



T.C.
DÜZCE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**TÜRKİYE’DE EN ÇOK KULLANILAN DÖRT MODERN AİLE
PLANLAMASI YÖNTEMİNİ KADININ CİNSEL YAŞAMINA
ETKİSİ**

Rabia DEVECİ
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi Hacer GÜLEN SAVAŞ

DÜZCE, 2020

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

15.09.2020

Rabia DEVECİ

TEŞEKKÜR

Öncelikle bu araştırmanın her aşamasında yardımcı olan Doktor Öğretim Üyesi Hacer GÜLEN SAVAŞ 'a, değerli fikirleriyle tezime fayda sağlayan Doktor Öğretim Üyesi Filiz Süzer ÖZKAN' a, araŐtırmayı yapmamı kabul eden Düzce Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'ne, yapmış olduğum araştırmada ve hayatımın her döneminde bana destek olan, yardımını sakınmayan dostum Merve ÇELİK ' e hayatımın her anında arkamda duran bana gönülden destek veren ve benimle sevincimi paylaşan aileme, araştırmaya katılmaya gönülden razı olan, sorulara samimiyetle yanıt veren ve şahsi yaşamlarına ait sorunlarını paylaşan kadınlara, tezim süresince her türlü müsamahayı gösteren iş arkadaşlarıma, kıymetli katkılarından ötürü teŐekkürlerimi sunmayı borç bilirim.

İÇİNDEKİLER

BEYAN	I
TEŞEKKÜR	ii
İÇİNDEKİLER	iii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	vi
TABLolar LİSTESİ	vii
ÖZET	1
ABSTRACT	2
1. GİRİŞ ve AMAÇ	3
2.GENEL BİLGİLER	7
2.1. Üreme Sağlığı	7
2.2. Cinsellik ve Cinsel Sağlık.....	8
2.3. Cinsel Fonksiyon	8
2.3.1. İstek evresi	9
2.3.2. Uyarılma evresi.....	9
2.3.3. Plato evresi.....	10
2.3.4. Orgazm evresi	10
2.3.5. Çözülme evresi	10
2.4. Cinsel Disfonksiyon.....	11
2.4.1. Cinsel istek bozuklukları	13
2.4.2. Cinsel ağrı bozuklukları	14
2.5. Cinsel Disfonksiyon Nedenleri	14
2.6. Aile Planlaması	15
2.6.1. Erkek kondomu / prezervatif	16
2.6.2. Rahim içi araçlar (RİA)	17
2.6.3. Tüpligasyon	19
2.6.4. Kombine oral kontraseptif	21
2.7. Aile Planlaması Hizmetleri, Cinsel Eğitim ve Danışmanlıkta Hemşirenin Rolü	23
3.GEREÇ ve YÖNTEM	25
3.1. Araştırmanın Şekli	25

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	25
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	26
3.4. Araştırmaya Dahil Edilme ve Araştırmadan Dışlanma Kriterleri	27
3.4.1. Araştırmaya dahil edilme kriterleri	27
3.4.2. Araştırmadan dışlanma kriterleri	27
3.5. Veri Toplama Araçları ve Verilerin Toplanması	27
3.5.1. Veri toplama araçları	28
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi	29
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları	29
3.8. Araştırmanın Uygulanması	30
3.9. Araştırmanın Uygulanmasında Karşılaşılan Zorluklar	30
3.10. Araştırmanın Etik Yönü	31
4. BULGULAR	32
4.1. Türkiye’de En Çok Kullanılan Dört Modern Aile Planlaması Yöntemini Kullanan Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişin Bulgular	33
4.2. Türkiye’de En Çok Kullanılan Dört Modern Aile Planlaması Yöntemini Kullanan Kadınların Cinsel Yaşamlarına ve Kullandıkları Aile Planlaması Yöntemine İlişkin Bulgular	37
4.3. Türkiye’de En Çok Kullanılan Dört Modern Aile Planlaması Yöntemini Kullanan Kadınların Kullandıkları Aile Planlaması Yönteminin Cinsel Yaşama Etkisine İlişkin Bulgular	42
5. TARTIŞMA ve SONUÇ	50
5.1. Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişin Bulguların Değerlendirilmesi	50
5.2. Kadınların Cinsel Yaşamlarına ve Kullandıkları Aile Planlaması Yöntemine İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi	53
5.3. Kadınların Kullandıkları Aile Planlaması Yönteminin Cinsel Yaşama Etkisine İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi	55
6. ÖNERİLER	64
7. KAYNAKLAR	65
8. EKLER.....	79
Ek 1: Veri Toplama Formu	79
EK 2 : Kadın Cinsel İşlev Ölçeği (KCIÖ)	86
Ek 3: KCIÖ İçin Dilek AYGİN ‘nin İzin Yazısı	91

Ek 4: Düzce Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalından Resmi İzin Belgesi.....	92
Ek 5: Etik Kurul Onayı	93
Ek 6: Bilgilendirilmiş Onam Formu	95
Ek 7: Güç Analizi	97
9. ÖZGEÇMİŞ.....	98



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
CETAD	Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği
CD	Cinsel Disfonksiyon
CF	Cinsel Fonksiyon
CFB	Cinsel Fonksiyon Bozukluğu
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
ICDP	Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı
GABA	Gama-aminobitirik asit
HIV/AIDS	Human İmmunodeficiency Virüs/Acquired İmmune Deficiency Syndrome
KCIÖ/ FSFI	Kadın Cinsel İşlev Ölçeği /The Female Sexual Function Index
KOK	Kombine Oral Kontraseptifler
OK	Oral Kontraseptifler
RIA	Rahim İçi Araç
T.C.	Türkiye Cumhuriyeti
TNSA	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences

TABLolar LİSTESİ

Tablo 2.1. Kadında Cinsel Fizyolojik Evreler.....	12
Tablo 2.2. Kadın Cinsel Fonkiyon Bozuklukları Sınıflandırılması.....	14
Tablo 4.2.1. Kadınların Cinsel Yaşamlarını Değerlendirmelerine Göre Dağılımları.....	37
Tablo 4.2.2. Kadınların Kullandıkları Aile Planlaması Yöntemine Göre Cinsel Yaşamlarını Değerlendirmelerinin Dağılımı.....	38
Tablo 4.2.3. Kadınların Kullandıkları Aile Planlaması Yöntemi ve Tercih Durumlarına Göre Dağılımı.....	40
Tablo 4.3.1. Kadınların Kullandıkları Aile Planlaması Yöntemine Göre Cinsel Yaşamlarının Etkilenme Durumunun Dağılımı.....	42
Tablo 4.3.2 Kullanılan Aile Planlaması Yöntemi ile Cinsel Yaşamın Etkilenme Durumu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	43
Tablo 4.3.3 Kadın Cinsel İşlev Ölçeği ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamaları.....	44
Tablo 4.3.4. Kadın Cinsel İşlev Ölçeği ve Alt Boyut Puanları Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi.....	45
Tablo 4.3.5 Kadınların Kullandıkları Aile Planlaması Yöntemi ile Kadın Cinsel İşlev Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	46
Tablo 4.3.6 Kullanılan Aile Planlaması Yönteminin Kadın Cinsel İşlev Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanlarını Etkileme Durumu	48

ÖZET

TÜRKİYE'DE EN ÇOK KULLANILAN DÖRT MODERN AİLE PLANLAMASI YÖNTEMİNİN KADININ CİNSEL YAŞAMINA ETKİSİ

Rabia DEVECİ

Yüksek Lisans Tezi, Hemşirelik Anabilim Dalı

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Hacer GÜLEN SAVAŞ

Eylül 2020, 98 sayfa

Araştırma; Türkiye'de en çok kullanılan dört modern aile planlaması yönteminin, kadının cinsel yaşama etkisini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Veriler, Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine başvuran; en az altı aydır aile planlaması yöntemi olarak kondom, rahim içi araç, tüpligasyon ve hap yöntemlerinden birini kullanan araştırmaya katılmayı kabul eden 191 evli kadından toplanmıştır. Veriler, yüz yüze görüşme tekniği ile Veri Toplama Formu ve Kadın Cinsel İşlev Ölçeği (KCIÖ) kullanılarak toplanmıştır. Araştırmaya katılan kadınların yaş ortalaması $35,68 \pm 7,161$, eşlerinin yaş ortalaması $39,29 \pm 8,217$ 'dir. Kadınların %35,1'i orta öğretim, eşlerinin %45,5'i ortaöğretim mezunudur. Kadınların yarısı genel olarak cinsel yaşamlarını iyi (%49,2) olarak değerlendirirken çok küçük bir kısmı kötü (% 6,3) ve çok kötü (%1,6) olarak değerlendirmiştir. Uygulanan ki-kare testi sonucunda aile planlaması yöntemi ile cinsel yaşamın etkileme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p > 0,05$). Kadın cinsel işlev ölçeği (KCIÖ) puan ortalaması 23,84 iken istek alt boyutu puan ortalaması 3,85, uyarılma alt boyutu puan ortalaması 4,02, kayganlaşma alt boyutu puan ortalaması 4,64, orgazm alt boyutu puan ortalaması 4,59, doyum alt boyutu puan ortalaması 4,32, ağrı boyutu puan ortalaması ise 2,41'dir. Kullanılan aile planlaması yöntemleri arasında istek, uyarılma ve ağrı puan ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmazken ($p > 0,05$), KCIÖ toplam puan, kayganlaşma, orgazm ve doyum puan ortalamalarında anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$). Aile planlaması ve yöntemlerine yönelik eğitim ve danışmanlık hizmeti toplumun sosyo-ekonomik ve kültürel yapısına uygun şekilde, etkin bir iletişim ile verilmesi önerilmektedir.

Anahtar sözcükler: Aile Planlaması, Cinsel Yaşam, Kadın, Kadın Cinsel İşlev Ölçeği, Modern Yöntem.

ABSTRACT

IMPACT ON WOMEN'S SEXUAL LIFE OF TURKEY IN FOUR MOST COMMON MODERN FAMILY PLANNING METHODS

Rabia DEVECİ

Master's Thesis, Department of Nursing

Thesis Advisor: Assist. Prof. Dr.Hacer GÜLEN SAVAŞ

September 2020, 98 pages

Research; The four most widely used modern family planning methods in Turkey have been descriptively designed to determine the impact of women on sex life. Data, obstetrics and gynecology outpatient clinic; It has been collected from 191 married women who have agreed to participate in the study, which has been using condoms, intrauterine vehicles, scubaulation and pill methods as a family planning method for at least six months. The data were collected using the Data Collection Form and the Female Sexual Function Scale (RBS) using face-to-face interview technique. The mean age of the women who participated $\pm 35.68, 7,161$ and the average age of their $\pm 39.29, 8,217$. %35.1 of women are secondary education and %45.5 of their spouses are secondary school graduates. Half of women generally judged their sex life as good (%49.2), while a very small number considering it as bad (%6.3) and very poor (%1.6). As a result of the ki-square test, there was no statistically significant relationship between the family planning method and the affecting status of sex life ($p>0.05$). Female sexual function scale (RBS) score average is 23.84, craving lower size score average is 3.85, arousal lower size score average is 4.02, lubricant lower size score average is 4.64, orgasm lower size score average is 4.59, satiation lower size score average is 4.32, pain size score average is 2.41. While there was no statistically significant difference between the family planning methods used according to cravings, arousal and pain score averages ($p>0.05$), there was a significant difference in the total score, lubricant, orgasm and satiation score averages ($p<0.05$). It is recommended that education and counseling services for family planning and methods be provided with effective communication in accordance with the socio-economic and cultural structure of society.

Key words: Family Planning, Sex Life, Female, Female Sexual Function Scale, Modern Method.

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Kadını fizyolojik yönden eşsiz yapan şüphesiz onun üreme sistemine ve üremesine ilişkin özellikleridir. Dünyada kadın ile ilgili üremeyi ilgilendiren konular önce, kadının fertil çağı olan 15-49 yaş arası doğurganlıkla ilgili sağlık sorunları ön plana çıkartılarak “anne çocuk sağlığı ve aile planlaması” daha sonraları “kadın sağlığı ve aile planlaması” yaklaşımı içinde ele alınmıştır. Ardından 1994 yılında Kahire’de düzenlenen Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansında, kadın ya da erkek ayrımı yapmaksızın bireyin ihtiyaçlarını ön plana çıkaran kadın sağlığı, üreme ve aile planlaması gibi kavramları birleştiren “cinsel sağlık/üreme sağlığı” (CS/ÜS) kavramı ortaya çıkmıştır. Üreme sağlığı, genel sağlığın ayrılmaz ve vazgeçilmez bir parçasıdır^{1,2}.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ); üreme sağlığını “*yalnızca üreme sistemi işlevleri ve süreci ile ilgili hastalık ve sakatlığın olmaması değil, üremenin fiziksel ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali içinde tamamlanması*” olarak tanımlamaktadır. Üreme sağlığı aynı zamanda “*insanların tatmin edici ve güvenli bir cinsel yaşamlarının olması, üreme yetenekleri ve bu yeteneği kullanıp kullanmayacakları, ne zaman, ne sıklıkta kullanacakları konusunda karar verme özgürlüğüne sahip olmaları*” demektir^{3,4}. Bireylerin üreme yeteneklerini kullanmaya karar verme özgürlüğüne sahip olabilmeleri için aile planlaması kavramını bilmeleri ve aile planlaması hizmetlerine ulaşabilmeleri gerekir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO 2015) aile planlamasını “*Eşlerin istedikleri sayıda, istedikleri zamanda çocuk sahibi olmaları veya kişisel istekleri değerlendirilerek ekonomik durumlarına göre çocuk sayılarını ve doğum aralıklarını belirlemeye yönelik çalışmalar*” olarak tanımlanmaktadır⁵. Aile planlamasının(AP) amacı; gebeliği önleyici yöntemlerle ilgili çiftleri bilgilendirmek, istenmeyen gebeliklerin önüne geçmek, çocuk sahibi olamayan ailelere yardımcı olmak, beden ve ruhen sağlıklı çocuklar yetiştirmek, hızlı nüfus artışını önlemek, sık ve çok doğumu önleyerek üreme sağlığının sürdürülmesine katkıda bulunmaktır”^{6,7,8}.

Bunu sağlayabilmek için kadınların ve erkeklerin kendi seçecekleri, yasalara aykırı olmayan güvenli, etkili, maliyeti uygun ve kabul edilebilir aile planlaması yöntemleri hakkında bilgi sahibi olmaları ve bunlara ulaşabilmeleri gerekir².

Son Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA-2018) sonuçlarına göre ülkemizdeki kadınların neredeyse tamamının (%97) bir AP yöntemini bildiği ve evli kadınların %70'inin gebeliği önleyici herhangi bir yöntem kullandığı bilinmektedir. Kadınların %49'u modern bir yöntem kullanırken %21'i geleneksel bir yöntem kullanmaktadır. En çok kullanılan geleneksel yöntem geri çekme (%20) yöntemidir. En çok kullanılan modern yöntemler ise kondom (%19), RİA (%14), tüpligasyonu (%10) ve hap (%5) olarak sıralanmaktadır⁹.

Yapılan araştırmalarda AP yöntemi seçiminde, yöntemin etkili, güvenilir, az yan etkiye sahip, maliyetinin düşük, kolay ulaşılabilir ve kullanılabilir olması gibi faktörlerin etkili olduğu bildirilmektedir. Çiftlerin kendileri için en uygun yöntemi seçmeleri AP yönteminin etkinliğini ve kullanım süresini arttırmaktadır¹⁰. Genellikle üç- altı aylık deneme sürecini başarıyla atlatan kadınların, aile planlaması yöntemlerini uzun süreli olarak kullanabildiği düşünülmektedir¹¹. Çiftlerin aile planlaması yöntemlerini tercih ederken, bireysel özelliklerini, fiziksel ve psikolojik sağlık durumlarını, yaşam tarzlarını göz önünde bulundurmaları önemlidir. Bu özellikler seçilen yöntemi, yöntemin etkin kullanımını, kullanım süresini ve yöntemden memnuniyeti etkileyecektir. Kullanılan yöntemde kişileri ve yaşamlarını birçok yönden etkiler. Çiftlerin kullandıkları yöntemlere göre yaşam tarzlarını düzenlemeleri (örneğin takvim yöntemini kullananların cinsel perhiz yapması gereken günler olması) ya da kullanılan yöntemin yan etkileri ile nasıl baş edeceklerini öğrenmeleri gerekebilir. Özellikle kullanılan yöntemle ilgili yan etkiler, yöntemden memnuniyeti azaltırken, yöntemi bırakma nedenlerinin başında da gelebilmektedir.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA-2018) sonuçlarına göre araştırma tarihinden önceki beş yılda, gebeliği önleyici yöntem kullanan her üç kadından biri yöntemi kullanmaya başladıktan sonraki 12 ay içinde yöntemi bırakmıştır. Yöntem bırakmadaki en yaygın neden gebe kalma isteği olup (% 38) bunu yöntem başarısızlığı (%19) ve yan etkiler/sağlık kaygısı (%9) izlemektedir⁹.

Kullanılan aile planlaması yönteminin çiftleri etkilediği alanlardan biride kişilerin cinsel yaşamları ve cinsel sağlıklarıdır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) cinselliği; "*aşkı , hissi, fiziksel, iletişimi zenginleştirici etkilerinin toplamından oluşan bir kavram*" olarak tanımlamaktadır⁵. Cinsellik içerisinde birçok bileşeni barındırır. Bunlar anatomik, psikolojik, fizyolojik, tıbbi ve sosyal bileşenlerdir^{12,13,14}. Üreme sağlığı tanımında da özellikle vurgulanan cinsel sağlık ise "*cinsel yaşamın bedensel, ruhsal, zihinsel ve*

sosyal açıdan bir bütün olarak ele alınması yoluyla kişilik, iletişim ve sevginin olumlu yönde zenginleştirilmesi ve güçlendirilmesi'' olarak tanımlamaktadır¹⁵. İnsan yaşamının her döneminde yer alan ve temel insan gereksinimlerinden olan cinsellik ve cinsel sağlık bir çok faktörden olumlu ya da olumsuz etkilenmektedir¹⁶. Cinsel sağlığın bozulması hem kadın hem erkeğin ruhsal sağlığını etkilemekte; genel sağlığın, aile sağlığının ve sosyal sağlığın bozulmasına yol açabilmektedir¹⁷. Aile planlaması yöntemlerinin kullanımı ise istenmeyen gebelikleri önlemenin yanı sıra, cinsel yaşamı, üreme fonksiyonundan ayırarak çiftlerin “tatmin edici bir cinsel yaşam” sürmelerinde etkili olabilir .

Aile planlaması yöntemlerinin çiftlerin cinsel yaşamları üzerine etkisi, giderek önemini artıran bir konu olarak gündemdedir^{4,18}. Kadının cinsel ve üreme fonksiyonlarını düzenlemede tercih ettikleri kontrol sistemlerinden olan aile planlaması yöntemleri, kişilere gebelik endişesi olmadan cinselliklerini doyasıya yaşama fırsatı sunar^{12,13,14,19}. Literatürde AP ve cinsellik konularının birbirinden ayrı olamayacağına altı çizilmekte, tercih edilen ya da tercihi planlanan AP yöntemlerinin çiftlerin cinsel yaşamına etkisinin göz ardı edilmemesi gerektiği vurgulanmaktadır^{13,20,21,22,23,24,25}.

Aile planlaması yöntem seçimi, kullanımı, devam etme ve bırakma durumlarını ortaya koymaya yönelik birçok çalışma olmasına rağmen cinsel yaşam üzerine etkilerine yönelik sınırlı sayıda çalışma vardır^{11,24}. Türkiye’de en çok kullanılan modern yöntemlerin cinsel yaşamı etkileme durumlarının araştırıldığı çalışmalar incelendiğinde farklı sonuçlara ulaşıldığı görülmektedir.

Cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunmada da etkili, ulaşılabilirliği kolay ve ucuz olan kondom, bariyer yöntemler içerisinde en sık kullanılan yöntemdir²⁶. Kondomun yeterli bilgi sahibi olmadan kullanıldığında cinsel yaşamı olumsuz etkilediğini, danışmanlık alarak kullanıldığında ise hem gebeliği önleme başarısının arttığı, hem de cinsel yaşam üzerine olumlu etkisinin olduğu bildirilmektedir^{27,28}. Higgins ve arkadaşlarının çalışmasında rahim içi araç kullanımına bağlı oluşabilen kramp, kanama gibi yan etkilerin cinsel yaşam üzerine olumsuz etkilerinin olabileceği vurgulanmıştır²⁹. Tang ve Chung’ un tüpligasyonundan bir yıl sonra yaptıkları araştırmada cinsel ilişki sıklığında ve tatminde olumsuz bir etkilenim olmadığı belirlenmiştir²⁸. Başka bir çalışmada sterilizasyonun, cinsel hayat ve yaşam kalitesi üzerinde etkisinin bulunmadığı³⁰ ifade edilirken Osis ve arkadaşları tubal ligasyon hakkında yeterli bilgiye sahip kadınlarda yapılan işlemin cinsel yaşamı olumlu etkilediğini belirtmektedir³¹.

Oral kontraseptiflerin kadın cinsel işlevleri üzerine etkisi ile ilgili farklı fikirler vardır. Hap kullanan kadınlarda libidoda önemli bir değişiklik, olumsuzluk olmadığını, sadece plazma serbest testosteron düzeylerinde azalma ve seks hormon bağlayıcı globülünde artma olduğunu bildiren^{32,33,34} yayınlar olduğu gibi oral kontraseptif kullanan kadınlarda önemli libido kaybı olduğunu ve bu durumun, içerdiği progestine bağlı olabileceğini³⁵,³⁶ ifade eden yayınlar da literatürde yer almaktadır.

Literatürde de belirtildiği gibi aile planlaması yöntemi kullanmak ve kullanılan aile planlaması yöntemi cinsel yaşamı etkilemektedir. Bu etkilerin bilinmesi son derece önemlidir. Son yıllarda değişmekle birlikte toplumumuzda aile planlaması ve cinsellik konularını konuşmak halen bir tabu olarak kabul edilmekte açık ve rahat bir şekilde konuşulamamaktadır. Oysaki aile planlaması danışmanlığı doğrudan veya dolaylı olarak cinsel yaşama değinmeyi ve konuşmayı gerektiren bir süreçtir. Aile planlaması hizmeti alan kişinin tercihini bilgilenmiş olarak yapması ve bu tercihinin cinsel yaşamında sağlayacağı avantaj ve dezavantajları bilmesi kullanılan yöntemin uzun süreli ve başarılı olması açısından son derece önemlidir^{37,38}.

Sağlık hizmeti veren profesyonel ekibin önemli ve vazgeçilmez üyelerinden olan hemşirelerin AP ve cinsellik konularında bilgi verme, eğitim ve danışmanlık rolleri vardır. Sağlıklı ve hasta bireylerle uzun süre iletişim halinde oldukları, iletişimin daha kolay ve etkin olduğu düşünüldüğünde hemşirenin bu rolleri daha da önemli hale gelmektedir. Hemşirelerin ve aile planlaması hizmeti sunan tüm sağlık profesyonellerinin yöntem seçimi sürecinde, yöntemin cinsel yaşama etkisini de göz önünde bulundurması önemlidir. Seçilen yöntemin cinsel yaşam konusundaki alışkanlıkları en az etkileyecek şekilde düzenlenmesi mümkünse cinsel yaşamı olumlu etkileyebilecek en uygun yöntemin tercih edilmesi sağlanabilir. Böylece doğru AP yöntemi seçimi ve seçilen yöntemin doğru kullanılması ve çiftlerin cinsel yaşamlarının olumlu etkilenmesi sağlanarak yaşam kaliteleri artırılabilir.

Bu noktadan hareketle araştırma , Türkiye’de en çok kullanılan dört modern aile planlaması yönteminin kadının cinsel yaşamına etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Çalışma sonucunda elde edilen bulguların aile planlaması hizmetlerinde, eğitim ve danışmanlık sürecinde, hizmetlerinin planlanması ve uygulanmasına rehberlik edeceği düşünülmüştür.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. Üreme Sağlığı

Kadınların sağlık sorunları arasında üreme ile ilgili sorunlar önemli bir yere sahiptir^{39,40}. Dünyada kadın ile ilgili üremeyi ilgilendiren konular önce, kadının fertil çağı olan 15-49 yaş arası doğurganlıkla ilgili sağlık sorunları ön plana çıkartılarak “anne çocuk sağlığı ve aile planlaması” daha sonraları “kadın sağlığı ve aile planlaması” yaklaşımı içinde ele alınmıştır. Ardından 1994 yılında Kahire’de düzenlenen Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansında, kadın ya da erkek ayrımı yapmaksızın bireyin ihtiyaçlarını ön plana çıkararak kadın sağlığı, üreme ve aile planlaması gibi kavramları birleştiren “cinsel sağlık/üreme sağlığı” (CS/ÜS) kavramı ortaya çıkmıştır. Üreme sağlığı, genel sağlığın ayrılmaz ve vazgeçilmez bir parçasıdır^{1,2}.

Üreme sağlığının korunması ve güçlendirilmesi ile toplumun refahı, başta anne ve çocuk sağlığı olmak üzere aile sağlığı etkilenecek toplum sağlığının geliştirilmesine katkı sağlanacaktır.

