen faktörlerin belirlenmesi. 4. Uluslararası Üreme Sağlığı Kongre kongresi 20-23 Nisan 2005, Ankara; 2005. p. 220, P-14.

Erbil N, Orak E, Bektaş AE. Anneler cinsel eğitim konusunda ne biliyor, kızlarına ne kadar cinsel eğitim veriyor? *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi* 2010;7(1):366-383.

Erbil N, Pasinlioğlu T. Planlı eğitim ve danışmanlığın kadınların aile planlaması hizmetlerinden memnuniyet düzeyine etkisi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2008;11(2):38-46.

Erenel AŞ, Gölbaşı Z. Unprotected sexual intercourse and unplanned pregnancy experience of Turkish university students. *Sex Disability* 2011;29(1):75-80.

Erol B, Tefekli A, Ozbey I, Salman F, Dincag N, Kadioglu A, Tellaloglu S. Sexual dysfunction in type 2 diabetic females: a comparative study. *Journal of Sex & Marital Therapy* 2002; 28(suppl 1): 55-62.

Ersay AR, Tortumluoğlu G. Reproductive health of adolescents and young adults. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi* 2006;3(2):1-13.

Ersin F, Gözükara F, Şimşek Z, Kayahan M, Kurçer MA. Bir sağlık ocağı bölgesinde evli kadınların aile planlaması yöntemi kullanma durumları ve yöntem bırakma nedenleri. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 2003;5(1):30-37.

Eryurt MA, Türkyılmaz AS, Çağatay P. Doğurganlık tercihleri. *Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması*, 2008 Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK. Ankara: 2009. s.119-130.

Everett S. *Handbook of Contraception and Sexual Health*. Third Edition. Routledge. London. 2014.

Exavery A, Kanté AM, Jackson E, Noronha J, Sikustahili G, Tani K, Mushi HP, Baynes C, Ramsey K, Hingora A, Phillip JF. Role of condom negotiation on condom use among women of reproductive age in three districts in Tanzania. *BMC Public Health*. 2012;12:1097. doi: 10.1186/1471-2458-12-1097.

Fataneh G, Marjan MH, Nasrin R, Taraneh T. Sexual function in Iranian women using different methods of contraception. *Journal of Clinical Nursing* 2013;22(21-22):3016-3023.

FDA. Updated FDA action on plan B (levonorgestrel) tablets (pres release) 2009, <http://www.fda.gov/NewsEvents/Newsroom/PressAnnouncements/2009/ucm149568.htm>.

Erişim tarihi: 17.02.2014.

Fennell J. And Isn't that the point?: pleasure and contraceptive decisions. *Contraception*. 2014;89(4):264-270.

Fisher WA, Balck A. Contraception in Canada: A review of methods choices, characteristic, adherence and approaches to counseling. *Canadian medical Association Journal* 2007;176(7):953-961.

Gabalıcı E. Üreme çağındaki kadınların kullandıkları aile planlaması yöntemlerinin cinsel yaşamlarına etkisi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü [Doğum-Kadın Hastalıkları Hemşireliği](#) Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye. 2008.

Gerçek H, Pala K. Nilüfer Halk Sağlığı Eğitim Araştırma ve Uygulama Bölgesi'nde 15-49 Yaş Evli Kadınların Aile Planlaması Yöntemi Kullanımındaki Değişim (2002-2009). *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2011;37(1):21-26.

Geter A, Crosby R. Condom Refusal and Young Black Men: the Influence of Pleasure, Sexual Partners, and Friends. *Journal of Urban Health*. 2014;91(3):541-546.

Giray H, Kılıç B. Bekar kadınlar ve üreme sağlığı. *STED* 2004;13(8):286.

Godfrey FM, Chin NF, Fielding SL, Fiscella K, Dozier A. Contraceptive methods and use by woman aged 35 and over: A qualitative study of perspectives. *BMC Women's health* 2011;(11):5.

Gölbaşı Z, Evcili F. Hasta cinselliğinin değerlendirilmesi ve hemşirelik: engeller ve öneriler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2013;16(3):182-189

Gracia CR, Sammel MD, Charlesworth S, Lin H, Barnhart KT, Creinin MD. Sexual function in first-time contraceptive ring and contraceptive patch users. *Fertility and Sterility* 2010;93(1):21-28.

Guida M, Sardo A, Bramante S, Sparice S. Effect of two types of hormonal contraception-oral versus intravaginal-on the sexual life of women and their partners. *Human Reproduction* 2005;20(4):1100-1106.

Güngör S, Başer İ, Göktolga Ü, Eşber Ö, Uğur K. Koitus interruptus (geri çekme) yönteminin etkinliği ve eğitim seviyesinin önemi. *Gülhane Tıp Dergisi* 2006;48(1):8-10.

Güvel S, Yaycıoğlu Ö, Bağış T, Savaş N, Bulgan E, Özkardeş H. Evli kadınlarda cinsel fonksiyonlara etkin faktörler. *Türk Üroloji Dergisi* 2003;29(1):43-48.

Güzel Ertop N. 15-49 Yaş arası evli kadınların kullandıkları aile planlaması yönteminin eş uyumuna etkisinin incelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Samsun, Türkiye. 2009.

Haddada L, Gallob MF, Jamiesonb DJ, Macalusoc M. Condom type may influence sexual behavior and ejaculation and complicate the assessment of condom functionality. *Contraception* 2012; 86(4):391-396.

Higgins JA, Hirsch JS. Pleasure, power, and inequality: incorporating sexuality into research on contraceptive use. *American Journal of Public Health* 2008;98(10):1803-1813.

Higgins JA, Hoffman S, Graham CA, Sanders SA. Relationships between contraceptive method and sexual pleasure and satisfaction: results from the Women's Wellbeing and Sexuality Study. *Sexual Health* 2008;5(4):321-330.

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

Jaafarpour M, Khani A, Khajavikhan J, Shurabi Z. Female sexual dysfunction: prevalence and risk factors. *Journal of Clinical and Diagnostic Research* 2013;7(12):2877-2880.

Jones RK, Fennell J, Higgins JA, Blanchard K. Better than nothing or savvy risk-reduction practice? The importance of withdrawal. *Contraception* 2009;79(6):407-410.

Kabir M, İliyasa Z, Abubakar IS, Kabir AS. Sexual behaviour among students in tertiary institutions in Kano, northern Nigeria. *Journal of Community Health & Primary Health Care* 2004;16(2):17-22.

Kaplan DL, Jones EJ, Olson C, Yunzal-Butler CB. Early Age of First Sex and Health Risk in an Urban Adolescent Population. *Journal of School Health* 2013;83(5):350-356.

Karakoyunlu FB. Evli kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu görülme sıklığı. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Antalya, Türkiye. 2007.

Karakoyunlu FN, Öncel S. Cinsel fonksiyon bozukluklarında kadına ait hemşirelik bakım süreci örneği. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2009;12(3):82-92.

Kavanaugh ML, Lindberg LD, Frost J. Factors influencing partners' involvement in women's contraceptive services. *Contraception* 2012;85(1):83-90.

Kaya, H, Tatlı H, Açık Y, Deveci SE. Bingöl İli Uydükent Sağlık Ocağı Bölgesindeki 15-49 Yaş Kadınların Aile Planlaması Yöntemi Kullanım Düzeyinin Belirlenmesi. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2008;22(4):185-191.

Kılıç A, Akyüz A, Yavan T, Güvenç G. Kontraseptiflerin cinsel yaşantıya etkileri üzerine niteliksel bir çalışma, Türkiye Klinikleri *Journal of Gynecology & Obstetrik* 2009;19(3):131-141.

King M, Holt V, Nazareth I. Women's views of their sexual difficulties: Agreement and disagreement with clinical diagnoses. *Archives of Sexual Behavior* 2007;36(2):281-288.

Kinsella Eo, Crane L, Ogden LG, Stevens-Simon C. Characteristics of adolescent women who stop using contraception after use at first sexual intercourse. *Journal of pediatric Gynecology* 2007;20(2):73-83.

Kovavisarach E1, Saringarnan P. Coitus interruptus in female patients seeking services at Obstetrics and Gynecology Department in Rajavithi Hospital. *Journal of the Medical Association of Thailand* 2010;93(12):1356-1359.

Kütmeç C. Kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu ve hemşirelik bakımı. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2009;4(12):111-136.

Lamont J, Bajzak K, Bouchard C, Burnett M, Byers S, Cohen T, Fisher W, Holzapfel S, Senikas V. Female Sexual Health Consensus Clinical Guidelines. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada (JOGC)* 2012;34(8):769-775.

- Ledermann RP, Wenyaw C, Roberts-Gray C. Parent-adolescent relationship education (PARF). Program delivery to reduce risks for adolescent pregnancy and STD's. *Behavioural medicine* 2008;33(4):132-143.
- Lee LK, Chen PCY, Lee KK, Jagmohani K. Premarital sexual intercourse among adolescents in Malaysia: a cross-sectional Malaysian school survey. *Singapore Med J.* 2006;47(6):476-481.
- Lete I, Bermejo R, Coll C, Duenas JL, Doval JL, Martinez-Salmean J, Masset J, Parrilla JJ, Serrano I. Use of contraceptive methods in Spain: results of a national survey. *Contraception* 2001;63(4):235-238.
- Lindau ST, Gavrilova N. Sex, health, and years of sexually active life gained due to good health: evidence from two US population based cross sectional surveys of ageing. *BMJ.* 2010 9;340:c810. doi:10.1136/bmj.c810.
- Marchi NM, Alvarenga AT, Osis MJD, Bahamondes L. Contraceptive methods with male participation: a perspective of Brazilian couples. Brazil: International Council of Nurses; 2008. p.103-109
- Maria W. Sexual behavior, knowledge and awareness of related reproductive health issues among single youth in Ethiopia. *African Journal of Reproductive Health* 2007;11(1):14-21.
- Mayda AS, Arslan T, Bozkurt H, Dedeli İ, Özkan M. Düzce İli kalıcı konutlar bölgesinde 15-49 yaş arası kadınlarda yöntem kullanma oranları ve tercih nedenleri. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni* 2005;4(5):265-279.
- McCarthy B ve McCarthy E. *Sexual Awareness.* 5th Ed. London: Routledge Taylor and Francis Group. 2012.
- Mehryar AH, Mostafavi F, Agha H. Men and Family Planning in Iran. Brazil: The IUSSP XXIVth General Population Conference in Salvador de Bahia; 2001. p. 4.
- Moreau C, Bouyer J, Bajos N, Rodríguez G, Trussell J: Frequency of discontinuation of contraceptive use: results from a French populationbased cohort. **Human Reproduction** 2009;24(6):1387-1392.

Murray SS, McKinney ES. Foundations of Maternal-Newborn and Women's Health Nursing. 6th Ed. ABD: Elseiver Saunders; 2014.

Naqvi S1, Hashim N, Zareen N, Fatima H. Knowledge, attitude and practice of parous women regarding contraception. [Journal of the College on Physicians and Surgeons Pakistan](#) 2011;21(2):103-105. doi:02.2011/JCPSP.103105.]

Nazik E, Eryılmaz G. Kadınlarda dispareni ve hemşirelik yaklaşımı. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi 2011;4(1):213-214.

Nicolosi A, Glasser DB, Kim SC, Marumo K, Laumann E.O. Sexual behaviour and dysfunction and help-seeking patterns in adults aged 40–80 years in the urban population of Asian countries. *BJU International* 2005;(95):609-614.

Nusbaum M, Hamilton C. Chronic illness and sexual functioning. *American Family Physician* 2003;67(2):347-357.

Oliveira da Silva M. 14. Sexual and Reproductive Health - Major and Chronic Diseases, 2008. In: Directorate-General for Health and Consumers Major and Chronic Disease Report 2007 By the Task Force on Major and Chronic Diseases of DG SANCO's Health Information Strand. April 2008. S. 31-32. Erişim: http://ec.europa.eu/health/archive/ph_threats/non_com/docs/mcd_report_en.pdf.

Ong J, Temple-Smith M, Wong W, McNamee K, Fairley C. Prevalence of and characteristics associated with use of withdrawal among women in Victoria, Australia. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 2013;45(2):74-78.

Öksüz E, Malhan S. Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction in Turkish women. *The Journal of Urology* 2006;175(2):654-658.

Özara Koç D. Aile planlaması yöntemi olarak eşleri koitus interruptus (geri çekme) uygulayan kadınların cinsel fonksiyonları ve danışmanlık gereksinimlerinin belirlenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. T.C. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye. 2009.

Özdemir İ, Yıldırım U, Demirci F, Duras G, Yücel O. Düzce'de yaşayan 15-49 yaş grubu evli kadınların kontraseptif yöntemi kullanma ve kullanmama nedenleri. *Düzce Tıp Fakültesi Dergisi* 2002;4(3):19-22.

Özerdoğan N, Sayiner FD, Köşgeroğlu N, Ünsal A. 40–65 yaş grubu kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu prevalansı, depresyon ve diğer ilişkili faktörler. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi* 2009;2(2):46-59.