Üreme Sağlığı; “*Üreme mekanizması fonksiyonları ile ilgili sadece hastalığın olmaması değil, tam bir iyilik hali*” olarak tanımlanır^{41,42}. Üreme Sağlığı kavramı, bireylerin tatmin edici ve güvenli bir cinsel yaşamlarının olmasını, üreme yeteneğini ve üreme yeteneklerini özgürce kullanabilme hakkına sahip olmalarını da ifade eder⁴³.

Türkiye’de ve Dünya’da CS/ÜS kapsamında ele alınan sorunlar ve müdahale alanları aşağıdaki şekilde sıralanmaktadır⁴⁴:

- Aile planlaması,
- Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar (CYBE)/HIV/AIDS,
- İnfertilite,
- Erkeklerde CS/ÜS ile ilişkili sorunlar,
- Adolesan cinsel ve üreme sağlığı,
- Yaşlılıkta CS/ÜS,
- Üreme sistemi kanserleri,
- Postmenapozal durumlar,

- Cinsel şiddet ve cinsel taciz ,

2.2. Cinsellik ve Cinsel Sağlık

Cinsellik insanın temel fizyolojik gereksinimlerinden biridir. Cinselliğin insanın bireysel varlığını devam ettirmek için hayati bir işlevi olmasa da, yaşam kalitesini oluşturan unsurlar arasında ve evlilik ilişkisinin sürdürülmesinde önemli bir yeri vardır. Cinsellik çok boyutlu ve interaktif bir süreç olmasından dolayı pek çok etmeden etkilenmektedir^{45,46}. Cinsellik, yalnızca cinsel organlarla ilgili fiziki bir durum değil, aynı zamanda duygularla ilgili bir deneyimdir, tüm vücudu ve aklı içerir^{42,47}. Duygusallık, şefkat, zevk, aşk, mahremiyet gibi bazı temel insan gereksinimlerinin giderilmesine katkı sağlar. Cinsellik bireysel, toplumsal ve kişilerarası mutluluk için son derece gereklidir⁴⁸.

Cinsellik ve cinsel sağlık üreme sağlığının ve genel sağlığın ayrılmaz bir parçası olduğu gibi yaşam kalitesinin artırılmasının da önemli araçlarından biri olarak karşımıza çıkmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü cinsel sağlığı “*cinsel yaşamın bedensel, ruhsal, zihinsel ve sosyal açıdan bir bütün olarak ele alınması yoluyla kişilik, iletişim ve sevginin olumlu yönde zenginleştirilmesi, güçlendirilmesi ve tam bir iyilik hali*” olarak tanımlamaktadır. *Herkesin cinsel bilgilere ulaşma ve cinsel ilişkiyi zevk için ya da üreme amacıyla yaşama hakkı vardır*”⁴¹.

Cinsel sağlığın amacı *sadece üreme fonksiyonu ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlarla mücadele ile sınırlandırılmış tıbbi bakım ve danışmanlıktan ibaret değildir. Aynı zamanda kişilik, kişisel ilişkiler, kişilerin hayati fonksiyonlarının güçlendirilmesi, yaşam kalitesinin artırılması da amaçlar arasında yer alır*⁴⁸.

Cinsellik çok boyutludur ve pek çok faktörden etkilenir. Yapılan araştırmalarda aile tutumu, deneyimler, eğitim, sağlık sorunları, iletişim sorunları, eşler arasındaki uyumsuzluk, kültürel yapı, din ve kullanılan aile planlaması yöntemlerinin cinselliği etkileyen etmenler arasında yer aldığı belirtilmektedir^{18,45,49}.

2.3. Cinsel Fonksiyon

Cinsellik çok boyutlu beden, ruhen ve aklen yaşanan bir deneyimdir. Cinselliğin en önemli bileşenlerinden biriside cinsel fonksiyon (CF)/cinsel eylemdir. Cinsel

fonksiyonun anlaşılmasında,cinsel fizyolojinin bilinmesi önemlidir. Cinsel eylemin evreleri istek, uyarılma, plato, orgazm ve çözülme olarak sıralanır . Erkeklerin cinsel yanıtları kadınlara göre daha basittir ve çoğu zaman bu sırada gerçekleşmektedir. Günümüzde çoğunlukla yakın ilişki temelli cinsel cevap modeli benimsenmiştir. Bu yeni yaklaşım, kadınların cinsel yanıt için birincil motivasyonunun güçlü iletişim ve partneriyle yakın ilişki içinde olması esasına dayanır^{14,50}.

Kadınının cinsel yanıtının fizyolojik bileşenleri otonom sinir sisteminin kontrolü altındadır. Birçok nörotransmitter cinsel yanıt döngüsünde görev almaktadır. Bu döngüyü norepinefrin, seratonin, oksitosin, dopamin, olumlu etkilerken, seratonin,prolaktin ve gama-aminobitirik asit (GABA) olumsuz etkilemektedir. Döngünün her bir evresinin tamamlanacağı süre, yaşamın farklı evrelerine ve kişiye göre farklılık göstermektedir. Evreler farklı sırada gerçekleşebilmektedir¹⁴. Cinsel tepki beş aşamada incelenir. Bunlar istek, uyarılma, plato, orgazm ve çözülme evreleridir^{14,48,50,51}.

2.3.1. İstek evresi

İstek evresi cinselliğin kişi tarafından arzulanması içermektedir. Ortaya çıkan bu istek ve arzuya göre kişilerde cinselliğin temelini oluşturan fantezi, iletişim, ortam, partner ilişkileri gibi davranışların oluşması için gerekli motivasyonu sağlar. Bu evre, cinsel döngünün en önemli safhasını oluşturmaktadır⁴⁸.

2.3.2. Uyarılma evresi

Kadında bu faz, uyarının şiddetine ve süresine bağlı olarak, birkaç dakika ya da saatlerce sürebilir. Vücutta fizyolojik değişikliklerin görülmeye başlandığı ilk evredir. Kan basıncı artar, solunum hızı artar, vücut kasları gergindir, üst abdomende, yüzde, göğüste ve kulak kepçesinde kızarıklık olur, meme ucunda ereksiyon meydana gelir, genital ve pelvik damarlarda kanlanma artar. Kadında, cinsel heyecanın ilk ve en açık belirtisi ilk 10-30 saniyede bartolin bezlerinden mukus salgısının başlaması ve vajinada ıslanma olmasıdır. Böylece, penisin vajene girişi kolaylaşır. Konjesyonun artması ile vajinanın 1/3 alt kısmı ödemleşerek daralır, üst kısmı uzayıp, genişleyerek ve koyu mor bir renge dönüşür. Uterus ise, pelvis dışına doğru yükselir. Klitoris büyür, labialar ödem nedeniyle birbirinden uzaklaşır ve daha morumsu bir renk alır. Erkeklerde, testisler vücuda yaklaşır, skrotal deride gerginleşme ve kalınlaşma meydana gelir. Kadınlarda bu aşamaya gelinmesi genellikle erkeklere göre daha uzun sürer^{52,53}.

2.3.3. Plato evresi

Cinsel uyarının devam ettirilmesi, cinsel hazzın çoğalmasıyla partnerler plato aşamasına girer. Cinsel zevk , cinsel gerilim oldukça artar^{21,50,51} .

Kadında bu fazda, yüksek bir cinsel uyarılma ve gerginlik vardır. Süresi, 30 saniye ile 3 dakika arasında değişebilir. Konjesyona bağlı olarak vajinanın rengi açık pembe veya mor-kırmızıdır. Kanla dolan labia minörler, vajen girişi ve vajinanın 1/3 alt kısmı birleşme sırasında, orgazmik alanı oluşturur. Klitoriste kısılma başlar, perine kasları yanlara doğru kasılır, vajinanın ağzı genişler. Erkeklerde, erekte olmuş penis koyulaşır, glans penis belirgin hale gelir. Cowper bezlerinden ejakulasyondan önce sekresyon salgılanır ve testisler vücuda doğru yaklaşır. Plato fazının sonuna doğru cinsel kızarıklıkta artış, taşikardi, hiperventilasyon, kan basıncı ve kas gerginliğinde artış gözlenir^{52,53} .

2.3.4. Orgazm evresi

Yunanca “orgasmus” sözcüğünden türeyen orgazm, “şehvetli heyecan” anlamına gelen orgazm, bir dakikadan daha az sürer. Orgazmik alan oluştuğunda vajinanın çevresindeki pelvik kaslarda 0.8-1 saniye aralıklarla 3-15 kez kuvvetli, ritmik kasların kasılmasıyla oluşur. Kasılmalar sadece pelvik kaslarda olmayıp, sırt, boyun, yüz, karın ve bacak kasları da orgazma katılmaktadır. Kadınlarda çoklu orgazm görülmektedir. Erkeklerde, bir saniyeden daha kısa aralıklarla kasılmalar ile semen, seminal vezikül ve prostat salgıları üretraya geçer ve ejakulasyon ile bir iki saniye içerisinde boşalır. Solunum, kalp atışı, kan basıncı uç noktaya çıkar, kas kontrolü kaybolur ve terleme görülür, memnuniyet verici hisler oluşur^{53,54} .

2.3.5. Çözülme evresi

Cinsel eylemin son aşamasıdır. Kadında bu fazda konjesyon hızla gerileyerek, vajina, labia minör, majorler hızla uyarılma fazı öncesi duruma geri döner. Kas tönüsü normale döner, uterus pelvisteki yerini alır, göğüslerdeki ereksiyon yavaşça kaybolur. Kan basıncı, kalp atışı önce normalin altına düşüp, kısa bir süre sonra normale döner. Erkeklerde penisin rengi açılır, penis yumuşar ,küçülür; skrotum gevşer ,meme başları gevşer^{54,55} . Kadınlar, çözülme aşamasında tekrar uyarılıp orgazm olabilme yetisini elinde bulundururken, erkekler zamana, bireye ve yaşa göre farklılaşan refrakter dönem denilen bir devreye girerler. Bu devrede tekrar ereksiyon, orgazm görmek mümkün değildir. Bu hal erkeklerin tek tip, kadınların çok değişken cevap döngüsünün olmasını

açıklar^{21,48,50,51}.Kadında cinsel yanıt döngüsünde görülen fizyolojik ve anatomik değişiklikler Tablo 2.1.'de verilmiştir⁴⁸.

Tablo 2.1. Kadında Cinsel Fizyolojik Evreler

Kadın	Uyarılma	Plato	Orgazm	Çözülme
Vajina	Islanma Genişleme, uzama	Kabarma	Kasılmalar (dış 1/3'ünde)	Kabarmanın ve genişlemenin kaybolması
Klitoris	Başında büyüme, gövdede uzama	Büzülme	Değişiklik yok	Hızla eski pozisyonuna dönme
Labium majör	Ayrılma, artma	çapında Yassılaşıma	Değişiklik yok	Normale dönme
Labium minör	Hafifçe kalınlaşma ve genişleme	Renk değişikliği(koyu kırmızı)	Değişiklik yok	Normal renk ve boyuta dönme
Uterus	Gövdesinde yükselme, serviks vajinadan ayrılır	Gövde ve serviks en yüksekte	Fundustan servikse doğru kasılmalar	Gövde normale döner, serviks vajinaya doğru iner, servikal açıklık kapanır

2.4. Cinsel Disfonksiyon

Cinsel disfonksiyonu (CD) tarif etmek çok güçtür. Kültüre ve zamana göre disfonksiyonun farklılaştığı tahmin edilmektedir¹⁴. Dünya Sağlık Örgütü'nün International Classification of Disease 10 - Uluslararası Hastalık Sınıflandırması 10 (ICD-10) sınıflamasına göre cinsel disfonksiyon; “*bireyin farklı sebeplerden ötürü istediği şekilde cinsel ilişkide bulunamaması*” olarak tanımlanmaktadır^{14,41}.

Kadın cinsel disfonksiyonu “*cinsel tepki döngüsü istek, islanma/lubrikasyon, uyarılma, orgazm süreçlerinde meydana gelen aksaklıktır*”¹³. Kadın cinsel disfonksiyonu; hormonal, müsküler, vasküler, farmakolojik, nörojenik tarafı olan, kadınların kişisel bağlarını olumsuz yönde etkileyen multifaktöriyel bir durumdur^{13,55}.

Cinselliğin özellikle toplumsal bir tabu olması kadınların sorunlarını dile getirmelerini ve yardım almalarını olumsuz etkilemektedir⁵⁶.

Kadınlarda cinsel sorun saptanma oranı erkeklere göre daha fazladır. Kadın cinsel disfonksiyonu %19-96.6 arasında değişen oranlarda görülmektedir^{14,57,58,59,60,61,62,63,64,65,66}. Güvel ve arkadaşlarının 2003 yılında yaptıkları

çalışmada; kadınların %26'sında uyarılma, %44'ünde cinsel disfonksiyon , %21'inde orgazm, %39'unda cinsel istek problemi olduğunu ve kadınların %23'ünün cinsellikle ilgili stres yaşadığını belirtmiştir⁵⁶. Öksüz ve Malhan yapmış oldukları çalışmada kadınların %48.3'nde cinsel disfonksiyon olduğunu, cinsel disfonksiyon yaşayan kadınların %35.9'unun uyarılma, %42.7'sinin orgazm bozukluğu, %40.9'unun ıslanma problemleri, %45'inin doyumsuzluk, %42.9'unun ağrı bozuklukları yaşadığı sonucuna varmışlardır⁶⁷. Ülkemiz kadınlarının %19-70.7'sinin cinsel disfonksiyon yaşadıkları belirtilmektedir ^{57,60,67,68,69}. Kadınlarda cinsel disfonksiyon yaşlanma ile birlikte prevalans oranı artan bir sağlık sorunudur⁵⁸.

Dünya Sağlık Örgütü'nün 1992'de yapmış olduğu uluslararası sınıflandırmada (ICD-10 - International Classification of Diseases - 10) cinsel fonksiyon bozuklukları; cinsel tiksinti bozuklukları, cinsel istek azlığı ya da yokluğu, genital yanıt eksikliği , organik olmayan vajinismus, orgazmik disfonksiyon, aşırı cinsel dürtü ve organik olmayan disparoni yer almaktadır ^{41,70}.

Amerikan Psikiyatri Birliği (American Psychiatric Association) , DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fourth Edition) Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayısal El Kitabında cinsel fonksiyon bozukluklarını; cinsel istek bozuklukları, orgazm ile ilgili bozukluklar, cinsel uyarılma bozuklukları, cinsel ağrı ile ilgili bozukluklar, madde kullanımına bağlı cinsel işlev bozukluğu, genel tıbbi durum ile ilgili cinsel işlev bozukluğu ve başka türlü adlandırılmayan cinsel işlev bozuklukları şeklinde sıralamıştır ⁷⁰.

ICD-10 ve DSM-IV'de incelendiğinde kadın cinsel fonksiyon bozuklukları sınıflandırmalarında organik ve psikojenik bozukluklar arasında ayırım yapan bir sınıflamanın olmadığı; subjektif sıkıntı kriterine, medikal ve mental sağlık alanlarında uygulanabilir bir sınıflandırmaya ihtiyaç olduğu tespit edilmiştir. Bu amaçla kadın cinsel disfonksiyonunu yeniden düzenlemek amacıyla bir konferans yapılmış ve 2000 yılında uluslararası bir rapor yayınlanmıştır. Raporun içeriği DSM-IV ile benzerlik göstermekle birlikte Cinsel Ağrı Bozukluklarına “disparoni ve vajinismus” a ek diğer cinsel ağrı bozuklukları eklenmiştir⁷¹ . Tablo 2.2.'de kadın cinsel fonksiyon bozuklukları sınıflamasında yapılan değişiklikler verilmiştir ⁷².

Tablo 2.2. Kadın Cinsel Fonkiyon Bozuklukları Sınıflandırılması

DSM-IV	DSM-V Değişiklikler
Kadın cinsel fonksiyon bozuklukları Hipoaktif cinsel istek bozuklukları Cinsel uyarılma bozukluğu	Kadın cinsel ilgi /uyarılma bozukluğu
Orgazm bozukluğu	Değiştirilmemiş
Disparoni Vajinusmus	Genital pelvik ağrı/penetresyon bozukluğu
Diğer cinsel işlev bozuklukları Cinsel tiksinti bozukluğu Genel bir tıbbi duruma bağlı cinsel işlev bozuklukları	Çıkarılmıştır
Madde ve ilaç kullanımına bağlı cinsel istek bozuklukları	Değiştirilmemiş
Başka türlü adlandırılmayan cinsel işlev bozuklukları	Diğer tanımlanmış cinsel işlev bozuklukları ve tanımlanmamış cinsel işlev bozukluğu

(Ishak WW, Tobia G. DSM-5 changes in diagnostic criteria of sexual dysfunctions. Reproductive System & Sexual Disorders 2013; 2:122.)

2.4.1. Cinsel istek bozuklukları

a. Hipoaktif cinsel istek:

Cinsel etkinlik için cinsel düşüncenin, arzusun düşük olması ya da yokluğudur. Yaşanan bu durum bireylerde stresi artırır^{14,55,73,74,75,76,77}.

b.Cinsel tiksinti:

Bireyin, partnerine veya cinsel ilişkiye karşı nefret etmesidir. Cinsel birlikteliğe girmekten sürekli tiksinti duyma cinsellikten bütünüyle uzaklaşmadır. Bozukluğun derecesine göre, cinsel ilişkinin yanında sadece öpme ve temasda bulunma dahil tüm uyarılarda tiksinti olabilir^{14,55,73,74,75,76,77}.

- Uyarılma bozuklukları:

Cinsel ilişkiye girememe durumudur. Cinsel uyarıya cevaben; bazı somatik tepkilerde eksiklik, genital alanda şişlik görülür. Bu sorun ruhsal olarak nongenital uyarı

bozukluğu sıkıntısı olan bireylerle karıştırılmamalıdır. Bu sorun strese sebep olur
14,55,73,74,75,76,77 .

- Orgazm bozuklukları:

En az altı ay boyunca, orgazmda belirgin bir gecikme, seyreklik olması/olmaması ya da orgazm yoğunluğunun önemli derecede azalması belirtilerinden en az birinin tüm ilişkilerinin yaklaşık %75 inde deneyimlenmesidir.^{48,77} .

2.4.2. Cinsel ağrı bozuklukları

a. Disparoni

Yineleyen biçimde, cinsel birleşme ile ilgili ağrıdır. Cinsel birleşmede, penil vajinal eylem zordur. Ağrıya sebep olan penisin vajinaya girişidir^{14,55,73,74,75,76,77} .

b. Vajinismus

Yineleyen şekilde, cinsel birleşme esnasında vajinanın etrafındaki kasların istek dışı kasılmasıdır. Bu problem, vajinal penetrasyonla alakalı olduğundan dolayı bireysel strese sebebiyet verir^{14,55,73,74,75,76,77} .

c. Non - koital cinsel ağrı bozuklukları

Israrcı ve tekrarlayan tipte cinsel birleşmeden bağımsız olarak genital ağrı/acı durumudur. Ağrı, anatomik veya inflamatuvar nedenlerden kaynaklanmaktadır
14,55,73,74,75,76,77 .

2.5. Cinsel Disfonksiyon Nedenleri

Cinsel işlev bozukluklarının hem psikolojik, hem de bedensel (organik) sebepleri mevcuttur. Organik ve psikolojik sebepler sorunun ortaya çıkmasında birlikte rol oynayabilir.

Nedenler doğuştan getirilen özellikler olabildiği gibi eğitim, yetişme koşulları, ailenin tutumu, yetiştiği alt kültürün cinselliğe bakışı, yaşanan psikolojik travmalar vb. sonradan edinilen özellikler de olabilir. Erken çocukluk dönemine ait bilinçaltı çatışmalar, çocukluk ve ergenlik dönemine ait psikoseksüel gelişim dönemlerindeki aksaklıklar, yanlış öğrenilmiş cinsel davranımlar, cinsellikle ilgili yanlış ve abartılı beklentiler, eksik ya da yanlış cinsel bilgi, evlilik içi çatışmalar kişilerin kendi vücutlarıyla ve cinsel yaşamlarıyla alakalı olumsuz düşüncelere kapılmasına neden

olabilir. Kişilerde cinsel sorunların oluşumuna neden olan başlıca faktörler aşağıda sıralanmıştır^{13,14, 20,22,47}.

- a. Vasküler nedenler
- b. Nörolojik nedenler
- c. Hormonal nedenler
- d. Müsküler nedenler
- e. Psikolojik nedenler
- f. İleri yaş
- g. Cerrahi girişimler
- h. Sosyokültürel ve sosyodemografik nedenler
1. Kullanılan ilaçlar

2.6. Aile Planlaması

Dünya Sağlık Örgütü (WHO 2015); aile planlaması tanımını “eşlerin istedikleri sayıda, istedikleri zamanda çocuk sahibi olmaları veya kişisel istekleri değerlendirilerek ekonomik durumlarına göre çocuk sayılarını ve doğum aralıklarını belirlemeye yönelik çalışmalardır”olarak güncellemiştir⁵.

Aile planlamasının(AP) amacı; “*çiftleri gebeliği önleyici yöntemlerle ilgili bilgilendirmek, istenmeyen gebeliklerin önüne geçmek, çocuk sahibi olamayan çiftlere yardımcı olmak, bedenen ve ruhen sağlıklı çocuklar yetiştirmek, hızlı nüfus artışını önlemek, sık ve çok doğumu önleyerek üreme sağlığının sürdürülmesine önemli katkıda bulunmaktır*”^{6,7,8}. Toplumda ana-çocuk sağlığının daha iyi seviyeye gelmesi, dolayısıyla toplumun sağlık seviyesinin yükselmesinde, üreme sağlığı ve aile planlaması hizmetleri önemli bir araçtır²¹.

Aile planlaması yöntemleri sayesinde çiftler, çocuk sahibi olmak istemediklerinde de herhangi bir korku duymadan, cinselliklerini yaşama şansına sahiptirler. Aile planlaması yöntemleri, bireysel ve toplumsal olarak daha huzurlu ve bilinçli bir yaşam sağlamaktadır^{54,78}.

AP yöntemleri modern yöntemler ve geleneksel yöntemler olmak üzere ikiye ayrılır. Dünya genelinde çiftlerin tercih ettikleri etkin kontraseptif yöntemler; rahim içi araçlar,

oral kontraseptifler, enjeksiyonlar, prezervatif olarak sıralanmaktadır²³. Gelişmiş ülkelerde modern yöntemlerde ilk üç sırada kondom (%18,4), hap (%17,7) ve rahim içi araç (%8,9) yer alırken, en fazla kullanılan geleneksel yöntemler ise geri çekme (%5,3) ve takvim yöntemi (%3,2)'dir⁷⁹.

Türkiye' de gebeliği önleyici yöntem kullanımındaki yaygınlık oranı, 15-49 yaş arasındaki halen evli kadınlarda % 70'tir. Bu kadınların % 49'u modern yöntemleri; %21'i geleneksel yöntemleri kullanmaktadır⁹. Geri çekme en sık kullanılan geleneksel yöntemdir (%20), bunu erkek kondomu (%19), RİA (%14), tüpligasyon (%10) ve hap (%5) izlemektedir⁹.

Türkiye 'de en çok kullanılan dört modern yöntem (kondom, ria, tüpligasyon ve hap) ve bu yöntemlerin cinselliği etkileme durumları aşağıda verilmiştir.

2.6.1. Erkek kondomu / prezervatif

Kondom, lateks ya da poliüretandan üretilen ve cinsel ilişki sırasında ereksiyon halindeki penise takılan bir kılıftır. Sperminin vajene girmesini engelleyerek gebeliğin oluşumunu önler, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara (CYBE) karşı en iyi korumayı sağlayan aile planlaması yöntemidir. Erkek kondomu doğru kullanıldığında istenmeyen gebeliği %98 oranında engellerken, yanlış kullanımda koruyuculuğu %82-85'e kadar düşmektedir^{42,50,80}.

Kondom kullanımını gelişmiş ülkelerde ve eğitim seviyesi yüksek gruplarda daha yaygındır^{79,81,82}. Ülkemizde erkek kondomu kullanım oranı son beş yılda %16'dan %19'a yükselmiştir⁹.

2.6.1.1. Olumlu – olumsuz özellikleri

Olumlu özellikleri:

- Ucuzdur ve kolay bulunur.
- Erkeklerin AP'ye katılımını sağlar.
- Erken boşalmanın önlenmesine yardımcı olabilir.
- Reçete veya tıbbi izlem gerektirmez.
- CYBE'ye karşı koruma sağlar.
- Güvenlidir ve hormonal bir yan etkisi yoktur.

- Eşlerin kontrolü altındadır.
- Sistemik etkileri yoktur ^{14,50,80,82,83} .

Olumsuz özellikleri:

- Bazı çiftlerde duyarlılığı azaltabilir.
- Cinsel ilişkiyi kesintiye uğrattığı düşünülebilir.
- Kauçuk alerjisi varsa kondom kullanımı sorun yaratır.
- Kullanımdan sonra yok edilmesi sorun olabilir.
- Yeterli miktarda kondom bulundurulması gerekir.
- Erektile problemlerde kondom uygulaması zor bulunabilir.
- Kirli, pis olarak algılanabilir ^{14,50,80,82,83} .