Palatnik A, Seidman DS. Survey of opinions of mothers and teenage daughters on sexual behavior and contraception: descriptive study and literature review. *International Journal of Women's Health* 2012;4:265-270.

Prado DS, Mota VPLP, Lima TIA. Prevalência de disfunção sexual em dois grupos de mulheres de diferentes níveis socioeconômicos. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia* 2010;32(3):139-143.

Rahnama P, Hidarnia A, Shokravi FA, Kazemnejad A, Oakley D, Montazeri A. Why Iranian married women use withdrawal instead of oral contraceptives? A qualitative study from Iran. *BMC Public Health* 2010a, 10:289. doi:10.1186/1471-2458-10-289.

Rahnama P, Hidarnia A, Shokravi FA, Kazemnejad A, Ghazanfari Z, Montazeri A. Withdrawal users' experiences of and attitudes to contraceptive methods: a study from Eastern district of Tehran, Iran. *BMC Public Health* 2010b, 10:779. doi:10.1186/1471-2458-10-779.

Raymond HW Li, Sue ST Lo, Daw KG Tong N, Tsui MH Y, Cheung K, Chung TK H. Impact of common contraceptive methods on quality of life and sexual function in Hong Kong Chinese women. *Contraception* 2004;70(6):474-482.

Roberts SC, Klapilová K, Little AC, Burriss RP, Jones BC, DeBruine LM, Petrie M, Havlíček J. Relationship satisfaction and outcome in women who meet their partner while using oral contraception. *Proceedings of the Royal Society B: Biological Sciences* 2012;279(1732):1430-1436.

Rosen RC, Bachmann GA. Sexual well-being, happiness, and satisfaction, in women: the case for a new conceptual paradigm. *Journal of Sex Marital Therapy* 2008;34(4):291-297.

Ruiz-Muñoz D, Wellings K, Castellanos-Torres E, Álvarez-Dardet C, Casals-Cases M, Pérez G. Sexual health and socioeconomic-related factors in Spain. *Annals of Epidemiology* 2013;23(10):620-628.

Rurik I. Adatok a magyar férfiak szexuális aktivitásáról (Data about the sexual activity of Hungarian men). *Orvosi Hetilap* 2011 Oct 9;152(41):1648-50. doi: 10.1556/OH.2011.29197.

Ryan S, Franzetta K, Manlove J. Contraceptive use patterns across teens' sexual relationships: the role of relationships, partners, and sexual histories. *Demography* 2007a;44(3):603-621.

Ryan S, Franzetta K, Manlove J. Knowledge, perceptions and motivations for contraception: influence on teens' contraceptive consistency. *Youth and Society* 2007b;39(2):182-208, 200-728.

Safarinejad M. Female sexual dysfunction in a population-based study in Iran: prevalence and associated risk factors. *International Journal of Impotence Research* 2006;18(4):382-395.

Sak ME, Evsen MS, Sak S, Çaça FN. Kontrasepsiyon yöntemlerinin etkinliği ve kadınların eğitim düzeyi: Güneydoğu Anadolu'da bir ilçe örneği. *Dicle Tıp Dergisi* 2008;35(4):265-270.

Salonia A, Zanni G, Nappi RE, Briganti A, Deho F, Fabbri F, Colombo R, Guazzoni G, Di Girolamo V, Rigatti P, Montorsi F. Sexual dysfunction is common in women with lower urinary tract symptoms and urinary incontinence: results of a cross-sectional study. *European Urology* 2004;45(5):642-648.

Sanders SA, Graham CA, Bass JL, Bancroft J. A prospective study of the effects of oral contraceptives on sexuality and well-being and their relationship to discontinuation. *Contraception* 2001;64(1):51-58.

Saygılı P. Aile planlaması hizmetlerinde hemşirenin rolü. *Türkiye Klinikleri Journal of Surgical Medical Sciences* 2006;2(13):37-44

Shahpoorian [F1](#), [Kashanian M](#), [Shakhan Z](#), [Sheikhansari N](#). Contraceptive use in women under 20 years of age: A study in Iran. *Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2014 Jun 9:1-5 [Epub ahead of print].

Shifren JL, Monz Bu, Russo PA, Segreti A, Johannes CB. Sexual problems and distress in United States woman. *Obstetrics &Gynecology* 2008;112(5):970-978.

[Sidi H](#), [Puteh SE](#), [Abdullah N](#), [Midin M](#). The prevalence of sexual dysfunction and potential risk factors that may impair sexual function in Malaysian women. *The Journal of Sexual Medicine* 2007;4(2):311-321.

Shokrollahi P, Mirmohamadi M, Mehrabi F & Babaei GH. Prevalence of sexual dysfunction in women seeking services at family planning centers in Tehran. *Journal of Sex & Marital Therapy* 1999;25(3):211-215.

Singh JC, Tharyan P, Kekre NS, Singh G, Gopalakrishnan G. Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction in women attending a medical clinic in south India. *Journal of Postgraduate Medicine* 2009;55(2):113-120.

[Song SH](#), [Jeon H](#), [Kim SW](#), [Paick JS](#), [Son H](#). The prevalence and risk factors of female sexual dysfunction in young korean women: an internet-based survey. [Journal Sexual Medicine](#) 2008;5(7):1694-1701.

Souki Z, Sharifi KH. Investigating the impact of condom in women's Libido. Proceedings of the 2nd National Congress on Family and Sexual Problems; 2005 Nov 23-24. Tehran, Iran: 2005.

Surendranath A, Nagaraju B, Patel SR, Goud K, Bhavesh P. A study to assess the relationship between common contraceptive methods employed and sexual contentment. *Global Advanced Research Journal of Pharmacy and Pharmacology (GARJPP)* 2012;1(1):012-015.

Şahin NH, Kharbouch SB. Perimenopausal contraception in Turkish women: A cross-sectional study. *BMC Nursing* 2007;(8):6:1.

Şimşek Z, Koruk İ, Altındağ A. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Fen-Edebiyat Fakültesi birinci sınıf öğrencilerinin riskli sağlık davranışları. *Toplum Hekimliği Bülteni* 2007;26(3):19-24.

T.C Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Cinsel Sağlık/Üreme Sağlığı. Üreme Sağlığına Giriş. No:1/B. Eğitici Rehberi. Ankara: Buluş Tasarımcılık ve Matbaacılık; 2006.

T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Aile planlaması danışmanlığı için resimli rehber. Ankara Baskı-Tasarım: Damla Matbaacılık, Reklamcılık ve Yayıncılık Tic. Ltd. Şti. Ankara, Türkiye. 2010.

T.C. Sağlık Bakanlığı Ana çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi Cilt I. Cinsellik ve Üreme Sağlığı. Ankara: Damla Matbaacılık, Reklamcılık ve Yayıncılık Tic. Ltd. Şirketi; 2005a.

T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi Cilt II Kontraseptif Yöntemler. 3. Baskı. Ankara: Damla Matbaacılık, Reklamcılık ve Yayıncılık Tic. Ltd. Şirketi; 2005b.

T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Cinsel sağlık/üreme sağlığı üreme sağlığına giriş katılımcı rehberi. Ankara: Damla Matbaacılık, Reklamcılık ve Yayıncılık Tic. Ltd. Şirketi; 2009.

T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. Türkiye Kadın Sağlığı Araştırması. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Cinsel Sağlık/Üreme Sağlığı, Aile Planlaması Danışmanlığı, Ankara, 2014.

T.C. Sağlık Bakanlığı. Kontraseptif Yöntem Kullanımı İçin Tıbbi uygunluk Kriterleri. Aile Planlaması İçin Bir DSÖ Temel Kaynağı. Çev. Ed. N. Özyayın, R. Gül, E. Özdemir Şahin. 4. baskı. T.C. Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü, Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu. Ankara. 2011.

Tanrıverdi G, Özkan A, Şenveli S. Çanakkale'deki kadınların aile planlaması yöntemlerini tercih nedenleri. Fırat Tıp Dergisi 2008;13(4):251-254.

Tashbulatova D, Arıdoğan İA, İzol V, Seydaoğlu G, Urunsak İF, Doran Ş. İnfertil kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu: depresyon ve demografik faktörler ile ilişkisi. Türkiye Klinikleri Journal Medical Sciences 2013;33(1):91-97

Tashbulatova D. İnfertil kadınlarda cinsel fonksiyonlara etki eden faktörler. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Üroloji Anabilim Dalı, Adana, Türkiye. 2007.

Taşkın L. Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği. 10. Baskı. Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık; 2011.

Tayebi N, Ardakani SMY. Incidence and prevalence of the sexual dysfunctions in infertile women. European Journal of General Medicine 2009;6(2):74-77.

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

Temel S. Geri çekme yöntemi ile korunan çiftlerin cinsel fonksiyonlarının değerlendirilmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. T.C. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye. 2012.

Tiryaki Şen H, Taşkın Yılmaz F, Pekşen Ünüvar Ö, Demirkaya F. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde görev yapan sağlık çalışanlarının empatik beceri düzeyleri. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2012;3(1):6-12.

Tokuş B, Eskiocak M, Ekuklu G, Saltık A. Edirne Merkezinde 15-49 yaş evli kadınların aile planlaması yöntemleri konusundaki bilgi düzeyleri ve yöntem kullanım oranları. *STED Dergisi* 2005;14(1):8-14.

Trussel J, Guthrie KA. Choosing a contraceptive efficacy, safety and personal considerations. In: Hatcher RA, Trussel J, Nelson AL et al (Eds.). *Contraceptive technology*. 20nd Ed. Newyork: Andent Media;2011. p. 45-74.

Tuğut N, Gölbaşı Z. Cinselliğin değerlendirilmesinde Plıssıt Modeli'nin kullanımı. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2013;2(4):524-534.

Uluyol M. Tiroidektomi sonrası kadınlarda cinsel fonksiyon değişiklikleri. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Afyon, Türkiye. 2010.

UN (United Nations). Trends in Contraceptive Methods Used Worldwide. *Population Facts*. No. 2013/9, December 2013a. http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/popfacts/popfacts_2013-9.pdf, Erişim: 05.07.2014.

UN (United Nations). Contraceptive patterns 2013. Population Division. Departments of Aconomic and Social Affairs. 2013b. <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/family/worldContraceptivePatternsWallChart2013.pdf>, Erişim: 05.07.2014.

UN (United Nations). World Contraceptive Use 2012, <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/dataset/contraception/wcu2012/MainFrame.html>. Erişim tarihi: 04.07.2014.

Uskun E, Öztürk M, Kişioğlu AN, Çakmak A. Isparta'da çalışan kadınların kontraseptif kullanımı ve bu durumu etkileyen faktörler. *Sağlık ve Toplum Dergisi* 2001;11(4):56-61.

Valadares AL, Pinto-Neto AM, Osis MJ, Sousa MH, Costa-Paiva L, Conde DM. Prevalence of sexual dysfunction and its associated factors in women aged 40-65 years with 11 years or more of formal education: a population-based household survey. *Clinics* 2008;63(6):775-782

Van der Akker OBA. Reproductive health psychology. UK: Wiley-Blackwell; 2012.

Vural BK. Evlilik öncesi cinsel danışmanlık programının yeni evli çiftlerin cinsel doyumuna etkisi. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye. 2007.

Wallwiener L-M. Prevalence of sexual dysfunction and impact of contraception in female German medical students. Inaugural-Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Medizin der Medizinischen Fakultät der Eberhard Karls Universität zu Tübingen, Deutschland 2010.

WHO. Developing sexual health programmes. WHO/RHR/HRP/10.22, 2010

WHO. Family planning. Erişim adresi: http://www.who.int/reproductivehealth/topics/family_planning/en/index.html. Erişim Tarihi:12.11.2013.

WHO. Strategic action plan for the health of women in Europe. WHO/EURO publication. Copenhagen: 2001.

WHO. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders Clinical descriptions and diagnostic guidelines. 2010, <http://www.who.int/classifications/icd/en/bluebook.pdf?ua=1>. Erişim tarihi: 14.06.2014.

Yanez, D, Castelo C, Hidalgo LA, Chedraui PA. Sexual dysfunction and related risk factors in a cohort of middle-aged ecuadorian. Journal Obstetric Gynecology 2006;26(7):682-686.

Yanikkerem E, Acar H, Elem E. Withdrawal users' perceptions of and experience with contraceptive methods in Manisa, Turkey. Midwifery 2006;22(3):274-284.

Yaralı S. Evli kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu ve cinsel yaşam kalitesinin incelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. T.C. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Erzurum, Türkiye. 2013.

Yıldız Eryılmaz H, Arslan H ve Kömürcü N. Kullandıkları kontraseptif yöntemlerin eşler üzerindeki etkileri ve kullanım hataları. Hemşirelik Forumu Kadın Doğum Sayısı 1999;2(3):114-118.

Yılmaz C. Kullanılan kontraseptif yöntemlerin kadınların cinsel fonksiyonları üzerine etkisi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. T.C Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü **Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği** Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye. 2003.