2.6.1.2. Erkek kondomunun cinsel yaşam üzerine etkileri

Kondom kullanan çiftlerin yöntemle ilgili farklı görüşleri vardır. İran' da 15-49 yaş arası geleneksel ve modern aile planlaması yöntemi kullananlar ile bu yöntemlerin hiçbirini kullanmayan 608 evli kadınla yapılan bir çalışmada cinsel disfonksiyon görülme sıklığı en az kondom kullanan (22,9±4,5) grupta olmuştur⁸⁴ . Dündar ve arkadaşlarının Samsun'da evli ebelerle yaptığı çalışmada ise daha önceden kondom kullanan ve sorun yaşayan kadınların %10,2' sinin kondomdan tiksindiğini, kadınların eşlerininin %42,2' sinin kondom kullanmak istemedikleri ve %72,7' sinin de kondom kullanmaktan memnun kalmadıklarını bildirmiştir⁸⁵ . Yanikkerem ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, kadınların kondomun vajinada kuruluk ve tahrişe neden olduğu gerekçesiyle, erkeklerin ise kondomdan memnun olmaması nedeniyle yöntemi kullanmayı bıraktıklarını saptamıştır²⁵ .Doğan Pekince'nin yaptığı çalışmada, kondom kullananların %61,8'inin cinsel isteksizlik yaşamalarına rağmen kullanmayı sürdürdüklerini saptamıştır⁸⁶ . Gabalcı 2008 yılında yapmış olduğu çalışmada, kondom kullanan kadınların büyük bir kısmının kondomun cinsel doyum (%66.3), cinsel istek (%86.9) ve cinsel ilişki sıklığına (% 89.1) bir etkisinin olmadığını ifade ettiğini saptamıştır³⁷ .

2.6.2. Rahim içi araçlar (RİA)

Rahim içi araç (RİA); çoğunlukla bakır ya da hormon içeren , rahim içerisine yerleştirilen cisimdir ⁸⁷ . RİA, yabancı cisim etkisi yaparak zigotun implantasyonunu

engelleyecek enflamatuvar etki oluşturur. RİA' nın antijen etkisi ile yabancı cisim tepkisi oluşur, oluşan bu tepki spermlerin imhasına neden olur¹. Hormonlu RİA'lar servikal mukusu kalınlaştırarak spermin uterusu geçişini engelleyerek gebelik oluşumunu önler⁸⁷.

Dünyada kadınların RİA'yı güvenilir, kullanışlı buldukları görülmüştür, gebelik oranı levonorgestrel (LNG) içeren RİA'da %0.1-0.2', bakırlı RİA'lar da; %0.6-0.8, dir^{14,50,80,82,87,88,89}. Bakırlı RİA'larda bir yılın sonunda kullanım oranı %78'da, Progesteron ve levonorgestrel içeren RİA'ların oranı ise %80-81'dir^{88,89}. Dünyada ve ülkemizde kullanım oranı %14'tür^{9,79}. Günümüzde kullanılan RİA tipleri aşağıdaki gibidir^{82,83,87,89}:

Bakırlı RİA: Multiload (ML Cu 250 ve 375), Cu T-380 A, Cu T 200 C, Nova T gibi araçlardır¹. Türkiye'de en yaygın olarak kullanılan RİA türü Cu-T 380 A'dır¹. TCu 380A 10 yıl, Multiload ve Nova T 5 yıl süre ile korur¹. Başarısızlık oranı %0.6-0.8'dir¹.

Hormonlu RİA: Gövdesinde progesteron, Progestasert ile levonorgestrel (LNg 20) içeren Levo Nova ve Mirena vardır¹. 5 yıl süre ile korur¹. Progesteron içerenlerde; %1.5-2, levonorgestrel içeren RİA'larda; başarısızlık oranı %0.1'dir¹.

2.6.2.1. Olumlu – olumsuz özellikleri

Olumlu yönleri

- Güvenli ve çok etkilidir.
- Bir sorun olmadığı sürece, çıkarılması ya da değiştirilmesine kadar yılda bir kez genel sağlık kontrolü yeterlidir
- Emziren kadınlar için uygundur.
- Cinsel ilişkiden bağımsızdır.
- Çıkarıldıktan sonra doğurganlığın dönüşünde gecikme olmaz⁸⁷.

Olumsuz yönleri

- Uygulanması ve çıkarılması biraz ağrılı olabilir.
- Bazı kadınlarda karnın alt bölgesinde rahatsızlık, adet kanamalarında artma, adet dönemleri arasında lekelenme ve kramplar olabilir. Bu yakınmalar üçüncü adet döneminden başlayarak azalır.

- RİA uterusun serviksine doğru kayabilir ve vajene atılabilir.
- Uterusun zarar görme riski, uygulama sırasında az da olsa vardır.
- RİA'lar cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı koruyucu değildir.⁸⁷

2.6.2.2. RİA'nın cinsel yaşam üzerine etkisi

RİA kullanan çiftlerin yöntemle ilgili farklı görüşleri vardır. Eryılmaz ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada aile planlaması yöntemi olarak RİA kullanan çiftlerin cinsel yaşamlarının diğer yöntem kullananlara göre olumlu etkilendiğini belirtmişlerdir⁹⁰. Oddens'in yaptığı çalışmada aile planlaması yöntemi olarak RİA kullanan 119 kadının %55'inin cinsel yaşamlarını olumlu etkilediği, cinsel istekte (%5,2) ve cinsel ilişki sıklığında %13,7 oranında artış olduğu belirtilmiştir⁹¹.

Çelik ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, RİA kullanan kadınların %41,1'inin cinsel ilişki sırasında problem yaşadığı, %42,8'sinin aşırı kanama, bel ve kasık ağrısı çektiği, belirlenmiştir⁹². Yanikkerem'in yaptığı çalışmada RİA kullanan kadınların birtakım endişelerinin olduğu saptanmıştır. Kadınlar bu endişelerini de RİA'nın ipliklerinin kendi ve eşi tarafından hissedileceği, RİA'nın uterusu perforate edebileceği, abdomene ilerleyebileceği ve ağrı yapabileceği şeklinde ifade etmişlerdir²⁵. Temel'in 54 çiftle yaptığı çalışmada RİA kullanan kişilerin çoğunluğunun cinsel fonksiyonlarında bir değişiklik olmadığı bulunmuştur⁴⁹.

Enzlin ve arkadaşlarının 2012' de yaptıkları çalışmada kadınların %36'sı cinsel istekte azalma olduğunu belirtirken %29'u cinsel istekte artma olduğunu, %10'u orgazm sorunu, %20'si uyarılma sorunu yaşadığını belirtmiştir⁹³. Raymond ve arkadaşlarının 361 kadınla yaptıkları çalışmada, RİA'nın cinsel fonksiyon ve yaşam kalitesi üzerine anlamlı etkisinin olmadığını belirtmişlerdir⁹⁴.

2.6.3. Tüpligasyon

Tüpligasyonun, başka çocuk istemeyen ve doğurganlığını sona erdirmek isteyen çiftler için en güvenli yöntemlerden biridir⁸⁷. Tüpligasyon ile fallop tüplerinin mekanik olarak kapatılması sağlanarak döllenme engellenir⁸⁷. Tüpligasyon en etkili AP yöntemlerden biridir. Başarısızlık oranı %0.5'dir^{14,82,87,88,89}.

Türkiye'de 1983 yılından itibaren 18 yaşını doldurmuş kadınlar tüpligasyonu kendi isteğiyle, evli ise eşinin rızasını alıp yaptırabilmektedir⁸⁷. Dünyada tüpligasyon kullanım oranı %19 iken ülkemizde bu oran %10'dur^{9,79}.

2.6.3.1. Olumlu – olumsuz özellikleri

Olumlu Yönleri

- Gebeliği önleme etkisi hemen başlar.
- Cinsel ilişkiyi etkilemez.
- Çiftlerin kontrasepsiyon sorununu yok eder.
- Başarısızlık oranı düşüktür.
- İleri dönemlerde ortaya çıkan yan etkisi yoktur⁸⁷.

Olumsuz Yönleri

- Operasyon sırasında ya da hemen sonrasında kanama ve enfeksiyon riski vardır. Ancak cerrahi tekniğin doğru ve titizlikle uygulanması, bu komplikasyonların oluşmasını önler.
- Geri dönüşü zordur ve garanti edilemez. Pahalı ve her merkezde bulunmayan mikrocerrahi tekniklerin uygulanmasını gerektirir.
- Operasyonu izleyen birkaç gün kesi yerinde ve alt karında ağrı olur.
- CYBE'lere karşı koruyuculuğu yoktur.
- Düşük bir oranda da olsa dış gebelik olasılığı vardır⁸⁷.

2.6.3.2. Tüpligasyonun cinsel yaşam üzerine etkileri

Tang ve Chung' un tüpligasyon operasyonu geçirmiş kadınlar üzerinde işlemden bir yıl sonra yaptıkları araştırmada tüpligasyon, ilişki sıklığında ve cinsel tatminde olumsuz bir etkisinin olmadığı belirtilmiştir²⁸. Başka bir çalışmada tüpligasyonun, cinsel hayat ve yaşam kalitesi üzerinde etkisinin bulunmadığı saptanmıştır³⁰. Osis ve arkadaşları ise tüpligasyon hakkında yeterli bilgiye sahip kadınlarda yapılan işlemin cinsel yaşamı olumlu etkilediğini belirtmektedir³¹. Başka bir kaynakta tüpligasyonun kadınların çoğunda gebe kalma korkusunu ortadan kaldırdığı için cinsel isteği ve ilişki sıklığını arttırdığını ancak bazı kadınların cinsel isteklerini doğurganlık yeteneğiyle ilişkilendirdiğini bundan dolayı tüpligasyondan sonra cinsel hayatlarında sorun yaşadıklarını belirtmiştir²¹.

2.6.4. Kombine oral kontraseptif

Kombine oral kontraseptifler (KOK), doğal kadınlık hormonları olan östrojen ve progesteronun sentetik formlarını içerir. Östrojen ve progesteron, FSH ve LH'ı baskılayarak ovulasyonu inhibe eder, servikal mukusu spermlerin geçişini engelleyecek şekilde kalınlaştırıp, ovumun transportunu yavaşlatarak gebeliği önler. Kurallara uygun kullanıldığında KOK %99.9 oranında etkilidir⁸⁷. Aralıksız bir yıl KOK kullanan kadınların %67-68'sinin sonraki süreçlerde de yöntemle devam ettikleri belirtilmektedir^{14,50,80,82,83,88,89}. KOK, halk arasında hap olarak da ifade edilmektedir. Ülkemizde oral kontraseptif kullanım oranı TNSA 2018 verilerine göre % 5'dir⁹. Dünyada kullanım oranı %9'dur⁸³.

2.6.4.1. Olumlu – olumsuz özellikleri

Olumlu Yönleri

- Doğru kullanıldığında son derece etkilidir.
- Kullanılması kolaydır.
- Cinsel ilişkiyi etkilemez.
- Etkileri ve yan etkileri çok iyi incelenmiştir.
- Gebe kalma kuşkusu olmadan cinsel ilişkiye girmek, ilişkiden alınan zevki artırır.
- Kadın gebe kalmak istemediği sürece kullanılabilir. Ara vermeye gerek yoktur.
- Menarştan menopoza kadar her yaşta kullanılabilir.
- Yöntem bırakıldığında doğurganlık geri döner.
- Yöntemi bırakmak için sağlık personeline gerek yoktur.
- Korunmasız bir cinsel ilişkiden sonra acil kontrasepsiyon amacıyla kullanılabilir.
- Ektopik gebeliği, adet öncesi gerginliği, over kanserini, endometriyum kanserini, endometriyozise bağlı yakınmaları, pelvik inflamatuvar hastalığını, over kisti oluşumunu azaltır.
- Demir eksikliği anemisini azaltır.
- Akneye iyi gelebilir.
- Adet ağrıları çok azalır ya da kaybolur.

· Adet kanamaları miktarca az, daha kısa süreli ve düzenli hale gelir⁸⁷.

Olumsuz Yönleri

· Her gün hap almanın hatırlanması gerekir, aksi takdirde etkili değildir.

· Lekelenme ya da ara kanamaları görülebilir

· Depresyon gibi ruhsal değişiklikler olabilir.

· Kilo artışı olabilir.

· Tansiyonu yükseltebilir.

· Tansiyonu yüksek olan, 35 yaşın üstünde ve aynı zamanda günde 20'den fazla sigara içen kadınlarda seyrek kalp krizine ve bacak derin venlerinde pıhtıya sebep olabilir.

· HIV/AIDS dahil CYBE'lere karşı koruyucu değildir.

· Anne sütünün miktarını ve niteliğini etkilediğinden emziren kadınlar için uygun değildir⁸⁷.

2.6.4.2. Kombine oral kontraseptifin cinsel yaşam üzerine etkileri

Oral kontraseptiflerin kadın cinsel işlevleri üzerine etkisi ile ilgili farklı görüşler vardır. Pastor ve arkadaşları, kombine oral kontraseptif kullanan kadınların çoğunda libidoda önemli bir değişiklik olmadığını, sadece plazma serbest testosteron seviyelerinde azalma ve seks hormon bağlayıcı globülünde artma olduğu bildirilmiştir³². Östrojen-progestin kombinasyonlarını da içeren hormonal kontrasepsiyon yöntemlerinin kadın cinsel fonksiyonlarında olumsuzluğa neden olmadığı bildirilmiştir³³. Oral kontraseptif kullanımının kadın cinsel sağlığına etkisinin değerlendirildiği bir sistematik derlemede oral kontraseptif kullanan kadınlarda cinsel fonksiyonun önemli düzeyde etkilenmediği saptanmıştır⁹⁵. Burrows ve arkadaşları ise oral kontraseptiflerin libido üzerine olan etkileriyle ilgili yeterli çalışma olmamasıyla birlikte kadınların çoğunluğunun libidosunda herhangi bir etkilenme olmadığı sonucuna varmışlardır³⁴. Dennerstein ve Burrows'ın yaptıkları çalışmada oral kontraseptif kullanan kadınlarda önemli libido kaybı olduğu ve bu durumun, içerdiği progestine bağlı olabileceği öne sürülmüştür³⁵. Shah ve Hoffstetter'ın yaptıkları çalışmada sadece progestin içeren kontrasepsiyon yöntemlerinin, libidoda minimal bir azalmaya, ayrıca vajinal kuruluğa ve cinsel ilişki sırasında ağrıya sebep olduğu bildirilmiştir. Bu durum kadın cinsel yaşamını olumsuz yönde etkileyerek, yaşam kalitesinde azalmaya sebep olur³⁶.

2.7. Aile Planlaması Hizmetleri, Cinsel Eğitim ve Danışmanlıkta Hemşirenin Rolü

Hemşirenin aile planlaması hizmetlerindeki rolleri; her yaştaki kişilere aile planlaması eğitimi vermek, kişilere en uygun kontraseptif yöntemi seçmesine yardım etmek, seçilen AP yönteminin nasıl kullanılacağı ve olası yan etkileri ile ilgili bilgi vermek ,yöntemlere bağlı yaşayabilecekleri problemlere yönelik uygun hemşirelik tanıları koymak ve gerekli girişimlerde bulunmaktır^{49,96}. Hemşireler ayrıca cinsel eğitim ve danışmanlıkta aktif görev alırlar. Hemşirenin aile planlaması hizmetlerinden bir diğeri de cinselliktir. Kadınların cinsellik gibi özel durumlarını ifade edebilecekleri en yakın sağlık personelleri, hemşire / ebelerdir^{82,97}. Hemşireler cinsel yaşamın sağlıklı bir şekilde sürdürülmesinde, problemlerin erken farkedilmesinde, tanı ve tedavi girişimlerinin desteklenmesinde danışman, eğitimci, uygulayıcı ve araştırmacı olarak aktif bir rol üstlenir. 1970 yılından itibaren gelişmiş ülkelerde hemşireler; çocukluk, ergenlik, cinsel olgunluk ve yaşlılık dönemlerinde kişilerin hemşirelik bakımında, sağlıklı cinsel yaşamın sağlanmasında danışman ve eğitimci olarak görev almışlardır^{98,99}. Kullanılan aile planlaması yönteminin cinsel yaşama etkisinin bilinmesi ya da aile planlaması yöntemi tercih edilirken cinsel yaşamında göz önünde bulundurulması önemlidir .Bu nedenle hem AP hizmetlerinde hem de cinsel eğitim ve danışmanlıkta görev alan hemşireler AP yöntemlerinin cinsellik üzerine olması mümkün ya da olan etkileri hakkında da yeterli bilgiye sahip olmalıdır.

Sağlıklı bir cinsel yaşamın temelini, kişinin cinsellik ve üreme arasındaki ilişkiyi düzenli tutması, cinsel yaşamı ve üreme fonksiyonunu etkileyecek etmenlerden kaçınması oluşturmaktadır^{52,100,101,102}.

Hemşireler kişiye özgü cinselliğin tanımını yapabilmeli, iyi bir dinleyici olmalı, yargılayıcı tavır sergilememeli, cinsel fonksiyon ve cinsellik konusunda bilgi sahibi olmalı, danışmanlık yapabilme becerisi gelişmiş olmalı, kadınlarla konuşurken iletişim becerilerini geliştirmeli, cinsellik konusunda kendinin ve kadınların inanç, değer ve tutumlarının farkına varmalıdır¹⁰³.

Cinsel eğitim ve danışmanlık; kişilerin cinsellikle ilgili doğru bilgiye ulaşmalarına, baskı altında kalmadan cinsel hayatı yaşamalarına, cinsel problemlere yönelik uygun girişimlerde bulunmalarına katkı sağlar. Yapılan çalışmalarda, hemşirelerin cinsel yaşamla ilgili danışmanlık için bilgilerinin yeterli olmadığı, yoğun iş temposu, utanma,

cinsel yaşamla alakalı kişisel baskıcı tutumlar, toplumsal ön yargılar gibi sebeplerle cinsel eğitim ve danışmanlık yapmada güçlük yaşadıkları belirlenmiştir ¹⁰⁴.

Bireylerin ya da çiftlerin aile planlaması taleplerinin karşılanmasında, yöntemlerin cinsel yaşamlarına olumsuz etkilerinin azaltılmasında, cinsel yaşam kalitesinin artırılmasında aile planlaması yöntemleri ile ilgili verilen danışmanlık hizmetlerinin önemi büyüktür^{13,82,96}. Kişiler, AP ve cinsellik konusundaki bilgileri genellikle uzman olmayan kaynaklardan (arkadaşları, akrabaları, internet, gazete, televizyon) almaktadırlar. Alınan bilgiler, daha çok rahatlık, eş tepkileri ve sorunlara yöneliktir ^{14,82}. Bazı kadınlar hemşire veya hekimden rahatça bilgi alabilirken, bazıları büyük güçlük yaşamaktadır. Bu nedenle hemşire/hekimin doğru ve yeterli bilgilendirmesi çok önemlidir. Çünkü, iyi bilgi iyi karar vermeyi sağlar ¹⁴.

Aile planlaması danışmanlığı yapan hemşire, aile planlaması için başvuran bireye, uygun hizmeti sunabilmek için bireyin, cinsel geçmişini, deneyimlerini, cinsel işlevlere ilişkin öykü alarak kişilere hem aile planlaması hizmeti hem de koruyucu sağlık hizmeti verme fırsatını elde eder. Böylece kişilerin genel sağlık düzeyine ve kişisel mutluluğuna katkıda bulunmuş olur ¹⁰⁵.

3.GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma, Türkiye’de en çok kullanılan dört modern aile planlaması yönteminin kadınların cinsel yaşamına etkisini saptamak amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Araştırmanın amacı doğrultusunda;

- 1.Kadınların sosyo-demografik özellikleri nedir? (Tablo 4.1.1.)
2. Kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre kullanılan aile planlaması yöntemi arasında fark var mıdır? (Tablo 4.1.2.)
3. Türkiye’de en çok kullanılan dört modern aile planlaması yönteminin kadınların cinsel yaşamlarını etkileme durumu nedir? (Tablo 4.2.2.)
4. Türkiye’de en çok kullanılan dört modern aile planlaması yönteminin kadınların cinsel yaşamlarının etkilenmeleri arasında fark var mıdır ? (Tablo 4.3.1.)
5. Türkiye’de en çok kullanılan dört modern aile planlaması ile kadınların cinsel yaşamının etkilenme durumu arasında ilişki var mıdır? (Tablo 4.3.2.)
6. Kadınların cinsel işlev ölçeği ve alt boyutlarının puan ortalamaları nedir? (Tablo 4.3.3.)
7. Kadın cinsel işlev ölçeği ve alt boyut puanları arasındaki ilişki var mıdır? (Tablo 4.3.4.)
- 8.Kadınların kullandıkları aile planlaması yöntemi ile kadın cinsel işlev ölçeği toplam ve alt boyut puanları arasında ilişki var mıdır? (Tablo 4.3.5.)
- 9.Kullanılan aile planlaması yönteminin kadın cinsel işlev ölçeği toplam ve alt boyut puanlarına etkisi var mıdır? (Tablo 4.3.6.) sorularına yanıt aranmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırmanın verileri, Düzce Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğinde toplanmıştır. Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğinde gebe polikliniği, infertilite polikliniği, jinekoloji polikliniği ve perinatoloji polikliniği olmak üzere dört poliklinik odası ve bir müdahale odası bulunmaktadır. Poliklinik hizmetlerinin sürdürülmesinde müdahale odasında bir perinatoloji polikliniğinde bir olmak üzere iki hemşire ve tüm poliklinik hizmetlerinin yürütülmesinde iki tıbbi sekreter görev yapmaktadır. Poliklinikte düzenli ve sürekli bir

aile planlaması hizmeti sunulmamakta, aile planlaması hizmet sunumu için özel bir oda ya da poliklinik bulunmamaktadır. Aile planlaması hizmetleri başvuranların talepleri üzerine jinekoloji polikliniğinde, müdahale odasında ve hekim odalarında yürütülmektedir. Polikliniklerden 2018 yılında 11,821; 2019 yılında 13,474 kadın hizmet almıştır. Poliklinikler geniş bir bekleme ve oturma alanına sahiptir. Araştırma verileri mevcut bekleme alanında toplanmıştır.

Düzce’ de iki adet Toplum Sağlığı Merkezi bulunmaktadır. Bu merkezlerde aile planlanlaması yöntemi ile ilgili bilgi, danışmanlık hizmeti verilmektedir. Aynı zamanda kişilere ücretsiz kondom temini sağlanmakta ve kadınlara RİA takılma işlemi gerçekleştirilmektedir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

TNSA 2018 verilerine göre Türkiye’de en çok kullanılan dört modern aile planlaması yöntemi sırası ile kondom (%19), RİA (%14), tüpligasyonu(%10) ve oral kontraseptifler (%5) dir⁹ . Düzce Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine başvuran ve bu yöntemleri kullanan toplam kadın sayısına ilişkin herhangi bir verinin bulunmaması nedeniyle evren büyüklüğü bilinmemektedir. Bu nedenle örneklem büyüklüğü hesaplamasında kadınların kullandıkları dört modern aile planlaması yöntemi bakımından Kadın Cinsel İşlev Ölçeği farklılıklarını incelerken Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) kullanılacağı öngörülmüştür ve bu sonuçlar üzerinden güç hesaplanmıştır. Etki genişliği 0,25 (optimum etki genişliği) ve anlamlılık düzeyi 0,05 alındığında toplam 180, her grupta en az 45’er kadın ile %80,3 güç sağlanacağı ön görülmüştür. Bu güç %80’in üzerinde olduğu için yeterlidir. Güç analizi G*Power paket programı üzerinden hesaplanmıştır (Ek 7).

Bu hesaplama dikkate alınarak araştırmanın örneklemi Düzce Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine başvuran araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 191 kadın (aile planlaması yöntemi olarak kondom kullanan 45, RİA kullanan 45 tüpligasyonu kullanan 50 ve hap kullanan 51 kadın) oluşturmuştur.

3.4. Araştırmaya Dahil Edilme ve Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

3.4.1. Araştırmaya dahil edilme kriterleri

Araştırmaya;

* En az altı aydır kondom, RİA, tübligasyonu ya da hap yöntemlerinden birini kontrasepsiyon amacı ile kullanan ,

* 20-50 yaş arasında olan,

* Okuma yazma bilen,

* Evli, eşi ile bir arada yaşayan (iş vb sebeplerle uzun süreli ayrı bulunmamak) ve düzenli bir cinsel yaşamı olan,

*Araştırmaya katılmaya gönüllü olan kadınlar alınmıştır.

3.4.2. Araştırmadan dışlanma kriterleri

* Post menopozal dönemde olan, gebe ya da emzirme döneminde olan,

* Psikiyatrik herhangi bir rahatsızlığı olan,

* Antidepresan ilaç kullanan,

* Cinselliği etkileyebilecek herhangi bir hastalığı (kanser, cinsel yolla bulaşan hastalık, vb.) olan kadınlar araştırmaya alınmamıştır.