Yılmaz HB, Kavlak O, Atan ŞÜ. Sexual activity, knowledge and contraceptive usage by gender among university students in Turkey. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care* 2010;15(6):433-440.

Yüksel A. Kırsal alanda, kadının toplumsal cinsiyet ve cinsellik konularında yaşadıklarından örnekler, birinci basamakta çözüm önerileri. *Androloji Bülteni* 2009;(37):163-164.

Zakhari R. Female sexual dysfunction: a primary care perspective. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 2009;21(9):498-505.

Zdanuk JI. Assesment and health promotion. In: Lowdermilk DL, Perry SE, Cashion K, Alden KR. *Maternity & Women's Health Care*. 10nd Ed. ABD: Elseiver Mosby; 2012. p. 69-70.

Zhang H, Yip AWC, Fan S, Yip PSF. Sexual dysfunction among chinese married men aged 30-60 years: a population-based study in Hong Kong. *Urology* 2013;81(2):334-339.

ÖZGEÇMİŞ

Hatice ÖZDEMİR, 1987 yılında Aydın'ın Çine ilçesinde doğmuştur. ÖZDEMİR, ilk ve orta eğitimini 1993-2001 yılları arasında Atatürk İlköğretim Okulu'nda almıştır. Lise eğitimini, 2001-2005 yılları arasında Çine Süper Lisesi'nde tamamlamıştır.

Araştırmacı, lisans eğitimi için 2005 yılında Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu'na girmiş ve 2009 yılında Hemşire unvanı ile mezun olmuştur. Mezuniyet sonrası Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Dahiliye Kliniği'nde beş yıl hemşire olarak görev yapmıştır. ÖZDEMİR, 01 Nisan 2014'te süpervizör hemşire olarak atanmıştır. Halen aynı görevini sürdürmektedir.

Araştırmacı, 2009-2014 yılları arasında Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda yüksek lisans eğitimine başlamış ve 2014'te bilim uzmanı olarak mezun olmuştur.

TEŞEKKÜR

Öncelikle bu çalışmaya beni yönlendiren, yüksek lisans eğitimimde ve tez çalışmamın her sürecinde benden desteğini hiçbir zaman esirgemeyen, çalışmam boyunca bana yol gösteren tez danışmanım, değerli hocam Doç. Dr. Nevin AKDOLUN BALKAYA'ya,

Değerli görüşleriyle tezime katkı sağlayan Prof. Dr. Ümran SEVİL'e, araştırmanın planlanması aşamasında katkı sağlayan Prof. Dr. Didem EVCİ'ye, analiz sürecinde her türlü bilgi ve görüşlerini içtenlikle paylaşan ve destek sağlayan Prof. Dr. Pınar OKYAY ve Doç. Dr. Filiz ERGİN'e,

Tez çalışmamda ve hayatımın her döneminde beni yalnız bırakmayan, her türlü desteği ve yardımını esirgemeyen can yoldaşım Volkan BENLİCAN'a ve yanımda olduklarını bana daima hissettiren, sevgi ve destekleriyle her an yanımda olan babam, kardeşlerim, eniştelерim, yengem ve yeğenlerime,

Yüksek lisans eğitimim boyunca bilgi ve deneyimleri ile eğitim hayatıma katkıda bulunan bölüm hocalarıma, araştırmaya maddi destek sağlayan Adnan Menderes Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi'ne, araştırmaya katılmayı kabul eden ve verilerin toplanma aşamasında destekleyici tavırlarıyla yardımcı olan, sorulara içtenlikle cevap veren ve özel yaşamlarına dair sorunlarını paylaşan kadınlara,

Araştırmanın ev ziyaretleri döneminde beni yalnız bırakmayan Kayhan KAÇAR'a, tezim süresince anlayış ve desteklerini esirgemeyen iş arkadaşlarıma,

özverili ve değerli katkılarından dolayı sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

EKLER

Ek 1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ !!!

Bu çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz.

Çalışmanın amacı nedir?

Çalışma, erkeğin kullandığı aile planlaması yöntemlerinden kondom ve geri çekmenin kadınların cinsel yaşamları üzerine etkilerini incelemeyi amaçlamaktadır.

Katılma koşulları nedir?

Bu çalışmaya dahil edilebilmeniz için 15-49 yaş arasında, menopoza girmemiş, en az ilkokul mezunu, evli, aktif cinsel yaşamı olan, eşinde ya da kendisinde tanı konmuş kronik hastalığı ve ruhsal problemi olmayan, en az 4 haftadır düzenli olarak sadece geri çekme ya da kondom ile korunan kadın olmanız gerekmektedir.

Nasıl bir uygulama yapılacaktır?

Gönüllülere anket uygulaması ile sorular sorulacaktır. Veriler, Veri Toplama Formu ve Kadın Cinsel Fonksiyon Sorgulama İndeksi kullanılarak toplanacaktır. Veri Toplama Formu'nda sosyodemografik özellikler, cinsel yaşam, kullanılan AP yöntemleri ile kondom ve geri çekme yönteminin cinsel yaşama etkisine yönelik sorular yer almaktadır. Son dört haftadaki cinsel yaşamı değerlendiren, tüm kadınlarda kendi kendine uygulanabilen ve dokuz maddeden oluşan Kadın Cinsel Fonksiyon Sorgulama İndeksi cinsel ilişkinin istek, uyarılma, orgazm ve ağrı alanlarını incelemektedir.

Sorumluluklarım nedir?

Araştırma ile ilgili olarak sorulan sorulara doğru cevap vermek ve araştırmacının önerilerine uyma sizin sorumluluklarınızdır. Bu koşullara uymadığınız durumlarda araştırmacı sizi uygulama dışı bırakabilme yetkisine sahiptir.

Katılımcı sayısı nedir?

Araştırmada yer alacak gönüllülerin sayısı en az 834'tür.

Katılımım ne kadar sürecektir?

Bu araştırmada yer almanız için öngörülen süre ortalama 20 dakikadır.

Çalışmaya katılma ile beklenen olası yarar nedir?

Bu çalışmadan tıbbi olarak sizin yarar sağlamanız söz konusu değildir, bu çalışma yalnızca araştırma amaçlıdır.

Çalışmaya katılma ile beklenen olası riskler nedir?

Size bu araştırmada anket uygulanacaktır. Bu çalışmaya katılma ile beklenen olası bir risk yoktur.

Araştırma sürecinde birlikte kullanılmasının sakıncalı olduğu bilinen ilaçlar/besinler nelerdir?

Çalışma süresince birlikte kullanımının sakıncalı olduğu ilaç ve besin yoktur.

Hangi koşullarda araştırma dışı bırakılabilirim?

Çalışma programını aksatmanız ve araştırmaya katılma koşulları dışında kalan özellikler gibi nedenlerle, araştırmacı sizin izniniz olmadan sizi çalışmadan çıkarabilir.

Çalışma kapsamındaki giderler karşılanacak mıdır?

Araştırma ile ilgili olarak yapılacak masraflar size veya güvencesi altında bulunduğunuz resmi ya da özel hiçbir kurum veya kuruluşa ödetilmeyecektir.

Çalışmayı destekleyen kurum var mıdır?

Çalışmayı destekleyen kurum, Adnan Menderes Üniversitesi Bilimsel Araştırma projeleri Birimi'dir.

Çalışmaya katılmam nedeniyle herhangi bir ödeme yapılacak mıdır?

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırmaya katılmayı kabul etmemem veya araştırmadan ayrılmam durumunda ne yapmam gerekir?

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz. Araştırmacı, soruları gerçekçi şekilde cevaplamamanız, çalışma programını aksatmanız veya araştırmaya alınacak niteliklere uymamanız vb. nedenlerle isteğiniz dışında, ancak bilginiz dahilinde sizi araştırmadan çıkarabilir.

Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır.

Katılmama ilişkin bilgiler konusunda gizlilik sağlanabilecek midir?

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde bilgilerinize ulaşmak isteyebilir.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren iki sayfalık metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

GÖNÜLLÜNÜN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		
VELAYET VEYA VESAYET ALTINDA BULUNANLAR İÇİN VELİ VEYA VASİNİN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		
ARAŞTIRMA EKİBİ DIŞINDAN YETKİN BİR HEKİM		İMZASI
ADI & SOYADI		
TARİH		
GEREKTEĞİ DURUMLARDA TANIK		İMZASI
ADI & SOYADI		
GÖREVİ		
TARİH		

Ek 2. Soru Formu

Anket No:.....

Tarih:../.../.....

I. Sosyo-demografik özellikler

1. Yaşınız?
2. Eşinizin yaşı?
3. Eğitim durumunuz?
 1. Okur-yazar değil
 2. Okur yazar
 3. İlkokul
 4. Ortaokul
 5. Lise
 6. Üniversite
4. Eşinizin eğitim durumu?
 1. Okur-yazar değil
 2. Okur yazar
 3. İlkokul
 4. Ortaokul
 5. Lise
 6. Üniversite
5. Çalışma durumunuz?
 1. Devlet Memuru
 2. İşçi
 3. Özel sektör çalışanı
 4. İşsiz
 5. Ev hanımı
 6. Emekli
 7. Diğer (Belirtiniz:
6. Eşinizin çalışma durumu?
 1. Devlet Memuru
 2. İşçi
 3. Özel sektör çalışanı
 4. İşsiz
 5. Emekli
 6. Diğer (Belirtiniz:
7. Sosyal güvenceniz?
 1. Yeşil kart
 2. SSK
 3. Bağkur
 4. Emekli sandığı
 5. Özel sigorta
 6. Sosyal güvencem yok
8. En uzun süre yaşadığınız yer?
 1. Köy
 2. İlçe/Kasaba
 3. Şehir
 4. Büyük şehir
 5. Yurt dışı
9. Size göre ekonomik durumunuz nasıl?
 1. Gelir giderden az
 2. Gelir gidere denk
 3. Gelir giderden fazla
10. Aile yapınızı nasıl tarif edersiniz?
 1. Çekirdek aile (anne-baba ve çocuklar)
 2. Geniş Aile (anne-baba-çocuklar-büyükanne-büyükbaba)
 3. Parçalanmış Aile
11. Evlenme şekliniz?
 1. Görücü usulü ile
 2. Başlık parası karşılığında
 3. Severek
 4. Kaçarak
 5. Aile baskısıyla
 6. Diğer (Belirtiniz:
12. Ne kadar süredir evlisiniz? (en son evliliğindeki evlilik yılı)
13. Adetleriniz düzenli midir?
 1. Hayır
 2. Evet

14. Çocuğunuz var mı? 1. Yok 2. Var, sayısı:
15. Çocuklarınızın yaşlarını küçükten büyüğe doğru belirtiniz
16. İsteyerek yaptığınız kürtaj sayısı:, En son olan kürtaj zamanı:ayyıl
17. En son yaptığınız doğum?
1. Normal, kendiliğinden 2. Müdahaleli 3. Sezaryen
18. Bugüne kadar üreme organlarınızla ilgili herhangi bir sorun (iltihap, kist, ameliyat, cinsel yolla bulaşan hastalık, kanser vb.) yaşadınız mı?
1. Hayır
2. Evet, yaşadığınız sorunu belirtiniz:

II. Cinsel Yaşama İlişkin Bilgiler

19. İlk cinsel birlikteliğiniz sırasında kaç yaşındaydınız?
20. Genellikle haftada kaç kez cinsel ilişkide bulunursunuz?
21. Genel olarak cinsel yaşamınızı nasıl değerlendiriyorsunuz?
1. Çok kötü 2. Kötü 3. Orta 4. İyi 5. Çok iyi
22. Kendinizi cinsel açıdan nasıl buluyorsunuz?
1. Çekici 2. İtici 3. İsteksiz 4. Soğuk 5. Çirkin
6. Diğer (Lütfen belirtiniz:
23. Eşiniz sizi cinsel açıdan nasıl bulur?
1. Çekici 2. İtici 3. İsteksiz 4. Soğuk 5. Çirkin
6. Diğer (Lütfen belirtiniz:
24. İstemediğiniz zamanlarda eşinizle cinsel ilişkide bulunur musunuz?
1. Hayır 2. Evet 3. Bazen
25. Cinsel konularda eşinizle rahatça konuşabilir misiniz?
1. Hayır 2. Evet 3. Eşim daha rahat konuşur
26. Cinsel yaşamınızla ilgili sorun yaşadınız mı?
1. Hayır 2. Evet, yaşadığınız sorunu belirtiniz:
27. (26. soruya cevabınız evet ise) Cinsel yaşamınızla ilgili sorunlarınız için hiç profesyonel yardım (psikolog, psikiyatrist) aldınız mı?
1. Hayır 2. Evet

III. Aile Planlaması Yöntemlerine İlişkin Bilgiler

28. Daha önce kullandığınız yöntem?
29. Şu anda hangi yöntemi kullanıyorsunuz?
1. Sadece kondom (kılıf) 2. Sadece geri çekme