3.5. Veri Toplama Araçları ve Verilerin Toplanması

Araştırmada veriler, araştırmacı tarafından ilgili literatürden ^{37,107,108} yararlanılarak geliştirilen “Kişisel Bilgi Formu” (Ek 1) ve “Kadın Cinsel İşlev Ölçeği (KCIÖ)” (Ek 2) kullanılarak toplanmıştır. Veriler 01.03.2019- 01.05.2019 tarihleri arasında, Düzce Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği bekleme alanında, araştırmanın amacı ve yöntemi açıklanarak yazılı (Ek 6) ve sözel onam alındıktan sonra yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır. Kişisel bilgi formu araştırmacı ile birlikte doldurulmuş olup, cinselle ilgili soruların yer aldığı KCIÖ ni katılımcıların daha rahat ve güvenilir cevap verebilmeleri için kendilerinin doldurması istenmiştir. Herbir kadından verilerin toplanması yaklaşık 15-20 dakikada sürmüştür.

3.5.1. Veri toplama araçları

3.5.1.1. Kişisel bilgi formu (Ek 1):

Kişisel bilgi formu (Ek 1) , araştırmacı tarafından literatürden^{37,107,108} yararlanarak oluşturulmuştur. Hazırlanan formda kadınların sosyodemografik özelliklerini (16 soru), cinsel yaşamlarını (6 soru), kullandıkları AP yöntemini (14 soru) ve AP yönteminin cinsel yaşama etkisini belirlenmeye (9 soru) yönelik toplam 45 soru bulunmaktadır.

Kişisel bilgi formunun ön uygulaması Düzce ilinde ikamet eden ve dört modern aile planlaması (kondom,RIA, tüpligasyon, hap) yönteminden birini kullanan 10 evli kadın ile yapılmıştır. Ön uygulama bulgularına göre formda ilgili düzenlemeler yapılarak forma son şekli verilmiştir. Ön uygulamaya katılan kadınlar araştırmaya dahil edilmemiştir.

3.5.1.2 Kadın cinsel işlev ölçeği (KCIÖ): The female sexual function index (FSFI) :

Rosen ve arkadaşları tarafından ABD’de 2000 yılında geliştirilen KCIÖ, kadının cinsel fonksiyonunu değerlendirmek amacıyla 19 sorunun yer aldığı likert tipte çok boyutlu bir ölçektir^{108,109}. Ölçek son dört haftadaki cinsel işlevi değerlendirmektedir. Ölçeğin yapısında; istek, uyarılma, kayganlaşma (lubrikasyon, ıslanma), doyum, orgazm ve ağrı olmak üzere altı alt boyut bulunmaktadır. Test tekrar test güvenilirlik ölçümü $r = 0.79$ ile 0.82 aralığında, Cronbach Alfa değerleri 0.82 ve daha yüksek değerlerde bulunmuş, yapı geçerliliğinin ise anlamlı ($p < 0.001$) olduğu belirlenmiştir. Aygün ve Aslan tarafından 2005 yılında ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik analizi yapılmıştır. Türkçeye uyarlanan ölçeğin cronbach alfa katsayısı $0,95$, test tekrar test güvenilirliği $0,75-0,95$ bulunmuştur¹⁰⁶. Her başlık 0 veya 1 ile 6 arasında puanlanmaktadır. En düşük puan iki (2) ve en yüksek puan (36) otuz altıdır. Ölçekten alınan yüksek puan daha iyi cinsel fonksiyon anlamına gelmektedir.

Çayan ve arkadaşlarının 2004 yılında Türk kadınlarında cinsel işlev bozukluğu görülme sıklığı ile potansiyel risk faktörlerini araştırdıkları çalışmasında da KCIÖ kullanılmış olup ölçek toplam ve alt boyutlarının puanı için kesme değeri (cut-off) hesaplanmıştır. Bu araştırmacılar, toplam puan >22.7 ise normal cinsel işlev, ≤ 22.7 ise cinsel işlev bozukluğu olduğunu ve istek puanı ≤ 3.6 (puan aralığı 1.2-6), uyarılma puanı ≤ 3.9 (puan aralığı 0- 6), kayganlaşma puanı ≤ 3.6 (puan aralığı 0-6), orgazm puanı ≤ 3.6 (puan aralığı 0-6), doyum puanı ≤ 3.6 (puan aralığı 0-6) ve ağrı puanı ≤ 4.4 (puan aralığı 0-6)

olduğunda ise alt boyutlara ilişkin cinsel işlev bozuklukları olduğunu kabul etmişlerdir
69,110 .

Bu çalışmada ölçeğin Cronbach Alfa katsayısı 0.92 olarak hesaplanmıştır. Kesme noktası olarak Çayan ve arkadaşlarının çalışması referans alınmıştır. Araştırmada KCIÖ'yü kullanabilmek için Dilek Aygin'den izin alınmıştır(Ek 3).

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen bilgiler IBM SPSS Statistics 23 programına aktararak çözümler tamamlanmıştır. Bilgiler çözümlenirken kategorik parametreler için frekans dağılımları, sayısal parametreler için tanımlayıcı istatistikler (ort±ss, medyan) verilmiştir. Araştırmada ölçme vasıtası olarak kullanılan “Kadın Cinsel İşlev Ölçeği” ölçeğinin güvenilirliği Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı ile incelenmiştir. Araştırmaya dahil kadınların ölçek ve alt boyut puanlarına, maddelerin ortalamaları alınarak ulaşılmıştır. Uygulanacak analizleri seçebilmek için ölçek, alt boyut puanlarına Kolmogorov Smirnov testi uygulanmıştır. Bu sonuca göre puanların normallik varsayımını sağladığı görülmüş, bu sebeple karşılaştırmalarında parametrik testler kullanılmıştır. İki bağımsız grup arasında puanlara göre farklılık olup olmadığı Bağımsız Örneklem T Testi ile bakılmıştır. İki'den fazla bağımsız grup arasında puanlara göre ayırım olup olmadığı Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) ile incelenmiş, hangi gruplar arasında ayırım olduğuna ise Tukey Testi ile bakılmıştır. Sayısal iki değişken arasında sebebi olmayan bağlantıların derecesinin belirlenmesi için Pearson Korelasyon Katsayısı kullanılmıştır. Bağımsız iki kategorik parametre arasında bağlantı olup olmadığı Ki-Kare Testi ile incelenmiştir (Ki-Kare beklenen parametre varsayımı sağlanmadığı için Freeman-Halton Fisher's Kesin (Exact) Ki-Kare testi kullanılmıştır.

Bu çalışmada bağımlı değişken; kadının cinsel yaşamı ölçeğinden alınan puan iken, bağımsız değişken ise kullanılan aile planlaması yöntemidir.

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmadan elde edilen bulgular sadece araştırmanın yapıldığı dönem ve araştırmanın yapıldığı örnek grubu ile sınırlıdır, toplumun tamamına mal edilemez ve sadece araştırmanın yapıldığı dönem için geçerlidir, zamanla değişebilir. Araştırma bulguları

çalışmaya katılan kişilerin kendi beyanına göre toplandığından, elde edilen veriler kişilerin verdikleri yanıtlara bağlıdır. Kişisel bilgi formu ve ölçekte yer alan cinsellikle ilgili sorular bazı kadınların utanmasına, çekinmesine neden olmuştur. Bu nedenle kadınların buldukları durumu yansıtmayan cevaplar vermiş olabileceği düşünülmektedir.

3.8. Araştırmanın Uygulanması

Araştırma süreci Çizelge 3.8.1’de verilmiştir.

Çizelge 3.8.1. Araştırma Zamanı ve Yapılan İşlemler

İşlemler	Tarih
Literatür taraması ve tez önerisinin sunulması	01.01.2018-01.06.2018
Veri toplama formlarının oluşturulması	01.07.2018-01.08.2018
Etik kurul ve kurum izinlerinin alınması	01.09.2018-01.02.2019
Verilerin toplanması	01.03.2019-01.05.2019
Verilerin analizi	01.06.2019-01.12.2019
Rapor yazımı ve teslimi	01.02.2020-15.09.2020

3.9. Araştırmanın Uygulanmasında Karşılaşılan Zorluklar

Araştırma izinlerinin alınması ve veri toplama aşamasında güçlükler yaşanmıştır.

- Çalışma konusunun ülkemiz kadınları için konuşulması zor ve mahrem olması gerekçesiyle araştırmanın ilk olarak yapılması planlanan farklı bir merkezden izin alınamamıştır. Bu nedenle resmi yazışmalar zaman almış ve araştırmaya başlama süreci uzamıştır.

- Gerekli izinler alındıktan sonra veri toplama esnasında kadınların, utanması, çekinmesi araştırmacıya karşı güven konusunda kararsız kalmaları gibi nedenlerle katılım az olmuştur. Bu nedenle kadınlara araştırmanın amacı, gizliliği konusunda detaylı bilgi verilmiş, kadınların bu konularla ilgili sıkıntıları dinlenmiş, konuyla alakalı gerekli açıklamalar yapılarak güven ortamı oluşturulmuştur. Tüm açıklamalara rağmen soruları yarıda bırakarak katılmak istemeyen çok kişi olmuştur ve veri toplama süreci uzamıştır.

3.10. Araştırmanın Etik Yönu

Araştırmanın uygulanabilmesi için Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı'ndan etik kurul onayı (Tarih:15.10.2018, Sayı:2018179) (Ek 5) ve Düzce Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalından resmi izin (Ek4) alınmıştır. Düzce Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine başvuran kadınlar çalışma hakkında bilgilendirilmiş, çalışmaya katılmayı kabul eden kadınların sözlü ve yazılı (Ek 6) izinleri alınarak çalışma yapılmıştır. Verilerin toplanmasında KCIÖ'nin kullanılabilmesi için Aygin'den ölçek kullanım izni alınmıştır(Ek 3).



4. BULGULAR

Türkiye’de en çok kullanılan dört modern aile planlaması yönteminin kadının cinsel yaşamına etkisini belirlemek amacıyla yapılan çalışmada bulgular üç başlık altında ele alınmıştır.

- 4.1. Kadınların sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bulgular.
- 4.2. Kadınların cinsel yaşamlarına ve kullandıkları aile planlaması yöntemine ilişkin bulgular.
- 4.3. Kadınların kullandıkları aile planlaması yönteminin cinsel yaşama etkisine ilişkin bulgular.

4.1.Türkiye’de En Çok Kullanılan Dört Modern Aile Planlaması Yöntemini Kullanan Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişin Bulgular

Tablo 4.1.1 Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı

	Ort±SS	Min-Maks
Yaş	35,68±7,161	20-50
Eş Yaşı	39,29±8,217	21-68
Evlilik Süresi	13,44±8,222	1-35
	Sayı(n=191)	Yüzde (%)
Eğitim Durumu		
Okur-yazar/İlköğretim	60	31,4
Ortaöğretim	67	35,1
Lisans ve Üstü	64	33,5
Eş Eğitim Durumu		
Okur-yazar/İlköğretim	31	16,2
Ortaöğretim	87	45,5
Lisans ve Üstü	73	38,2
Çalışma Durumu		
Çalışan	81	42,4
Ev Hanımı/Emekli	110	57,6
Eş Çalışma Durumu		
Çalışan	163	85,3
Emekli/çalışmıyor	28	14,7
En Uzun Süre Yaşanılan Yer		
Şehir	90	47,1
İlçe/Kasaba	64	33,5
Büyük şehir	22	11,5
Köy	15	7,9
Ekonomik Durum		
Gelir gidere denk	112	61,9
Gelir giderden fazla	40	22,1
Gelir giderden az	29	16,0
Aile Yapısı		
Çekirdek aile	168	88,0
Geniş aile	23	12,2
Evlenme Şekli		
Arkadaşlık ederek	95	50,3
Görücü usulü ile isteyerek	68	35,6
Anlaşarak kaçtık	18	9,4
Görücü usulü ile istemeyerek	6	3,1
Zorla kaçırıldım	3	1,6
Evlilik hayatından memnuniyet		
Çok memnunum	52	27,4
Memnunum	92	48,2
Orta derece memnunum	33	17,4
Memnun değilim	14	7,4
Adet düzeni		
Düzenli	137	71,7
Düzenli değil	54	28,4

Ort=Ortalama SS=Standart Sapma
Min=Minimum Maks=Maksimum

Tablo 4.1.1’de kadınların sosyodemografik özellikleri verilmiştir. Araştırmaya katılan kadınların yaş ortalaması $35,68 \pm 7,161$, eşlerinin yaş ortalaması $39,29 \pm 8,217$ ’dir. Evlilik sürelerinin ortalaması ise $13,44 \pm 8,222$ yıldır. Kadınların %35,1’i orta öğretim, %33,5’i yükseköğretim mezunu iken eşlerinin %45,5’i ortaöğretim, %38,2’si yükseköğretim mezunudur. Kadınların yarısından fazlası (% 57,6) ev hanımı/emekli iken eşlerinin %85.3 si aktif çalışmaktadır. Kadınların % 61,9’unun ekonomik durumunu “gelirim giderime eşit” olarak ifade ettiği saptanmıştır. Kadınların büyük bir kısmı (%88.0) çekirdek aile yapısına sahiptir ve sadece %12,2’si geniş ailede yaşamaktadır. Kadınların yarısı (%50,3) anlaşarak/arkadaşlık ederek evlendiğini ifade ederken yine yaklaşık yarısı (%48.2) evlilik hayatından memnun olduğunu belirtmektedir. Kadınların küçük bir kısmının görücü usulü istemeyerek ya da zorla kaçırılarak evlendiği (%4,7) ve %7.4 ününde evlilik hayatından memnun olmadığı bulunmuştur. Kadınların %71,7’sinin adetleri düzenlidir.

Tablo 4.1.2 Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Kullanılan Aile Planlaması Yöntemine Göre Dağılımı

	RIA		Kondom		Tübligasyon		Hap		F;p	Fark
	Ort.	S.S.	Ort.	S.S.	Ort.	S.S.	Ort.	S.S.		
Yaş	33,2 4	6,685	32,18	5,855	41,08	5,394	35,61	7,164	19,010; 0,000 ***	1-3 2-3,4 3-4
Eş Yaşı	37,2 0	7,473	34,76	6,651	44,64	6,407	39,90	8,764	19,010; 0,000 ***	1-3 2-3,4 3-4
Evlilik Süresi	11,6 4	7,573	8,79	6,915	18,44	7,270	14,32	8,042	13,900; 0,000 ** *	1-2 2-3,4 3-4
	N	%	N	%	N	%	N	%	x²	P
Eğitim Durumu									0,000	
İlköğretim	10	16,7 _a	5	8,3 _a	26	43,3 _a	19	31,7 _a	33,848	
Lise	19	28,4 _a	12	17,9 _a	17	25,4 _{a,b}	19	28,4 _a		***
Lisans ve Üstü	16	25,0 _a	28	43,8 _b	7	10,9 _b	13	20,3 _a		
Eş Eğitim Durumu										0,000
İlköğretim	5	16,1 _a	5	16,1 _{a,b}	17	54,8 _a	4	12,9 _a	27,042	***
Lise	23	26,4 _a	13	14,9 _b	22	25,3 _b	29	33,3 _a		
Lisans ve Üstü	17	23,3 _a	27	37,0 _a	11	15,1 _b	18	24,7 _a		
Çalışma Durumu										0,000
Çalışan	16	19,8 _a	32	39,5 _a	14	17,3 _a	19	23,5 _a	20,849	***
Ev Hanımı/Emekli	29	26,4 _a	13	11,8 _b	36	32,7 _b	32	29,1 _a		
Eş Çalışma Durumu										0,017
Çalışan	42	25,8 _a	40	24,5 _a	36	22,1 _a	45	27,6 _a	10,205	*
Çalışmayan/Emekli	3	10,7 _a	5	17,9 _a	14	50,0 _b	6	21,4 _a		
Evlenme Şekli										
Anlaşarak kaçtık	1	5,6	3	16,7	11	61,1	3	16,7		
Zorla kaçırıldım/ Görücü usulü	2	22,2	0	0,0	5	55,6	2	22,2	-	-
istemeyerek										
Görücü usulü ile isteyerek	16	23,5	9	13,2	19	27,9	24	35,3		
Arkadaşlık ederek	26	27,4	33	34,7	14	14,7	22	23,2		
Evlilik Memnuniyeti										
Çok memnunum	15	28,8	18	34,6	6	11,5	13	25,0		
Memnunum	20	22,0	18	19,8	27	29,7	26	28,6	-	-
Orta derece memnunum	6	18,2	9	27,3	9	27,3	9	27,3		
Memnun değilim	4	28,6	0	0,0	7	50,0	3	21,4		
Aile Tipi										
Çekirdek aile	42	25,0	38	22,6	43	25,6	45	26,8	1,937	0,586
Geniş aile	3	13,0	7	30,4	7	30,4	6	26,1		

*:p<0,05 (İstatistiksel olarak anlamlı)

1:Ria 2:Kondom 3:Tübligasyonu 4:Hap

İlişki çıkan analizlerde a ve b harfleri ilişkinin kaynaklandığı grupları belirtmek için kullanılmıştır. Aynı harf içeren gruplar arasında ilişki yoktur.

Tablo 4.1.2 incelendiğinde kullanılan yöntemler arasında yaş, eş yaşı ve evlilik süresi bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre RİA kullananların yaş ortalaması, tüpligasyonu kullananlardan anlamlı derecede küçük; kondom kullananların yaş ortalaması tüpligasyonu ve hap kullananlardan anlamlı derecede küçük; tüpligasyonu kullananların yaş ortalaması ise hap kullananların yaş ortalamasından anlamlı derecede daha büyüktür. RİA kullananların eşlerinin yaş ortalaması tüpligasyonu kullananlardan anlamlı derecede küçük; kondom kullananların eşlerinin yaş ortalaması tüpligasyonu ve hap kullananlardan anlamlı derecede küçük; tüpligasyonu kullananların eşlerinin yaş ortalaması ise hap kullananların yaş ortalamasından anlamlı derecede büyüktür.

Kullanılan yöntemler ile eğitim durumu, eş eğitim durumu, çalışma durumu ve eş çalışma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre eğitim durumu lisans ve üstü olanlarda kondom kullananların oranı (%43,8) eğitim durumu ilköğretim (%8,3) ve lise olanlarda (%17,9) kondom kullananların oranından anlamlı derecede daha fazladır. Eğitim durumu ilköğretim olanlarda tübligasyon kullananların oranı (%43,3) eğitim durumu lisans ve üstü olanlarda tübligasyon kullananların oranından (%10,9) anlamlı derecede daha fazladır. Eş eğitim durumu lisans ve üstü olanlarda kondom kullananların oranı (%37,0) eş eğitim durumu lise olanlarda kondom kullananların oranından (%14,9) anlamlı derecede daha fazladır. Tübligasyon yöntemini kullananların oranı eş eğitim durumu lise olanlarda %25,30 , ilköğretim olanlarda %54,8 ve lisans ve üstü olanlarda %15,1'dir. Çalışan kadınlarda kondom kullananların oranı (%39,5),ev hanımı/emekli kadınlarda kondom kullananların oranından (%11,8) anlamlı derecede daha fazladır. Ev hanımı/emekli kadınlarda tübligasyon yöntemini kullananların oranı (%32,7) çalışan kadınlarda tübligasyon yöntemini kullananların oranından (%17,3) anlamlı derecede daha fazladır. Eşi çalışmayan/emekli olan kadınlarda tübligasyon yöntemini kullananların oranı (%50) eşi çalışan kadınlarda tübligasyon yöntemini kullananların oranından (%22,1) anlamlı derecede daha fazladır.

4.2. Türkiye’de En Çok Kullanılan Dört Modern Aile Planlaması Yöntemini Kullanan Kadınların Cinsel Yaşamlarına ve Kullandıkları Aile Planlaması Yöntemine İlişkin Bulgular

Tablo 4.2.1. Kadınların Cinsel Yaşamlarını Değerlendirmelerine Göre Dağılımları

Cinsel yaşamın değerlendirilmesi	Sayı(n=191)	Yüzde (%)
Genel olarak cinsel yaşamın değerlendirilmesi		
Çok kötü	3	1,6
Kötü	12	6,3
Orta	52	27,2
İyi	94	49,2
Çok iyi	30	15,7
İlişki sıklığının değerlendirilmesi		
Çok kötü	2	1,0
Kötü	18	9,4
Orta	72	37,7
İyi	79	41,4
Çok iyi	20	10,5
Cinsel konularda eşle konuşma durumu		
Konuşamayan	43	22,5
Konuşan	120	62,8
Eşi daha rahat konuşan	28	14,7
Cinsel yaşamla ilgili sorun yaşama durumu		
Yaşamayan	171	89,5
Yaşayan	20	10,5
Cinsel yaşamla ilgili sorunlarda yardım alma durumu n:20		
Yardım almayan	13	65,0
Yardım alan	7	35,0
Cinsel yaşamla ilgili sorunlarda başvuru yapılan kurumlar n:7		
ASM. Hemşiresi-Doktoru	1	14,3
Kadın Doğum Polikliğinde	3	42,9
Psikiyatrist	1	14,3
Psikolog	2	28,6

Tablo 4.2.1’ de kadınların cinsel yaşamlarına ilişkin değerlendirmelerinin dağılımı verilmiştir. Kadınların yarısı genel olarak cinsel yaşamlarını iyi (%49,2) olarak değerlendirirken çok küçük bir kısmı kötü (% 6,3) ve çok kötü (%1,6) olarak değerlendirmiştir. Kadınların %41,4’sinin cinsel ilişki sıklığını “iyi” , %37,7 inin “orta” olarak değerlendirdiği bulunmuştur. Kadınların %22,5’i cinsel konularda eşi ile rahatça konuşamamakta iken % 62,8’i rahat konuştuğunu ifade etmiştir.

Kadınların %89,5'i cinsel yaşamı ile ilgili sorun yaşamamış iken %10,5'i sorun yaşadığını belirtmiştir. Sorun yaşayan kadınların %35,0'sinin bu sorunun çözümü için profesyonel yardım aldığı ve bu kişilerin %42,9'unun da bu yardımı kadın doğum polikliniğinden aldığı saptanmıştır.

Tablo 4.2.2. Kadınların Kullandıkları Aile Planlaması Yöntemine Göre Cinsel Yaşamlarını Değerlendirmelerinin Dağılımı

	Toplam		RİA		Kondom		Tüpligasyon		Hap		Analiz
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Cinsel yaşamın genel değerlendirilmesi											
Çok kötü	3	1,6	0	0,0	0	0,0	2	4,0	1	2,0	X ² =12,716 p=0,390
Kötü	12	6,3	2	4,4	2	4,4	6	12,0	2	3,9	
Orta	52	27,2	13	28,9	12	26,7	11	22,0	16	31,4	
İyi	94	49,2	19	42,2	24	53,3	27	54,0	24	47,1	
Çok iyi	30	15,7	11	24,4	7	15,6	4	8,0	8	15,7	
İlişki sıklığının değerlendirilmesi											
Çok kötü	2	1,0	0	0,0	0	0,0	1	2,0	1	2,0	X ² =18,076 p=0,113
Kötü	18	9,4	2	4,4	2	4,4	6	12,0	8	15,7	
Orta	72	37,7	11	24,4	18	40,0	22	44,0	21	41,2	
İyi	79	41,4	24	53,3	18	40,0	19	38,0	18	35,3	
Çok iyi	20	10,5	8	17,8	7	15,6	2	4,0	3	5,9	
Cinsel konularda eşle konuşma durumu											
Konuşamayan	43	22,5	7	15,6	5	11,1	15	30,0	16	31,4	X ² =11,691 p=0,060
Konuşan	120	62,8	31	68,9	35	77,8	29	58,0	25	49,0	
Eşim daha rahat konuşur	28	14,7	7	15,6	5	11,1	6	12,0	10	19,6	
Cinsel yaşamla ilgili sorun yaşama durumu											
Yaşamayan	171	89,5	40	88,9	40	88,9	46	92,0	45	88,2	X ² =0,456 p=0,928
Yaşayan	20	10,5	5	11,1	5	11,1	4	8,0	6	11,8	
Cinsel yaşamla ilgili sorunlarda yardım alma durumu											
Yardım almayan	13	65,0	3	60,0	3	60,0	4	100,0	3	50,0	X ² =2,857 p=0,414
Yardım alan	7	35,0	2	40,0	2	40,0	0	0,0	3	50,0	
Cinsel yaşamla ilgili sorunlarda başvuru kurumları											
ASM. Hemşiresi-Doktoru	1	14,3	0	0,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0	-
Kadın Doğum Polikliniğinde	3	42,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	33,3	
Psikiyatrist	1	14,3	1	50,0	1	50,0	0	0,0	1	33,3	
Psikolog	2	28,6	1	50,0	0	0,0	0	0,0	1	33,3	

X²: Ki kare

Tablo 4.2.2. de kadınların kullandıkları yönteme göre cinsel yaşamlarını değerlendirmelerinin dağılımı verilmiştir. Kadınların kullandıkları aile planlaması

yöntemiyle cinsel yaşamın genel değerlendirmesi, cinsel ilişki sıklığının değerlendirilmesi, cinsel konularda eşle konuşabilme ve cinsel sorun yaşama durumları arasındaki ilişki incelendiğinde hiç birinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık, ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). Anlamlı bir ilişki bulunmamasına rağmen kadınların cinsel yaşamlarına ilişkin yorumları incelendiğinde, genel olarak cinsel yaşamlarını değerlendirmeleri istendiğinde kondom ve tüpligasyonu kullanan kadınların sırasıyla %53,3 ve %54,0 oranıyla diğer yöntemlere göre daha fazla oranda cinsel yaşamlarını “iyi” olarak değerlendirdikleri saptanmıştır. RİA kullananlarda da “ çok iyi” değerlendirmesini yapanların oranının %24,4 ile diğer yöntemlerden yüksek olduğu bulunmuştur. Yine anlamlı bir ilişki olmamasına rağmen cinsel ilişki sıklığının değerlendirilmesi incelendiğinde “orta”, “kötü” ve “çok kötü” yorumunu yapanların oranı tüpligasyonu ve hap kullananlarda diğer yöntemlere göre daha yüksek iken “iyi” ve “çok iyi” yorumunu yapanların oranı RİA ve kondom kullananlarda daha yüksektir. Cinsel konularda eşle konuşma durumuna bakıldığında konuşma oranlarının sırasıyla kondom (%77,8), RİA (68,9), tüpligasyonu (%58,0) ve hap (%49,0) olarak sıralandığı saptanmıştır. Cinsel yaşamla ilgili sorun yaşama durumu değerlendirildiğinde %8 oranı ile en az sorun yaşayan gurubun tüpligasyonu kullananların olduğu ve RİA (%11,1), kondom (%11,1) ve hap (%11,8) kullananlarda sorun yaşama oranının birbirine çok yakın olduğu belirlenmiştir. Cinsel yaşam ile ilgili sorun yaşayanlarda hap, kondom ve RİA kullananların hepsinde sorun yaşayanların yaklaşık yarısı çözüm için destek almışken, tüplügasyonu kullananların hiç birinin destek almadığı saptanmıştır.