	KONDOM, KILIF	GERİ ÇEKME
30. Bu yöntemi ne kadar süredir kullanıyorsunuz?	..... Ay/.....Yıl	..... Ay/.....Yıl
31. Bu yöntemi ne zaman kullanıyorsunuz?	1. Cinsel ilişkiye girmeden hemen önce 2. Boşalma öncesi 3. Yumurtlama döneminde 4. Diğer (Lütfen belirtiniz:)	1. Boşalma öncesi 2. Yumurtlama döneminde 3. Yumurtlama dönemi dışında 4. Diğer (Lütfen belirtiniz:)
32. Kullandığınız yönteme kim karar verdi?	1. Ben ve eşim birlikte 2. Eşim 3. Kendim 4. Diğer (Lütfen belirtiniz:)	1. Ben ve eşim birlikte 2. Eşim 3. Kendim 4. Diğer (Lütfen belirtiniz:)
33. Bu yöntemi seçme nedeniniz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)	1. Kullanımı kolay 2. Ucuz 3. Dini açıdan uygun 4. Yan etkisi yok 5. Cinsel ilişkiyi olumsuz etkilemiyor 6. Güvenilir ve etkili 7. Diğer (Lütfen belirtiniz:)	1. Kullanımı kolay 2. Ucuz 3. Dini açıdan uygun 4. Yan etkisi yok 5. Cinsel ilişkiyi olumsuz etkilemiyor 6. Güvenilir ve etkili 7. Diğer (Lütfen belirtiniz:)
34. Kullandığınız yöntem için hiç sağlık personelinin danışmanlık aldınız mı?	1. Hayır 2. Evet	1. Hayır 2. Evet
35. (34. soruya cevabınız evet ise) Ne zaman danışmanlık aldınız?	1. Yönteme başlamadan 2. Yönteme başladıktan sonra	1. Yönteme başlamadan 2. Yönteme başladıktan sonra
36. Genellikle kondomu nereden temin ediyorsunuz?	.....	.....

37. Kullandığınız yöntemle ilgili herhangi bir sorun yaşadınız mı?	1. Hayır 2. Evet	1. Hayır 2. Evet
38. (37. soruya cevabınız evet ise) Kullandığınız yöntemle ilgili yaşadığınız sorunu yazınız.	..... .....	..... .....
39. (37. soruya cevabınız evet ise) Yaşadığınız bu sorunun çözümü için neler yaptınız?	..... .....	..... .....
40. Kullandığınız yöntemden memnun musunuz?	1. Hayır 2. Evet	1. Hayır 2. Evet
41. Kullandığınız yöntemden memnun değilseniz, nedeni?	.....	.....
42. Kullandığınız yöntemi değiştirmeyi düşünüyor musunuz?	1. Hayır 2. Evet 3. Kararsızım	1. Hayır 2. Evet 3. Kararsızım

IV. Kondom ve Geri Çekmenin Cinsel Yaşama Etkisine Yönelik Bilgiler

	KONDOM, KILIF	GERİ ÇEKME
43. Kullandığınız yöntem cinsel isteğinizi nasıl etkiledi?	.....	.....
44. Kullandığınız yöntem cinsel ilişki sıklığınızı nasıl etkiledi?	..... .....	..... .....
45. Kullandığınız yöntem cinsel doyumunuzu nasıl etkiledi?	.....	.....
46. Kullandığınız yöntem cinsel yaşamınızı nasıl etkiledi?	1. Etkilemedi, aynı 2. Olumlu etkiledi 3. Olumsuz etkiledi 4. Diğer (Lütfen belirtiniz:)	1. Etkilemedi, aynı 2. Olumlu etkiledi 3. Olumsuz etkiledi 4. Diğer (Lütfen belirtiniz:)

47. Kullandığınız yöntemin, cinsel yaşamınıza olumlu etkilerini yazınız.	..... .....	..... .....
48. Kullandığınız yöntemin, cinsel yaşamınıza olumsuz etkilerini yazınız.	..... .....	..... .....
49. Kullandığınız yöntem nedeniyle yaşadığınız cinsel sorunların çözümü için neler yaptınız?	..... .....	..... .....
50. Kullandığınız yöntem nedeniyle yaşadığınız cinsel sorunlar için profesyonel yardım aldınız mı?	1. Hayır 2. Evet (Kimden:)	1. Hayır 2. Evet (Kimden:)
51. Kullandığınız yöntem <u>eşinizin</u> cinsel yaşamını nasıl etkiledi?	1. Etkilemedi, aynı 2. Olumlu etkiledi 3. Olumsuz etkiledi 4. Diğer (Lütfen belirtiniz:)	1. Etkilemedi, aynı 2. Olumlu etkiledi 3. Olumsuz etkiledi 4. Diğer (Lütfen belirtiniz:)
52. Daha önce kullandığınız yöntemle kıyasladığınızda, <u>şimdi kullandığınız yöntem</u> cinsel ilişkinizi nasıl etkiledi?	..... ..... .....	..... ..... .....

Ek 3. Kadın Cinsel Fonksiyon Sorgulama İndeksi (CFİ)

V. Kadın Cinsel Fonksiyon Sorgulama İndeksi

(Index of Female Sexual Function-IFSF)

Dokuz sorudan oluşan bu anket, son dört haftadaki cinsel yaşamınızı değerlendirmektedir. Lütfen tüm soruları dikkatlice okuyarak size uygun olan cevabı işaretleyiniz.

1. Son 4 hafta içinde eşinizle cinsel birleşme sırasında ne sıklıkla rahatsızlık

yaşadınız?

1. Cinsel birleşme girişiminde bulunmadım
2. Hemen her zaman ya da her zaman
3. Çoğu zaman (yarıdan çok daha fazlasında)
4. Bazen (yaklaşık yarısında)
5. Birkaç kere (yarıdan çok daha azında)
6. Hemen hemen hiç

2. Son 4 hafta içinde eşinizle cinsel birleşme sırasında ne sıklıkla vajinal kuruluktan

yakındınız?