Tablo 4.2.3. Kadınların Kullandıkları Aile Planlaması Yöntemi ve Tercih Durumlarına Göre Dağılımı

	RİA		Kondom		Tüpligasyon		Hap	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Kullanılan Yöntem	45	23,6	45	23,6	50	26,2	51	26,7
Bundan önce kullanılan son yöntemin cinsel yaşamı etkileme durumu								
Etkilemedi	33	25,4	32	24,6	30	23,1	35	26,9
Olumlu etkiledi	4	19,0	4	19,0	6	28,6	7	33,3
Olumsuz etkiledi	8	20,0	9	22,5	14	35,0	9	22,5
Yöntemin kullanımına karar veren kişi								
Ben	21	35,0	6	10,0	14	23,3	19	31,7
Eşim	0	0,0	9	69,2	0	0,0	4	30,8
Eşim ve ben	22	23,4	30	31,9	20	21,3	22	23,4
Doktorum/hemşirem/ebem	2	8,3	0	0,0	16	66,7	6	25,0
Yöntemi seçme nedeni								
Kullanımı kolay								
Evet	39	37,9	25	24,3	21	20,4	18	17,5
Hayır	6	6,8	20	22,7	29	33,0	33	37,5
Ucuz								
Evet	2	22,2	0	0,0	5	55,6	2	22,2
Hayır	43	23,6	45	24,7	45	24,7	49	26,9
Dini açıdan uygun								
Evet	3	25,0	1	8,3	3	25,0	5	41,7
Hayır	42	23,5	44	24,6	47	26,3	46	25,7
Yan etkisi yok								
Evet	7	13,5	19	36,5	11	21,2	15	28,8
Hayır	38	27,3	26	18,7	39	28,1	36	25,9
Cinsel ilişkiyi olumsuz etkilemiyor								
Evet	17	23,9	15	21,1	5	7,0	34	47,9
Hayır	28	23,3	30	25,0	45	37,5	17	14,2
Güvenilir ve etkili								
Evet	33	27,5	23	19,2	36	30,0	28	23,3
Hayır	12	16,9	22	31,0	14	19,7	23	32,4
Diğer*								
Evet	1	5,6	1	5,6	14	77,8	2	11,1
Hayır	44	25,4	44	25,4	36	20,8	49	28,3
Yöntemi tercih ederken cinsellik üzerine etkisini dikkate alma durumu								
Düşünmeyenler	19	22,1	16	18,6	28	32,6	23	26,7
Düşünenler	26	25,0	29	27,9	22	21,2	27	26,0
Yöntem tercihi için sağlık personelinde yardım alma durumu								
Yardım almayanlar	23	19,2	43	35,8	26	21,7	28	23,3
Yardım alanlar	21	30,0	2	2,9	24	34,3	23	32,9

*Eşim istiyor

Tablo 4.2.3. Kadınların Kullandıkları Aile Planlaması Yöntemi ve Tercih Durumlarına Göre Dağılımı (Devam)

	RİA		Kondom		Tüpligasyon		Hap	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Danışmanlık alma zamanı (n=70)								
Yönteme başlamadan önce	16	27,6	2	3,4	22	37,9	18	31,0
Yönteme başladıktan sonra	5	41,7	0	0,0	2	16,7	5	41,7
Danışmanlıkta yöntemin cinsellik üzerine etkilerinden bahsedilme durumu (n=70)								
Bahsedilmedi	9	26,5	1	2,9	11	32,4	13	38,2
Bahsedildi	12	33,3	1	2,8	13	36,1	10	27,8
Yöntemle ilgili herhangi bir sorun yaşama durumu								
Sorun yaşamayanlar	31	19,5	39	24,5	47	29,6	42	26,4
Sorun yaşayanlar	14	45,2	6	19,4	3	9,7	8	25,8
Yöntemden memnun olma durumu								
Memnun olmayanlar	2	14,3	2	14,3	5	35,7	5	35,7
Memnun olanlar	43	24,3	43	24,3	45	25,4	46	26,0
Yöntemi değiştirmeyi düşünme durumu								
Değiştirmeyi düşünmeyenler	41	26,1	36	22,9	48	30,6	32	20,4
Değiştirmeyi düşünenler	4	11,8	9	26,5	2	5,9	19	55,9

Tablo 4.2.3. incelendiğinde kullandığı yönteme kendisi karar verenlerde RİA kullananların oranı %35 iken, hap kullananların oranı %31,7, tüpligasyonu kullananların oranı %23,3 kondom kullananların oranı ise en düşük olup %10, dur. Kullanımı kolay olduğu için bu yöntemi seçtiğini ifade edenlerin oranı RİA (%37,9) kullananlarda en yüksek iken, ucuz olduğu için bu yöntemi seçtiğini ifade edenlerde %55,6 ile tüpligasyon kullananların oranı en yüksektir. Dini açıdan uygun olduğu ve cinsel ilişkiyi etkilemediği için bu yöntemi tercih ettiğini ifade edenlerin oranı hap kullananlarda (sırası ile %41,7, %47,9) en yüksek iken, güvenilir ve etkili olduğu için ve eşi istediği için bu yöntemi tercih ettiğini ifade edenlerde tüpligasyonu kullananların oranı (sırası ile %30,0, %77,8) en yüksektir. Yan etkisi olmadığı için bu yöntemi tercih ettiğini ifade edenlerde ise en yüksek oran %36,5 ile kondom kullananlardadır. Kullandığı yöntemi tercih ederken cinsellik üzerine etkisini düşünenlerin oranı %27,9 ile kondom kullananlarda en yüksek iken bunu %26,0 ile hap, %25,0 ile RİA ve son olarak %21,2 ile tüpligasyonu izlemektedir. Kullandığı yöntemi tercih ederken sağlık personelinden yardım alanların oranı RİA, tüpligasyonu ve hap kullananlarda birbirine çok yakinken bu oran kondom kullananlarda (%2,9) çok düşük bulunmuştur. Kullandığı yöntem için sağlık personelinden yardım alanlar çoğunlukla %34,3 ile tüpligasyon yöntemini kullanmaktadır. Kullandığı yöntemle ilgili sorun yaşadığını ifade

edenlerin oranı RİA (%45,2) kullananlarda en yüksek iken kullandığı yöntemi değiştirmeyi düşünenlerin oranı en yüksek hap kullananlarda (%55,9) bulunmuştur.

4.3. Türkiye’de En Çok Kullanılan Dört Modern Aile Planlaması Yöntemini Kullanan Kadınların Kullandıkları Aile Planlaması Yönteminin Cinsel Yaşama Etkisine İlişkin Bulgular

Tablo 4.3.1. Kadınların Kullandıkları Aile Planlaması Yöntemine Göre Cinsel Yaşamlarının Etkilenme Durumunun Dağılımı

	RİA		Kondom		Tüpligasyon		Hap		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
<u>Cinsel isteği etkileme durumu</u>									
Etkilemedi	33	21,6	37	24,2	41	26,8	42	27,5	$X^2=7,200$
Olumlu etkiledi	9	26,5	7	20,6	9	26,5	9	26,5	$p=0,303$
Olumsuz etkiledi	3	75,0	1	25,0	0	0,0	0	0,0	
<u>Cinsel ilişki sıklığını etkileme durumu</u>									
Etkilemedi	33	22,8	39	26,9	33	22,8	40	27,6	$X^2=8,381$
Arttırdı	10	23,8	5	11,9	16	38,1	11	26,2	$p=0,212$
Azaltdı	2	50,0	1	25,0	1	25,0	0	0,0	
<u>Cinsel doyumunu etkileme durumu</u>									
Etkilemedi	40	24,4	40	24,4	41	25,0	43	26,2	
Olumlu etkiledi	4	17,4	4	17,4	8	34,8	7	30,4	$X^2=1,935$
Olumsuz etkiledi	1	25,0	1	25,0	1	25,0	1	25,0	$p=0,926$
<u>Kullanılan yöntem nedeniyle yaşanan cinsel sorunlar için profesyonel yardım alma durumu</u>									
Yardım almayanlar	41	22,7	44	24,3	48	26,5	48	26,5	$X^2=5,185$
Yardım alanlar	4	40,0	1	10,0	2	20,0	3	30,0	$p=0,152$
<u>Yöntemin eşin cinsel yaşamını etkileme durumu</u>									
Etkilemedi	21	24,4	25	29,1	21	24,1	20	23,3	
Olumlu etkiledi	21	21,9	15	15,6	29	30,2	31	32,3	$X^2=15,555$
Olumsuz etkiledi	3	42,9	4	57,1	0	0,0	0	0,0	$p=0,091$
Diğer*	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	
<u>Daha önce kullanılan yöntemle kıyaslandığında şu anda kullanılan yöntemin cinsel yaşamı etkileme durumu</u>									
Etkilemedi	19	23,5	28	31,5	19	21,3	23	25,9	$X^2=14,547$
Olumlu etkiledi	25	27,5	10	11,0	29	31,9	27	29,7	$p=0,100$
Olumsuz etkiledi	1	16,7	4	66,7	1	16,7	0	0,0	
Diğer**	0	0,0	3	60,0	1	20,0	1	20,0	

X^2 : Ki kare

* cinselliğe bakış açımı değiştirdi

** cinselliğe bakış açımı değiştirdi

Tablo 4.3.1. incelendiğinde, genel olarak düşündüğünde kullandığı yöntem cinsel hayatını olumlu etkileyenlerde çoğunlukla %31,9 ile tüpligasyonu kullanılmaktadır.

Kullandığı yöntem cinsel isteğini olumlu etkileyenlerde kondom kullananların oranı %20,6 iken diğer yöntemlerin kullanılma oranı eşit ve %26,5'tir. Kullandığı yöntem cinsel ilişki sıklığını arttıranlarda çoğunlukla %38,1 ile tüpligasyonu kullanılmaktadır. Kullandığı yöntem cinsel doyumunu olumlu etkileyenlerde çoğunlukla %34,8 ile tüpligasyonu kullanılmaktadır. Kullandığı yöntemin eşinin cinsel yaşamını olumlu etkilediğini düşünenlerde çoğunlukla %32,3 ile hap ve %30,2 ile tüpligasyonu kullanılmaktadır. Daha önce kullandığı yöntemle kıyasladığından cinsel hayatını olumlu etkilediğini düşünenlerde %11 ile kondom kullananların oranı diğer yöntemlerden daha azdır.

Tablo 4.3.2 Kullanılan Aile Planlaması Yöntemi ile Cinsel Yaşamın Etkilenme Durumu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

		Şu anda kullanılan aile planlaması yöntemi					Toplam	χ^2 ; p
		RİA	Kondom	Tüpligasyon	Hap			
Cinsel yaşamı etkileme durumu	Etkilemedi	N	25	28	21	30	104	$\chi^2=7,886$ p=0,159
		%	55,6	62,2	42,0	58,8	54,5	
	Olumlu etkiledi	N	19	17	29	19	84	
		%	42,2	37,8	58,0	37,3	44,0	
	Olumsuz etkiledi	N	1	0	0	2	3	
		%	2,2	0,0	0,0	3,9	1,6	
Toplam		N	45	45	50	51	191	
		%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	

χ^2 =Freeman Halten Fisher's Kesin (Exact) Ki-Kare Testip=Anlamlılık Düzeyi

Tablo 4.3.2 incelendiğinde; uygulanan ki-kare testi sonucunda aile planlaması yöntemi ile cinsel yaşamı etkileme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmemiştir (p>0,05).

Tablo 4.3.3 Kadın Cinsel İşlev Ölçeği ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamaları

	Ort±SS	Min.-Mak.	Güvenilirlik Analizi	
			Madde	Cronbach Alfa (α)
Kadın Cinsel İşlev Ölçeği	23,84±5,05	2,8-32,7	19	0,927
<u>Alt Boyutlar</u>				
İstek	3,85±1,004	1,2-6	1,2	0,809
Uyarılma	4,02±1,084	0-6	3-6	0,913
Kayganlaşma	4,64±1,169	0-6	7-10	0,888
Orgazm	4,59±1,251	0-6	11-13	0,830
Doyum	4,32±1,124	0,8-6	14-16	0,854
Ağrı	2,41±1,135	0-5,2	17-19	0,852

Tablo 4.3.3. incelendiğinde; kadın cinsel işlev ölçeği puan ortalaması 23,84 iken istek alt boyutu puan ortalaması 3,85, uyarılma alt boyutu puan ortalaması 4,02, kayganlaşma alt boyutu puan ortalaması 4,64 , orgazm alt boyutu puan ortalaması 4,59 , doyum alt boyutu puan ortalaması 4,32, ağrı boyutu puan ortalaması ise 2,41'dir. Uygulanan güvenilirlik analizi sonuçları incelendiğinde ise 19 maddeden oluşan “Kadın Cinsel İşlev” ölçeğinin yüksek derecede güvenilir ($\alpha=0,927$) olduğu görülmüş iken istek ($\alpha=0,809$), uyarılma ($\alpha=0,913$), kayganlaşma ($\alpha=0,888$), orgazm ($\alpha=0,830$), doyum ($\alpha=0,854$) ve ağrı ($\alpha=0,852$) alt boyutlarının da yüksek derecede güvenilir olduğu görülmüştür.

Tablo 4.3.4. Kadın Cinsel İşlev Ölçeği ve Alt Boyut Puanları Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi

		1	2	3	4	5	6	7
1) KCiÖ	r	1						
	p							
2) İstek	r	,744**	1					
	p	0,000						
3) Uyarılma	r	,906**	,713**	1				
	p	0,000	0,000					
4) Kayganlaşma	r	,868**	,553**	,799**	1			
	p	0,000	0,000	0,000				
5) Orgazm	r	,863**	,574**	,785**	,808**	1		
	p	0,000	0,000	0,000	0,000			
6) Doyum	r	,726**	,450**	,597**	,567**	,530**	1	
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000		
7) Ağrı	r	,362**	0,095	,164*	0,128	0,121	0,106	1
	p	0,000	0,192	0,023	0,078	0,095	0,146	

<i>r</i>	<i>İlişki Düzeyi</i>	<i>İlişki Yönü</i>
0,00	<i>İlişki yok</i>	
0,01 – 0,29	<i>Düşük</i>	<i>r= - ise negatif ilişki</i>
0,30 – 0,69	<i>Orta</i>	
0,70 – 0,99	<i>Yüksek</i>	<i>r= + ise pozitif ilişki</i>
1,00	<i>Mükemmel ilişki</i>	

*: $p < 0,05$ ***: $p < 0,001$
r = Pearson Korelasyon Katsayısı
p = Anlamlılık Düzeyi

Tablo 4.3.4 incelendiğinde, KCiÖ ile istek ($r=0,744$; $p<0,001$), uyarılma ($r=0,906$; $p<0,001$), kayganlaşma ($r=0,868$; $p<0,001$), orgazm ($r=0,863$; $p<0,001$) ve doyum ($r=0,726$; $p<0,001$) alt boyut puanları arasında yüksek düzeyde pozitif yönde; KCiÖ ile ağrı alt boyutu arasında ise orta düzeyde pozitif yönde ($r=0,362$; $p<0,001$) anlamlı doğrusal bir ilişki olduğu görülmüştür. İstek ile ağrı puanı arasında anlamlı doğrusal bir ilişki görülmemiş ($p>0,05$) iken istek ile uyarılma puanı arasında yüksek düzeyde pozitif yönde ($r=0,713$; $p<0,001$), istek ile kayganlaşma ($r=0,553$; $p<0,001$), orgazm ($r=0,574$; $p<0,001$) ve doyum ($r=0,450$; $p<0,001$) puanları arasında ise orta düzeyde pozitif yönde anlamlı doğrusal bir ilişki olduğu görülmüştür. Uyarılma ile kayganlaşma ($r=0,799$; $p<0,001$), orgazm ($r=0,785$; $p<0,001$) puanı arasında yüksek düzeyde pozitif

yönde, uyarılma ile doyum ($r=0,597$; $p<0,001$) arasında orta düzeyde pozitif yönde, uyarılma ile ağrı ($r=0,164$; $p<0,05$) arasında ise düşük düzeyde pozitif yönde anlamlı doğrusal bir ilişki olduğu görülmüştür. Kayganlaşma ile ağrı puanı arasında anlamlı doğrusal bir ilişki görülmemiş ($p>0,05$) iken kayganlaşma ile orgazm ($r=0,808$; $p<0,001$) arasında yüksek düzeyde pozitif yönde, kayganlaşma ile doyum ($r=0,530$; $p<0,001$) puanları arasında ise orta düzeyde pozitif yönde anlamlı doğrusal bir ilişki olduğu görülmüştür. Orgazm ile ağrı puanı arasında anlamlı doğrusal bir ilişki görülmemiş ($p>0,05$) iken doyum ile orgazm ($r=0,530$; $p<0,001$) arasında orta düzeyde pozitif yönde anlamlı doğrusal bir ilişki olduğu görülmüştür. Doyum ile ağrı puanı arasında anlamlı doğrusal bir ilişki görülmemiştir ($p>0,05$).

Tablo 4.3.5 Kadınların Kullandıkları Aile Planlaması Yöntemi ile Kadın Cinsel İşlev Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

	RİA	Kondom (kılıf, prezervatif)	Tübligasyon	Hap	F	p	Fark
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS			
KCİÖ	25,23±4,468	25,08±3,821	22,3±6,063	23,01±4,927	4,250	0,006**	3-1,2
İstek	4,09±0,907	3,93±1,211	3,6±0,923	3,81±0,928	2,075	0,105	
Uyarılma	4,22±0,983	4,24±0,855	3,78±1,328	3,9±1,044	2,194	0,090	
Kayganlaşma	5±1	4,85±0,931	4,36±1,389	4,44±1,175	3,514	0,016*	1-3
Orgazm	4,91±1,138	4,92±0,893	4,2±1,491	4,38±1,242	4,261	0,006**	3-1,2
Doyum	4,48±0,995	4,7±0,872	4,02±1,273	4,13±1,181	3,890	0,010*	2-3
Ağrı	2,52±1,24	2,45±1,175	2,35±1,139	2,35±1,017	0,259	0,855	

*: $p<0,05$ **: $p<0,01$

1= RİA (spiral) 2= Kondom,001 (kılıf, prezervatif) 3= Tübligasyon 4= Hap

Ort=Ortalama SS=Standart Sapma

F=Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Fark=Tukey Testi

p=Anlamlılık Düzeyi

Tablo 4.3.5 incelendiğinde; uygulanan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda, aile planlaması yöntemleri arasında istek, uyarılma ve ağrı puan ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Aile planlaması yöntemleri arasında KCİÖ, kayganlaşma, orgazm ve doyum puan ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür ($p<0,05$).

Buna göre; tüpligasyonu kullanan kadınların KCIÖ ve orgazm puan ortalamaları, RIA ve kondom kullanan kadınların puan ortalamalarından anlamlı derecede daha düşüktür. Tüpligasyonu kullanan kadınların kayganlaşma puan ortalaması, RIA kullanan kadınların puan ortalamalarından anlamlı derecede daha düşük; tüpligasyonu kullanan kadınların doyum puan ortalaması, kondom kullanan kadınların puan ortalamalarından anlamlı derecede daha düşüktür.



Tablo 4.3.6 Kullanılan Aile Planlaması Yönteminin Kadın Cinsel İşlev Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanlarını Etkileme Durumu

Model	Standardize Edilmemiş Katsayılar		Standardize Edilmiş Katsayılar		t	Sig.	
	Beta	Standart hata	Beta				
KCIÖ Toplam Puanı							
**BD Sabit	25,231	0,734			34,365	0,000	R ² =0,064
R ² A							Düz. R ² =0,049
Kondom	-0,149	1,038	-0,013		-0,143	0,886	F=4,250
Tüpligasyonu	-2,927	1,012	-0,255		-2,892	0,004*	p= 0,006*
Hap	-2,217	1,007	-0,195		-2,201	0,029*	
Kayganlaşma Alt Boyut Puanı							
**BD Sabit	4,998	0,171			29,251	0,000	R ² =0,053
R ² A							Düz. R ² =0,038
Kondom	-0,151	0,242	-0,055		-0,625	0,532	F=3,514
Tüpligasyonu	-0,642	0,236	-0,242		-2,725	0,007*	p= 0,016*
Hap	-0,562	0,234	-0,213		-2,399	0,017*	
Orgazm Alt Boyut Puanı							
**BD Sabit	4,911	0,182			27,011	0,000	R ² =0,064
R ² A							Düz. R ² =0,049
Kondom	0,004	0,257	0,002		0,017	0,986	F=4,261
Tüpligasyonu	-0,707	0,251	-0,249		-2,821	0,005*	p= 0,006*
Hap	-0,527	0,249	-0,187		-2,112	0,036*	
Doyum Alt Boyut Puanı							
**BD Sabit	4,484	0,164			27,356	0,000	R ² =0,059
R ² A							Düz.
Kondom	0,213	0,232	0,081		0,920	0,359	R ² =0,044
Tüpligasyonu	-0,468	0,226	-0,184		-2,073	0,040*	F=3,890
Hap	-0,355	0,225	-0,140		-1,579	0,116	p= 0,010*
İstek Alt Boyut Puanı							
**BD Sabit	4,093	0,148			27,568	0,000	R ² =0,032
R ² A							Düz. R ² =0,017
Kondom	-0,160	0,210	-0,068		-0,762	0,447	F=2,075
Tüpligasyonu	-0,493	0,205	-0,216		-2,410	0,017	p=0,105
Hap	-0,282	0,204	-0,124		-1,382	0,169	
Uyarılma Alt Boyut Puanı							
**BD Sabit	4,220	0,160			26,362	0,000	R ² =0,034
R ² A							Düz.
Kondom	0,020	0,226	0,008		0,088	0,930	R ² =0,019
Tüpligasyonu	-0,440	0,221	-0,179		-1,994	0,048	F=2,194
Hap	-0,320	0,220	-0,131		-1,457	0,147	p=0,090
Ağrı Alt Boyut Puanı							
**BD Sabit	2,524	0,170			14,833	0,000	R ² =0,004
R ² A							Düz.
Kondom	-0,076	0,241	-0,028		-0,314	0,754	R ² =-0,012
tüpligasyonu	-0,176	0,235	-0,069		-0,752	0,453	F=0,259
Hap	-0,172	0,234	-0,067		-0,734	0,464	p=0,855

** BD: Bağımsız Değişken

Tablo 4.3.6 incelendiğinde KCIÖ toplam puanına yönelik kurulan modelin anlamlı ($p<0,05$) olduğu saptanmıştır. Kullanılan AP yöntemi KCIÖ toplam puanındaki değişimin %4,9'unu açıklamaktadır. Tüpligasyon kullananların KCIÖ toplam puanları RİA kullananlara göre 2,927 daha azdır. Hap kullananların KCIÖ toplam puanları RİA kullananlara göre 2,217 daha azdır. Kondomun KCIÖ toplam puanı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi yoktur.

Yapılan regresyon analizi sonucuna göre kullanılan AP yöntemi KCIÖ kayganlaşma alt boyutu puanındaki değişimin %3,8'ini açıklamaktadır. Tüpligasyonu kullananların kayganlaşma puanları RİA kullananlara göre 0,642 daha azdır. Hap kullananların kayganlaşma puanları RİA kullananlara göre 0,562 daha azdır. Kondomun kayganlaşma alt boyutu puanı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi yoktur.

Kullanılan AP yöntemi KCIÖ orgazm alt boyutu puan değişiminin %4,9'unu açıklamaktadır. Tüpligasyonu kullananların orgazm puanları RİA kullananlara göre 0,707 daha azdır. Hap kullananların orgazm puanları RİA kullananlara göre 0,527 daha azdır. Kondomun orgazm puanı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi yoktur.