1. Cinsel birleşme girişiminde bulunmadım
2. Hemen her zaman ya da her zaman
3. Çoğu zaman (yarıdan çok daha fazlasında)
4. Bazen (yaklaşık yarısında)
5. Birkaç kere (yarıdan çok daha azında)
6. Hemen hemen hiç

3. Son 4 hafta içinde ne sıklıkla cinsel birleşme girişiminde bulundunuz?

1. 0
2. 1-2
3. 3-4
4. 5-6
5. 7-10
6. 11 ve üzeri

4. Son 4 hafta içinde ne sıklıkla cinsel istek duydunuz?

1. Neredeyse hiç ya da hiç
2. Birkaç kere (yarısından çok daha azında)
3. Bazen (yaklaşık yarısında)
4. Çoğu zaman (yarıdan çok daha fazlasında)
5. Hemen hemen her zaman ya da her zaman

5. Son 4 hafta içinde cinsel istek düzeyinizi nasıl buluyorsunuz?

1. Çok düşük ya da hiç yok
2. Düşük
3. Orta
4. Yüksek
5. Çok yüksek

6. Son 4 hafta içinde eşinizle cinsel ilişkiniz ne kadar doyurucuydu?

1. Hiç doyurucu değil
2. Pek doyurucu değil
3. Yarı yarıya
4. Orta derecede doyurucu
5. Çok doyurucu

7. Son 4 hafta içinde cinsel yaşamınız genel olarak ne kadar doyurucuydu?

1. Hiç doyurucu değil
2. Pek doyurucu değil
3. Yarı yarıya
4. Orta derecede doyurucu
5. Çok doyurucu


8. Son 4 hafta içinde cinsel uyarılma ya da birleşme sırasında ne sıklıkla orgazm oldunuz?


1. Neredeyse hiç ya da hiç
2. Birkaç kere (yarısından çok daha azında)
3. Bazen (yaklaşık yarısında)
4. Çoğu zaman (yarıdan çok daha fazlasında)
5. Hemen hemen her zaman ya da her zaman

9. Son 4 hafta içinde cinsel uyarılma ya da birleşme sırasında klitorisinizdeki duyarlılığı nasıl değerlendiriyorsunuz?

1. Çok düşük ya da hiç yok
2. Düşük
3. Orta
4. Yüksek
5. Çok yüksek

Ek 4. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Onay Formu

 T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
AYDIN


11.07.2011...

Sayı : B.30.2.ADU.0.01.00/030.04 - 55
Konu :

Sayın, Doç.Dr.Nevin AKDOLUN BALKAYA
ASYO Hemşirelik Bölümü
Doğum- Kadın Sağ. ve Hast. Hem. Anabilim Dalı

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 07.07.2011 tarihli toplantısında çalışmanızla ilgili alınan 1 nolu karar aşağıda sunulmuştur.
Bilgilerinize sunarım.

Prof.Dr. M.Selim ÖZKÖK
Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

KARAR 1

Protokol No : 2011/016
Sorumlu Yürütücü : Doç.Dr.Nevin AKDOLUN BALKAYA
ASYO Hemşirelik Bölümü
Doğum- Kadın Sağ. ve Hast. Hem. Anabilim Dalı

Aydın Sağlık Yüksekokulu Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç.Dr.Nevin AKDOLUN BALKAYA'nın sorumluluğunda yapılması planlanan "Erkeğin kullandığı aile Planlaması yöntemlerinin kadın cinsel yaşamına etkisi" isimli klinik araştırmasına 26.05.2011 tarihli kurul kararında istenilen bilgilerin gelmesi şartıyla tekrar görüşülmesine karar verilmişti. 04.07.2011 tarihli gelen dilekçesi ve ekleri görüldü. İstenen bilgi ve belgelerin dosyaya konulduğu görülmüştür.

Sonuçta, klinik araştırmanın; klinik araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak yapılan inceleme sonucunda çalışmanın yapılmasında etik açıdan sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üyelerinin oy birliğiyle karar verilmiştir.

Adres: Adnan Mend. Üniv. Tıp Fak. Dekanlığı 09100 AYDIN
Tel: 256- 225 31 66
internet adresi: <http://www.site.adu.edu.tr/akaet/>

Faks : 256- 212 31 69
e-posta: etik@adu.edu.tr

Ek 5. Aydın Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü İzin Yazısı

T.C.
AYDIN VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

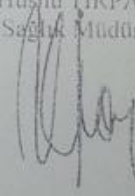
SAYI: B.10.4.ISM 4.09.00.SPK.-020
KONU: Araştırma İzni

VALİLİK MAKAMINA
AYDIN

Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Hatice ÖZDEMİR, Mart-Aralık 2011 tarihleri arasında, Aydın İl Merkezindeki 1,2,3,4,5,7,9,11,12,14,16 no'lu Aile Sağlığı Merkezleri ve Kardeşköy Aile Sağlığı Merkezinde, "Erkeğin Kullandığı Aile Planlaması Yöntemlerinin Kadın Cinsel Yaşamına Etkisi" konulu bir araştırma yapmayı planlamaktadır.

Söz konusu araştırmanın yapılabilmesini tenisiplerinize arz ederim.

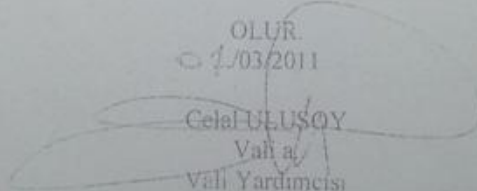
Dr. Hüsnü TIRPANCI
Sağlık Müdürü



OLUR.

1/03/2011

Celal ULUSOY
Vali a.
Vali Yardımcısı



Ek 6. Aydın Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü Ek Süre İzin Yazısı

T.C.
AYDIN VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

SAYI: B.10.4.ISM 4.09.00.SPK.-020
KONU: Araştırma İzni

VALİLİK MAKAMINA
AYDIN

Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi Hatice ÖZDEMİR tarafından, 01.03.2011 tarihli Valilik oluru ile Mart-Aralık 2011 tarihleri arasında yürütülmekte olan "Erkeğin Kullandığı Aile Planlaması Yöntemlerinin Kadın Cinsel Yaşamına Etkisi" konulu çalışma belirtilen sürede tamamlanamamıştır.

Aydın İl Merkezindeki 1,2,3,4,5,7,9,11,12,14,16 No'lu Aile Sağlığı Merkezleri ile Kardeşköy, Tepecik ve Baltaköy Aile Sağlığı Merkezinde yapılan çalışmanın 29 Haziran 2012 tarihine kadar uzatılabilmesini tensiplerinize arz ederim.

Dr. Hüsni TIRPANCI
Sağlık Müdürü

OLUR.
/01/2012

CelaLULUSOY
Vali a.
Vali Yardımcısı

Ek 7. CFİ (IFSF) Ölçeği İçin Yıldız Eryılmaz'ın İzin Yazısı

Sayın Hatice ÖZDEMİR,

Türkiye için geçerlilik güvenilirliğini yaptığımız Index of Female Sexual Function
(IFSF) ölçeğini çalışmanızda kullanabilirsiniz.

Hatice YILDIZ ERYILMAZ

MÜ.SBF. Hemş. Bİ

Doğum ve Kadın Hast. Hemş. AD