Kullanılan AP yöntemi KCIÖ doyum alt boyutu puanlarındaki değişimin %4,4'ünü açıklamaktadır. Tüpligasyon kullanan kadınların doyum puanları RİA kullananlara göre 0,468 daha azdır. Kondomun ve hapın doyum puanı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi yoktur.

Yapılan regresyon analizinde KCIÖ istek, uyarılma ve ağrı alt boyutu puanlarındaki değişimin kullanılan yöntemle göre etkilenme durumunu belirlemek üzere kurulan modeller anlamsız bulunmuştur.

5. TARTIŞMA ve SONUÇ

Kadınlarda cinsel sorunların ortaya çıkmasında kişisel, çevresel, biyopsikososyal, davranışsal ve cinsel çok çeşitli etmenler rol almaktadır^{13,14,47,57,111}. Çiftlerin cinselliklerini, cinsel sağlığını etkileyen etmenlerden biri de kontraseptif yöntemlerdir. Aile planlaması yöntemlerinin cinsel işlev üzerine olumsuz etkisi olmadığını gösteren çalışmalar olduğu gibi aksini gösteren çalışmalarda vardır^{9,23,24,25,32}.

Türkiye’ de en çok kullanılan dört modern aile planlaması yönteminin kadının cinsel yaşamına etkisini belirlemek amacıyla yapılan araştırmadan elde edilen bulgular bu bölümde tartışılmıştır.

5.1. Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişin Bulguların Değerlendirilmesi

Bu çalışmaya katılan kadınların yaş ortalaması $35,68 \pm 7,16$ ‘dır (Tablo 4.1.1) . Altay’ın (2009) çalışmasında araştırmaya katılan kadınların yaş ortalamasının $31,98 \pm 8,08$ ¹¹² , Giray ve Keskinöglü’nun (2006) yaptıkları çalışmada ise kadınların yaş ortalaması $31,5 \pm 7,5$ (16-49) ¹¹³ , Yazıcı’nın (2015) yaptığı çalışmasında yaş ortalaması $31,18 \pm 1,02$ ¹¹⁴ olup mevcut çalışmayla benzerlik göstermektedir.

Çalışmaya katılan kadınların evlilik süresi ortalamaları (Tablo 4.1.1.) $13,44 \pm 8,22$ ’dir. Yazıcı’nın (2015) çalışmasında evlilik süre ortalaması $9,91 \pm 1,41$ ¹¹⁴ , Gür’ün (2017) çalışmasında $13,08 \pm 11,27$ ¹¹⁵ , Songur’un (2009) çalışmasında ise $12,7 \pm 8,8$ yıl olarak bulunmuştur ¹¹⁶. Çalışmaların sonuçları benzerlik göstermiştir.

Bu çalışmaya göre kadınların %35,1’i orta öğretim, %33,5’i yükseköğretim mezunudur. Temel’in 2012 yılında yaptığı bir çalışmada kadınların %77,8’i ilkokul mezunudur ⁴⁹. TNSA 2018 verilerine göre ise, kadınların %41’i lise ve üzeri eğitimini tamamlamış, %29’u ilkokul, %20’si ise ortaokulu tamamlamıştır⁹. Bu sonuçlar ülkemizde 15–49 yaş grubundaki kadınların önemli bir bölümünün ilkokul eğitime sahip olduklarını göstermektedir.

Bu çalışmaya katılan kadınların yarısından fazlası (% 57,3) ev hanımı/emeklidir. Aktoprak’ın 2012 yılında Mersin’de yaptığı bir çalışmada, kadınların %37,3’ü ilköğretim, %19,9’u lise ve %42,8’i üniversite ve üstünde eğitim almış, %47’si

çalışmaktadır ¹¹⁷. TNSA 2018 verilerine göre de kadınların büyük çoğunluğu (%64)'ü daha öne hiç çalışmamış, ev hanımıdır. %28'i ise halen çalışmaktadır ⁹.

Yine bu araştırmada kadınların büyük çoğunluğu (%88,0) çekirdek ailede yaşamakta ve %61,9'u gelir durumlarının gidere denk olduğunu ifade etmiştir. Bu çalışmaya göre kadınların büyük çoğunluğu (%58,6)'sı şehirde yaşamaktadır. TNSA 2018 verilerine göre de kadınların %78'i kentsel alanlarda yaşamaktadır ⁹. Benzer bir çalışmada Kahraman (2005), kadınların %59,6'sının gelir düzeyini orta seviyede algıladıklarını, %63,5'inin çekirdek ailede yaşadığını ve %76,9'unun sosyal güvencesinin olduğunu bildirmiştir ¹¹⁸. Gabalcı 'nın 2008 yılında yaptığı çalışmada kadınların %73,2'si gelir düzeylerini orta olarak ifade etmişlerdir³⁷. Kadınların büyük çoğunluğunun kentsel bölgede yaşamaları, gelir durumlarının orta seviyede olması aile planlaması yöntemlerine ilişkin bilgiye ve yönteme ulaşmalarını kolaylaştırabilir ve yönteme ilişkin daha olumlu tutum geliştirmelerini sağlayabileceği düşünülmektedir.

Çalışmaya katılan kadınların eşlerinin yaş ortalaması ise 39,29±8,217 olup, %45,5'i ortaöğretim, %38,2'si yükseköğretim mezunudur, %85,2 si aktif çalışmaktadır. Özdemir, 2014 yılında Aydın'da yaptığı bir çalışmada kadınların eşlerinin yaş ortalaması nın 38,0±7,5 olduğunu ve %98,2'sinin çalıştığını belirtmiştir¹¹⁹. Temel'in Afyon'da yaptığı çalışmada da kadınların eşlerinin yaş ortalamasının 36,5±7,4 olduğu, %70,3'ünün ortaokul/lise mezunu ve %96,3'ünün çalıştığı saptanmıştır ⁴⁹.

Bu araştırmada, kullanılan yöntemler ile eğitim durumu, eş eğitim durumu, çalışma durumu ve eş çalışma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$) (Tablo 4.1.2.). Buna göre eğitim durumu lisans ve üstü olanlarda kondom kullananların oranı (%43,8) eğitim durumu ilköğretim (%8,3) ve lise olanlarda (%17,9) kondom kullananların oranından anlamlı derecede daha fazladır. Eğitim durumu ilköğretim olanlarda tübligasyon yöntemini kullananların oranı (%43,3) eğitim durumu lisans ve üstü olanlarda tübligasyon yöntemini kullananların oranından (%10,9) anlamlı derecede daha fazladır. Eş eğitim durumu lisans ve üstü olanlarda kondom kullananların oranı (%37,0) eş eğitim durumu lise olanlarda kondom kullananların oranından (%14,9) anlamlı derecede daha fazladır. Eş eğitim durumu lise olanlarda tübligasyon yöntemini kullananların oranı %25,30, eş eğitim durumu ilköğretim olanlarda %54,8 ve eş eğitim durumu lisans ve üstü olanlarda tübligasyon yöntemi kullanım oranı %15,1'dir. Çalışan kadınlarda kondom kullananların oranı (%39,5), ev hanımı/emekli kadınlarda kondom kullananların oranından (%11,8) anlamlı derecede daha fazladır. Ev hanımı/emekli

kadınlarda tübligasyon yöntemini kullananların oranı (%32,7) çalışan kadınlarda tübligasyon yöntemini kullananların oranından (%17,3) anlamlı derecede daha fazladır. Eşi çalışmayan/emekli olan kadınlarda tübligasyon yöntemini kullananların oranı (%50) eşi çalışan kadınlarda tübligasyon yöntemini kullananların oranından (%22,1) anlamlı derecede daha fazladır. Bu durumun eğitim düzeyinin artmasıyla kondom kullanımı ile ilgili bilinç düzeyinin artmasından kaynaklı olabileceği düşünülmektedir. Bunun tam tersi olarak eğitim düzeyi düştükçe tübligasyon kullanımı oranı artmaktadır. Bunun nedeninin de hem kendi eğitim düzeyi hem de eş eğitim düzeyi düşük kadınların daha çok ileri yaş grubunda olduğundan ve bu kadınların doğurganlık sürecini tamamlayarak başka çocuk sahibi olmayı düşünmüyor olma olasılıklarının yüksek olabileceği ve bu nedenle tübligasyon yöntemini daha çok tercih etmiş olabileceklerinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Benzer bir ilişki çalışma durumlarında da bulunmaktadır Ev hanımı/emekli kadınlarda tübligasyon kullanımı yüksek iken çalışan kadınlar da kondom kullanımı yüksektir.

TNSA 2018 verilerine göre modern yöntem kullanımı, okula gitmemiş veya ilkokulu bitirmemiş kadınlar arasında (%40) en düşük seviyede iken, düzenli bir artış göstermesede eğitimle birlikte artarak lise veya üzeri eğitimi olan kadınlarda %52'ye yükselmektedir⁹. Geleneksel yöntemlerin kullanım oranı, lise veya yüksek eğitim görmüş kadınlar (%19) ile daha düşük eğitim seviyesine sahip kadınlar (%22) arasında önemli farklılıklar göstermektedir⁹. Modern yöntem kullanım oranı kentsel alanlarda yaşayan kadınlarda (%50), kırsal alanlarda yaşayanlara (%45) göre daha yüksektir⁹. Aynı şekilde Aktoprak 'ın Mersin'de yaptığı çalışmada kadınların büyük bir kısmı (%89,8) aile planlaması yöntemi kullanmakta olup; %25,2'si RİA, %47,3'ü kondom, %6,4'ü hap, %8,4'ü tübligasyon, %3,7'si enjeksiyon yöntemi, %9,1'i geleneksel yöntem ile korunmaktadır¹¹⁷. En düşük (%39) ve düşük (%46) refah düzeyindeki hanelerde yaşayan kadınlar arasında modern yöntem kullanımı en yüksek refah düzeyindeki hanelerde yaşayan kadınlara (%58) göre daha düşüktür⁹. Gelişmiş ülkelerde en fazla tercih edilen aile planlaması yöntemleri kondom (%18) ve hap (%18) iken, gelişmekte olan ülkelerde en çok tercih edilen aile planlaması yöntemi sterilizasyon (%21) ve RİA (%15)'dir. Avrupa ve Afrika'da en çok tercih edilen aile planlaması yöntemleri; hap, enjeksiyon, erkek kondomudur. Asya ve Kuzey Amerika'da ise en çok tercih edilen kontraseptif yöntemler; RİA ve sterilizasyondur. Küresel olarak kondom kullanım oranı %8'dir. Geleneksel yöntemler Avrupa'nın

yaklaşık olarak yarısında azalmış ve erkek kondomu en yaygın kullanılan yöntem olmuştur (%25). Geleneksel aile planlaması yöntemlerinin Batı Asya (%33)'da ve Orta-Batı Afrika (%57-29)'da hala çok yaygın olduğu görülmektedir. Ülkeler olarak bakıldığında ise %30 oranı ile geri çekmenin; Arnavutluk, Azerbeycan, Malta ve Sırbistan'da tercih edildiği görülmektedir⁷⁹. Ancak, bu metodlar hiçbir ülkede düzenli olarak kullanılmamaktadır¹⁴.

5.2. Kadınların Cinsel Yaşamlarına ve Kullandıkları Aile Planlaması Yöntemine İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi

Bu çalışmada kadınların yarısı genel olarak cinsel yaşamlarını orta (%49,2) olarak değerlendirirken çok küçük bir kısmı kötü (% 6,3) ve çok kötü (%1,6) olarak değerlendirmiştir (Tablo 4.2.2.). Özdemir'in Aydın'da yaptığı çalışmada kadınların %67,4'ü cinsel yaşamlarının iyi olduğunu belirtmişlerdir¹¹⁹. Baydar'ın yaptığı çalışmada da kadınların %68,9'u cinsel yaşamlarından memnundur¹²⁰.

Cinsel ilişki sıklığı yaş, hastalıklar, fiziksel değişiklikler gibi çeşitli sebeplerle birlikte değişmekle beraber, genellikle haftada 1-3 olarak bulunmuştur^{121,122,123}. Bir hastaneye başvuran kadınlarda yapılan çalışmada 3.03 ± 1.22 defa cinsel etkinlik olduğu belirlenmiştir¹²⁴. Başka bir araştırmada da evli kadınların %52,4'ünün haftada üç/dört defa cinsel ilişkide bulunduğu belirtilmektedir³⁷. Bu çalışmada da kadınların %41,4'sinin cinsel ilişki sıklığını "iyi" , %37,7 inin "orta" olarak değerlendirdiği bulunmuştur (Tablo 4.2.2.).

Gabalıcı'nın 2008 yılında yaptığı çalışmaya göre kontraseptif yöntemi kullanan çiftlerin çoğunluğunun eş ile duygusal yakınlıklarını (%77.6) ve iletişimini (%77.3) iyi olarak telaffuz ettikleri belirlenmiştir³⁷. Atış ve arkadaşlarının yaptıkları araştırmaya göre kadınların %52.3'ünün aile planlaması yöntemleriyle ilgili konularda eşiyile konuşabildikleri saptanmıştır¹²⁵. Bu çalışmada da kadınların %22,5'i cinsel konularda eşi ile rahatça konuşamamakta iken % 62,8'si rahat konuştuğunu ifade etmiştir.

Cinsel yaşam, üreme fonksiyonu haricinde yaşamın niteliğinin ve insan olmanın önemli öğelerindedir⁴⁷. Cinsellik hasta ve hekim açısından bir konuşulması zor bir konu olmayı sürdürmektedir^{13,47}. Yapılan bir araştırmada kadınların %54'ünün cinsel sorunla karşı karşıya kaldıkları belirlenmiştir¹²⁶. Kadınların maruz kaldığı cinsel problem oranları %90'ları aşmaktadır^{60,61,62,63,64,66,128}. Bizim ülkemizde kontraseptif yöntemleri

kullanmaya başlayanların %35'inin 12 aya kadar yan etkiler, sağlık endişesi, kontraseptif yöntemleri kullanırken hamile kalma gibi sebeplerle yöntemi bırakması¹²⁸, yönteme bağlı problemlerin varlığını ortaya koymaktadır. Gabalcı'nın çalışmasında, cinsel yaşamlarında sorun yaşadığı için kullandığı doğum kontrol yöntemini bırakan kadınların oranı %60,9 olarak belirtilmiştir³⁷. Yapılan bu çalışmada kadınların %89,5'i cinsel yaşamı ile ilgili sorun yaşamamış iken %10,5'i sorun yaşadığını belirtmiştir. Kullandığı yöntemle ilgili sorun yaşayanlar çoğunlukla %45,2 ile RİA kullanmaktadır(Tablo 4.2.3). Kullandığı yöntemi değiştirmeyi düşünenler çoğunlukla %55,9 ile hap kullanmaktadır.Sorun yaşayan kadınların %35,0'sinin bu sorunun çözümü için profesyonel yardım aldığı ve bu kişilerin %42,9'unun da bu yardımı kadın doğum polikliniğinden aldığı saptanmıştır.

Kadınlar yüksek oranlarda CD yaşamalarına rağmen^{14,57,50,60,68,67,89} problemlerini önemsememekte^{14,111}, ifade etmemekte¹²⁶ ve daha çok eşini mutlu etme çabasında olmaktadır^{13,14,129,130}.Yapılan bu araştırmada da kadınların yaşadıkları sorunları düşük oranda belirtmesi elde edilen verileri destekler yöndedir. Cinsel Fonksiyon bozukluğu önlenemeyen bir problem değildir, fakat kadınların çoğunda ciddi huzursuzluk yaratmakta birlikte kişilerde kör döngü (*vicious circulus*) meydana getirmektedir¹³¹. Bu sebeple problemin çözülmesi çok önemlidir.

Çiftlerin bir çoğu kontraseptif yöntemine beraber karar vermek, uygulama sorumluluğunu da birlikte üstlenmek istemektedir^{117,132,133}; genellikle kadınlar (%12.6-14.8)^{14,37,49,50}, erkekler (%16.4-33.3)^{49,133,134} ya da her ikisi birlikte (%30.7-83.6)^{37,49,50,133} karar vermektedir. Bu çalışmada da kadınların; %31,4'ü kullanılan yöntemle kendi karar vermiş iken %6,8'nin eşi, %49,2'sinin eşi ve kendisi, %12,6'sının ise doktoru/hemşiresi/ebesi karar vermiştir (Tablo 4.2.3.). Yine bu çalışmada kullandığı yönteme kendisi karar verenlerde RİA kullananların oranı %35 iken kondom kullananların oranı %10, tübligasyon yöntemini kullananların oranı %23,3 ve hap kullananların oranı ise %31,7'dir(Tablo 4.2.3.). Çalışmalar benzer özellik göstermektedir.

Bazı çiftler kontraseptif yöntem konusunda sağlık personelinden bilgi almaktan çekinmezken, bazı çiftler büyük güçlüklerle karşılaşmakta bu sebeple de daha çok alanında uzman olmayan yerlerden bilgi edinmektedir^{10,82}. Bu açıdan sağlık personellerinin çiftleri doğru ve yeterince bilgilendirmesi çok önemlidir. İsaletli kararlar almak doğru, etkili bilgilendirilmekten geçer^{10,46}. Yapılan bir araştırma

kadınların %77.1'inin, eşlerin %62'sinin aile planlamasıyla ilgili danışmanlık aldığını belirtmiştir¹¹⁷. Bu çalışmada kadınların %63,2'si kullandığı yöntem için sağlık personelinin yardım almamış iken %36,8'i ise almıştır. Yardım alan kadınların %82,9'u yöntemle başlamadan önce yardım almış, %17,1'i ise yöntemle başladıktan sonra yardım almıştır. Çalışmalar arasındaki farklılık düşündürücüdür. Bu durum kültürel farklılıktan kaynaklanabileceği gibi kadınların aile planlaması yöntemleri konusunda konuşmaktan çekindiklerini, utandıklarını, mahrem olarak gördükleri cinsel yaşamlarını üçüncü kişilerle paylaşmak istemediklerini düşündürmektedir.

5.3. Kadınların Kullandıkları Aile Planlaması Yönteminin Cinsel Yaşama Etkisine İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi

Cinsellik çok boyutludur ve pek çok faktörden etkilenir. Yapılan araştırmalarda aile tutumu, deneyimler, eğitim, sağlık sorunları, iletişim sorunları, eşler arasındaki uyumsuzluk, kültürel yapı, din ve kullanılan aile planlaması yöntemlerinin cinselliği etkileyen etmenler arasında yer aldığı belirtilmektedir^{18,45,49}.

Kondomun güvenli bir yöntem olması, çiftlerin iletişimi, cinsel ilişkiyi olumlu etkilemesi gibi pozitif özelliklerinden dolayı tercih edilmektedir^{13,50}. Bazı çiftler kondomun cinsel ilişkiyi kesintiye uğrattığını, hissiyatı azalttığını ve ereksiyonu güçleştirdiği, kondomun pis olduğunu belirtmektedir^{14,50,80,82,83}. Yapılan bir çalışmada, kadınların kondomdan dolayı azalmış cinsel zevk, kullanım güçlüğü gibi sorunlar yaşadıkları saptanmıştır¹³⁵. Dünder ve arkadaşlarının Samsun'da evli ebelerle yaptığı çalışmada ise daha önceden kondom kullanan ve sorun yaşayan kadınların %10,2'sinin kondomdan tiksindiğini, kadınların eşlerinin %42,2'sinin kondom kullanmak istemedikleri ve %72,7'sinin de kondom kullanmaktan memnun kalmadıklarını bildirilmiştir⁸⁵. Yanikkerem ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, kadınların kondomun vajinada kuruluk ve tahrişe neden olduğu gerekçesiyle; erkeklerin ise kondomdan memnun olmaması nedeniyle yöntemi kullanmayı bıraktıkları saptanmıştır²⁵. Crosby ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada katılımcıların %38,3'ünün kondom kullanırken en az bir kere sorun yaşadıklarını ifade etmişlerdir¹³⁶.

Doğan Pekince'nin yaptığı çalışmada, kondom kullananların %61.8'inin cinsel isteksizlik yaşamalarına rağmen yöntemi kullanmayı sürdürdüklerini saptamıştır⁸⁶. Gabalcı'nın 2008 yılında yapmış olduğu çalışmada, kondom kullanan kadınların büyük bir kısmı kondomun cinsel doyum (%66.3), cinsel istek (%86.9) ve cinsel ilişki sıklığına

(% 89.1) bir etkisinin olmadığını ifade etmiştir³⁷. Cinsel doyum (%27.1), istek (%13), cinsel ilişki sıklığının (%8.6) olumsuz etkilendiğini belirten kadınlarda olmuştur³⁷. Bu bilgilerle birlikte, cinsel doyumun (%6.5), cinsel ilişki sıklığının (%2.1) olumlu etkilendiğini ifade eden kadınlar da saptanmıştır³⁷. İran’ da yapılan bir çalışmada kontraseptif yöntemi olarak kondom ve hap kullanan kadınların cinsel fonksiyonu araştırılmış; KCIÖ toplam puanı ile istek, uyarılma, orgazm, doyum alt ölçeklerinin puan ortalaması kondom kullanan grupta daha yüksek olduğu belirtilmiştir¹³⁷. Bu çalışmada da kondom kullanan kadınların; uyarılma, orgazm ve doyum alt ölçeklerinin puan ortalaması diğer yöntemleri kullanan kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.3.5). Tadayon ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, aile planlaması yöntemi olarak kondom ve geri çekme yöntemini kullanan çiftlerde, kadın cinsel fonksiyonu; kondom kullanan grupta istek puanı dışında diğer tüm ölçek puan ortalamaları yüksek bulunmuştur¹³⁸. Temel’in 2012 yılında Afyon’da yaptığı çalışmada kontraseptif yöntem olarak kondom kullanan kadınların doyum ve cinsel istekte herhangi bir farklılık yaşamadığı belirtilmiştir⁴⁹. Alkan yaptığı çalışmada modern AP yöntemleri kullananların geleneksel yöntem kullananlara göre cinsel istek, uyarılma, doyumlarının daha iyi ağrılarının daha az olduğunu belirtmiştir¹³⁹. Özdemir’in çalışmasında kondomla korunan kadınların %66.8’i, cinsel yaşamlarının etkilenmediğini, %77.1’i yöntemle bağlı cinsel ilişki sıklığının, benzer şekilde cinsel doyumlarının da değişmediğini (%73.1-70) düşünmektedirler¹⁰⁷. Bu çalışmada da cinsel yaşamlarının kullanılan yöntemden etkilenmediğini belirten kadınların %24,2 si kondom kullanmaktadır. Yine cinsel ilişki sıklığını etkilemediğini belirten kadınlar arasında kondom kullananların oranı %26,9 dur, cinsel doyumun etkilenmediğini belirten grupta ise kondom kullananların oranı %24.4 tür (Tablo 4.3.1). Bu çalışmadaki oranlar Özdemir’in çalışmasından düşük bulunmuştur bunun nedeninin Özdemir’in çalışmasında iki AP yöntemi değerlendirilirken bu çalışmada dört AP yönteminin değerlendirilmiş olmasından kaynaklanabileceği düşünülmüştür.

Cinsel ilişkiyi kesintiye uğratmaması, cinsel ilişkiden özerk olması ve doğallığı bozmaması gibi özellikler RİA’nın olumlu yanlarıdır⁵⁰. Eryılmaz ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada aile planlaması yöntemi olarak RİA kullanan çiftlerin cinsel yaşamlarının diğer yöntem kullananlara göre olumlu etkilendiğini belirtilmiştir⁹⁰. Oddens’in yaptığı çalışmada aile planlaması yöntemi olarak RİA kullanan 119 kadının %55’inin cinsel yaşamlarını olumlu etkilediği, cinsel istekte (%5,2) ve cinsel ilişki

sıklığında %13,7 oranında artış olduğu belirtilmiştir⁹¹. Eşlerin; RİA'nın enfeksiyon, infertilite, ağrı, düşüğe sebep olduğu yönünde kuşkuları bulunmaktadır⁵⁰. RİA ipliklerinin kısa bırakılması halinde, erkeklerin cinsel ilişki esnasında rahatsızlık duyabileceklerini dile getirmişlerdir¹⁴⁴. Çelik ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, RİA kullanan kadınların %41,1'inin cinsel ilişki sırasında problem yaşadığı, %42,8'sinin aşırı kanama, bel ve kasık ağrısı çektiği, belirtilmiştir⁹². Temel'in 54 çiftle yaptığı çalışmada RİA kullanan kişilerin çoğunluğunun cinsel fonksiyonlarında bir değişiklik olmadığı bulunmuştur⁴⁹. Enzlin ve arkadaşlarının 2012' de yaptıkları çalışmada kadınların %36'sı cinsel istekte azalma olduğunu belirtirken %29'u cinsel istekte artma olduğunu, %10'u orgazm sorunu, %20'si uyarılma sorunu yaşadığını belirtilmiştir⁹³. Raymond ve arkadaşlarının 361 kadınla yaptıkları çalışmada, RİA'nın cinsel fonksiyon ve yaşam kalitesi üzerine anlamlı etkisinin olmadığını belirtmişlerdir⁹⁴. Demirel'in yaptığı araştırmada çalışma grubunda olup cinsel disfonksiyon yaşayan kadınların %96'sı RİA kullanmaktadır. Yine bu çalışmada kontrol grubunda olup cinsel disfonksiyon yaşayan kadınların %64.7'si RİA kullanmaktadır¹⁴⁵. Bu çalışmada da cinsel yaşamlarının kullanılan yöntemden olumsuz etkilendiğini belirten kadınların %75'i RİA kullanmaktadır (Tablo 4.3.1). Yine bu çalışmada kullandığı yöntem cinsel ilişki sıklığını azalttığını belirten kadınlar arasında RİA kullananların oranı %50 'dir, cinsel doyumunu olumsuz etkilediğini belirten kadınların da %25'i RİA kullanmaktadır. RİA kullanan kadınlarda yüksek oranda cinsel disfonksiyon görülmesinde; RİA'nın enfeksiyon, ara kanama, aşırı kanama, bel ve kasık ağrısı,infertilite, ağrı, düşüğe sebep olduğu yönündeki korkuların neden olabileceği düşünülmektedir.

Tang ve Chung' un tubal ligasyon operasyonu geçirmiş kadınlar üzerinde işlemden bir yıl sonra yaptıkları araştırmada sterilizasyonun , ilişki sıklığında ve cinsel tatminde negatif bir etkisinin olmadığı belirlenmiştir³⁰. Osis ve arkadaşları ise tubal ligasyon hakkında yeterli bilgiye sahip ve tubal ligasyon yaptırma konusunda kararlı kadınlarda yapılan işlemin cinsel yaşamı olumlu etkilediğini bildirmektedir³¹. Bu çalışmada kullandığı yöntem cinsel ilişki sıklığını arttıranlar (%38,1) ile cinsel doyumunu olumlu etkileyenler (%34,8) çoğunlukla tübligasyon yöntemini kullanılmaktadır (Tablo 4.3.1.). Mehdizadeh Toorzani ve arkadaşlarının 2010 yılında, aile planlaması yönemi olarak kondom RİA, tübligasyon, vazektomi, oral kontrasepsiyon ve enjekte edilen yöntemleri kullanan kadınlar ile yaptıkları çalışmada, en düşük doyum puanı tübligasyon yaptıran kadınlarda saptamıştır¹⁴⁶. Baydar, 2017 yılında yaptığı çalışmada tübligasyonun; istek,

uyarılma, orgazm ve doyum puan ortalamasını etkileyen değişkenlerden biri olduğunu ve tüpligasyon yaptıran kadınların KCIÖ toplam ölçek puanı ve istek, uyarılma, orgazm, doyum alt ölçek puanlarının daha düşük olduğunu saptamıştır¹²⁰. Bu çalışmada Baydar'ın çalışmasıyla benzerlik göstermekte olup; KCIÖ toplam ölçek puanı ve istek, uyarılma, kayganlaşma, orgazm ve doyum alt ölçek puanları diğer yöntemlere göre daha düşük bulunmuştur. Çalışmada tüpligasyon yaptıran kadınların yaşlarının ileri olması; kayganlaşma, orgazm ve doyum puanlarının düşük olmasına neden olabileceği düşünülmektedir.

Yapılan çalışmada, kombine oral kontraseptif kullanan kadınların çoğunda libidoda önemli bir değişiklik olmadığı belirtilmiştir; sadece plazma serbest testosteron seviyelerinde azalma, seks hormon bağlayıcı globülinde artma olduğu bildirilmiştir³². Östrojen-progestin kombinasyonlarını da içeren hormonal kontrasepsiyon yöntemlerinin kadın cinsel fonksiyonlarında olumsuzluğa sebep olmadığı bildirilmiştir³³. Oral kontraseptif kullanımının kadın cinsel sağlığına etkisinin değerlendirildiği bir çalışmada oral kontraseptif kullanan kadınlarda cinsel fonksiyonun önemli seviyede etkilenmediği saptanmıştır⁹⁵. Burrows ve ark. yaptıkları çalışmada ise oral kontraseptiflerin libido üzerine olan etkileriyle ilgili yeterli çalışma olmamasıyla birlikte kadınların çoğunluğunun libidosunda herhangi bir etkilenme olmadığı sonucuna varmışlardır³⁴. Çalışmalarda oral kontraseptif kullanan kadınlarda ciddi libido kaybı olduğu bu durumun, içerdiği progesterine bağlı olabileceği öne sürülmüştür³⁵. Shah ve Hoffstetter'in yaptıkları çalışmada sadece progesterin içeren kontrasepsiyon yöntemlerinin, libidoda minimal bir azalmaya, ayrıca vajinal kuruluğa ve cinsel ilişki sırasında ağrıya sebep olduğu bildirilmiştir³⁶. Bu durumlar kadın cinsel yaşamını olumsuz yönde etkileyerek, yaşam niteliğinde azalmaya sebep olabilir³⁶. Battaglia ve arkadaşlarının 2012 'de yaptıkları çalışmada hap kullanan kadınlarda cinsel ilişki sırasında ağrı artışı saptanırken, cinsel ilişki ve orgazm sıklığında azalma olduğu belirtilmiştir¹⁴⁰. Smith ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada hormonal olmayan aile planlaması yöntemi kullanan kadınların orgazm ve uyarılma puanının daha yüksek olduğu belirtilmiştir¹⁴¹. Lee 'nin yaptığı araştırmada, hormonal olmayan yöntem kullanan kadınlar ile hap kullanan kadınların KCIÖ puanları arasında fark görülmemiştir¹⁴². Wallwiener ve arkadaşlarının 2015'de yaptıkları bir araştırmada hap kullanan kadınların KCIÖ puanı (28,5); hormonal olmayan aile planlaması yöntemi kullanan kadınların KCIÖ puanından (29,2) düşük bulunmuştur¹⁴³. Baydar'ın yaptığı

çalışmada hapın; istek, uyarılma ve orgazm puan ortalamasını etkileyen değişkenlerden biri olduğunu ve hap kullanmaktan memnun olduğunu belirten kadınların, orgazm puanının yüksek olduğu saptanmıştır¹²⁰. Yine bu çalışmaya göre hap kullanan kadınlarda uyarılma, ıslanma, orgazm ve KCIÖ toplam ölçek puanı daha yüksek bulunmuştur¹²⁰. Gabalcı'nın 2008'de yaptığı çalışmada kontraseptif yöntemi olarak kullanılan hapların, cinsel isteği (%66,6) ve cinsel doyumu (%97,7) etkilemediği sonucuna varılmıştır³⁷. Bu araştırmada da cinsel isteğinin kullanılan yöntemden etkilenmediğini belirten kadınların %27,5'i hap kullanmaktadır. Yine bu çalışmada cinsel ilişki sıklığını etkilemediğini belirten kadınlar arasında hap kullananların oranı %27,6'dır, cinsel doyumun etkilenmediğini belirten grupta ise hap kullananların oranı %26,2'dir (Tablo 4.3.1). Bu çalışmada hap kullanıp cinsel yaşamının etkilenmediğini ifade edenlerin oranı yüksek bulunmuştur.

Türkiye' de en çok kullanılan dört modern aile planlaması yönteminin kadının cinsel yaşamına etkisini belirlemek amacıyla yapılan çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

- Araştırmaya katılan kadınların yaş ortalaması 35,68±7,161, eşlerinin yaş ortalaması 39,29±8,217'dir. Evlilik sürelerinin ortalaması ise 13,44±8,222 yıldır.
- Kadınların %35,1'i orta öğretim, %33,5'i yükseköğretim mezunu iken eşlerinin %45,5'i ortaöğretim, %38,2'si yükseköğretim mezunudur. Kadınların yarısından fazlası (% 57,6) ev hanımı/emekli iken eşlerinin %85,3 si aktif çalışmaktadır. Kadınların büyük bir kısmı (%88,0) çekirdek aile yapısına sahiptir ve sadece %12,2'si ise geniş ailede yaşamaktadır.
- Kadınların yarısı (%50,3) anlaşarak/arkadaşlık ederek evlendiğini ifade ederken yine yaklaşık yarısı (%48,2) evlilik hayatından memnun olduğunu belirtmektedir. Kadınların küçük bir kısmının görücü usulü istemeyerek ya da zorla kaçırılarak evlendiği (%4,7) ve %7,4 ününde evlilik hayatından memnun olmadığı bulunmuştur. Kadınların %71,7'sinin adetleri düzenlidir.
- RİA kullananların yaş ortalaması, tüpligasyonu kullananlardan anlamlı derecede küçük; kondom kullananların yaş ortalaması tüpligasyonu ve hap kullananlardan anlamlı derecede küçük; tüpligasyonu kullananların yaş ortalaması ise hap kullananların yaş ortalamasından anlamlı derecede daha büyüktür. RİA kullananların eşlerinin yaş

ortalaması tübligasyonu kullananlardan anlamlı derecede küçük; kondom kullananların eşlerinin yaş ortalaması tübligasyonu ve hap kullananlardan anlamlı derecede küçük; tübligasyonu kullananların eşlerinin yaş ortalaması ise hap kullananların yaş ortalamasından anlamlı derecede büyüktür ($p<0,05$).

- Eğitim durumu lisans ve üstü olanlarda kondom kullananların oranı (%43,8) eğitim durumu ilköğretim (%8,3) ve lise olanlarda (%17,9) kondom kullananların oranından anlamlı derecede daha fazladır. Eğitim durumu ilköğretim olanlarda tübligasyon kullananların oranı (%43,3) eğitim durumu lisans ve üstü olanlarda tübligasyon kullananların oranından (%10,9) anlamlı derecede daha fazladır. Eş eğitim durumu lisans ve üstü olanlarda kondom kullananların oranı (%37,0) eş eğitim durumu lise olanlarda kondom kullananların oranından (%14,9) anlamlı derecede daha fazladır. Tübligasyon yöntemini kullananların oranı eş eğitim durumu lise olanlarda %25,30 , ilköğretim olanlarda %54,8 ve lisans ve üstü olanlarda %15,1'dir. Çalışan kadınlarda kondom kullananların oranı (%39,5),ev hanımı/emekli kadınlarda kondom kullananların oranından (%11,8) anlamlı derecede daha fazladır. Ev hanımı/emekli kadınlarda tübligasyon yöntemini kullananların oranı (%32,7) çalışan kadınlarda tübligasyon yöntemini kullananların oranından (%17,3) anlamlı derecede daha fazladır. Eşi çalışmayan/emekli olan kadınlarda tübligasyon yöntemini kullananların oranı (%50) eşi çalışan kadınlarda tübligasyon yöntemini kullananların oranından (%22,1) anlamlı derecede daha fazladır.

- Kadınların yarısı genel olarak cinsel yaşamlarını iyi (%49,2) olarak değerlendirirken çok küçük bir kısmı kötü (% 6,3) ve çok kötü (%1,6) olarak değerlendirmiştir. Kadınların %41,4'sinin cinsel ilişki sıklığını "iyi" , %37,7 inin "orta" olarak değerlendirdiği bulunmuştur. Kadınların %22,5'si cinsel konularda eşi ile rahatça konuşamamakta iken % 62,8'si rahat konuştuğunu ifade etmiştir.

- Kadınların %89,5'i cinsel yaşamı ile ilgili sorun yaşamamış iken %10,5'i sorun yaşadığını belirtmiştir. Sorun yaşayan kadınların %35,0'sinin bu sorunun çözümü için profesyonel yardım aldığı ve bu kişilerin %42,9'unun da bu yardımı kadın doğum polikliniğinden aldığı saptanmıştır.

- Tablo 4.2.2. de kadınların kullandıkları yöntemlere göre cinsel yaşamlarını değerlendirmelerinin dağılımı verilmiştir. Kadınların kullandıkları aile planlaması yöntemiyle cinsel yaşamın genel değerlendirmesi, cinsel ilişki sıklığının

değerlendirmesi, cinsel konularda eşle konuşabilme ve cinsel sorun yaşama durumları arasındaki ilişki incelendiğinde hiç birinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık, ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

- Kadınların genel olarak cinsel yaşamlarını değerlendirmeleri istendiğinde kondom ve tüpligasyonu kullanan kadınların sırasıyla %53,3 ve %54,0 oranıyla diğer yöntemlere göre daha fazla oranda cinsel yaşamlarını “iyi” olarak değerlendirdikleri saptanmıştır. RİA kullananlarda da “ çok iyi” değerlendirmesini yapanların oranının %24,4 ile diğer yöntemlerden yüksek olduğu bulunmuştur. Yine anlamlı bir ilişki olmamasına rağmen cinsel ilişki sıklığının değerlendirilmesi incelendiğinde “orta”, “kötü” ve “çok kötü” yorumunu yapanların oranı tüpligasyonu ve hap kullananlarda diğer yöntemlere göre daha yüksek iken “iyi” ve “çok iyi” yorumunu yapanların oranı RİA ve kondom kullananlarda daha yüksektir. Cinsel konularda eşle konuşma durumuna bakıldığında konuşma oranlarının sırasıyla kondom (%77,8), RİA (68,9), tüpligasyonu (%58,0) ve hap (%49,0) olarak sıralandığı saptanmıştır. Cinsel yaşamla ilgili sorun yaşama durumu değerlendirildiğinde %8 oranı ile en az sorun yaşayan gurubun tüpligasyonu kullananların olduğu ve RİA (%11,1), kondom (%11,1) ve hap (%11,8) kullananlarda sorun yaşama oranının birbirine çok yakın olduğu belirlenmiştir. Cinsel yaşam ile ilgili sorun yaşayanlarda hap, kondom ve RİA kullananların hepsinde sorun yaşayanların yaklaşık yarısı çözüm için destek almışken, tüpligasyonu kullananların hiç birinin destek almadığı saptanmıştır.

- Kullandığı yönteme kendisi karar verenlerde RİA kullananların oranı %35 iken, hap kullananların oranı %31,7, tüpligasyonu kullananların oranı %23,3 kondom kullananların oranı ise en düşük olup %10’ dur. Kullanımı kolay olduğu için bu yöntemi seçtiğini ifade edenlerin oranı RİA (%37,9) kullananlarda en yüksek iken, ucuz olduğu için bu yöntemi seçtiğini ifade edenlerde %55,6 ile tüpligasyon kullananların oranı en yüksektir. Dini açıdan uygun olduğu ve cinsel ilişkiyi etkilemediği için bu yöntemi tercih ettiğini ifade edenlerin oranı hap kullananlarda (sırası ile %41,7, %47,9) en yüksek iken, güvenilir ve etkili olduğu için ve eşi istediği için bu yöntemi tercih ettiğini ifade edenlerde tüpligasyonu kullananların oranı (sırası ile %30,0, %77,8) en yüksektir. Yan etkisi olmadığı için bu yöntemi tercih ettiğini ifade edenlerde ise en yüksek oran %36,5 ile kondom kullananlardadır.

- Kullandığı yöntemi tercih ederken cinsellik üzerine etkisini düşünenlerin oranı %27,9’ile kondom kullananlarda en yüksek iken bunu %26,0 ile hap, %25,0 ile RİA ve

son olarak %21,2 ile tübligasyonu izlemektedir. Kullandığı yöntemi tercih ederken sağlık personelinin yardım alanların oranı RİA, tübligasyonu ve hap kullananlarda birbirine çok yakinken bu oran kondom kullananlarda (%2,9) çok düşük bulunmuştur. Kullandığı yöntem için sağlık personelinin yardım alanlar çoğunlukla %34,3 ile tübligasyon yöntemini kullanmaktadır. Kullandığı yöntemle ilgili sorun yaşadığını ifade edenlerin oranı RİA (%45,2) kullananlarda en yüksek iken kullandığı yöntemi değiştirmeyi düşünenlerin oranı en yüksek hap kullananlarda (%55,9) bulunmuştur.

- Genel olarak değerlendirildiğinde kullandığı yöntem cinsel hayatını olumlu etkileyenlerde çoğunlukla %31,9 ile tübligasyon yöntemi kullanılmaktadır. Kullandığı yöntem cinsel isteğini olumlu etkileyenlerde kondom kullananların oranı %20,6 iken diğer yöntemlerin kullanılma oranı eşit ve %26,5'tir. Kullandığı yöntem cinsel ilişki sıklığını arttıranlarda çoğunlukla %38,1 ile tübligasyon yöntemini kullanılmaktadır. Kullandığı yöntem cinsel doyumunu olumlu etkileyenlerde çoğunlukla %34,8 ile tübligasyon yöntemini kullanılmaktadır. Kullandığı yöntemin eşinin cinsel yaşamını olumlu etkilediğini düşünenlerde çoğunlukla %32,3 ile hap ve %30,2 ile tübligasyon yöntemini kullanılmaktadır. Daha önce kullandığı yöntemle kıyasladığından cinsel hayatını olumlu etkilediğini düşünenlerde %11 ile kondom kullananların oranı diğer yöntemlerden daha azdır.

- Kullanılan aile planlaması yöntemi ile cinsel yaşamın etkileme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

- Kadın cinsel işlev ölçeği puan ortalaması 23,84 iken istek alt boyutu puan ortalaması 3,85, uyarılma alt boyutu puan ortalaması 4,02, kayganlaşma alt boyutu puan ortalaması 4,64, orgazm alt boyutu puan ortalaması 4,59, doyum alt boyutu puan ortalaması 4,32, ağrı boyutu puan ortalaması ise 2,41'dir.

- Kullanılan aile planlaması yöntemleri arasında istek, uyarılma ve ağrı puan ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

- Aile planlaması yöntemleri arasında KCIÖ, kayganlaşma, orgazm ve doyum puan ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Buna göre; tübligasyonu kullanan kadınların KCIÖ ve orgazm puan ortalamaları, RİA ve kondom kullanan kadınların puan ortalamalarından anlamlı derecede daha düşüktür. Tübligasyonu kullanan kadınların kayganlaşma puan ortalaması, RİA kullanan kadınların puan ortalamalarından anlamlı derecede daha

düşük; tüpligasyonu kullanan kadınların doyum puan ortalaması, kondom kullanan kadınların puan ortalamalarından anlamlı derecede daha düşüktür.

- Kullanılan AP yöntemi KCIÖ toplam puanındaki değişimin %4,9'unu açıklamaktadır. Tüpligasyon kullananların KCIÖ toplam puanları RİA kullananlara göre 2,927 daha azdır. Hap kullananların KCIÖ toplam puanları RİA kullananlara göre 2,217 daha azdır. Kondomun KCIÖ toplam puanı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi yoktur.

- Kullanılan AP yöntemi KCIÖ kayganlaşma alt boyutu puanındaki değişimin %3,8'ini açıklamaktadır. Tüpligasyonu kullananların kayganlaşma puanları RİA kullananlara göre 0,642 daha azdır. Hap kullananların kayganlaşma puanları RİA kullananlara göre 0,562 daha azdır. Kondomun kayganlaşma alt boyutu puanı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi yoktur.

- Kullanılan AP yöntemi KCIÖ orgazm alt boyutu puan değişiminin %4,9'unu açıklamaktadır. Tüpligasyonu kullananların orgazm puanları RİA kullananlara göre 0,707 daha azdır. Hap kullananların orgazm puanları RİA kullananlara göre 0,527 daha azdır. Kondomun orgazm puanı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi yoktur.

- Kullanılan AP yöntemi KCIÖ doyum alt boyutu puanlarındaki değişimin %4,4'ünü açıklamaktadır. Tüpligasyon kullanan kadınların doyum puanları RİA kullananlara göre 0,468 daha azdır. Kondomun ve hapın doyum puanı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi yoktur.

- KCIÖ istek, uyarılma ve ağrı alt boyutu puanlarındaki değişimin kullanılan yöntemlere göre etkilenme durumunu belirlemek üzere kurulan modeller anlamsız bulunmuştur.

6. ÖNERİLER

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Tüm bireylere etkin bir aile planlaması danışmanlığı yapılması ve bu danışmanlık sürecinde cinsel yaşamlarının değerlendirilerek AP yöntemlerinin cinsel yaşam üzerine etkilerinin anlatılması,
- Aile planlaması hizmeti sunumu sürecinde bireylerin en uygun, cinsel yaşamlarını mümkün olduğunca olumsuz etkilemeyecek aksine olumlu yönde etkileyecek yöntem seçimi konusunda desteklenmesi,
- Aile planlaması hizmetlerinde, özellikle kontrol izlemlerinde kullanılan yöntemlerin cinsellik üzerine etkilerinin de değerlendirilmesi, gerekli hallerde önerilerle cinsel yaşamın desteklenmesi ya da lüzum halinde farklı yöntemler konusunda danışmanlık yapılarak en uygun başka bir yöntemin tercihinin sağlanması,
- Aile planlaması yöntemlerinin cinsel yaşama üzerine etkilerine yönelik literatür ışığında eğitim programları oluşturularak AP hizmeti veren tüm sağlık personelinin bu konuda farkındalığının artırılması,
- Benzer çalışmaların daha geniş örnekleme, farklı gruplarda ve bu çalışmaya dahil edilmeyen diğer AP yöntemlerini kullanan örneklemlerde de yapılarak literatüre katkı sağlanması önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. XIII. Baskı. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi, 2016: s. 1-13, 21-38, 623-640.
2. Bozkurt KÖ. Uluslar arası Nüfus ve Kalkınma Konferansı (ICPD, 1994) Eylem Programının Türkiye’de Uygulanan Sağlık Politikalarına Yansımalarının Toplumsal Cinsiyet Perspektifinden İncelenmesi. 2011, T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü, Uzmanlık Tezi, 177 sayfa, (Prof. Dr. Ayşe AKIN).
3. Green LW, Ottoson JM. Reproductive, Infant and Child Health. Community Health. 7th ed. Vancouver: British Columbia, Mosby-Year Book, Inc. 1994: p.119.-46.
4. Alaca MJ. Defining Reoroductive Health Rights. Action for the 21th centruy: reproductive health and rights for all. Summary report of recommended actions on the cairo ICPD Programme of Action, September 1994. New York: Family Care International; 1994.p.45.
5. World Health Organization, http://www.who.int/topics/adolescent_health/en/ Erişim Tarihi: 20.10.2017.
6. Aydın S. Aile planlaması ve yöntemleri. Aile Hekimliği Dergisi 2005; 1(3): 84-90.
7. Şafak F. Kadınların Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması (AÇSAP) Merkezi’nin Vermiş Olduğu Aile Planlaması Hizmetini Değerlendirmeleri Üzerine Bir Pilot Araştırma. 2006, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Hastane ve Sağlık Kuruluşlarında Yönetim Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 161 sayfa, İstanbul.
8. United Nations Population Fund (UNPF), Program for Appropriate Technology in Health (PATH), Meeting The Need Strengthening Family Planning Programs, 2006, USA.
9. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı ve TÜBİTAK, Ankara: 2019; s 10-185.

10. Egelioglu Çetişli N, Top ED, Arkan G, Kaba F, Ertop F. Evli kadınların kullandıkları aile planlaması yönteminin cinsel yaşam ve benlik saygısına etkisi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*. 2016;13 (2): 101-106.
11. Oddens BJ. Women's satisfaction with birth control: a population survey of physical and psychological effects of oral contraceptives, intrauterine devices, condoms, natural family planning, and sterilization among 1466 women. *Contraception*. 1999 May;59(5):277-86
12. Clinton T, Laaser M. *The Quick-Reference Guide to Sexuality & Relationship Counseling*. Michigan: BakerBooks; 2010.
13. Van der Akker OBA. *Reproductive health psychology*. UK, Wiley-Blackwell; 2012.
14. ACOG. *Obstetrics and gynecology*. 7nd Ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, Lippincott William&Wilkins; 2014.
15. World Health Organization, http://www.who.int/topics/sexual_health/en/, Erişim tarihi: 17.01.2016.
16. Şirin A, Kavlak O. *Kadın Sağlığı*. Genişletilmiş 2. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri, 2015: s. 208.
17. Bozdemir N, Özcan S. Cinsellik ve cinsel sağlığa genel bakış. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care (TJFMPC)*. 2011; 5:37-46
18. Li RHW, Lo SST, Teh DKG, Tong NC, Tsui MHY, Cheung KB, et al. Impact of common contraceptive methods on quality of life and sexual function in Hong Kong Chinese women. *Contraception*, <http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception>. 2004;70(6):474-482.
19. Taşkın L. *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*. 10. Baskı. Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık, 2011.
20. 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.
21. 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.
22. 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.

23. World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research Family and Community Health. Selected Practice Recommendations For Contraceptive Use, 2004.
24. Vusse VL, Hanson L, Fehring RJ, Newman A, Fox J. Couples' views of the effects of natural family planning on marital dynamics. *Journal of Nursing Scholarship* 2003;35(2): 171-6
25. Yanikkerem E, Acar H, Elem E. Withdrawal users' perceptions of and experiences with contraceptive methods in Manisa, Turkey. *Midwifery*. 2006;22(3):274-284. <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2005.04.001>
26. Stone KM. Male condoms. In: UpToDate, Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA. Accessed on July 31, 2014.
27. Cecil M, Nelson AL, Trussell J, Hatcher R. If the condom doesn't fit, you must resize it. *Contraception*. 2010 Dec;82(6):489–90.
28. Smith AM, Jolley D, Hocking J, Benton K, Gerofi J. Factors affecting men's liking of condoms they have used. *Int J STD AIDS*. 1999 Apr;10(4):258–62.
29. Higgins JA, Ryder K, Skarda G, Koepsel E, Bennett EA. The Sexual Acceptability of Intrauterine Contraception. A Qualitative Study of Young Adult Women. *Perspect Sex Reprod Health*. 2015 Sep;47(3):115–22.
30. Tang CSK, Chung TKH. Psychosexual adjustment following sterilization: a prospective study on Chinese women. *J Psychosom Res*. 1997;42:187– 96.
31. Osis MJ, Faundes A, de Souza MH, Bailey P. Impact of contraceptive methods on women's lives: the case of tubal ligation. *Cad Saude Publica* 1999;15:521–32
32. Pastor Z, Holla K, Chmel R. The influence of combined oral contraceptives on female sexual desire: a systematic review. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2013 Feb;18(1):27–43.
33. Shifren JL. Sexual dysfunction in women: Epidemiology, risk factors and evaluation. In: UpToDate, Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA. Accessed on July 26, 2014.
34. Burrows LJ, Basha M, Goldstein AT. The effects of hormonal contraceptives on female sexuality: a review. *J Sex Med*. 2012 Sep;9(9):2213–23.
35. Dennerstein L, Burrows G. Oral contraception and sexuality. *Med J Aust*. 1976 May 22;1(21):796–8
36. Shah MB, Hoffstetter S. Contraception and sexuality. *Minerva Ginecol*. 2010 Aug;62(4):331–47.

37. Gabalcı E. Üreme Çağındaki Kadınların Kullandıkları Aile Planlaması Yöntemlerinin Cinsel Yaşamlarına Etkisi. 2008, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum-Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 104 sayfa. Ankara, Türkiye.
38. Akkar B, Karakuş S, Yıldız Ç, Korğalı E, Çetin A. Kontrasepsiyon yöntemlerinin kadın cinsel yaşamı üzerine etkileri. *Androloji Bülteni*. 2015; s.63,298-300.
39. Saygılı P. Üreme Sağlığı Danışmanlığı Neleri Kapsar?. 5. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongre Kitabı. Ankara: 2007; s.132.
40. Taşkın L. Aile Planlaması, Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. 7. Baskı. Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık, 2007: s. 499–519.
41. 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.
42. 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.
43. World Health Organization, (2007) Family planning: a global handbook for providers, http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/9780978856304/en/index.html, Erişim Tarihi: 12.05.2009.
44. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı, Sağlık Sektörü İçin Ulusal Stratejik Eylem Planı 2005-2015.
45. 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.
46. Gabalcı E, Terzioğlu F. The effect of family planning methods used by women of reproductive age on their sexual life. *Sexuality and Disability*. 2010;28(4):275-285. <http://dx.doi.org/10.1007/s11195-010-9161-9>
47. McCarthy B ve McCarthy E. *Sexual Awareness*. 5th Ed. London. Routledge Taylor and Francis Group. 2012.

48. 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.
49. Temel S. Geri Çekme Yöntemi ile Korunan Çiftlerin Cinsel Fonksiyonlarının Değerlendirilmesi. 2012, T.C. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 152 sayfa, İstanbul, (Yrd.Doç.Dr. Hatice Yıldız).
50. Everett S. Handbook of Contraception and Sexual Health. Third Edition. Routledge. London. 2014.
51. 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
52. Yangın BH. Gebelikte Cinsel Davranışların Belirlenmesi. 2004 , Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmış Doktora Tezi, 226 sayfa, Ankara, (Doç. Dr. Kafiye Eroğlu).
53. Greenberg JS, Bruess CE, Haffner DW. Exploring the dimensions of human sexuality. Jones and Bartlett Publishers Sudbury, Massachusetts, 2002.
54. Yılmaz C. Kullanılan Kontraseptif Yöntemlerin Kadınların Cinsel Fonksiyonları Üzerine Etkisi. 2003, T.C Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul,
55. Berman JR, Goldstein I. Female sexual dysfunction. Urologic Clinics of North America 2001;28(2):404-416.
56. Güvel S, Yayıoğlu Ö, Bağış T, Savaş N, Bulgan E, Özkardeş H. Evli kadınlarda cinsel fonksiyonlara etkin faktörler. Türk Üroloji Dergisi, 2003; 29(1):43-48.
57. Kütmeç C. Kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu ve hemşirelik bakımı. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2009;4(12):111-136.
58. 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.
59. 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.

60. 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.
61. 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
62. 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.
63. Prado DS, Mota VPLP, Lima TIA. Prevalencia de disfunção sexual em dois grupos de mulheres de diferentes níveis socioeconômicos. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria*, 2010;32(3):139-143.
64. Wallwiener LM. 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.
65. 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.
66. Choi H, Kim JH, Park JY, Shim JS, Lee JG, Yoon HY, Bae JH. 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
67. Öksüz E, Malhan S. Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction in Turkish women. *The Journal of Urology*, 2006; 175(2):654-658.
68. Demirezen E, Erdoğan S, Önem K. Birinci basamakta kadın cinselliğinin değerlendirilmesi. *Androloji Bülteni*, 2006b;(24):76-78.
69. 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
70. Amerikan Psikiyatri Birliği. *Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayısal El Kitabı*. 4. Baskı (DSM-IV). Washington DC, Çev: E. Köroğlu, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1994; 203–219.

71. Oskay Ü, Beji N. Kadın cinsel fonksiyon bozukluğu sınıflandırması, son dönemde yapılan değişiklikler ve yeni sınıflama için öneriler. *Androloji Bülteni*, 2008; 79–82.
72. Ishak WW, Tobia G. DSM-5 changes in diagnostic criteria of sexual dysfunctions. *Reproductive System & Sexual Disorders*, 2013; 2:122.
73. 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 137 development conference on female sexual dysfunction, definitions and classifications. *Journal of Urology*, 2000;163(3):888-893.
74. 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.
75. İncesu C. Cinsel işlevler ve cinsel işlev bozuklukları. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 2004;7(Ek 3):3-13.
76. Çeri Ö, Yılmaz A, Soykan A. Cinsel işlev bozuklukları. *Türkiye Klinikleri*, 2008;1(2):71-78.
77. APA (American Psychiatric Association). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5nd Ed. (DSM-V); 2013.
78. Demircan K. Cinsel Zeka. *Focus, Popüler Bilim ve Kültür Dergisi*, Sayı : 2003/6-112414.
79. 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
80. 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.

81. WHO. Family planning. Erişim adresi: http://www.who.int/reproductivehealth/topics/family_planning/en/index.html. Erişim Tarihi:12.11.2013.
82. Murray SS, McKinney ES. Foundations of Maternal-Newborn and Women's Health Nursing. 6th Ed. ABD: Elsevier Saunders; 2014.
83. T.C. Sağlık Bakanlığı. Kontraseptif Yöntem Kullanımı İçin Tıbbi Uygunluk Kriterleri. Aile Planlaması İçin Bir DSÖ Temel Kaynağı. Çev. Ed. N. Özaydın, R. Gül, E. Özdemir Şahin. 4. baskı. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü, Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu, 2011.
84. Fataneh G, Marjan MH, Nasrin R, Taraneh T. Sexual function in Iranian women using different methods of contraception. J Clin Nurs. 2013; 22: 3016-3023.
85. 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.
86. Doğan Pekince G, Yılmazer M. Kontrasepsiyon amaçlı başvuran kadınların erkek kontrasepsiyonuna bakış açısı. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2012;15(2):69-74.
87. 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.
88. 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.
89. Bozdağ G. Kadın Hastalıkları ve Doğum Akıl Notları. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri Ltd. Şti, 2013.
90. Eryılmaz H. ve ark. Kullandıkları Kontraseptif Yöntemlerin Eşler Üzerindeki Etkileri Ve Kullanım Hataları. Hemşirelik Forumu, Kadın Doğum Sayısı, 1999; 2 (3).
91. Oddens BJ. Women's satisfaction with birth control: a population survey of physical and psychological effects of oral contraceptives, intrauterine devices, condoms, natural family planning, and sterilization among 1466 women. Contraception. 1999; 59 (5): 277-286.

92. Çelik M, Yıldırım G, Gerçek S, Arkalı R, Nur N. Ria Taktıran Kadınların Ria Bırakma Nedenlerinin Belirlenmesi. 4. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongre Kitabı, Ankara, 2005.
93. Enzlin P, Weyers S, Janssens D, Poppe W, Eelen C, Pazmany E, Amy JJ. Sexual functioning in women using levonorgestrel-releasing intrauterine systems as compared to copper intrauterine devices. *J Sex Med.* 2012 ;9(4): 1065-1073.
94. Li RHW, Lo SST, Tong DKG, Tsui MHY, Cheung K, Chung TKH. Impact of common contraceptive methods on quality of life and sexual function in Hong Kong Chinese women. *Contraception* 2004;70(6):474-482.
95. Higgins JA, Smith NK. The Sexual Acceptability of Contraception: Reviewing the Literature and Building a New Concept. *The Journal of Sexual Research.* 2016; 53(4-5):417-56
96. Saygılı P. Aile planlaması hizmetlerinde hemşirenin rolü. *Türkiye Klinikleri Journal of Surgical Medical Sciences* 2006;2(13):37-44
97. Karakoyunlu FB. Evli Kadınlarda Cinsel Fonksiyon Bozukluğu Görülme Sıklığı. 2007, Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi 97 sayfa, Antalya, (Yr.Doç.Dr. Selma Öncel).
98. Coşkun A, Karanisoğlu H, Tekin N. İÜ. Fen Fakültesi ve İTÜ Maden Fakültesi öğrencilerinin cinsellik ve aile planlamasına ilişkin bilgi gereksinimlerinin saptanması ve hemşirelik yaklaşımlarının değerlendirilmesi, *Hemşirelik Bülteni.* 1991; s.20.
99. Coşkun A. Aile hayatı ve cinsellik eğitimi, *Hemşirelik Bülteni*, 1986; s.11:6.
100. Greco SB. *Sexuality Education and Counselling, Rehabilitation Nursing.* Ed: Shirley P. Hoeman, Second Ed, Mosby Company. 1996; p. 592- 627.
101. Lowdermik DL, Perry SE, Bobak FM. *Maternity and Women's Health Care, Sixth Edition, Mosby Company, California.* 1997; p. 222- 223.
102. Alteneter RR, Hartzell D. Addressing Couples sexuality concerns during the childbearing period: use of the plissit model. *J. Obstet Neonatal Nurs.* Nov- Dec. 1997; p. 26 (6). s:651-658.
103. Karakoyunlu FB, Öncel S. Cinsel fonksiyon bozukluklarında kadına ait hemşirelik bakım süreci örneği. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi.* 2009;12(3): 82-92.

104. Nazik E, Eryılmaz G. Kadınlarda dispareni ve hemşirelik yaklaşımı. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi 2011;4(1):213-214.
105. Hatcher A, Kowal D. Kontraseptif Yöntemler Uluslararası Basım. Ed.: Dervişoğlu AA, İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı ,Ankara, 1990.
106. Aygin D ve Eti Aslan, Kadın Cinsel İşlev Ölçeği'nin Türkçeye Uyarlaması . Türkiye Klinikleri J Med Sci. 2005; 25(3), 393-399
107. Özdemir H. Erkeğin Kullandığı Aile Planlaması Yöntemlerinin Kadının Cinsel Yaşamına Etkisi. 2014, Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 184 sayfa, Aydın, (Doç. Dr. Nevin Akdolun Balkaya).
108. Rosen RC. Prevalence and risk factor of sexual dysfunction in men and women. Curr Psychiatry Rep 2000;189-95.
109. Demir Ö, Parlakay N, Gök G, Esen AA. "Hastane Çalışanı Bayanlarda Cinsel İşlev Bozukluğu", Androloji 2007;33(2): 156-160
110. Çayan S, Akbay E, Bozlu M, Canpolat B, Acar D, Ulusoy E. The prevalence of female sexual dysfunction and potential risk factors that may impair sexual function in Turkish women. Urologia Internationalis 2004;72(1):52-57
111. Demirezen E, Erdoğan S, Önem K. Birinci basamak sağlık merkezine başvuran kırk yaşın altındaki kadınlarda cinsel fonksiyonun değerlendirilmesi. Androloji Bülteni 2006a;(25):177-180
112. Altay B. 15-49 Yaş grubu kadınların sağlık ocağı hizmetlerini bilme ve kullanabilme durumları ile etkileyen faktörlerin incelenmesi, Atatürk Üniversitesi Derg. 2009; 12:2.
113. Giray H, Keskinoglu P. Işıkkent Sağlık Ocağı'na Başvuran 15-49 Yaş Evli Kadınların Etkili Aile Planlaması Yöntemi Kullanımı ve Etkileyen Etmenler, İzmir, 2006; 15(2):23-26.
114. Yazıcı M. Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine Başvuran Kadınların Demografik Özellikleri İle Kullandıkları Aile Planlaması Yöntemi Arasındaki İlişki. 2015, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 98 sayfa, İstanbul, (Yrd. Doç. Erkut Altındağ).
115. Gür F. Gaziantep İlinde El Beceri Kurslarına Gelen Kadınların Aile Planlamasına Yönelik, Bilgi Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. 2017, Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 113 sayfa, Gaziantep, (Yrd. Doç. Dr. Rabia Sohbet).

116. Songur D. Gaziantep Binevler Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşayan 15-49 Yaş Evli Kadınların Aile Planlamasını Kullanma Durumu ve Etkileyen Etmenler. 2009, Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Uzmanlık Tezi, 252 Sayfa, Gaziantep.
117. Aktoprak M. Evli Kadınlar ve Eşlerinin Aile Planlamasına Yönelik Tutumları ve İlişkili Faktörler. 2012, T.C. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 109 sayfa, Konya, (Doç. Dr. Belgin Akın).
118. Kahraman K. Nevşehir Özkonak Kasabasında Yaşayan 15*49 Yaş Grubu Kadınların Aile Planlaması Uygulamaları. 2005, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 58 sayfa, Kayseri, (Prof. Dr. Nimet Karataş).
119. Özdemir H. Erkeğin Kullandığı Aile Planlaması Yöntemlerinin Kadın Cinsel Yaşamına Etkisi. 2014, Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 184 sayfa, Aydın, (Doç. Dr. Nevin Akdolun Balkaya).
120. Baydar Ö. Hormon İçeren ve İçermeyen Doğum Kontrol Yöntemi Kullanan Kadınların Cinsel Fonksiyonlarının İncelenmesi. 2017, Celal Bayar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 242 sayfa, Manisa, (Doç. Dr. Emre Yanıkkerem).
121. 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.
122. 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.
123. Rurik I. Adatok a magyar férfiak szexualis aktivitásáról (Data about the sexual activity of Hungarian men). *Orvosi Hetilap* 2011 Oct 9;152(41):1648-50. doi: 10.1556/OH.2011.29197.
124. 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.

125. Atış F, Yurdakul M, Öztürk M, Karaman M. Koitus interruptus kullanım nedenleri ve yöntem başarısını etkileyen faktörler. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2010;5(15):31-4
126. Briedite I, Ancane G, Ancans, Erts R. Insufficient assessment of sexual dysfunction: A problem in gynecological practice. *Medicina (Kaunas)* 2013;49(7):315-320.
127. Nicolosi A, Glasser DB, Kim SC, Marumo K, Laumann EO. 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.
128. 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.*
129. Chung Park MS. Evaluation of a pregnancy prevention programme using the contraceptive behaviour change model. *Journal of Advanced Nursing* 2007;61(1):81-91
130. 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.
131. 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
132. Depe Y, Erenel AŞ. Erkeklerin aile planlamasına ilişkin görüş ve davranışları. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2006;10(3):29-36.
133. Altay B, Gönener D. Evli erkeklerin aile planlaması yöntemlerini bilme ve kullanma durumları ve etkileyen faktörler. *Fırat Tıp Dergisi*, 2009;14(1):56-64.
134. Buldurucu S. Geleneksel Yöntemleri Eşlerin Tercih Etme Nedenleri. 2011, T.C. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 105 sayfa, İstanbul, (Yrd. Doç. Dr. Saadet Yazıcı).
135. 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.

136. Crosby R, Milhausen R, Mark KP, Yarber WL, Sanders S, Graham CA. Understanding problems with condom fit and feel: An important opportunity for improving clinic-based safer sex programs. *J Prim Prev.* 2013; 34:109-115
137. Casey PM, MacLaughlin KL, Faubion SS. Impact of contraception on female sexual function. *J Womens Health.* 2016; 0: 1-7.
138. Tadayon M, Honarjoo M, Abbaspoor Z. The relationship of male condoms and withdrawal contraceptive methods with female sexual function and satisfaction; a cross sectional study. *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol.* 2016; 5(8): 2629-2633.
139. Alkan D. Kontraseptif Yöntem Kullanımının Bireyin Cinsel Fonksiyonuna Etkisi. 2020, Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 156 sayfa, İstanbul, (Dr.Öğr.Üyesi Nesrin İlhan).
140. Battaglia C, Morotti E, Persico N, Battaglia B, Busacchi P, Casadio P, Paradisi R, Venturoli S. Clitoral vascularization and sexual behavior in young patients treated with drospirenone-ethinyl estradiol or contraceptive vaginal ring; a prospective, randomized, pilot study. *J Sex Med.* 2014; 11(2):471-80.
141. Smith NK, Jozkowski KN, Sanders SA. Hormonal contraception and female pain, orgasm and sexual pleasure. *J Sex Med.* 2014; 11(2): 462-70.
142. Lee HJ, Macbeth AH, Pagani JH, Young WS. Oxytocin, the great facilitator of life. *Prog Neurobiol.* 2009; 88(2): 127-151.
143. Wallwiener CW, Wallwiener LM, Seeger H, Schönfisch B, Mueck AO, Bitzer J, Zipfel S, Brucker SY, Taran FA. Wallwiener are hormonal components of oral contraceptives associated with impaired female sexual function? A questionnaire-based online survey of medical students in Germany, Austria, and Switzerland. *Arch Gynecol Obstet.* 2015; 292: 883-890.
144. Dilbaz B. IUD Use in Turkey and in The World: From Past To Future. IV. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi, Ankara 20-23 Nisan 2005; s.84-88
145. Demirel BÖ. Kontraseptif Yöntem Kullanan Kadınlarda Cinsel Problemler ve Çözümünde PLISSIT Modeli Doğrultusunda Verilen Eğitim- Danışmanlığın Etkisi. 2019, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 145 sayfa, İstanbul, (Prof. Dr. Hatice Yıldız).

146. Mehdizadeh Toorzani Z, Hasan Zahraei R, Ehsanpour S, Nasiri M, Shahidi S, Soleimani B. A study on the relationship of sexual satisfaction and common contraceptive methods employed by the couples. *IJNMR*. 2010; 15 (3): 115-119.



8. EKLER

Ek 1: Veri Toplama Formu

Değerli katılımcı;

Bu araştırma, “ Türkiye’de En Çok Kullanılan Dört Modern Aile Planlaması Yönteminin Kadının Cinsel Yaşamına Etkisi” belirlemek amacıyla yapılmaktadır. Bu form kişisel özellikleriniz, evlilik, aile planlaması, cinsel yaşamınıza ilişkin bazı soruları içermektedir. Sorulara vereceğiniz cevaplar araştırmacı tarafından gizli tutulacaktır. Sorulara verdiğiniz eksiksiz ve doğru cevaplar için teşekkür ederim.

AnketNo:.....

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
 7. Diğer (Belirtiniz:.....)
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. En uzun süre yaşadığınız yer?
 1. Köy
 2. İlçe/ Kasaba
 3. Şehir
 4. Büyük şehir
 5. Yurt dışı
8. Size göre ekonomik durumunuz nasıl?
 1. Gelir giderden az
 2. Gelir gidere denk
 3. Gelir giderden fazla
9. Aile yapınızı nasıl tarif edersiniz?
 1. Çekirdek aile (anne-baba ve çocuklar)
 2. Geniş Aile (anne-baba-çocuklar-büyükanne-büyükbaba)

10. Evlenme şekliniz nedir?
- 1.Anlaşarak kaçtık
 - 2.Zorla kaçırıldım
 - 3.Görücü usulü ile isteyerek
 - 4.Görücü usulü ile istemeyerek
 - 5.Arkadaşlık ederek
 - 6.Diğer (.....)
- 11.Evlilik süreniz nedir?.....(En son evliliğindeki evlilik yılı)
12. Genel olarak evlilik hayatınızdan memnun musunuz?
- 1.Çok memnunum
 - 2.Memnunum
 - 3.Orta derece memnunum
 - 4.Memnun değilim
 - 5.Hiç memnun değilim
13. Adetleriniz düzenli midir?
1. Hayır
 2. Evet
14. Gebelik öykünüz?
- Kaç kez gebe kaldınız.....
- Canlı doğum sayısı.....
- Ölü doğum sayısı.....
- Düşük sayısı.....
- İsteyerek kürtaj sayısı.....
- Yaşayan çocuk sayısı.....
- Diğer (anomalili, preterm vb. belirtiniz.....)
- 15.En son gebeliğiniz ne zaman sonuçlandı.....
16. En son gebeliğinizin sonlanma şekli nedir?
- 1.Canlı vajinal doğum epizyotomi ()var ()yok
 - 2.Canlı C/S doğum
 - 3.Ölü vajinal doğum epizyotomi ()var ()yok
 - 4.Ölü C/S doğum
 - 5.Doğduktan sonra kaybettik
 - 6.Düşük
 - 7.İstemli kürtaj
 - 8.Diğer (anomalili, preterm vb sağlık sorunlarınızı belirtiniz.....)

II.Cinsel Yaşama İlişkin Bilgiler

- 17.Genel olarak düşündüğünüzde cinsel yaşamınızı nasıl değerlendiriyorsunuz?
- 1.Çok kötü
 2. Kötü
 3. Orta
 - 4.İyi
 - 5.Çok iyi

18.Genelde düşündüğünüzde cinsel ilişki sıklığınızı nasıl değerlendiriyorsunuz?

1.Çok kötü 2. Kötü 3. Orta 4.İyi 5.Çok iyi

19.Cinsel konularda eşinizle rahatça konuşabilir misiniz?

1.Hayır 2.Evet 3.Eşim daha rahat konuşur

20.Cinsel yaşamınızla ilgili sorun yaşadınız mı?

1.Hayır (23.soruya geçiniz)

2.Evet (yaşadığınız sorunu belirtiniz:.....)

21.Cinsel yaşamınızla ilgili sorunlarınız için hiç profesyonel yardım (psikolog, psikiyatrist) aldınız mı?

1.Hayır (23.soruya geçiniz)

2.Evet

22. Cinsel yaşamınızla ilgili kimden yardım aldınız?(Belirtiniz:.....)

III. Aile Planlaması Yöntemlerine İlişkin Bilgiler

23.Daha önce kullandığınız yöntemlere ilişkin bilgileri aşağıdaki tabloya yazınız.?

Yöntem	Ne kadar süre kullandınız	Bırakma nedeniniz neydi
		Gebelik düşündüğüm için Kullanırken gebe kaldım Yan etkileri yüzünden(.....) Kullanımı zordu Pahalıydı Cinsel ilişkimi olumsuz etkiledi Eşim istemedi Diğer.....
		Gebelik düşündüğüm için Kullanırken gebe kaldım Yan etkileri yüzünden(.....) Kullanımı zordu Pahalıydı Cinsel ilişkimi olumsuz etkiledi Eşim istemedi Diğer.....
		Gebelik düşündüğüm için Kullanırken gebe kaldım Yan etkileri yüzünden(.....) Kullanımı zordu Pahalıydı Cinsel ilişkimi olumsuz etkiledi Eşim istemedi Diğer.....
		Gebelik düşündüğüm için Kullanırken gebe kaldım Yan etkileri yüzünden(.....) Kullanımı zordu Pahalıydı Cinsel ilişkimi olumsuz etkiledi Eşim istemedi Diğer.....

24. Bundan önce kullandığınız son yöntem cinsel yaşamınızı etkiledi mi?
1. Etkilemedi 2. Olumlu etkiledi 3. Olumsuz etkiledi
25. Şuanda kullandığınız aile planlaması yöntemi nedir?
1. RİA(spiral)
2. Kondom (kılıf, prezervatif)
3. Tübligasyon
4. Hap
26. Bu yöntemi ne kadar süredir kullanıyorsunuz?(Belirtiniz:.....)
27. Kullandığınız yönteme kim karar verdi?
1. Ben
2. Eşim
3. Eşim ve ben
4. Doktorum/hemşirem/ebem
5. Diğer(Belirtiniz:.....)
28. 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(Belirtiniz:.....)
29. Kullandığınız yöntemi tercih ederken cinselliğiniz üzerine etkisini düşündünüz mü?
1. Hayır 2. Evet
30. Kullandığınız yöntem için hiç sağlık personelinen yardım aldınız mı?
1. Hayır(33.soruya geçiniz) 2. Evet
31. (30.Soruya cevabınız evet ise) Ne zaman danışmanlık aldınız?
1. Yönteme başlamadan önce 2. Yönteme başladıktan sonra
32. (30.Soruya cevabınız evet ise) Kullandığınız yöntemin cinsellik üzerine etkilerinden bahsedildi mi?
1. Hayır 2. Evet
33. Kullandığınız yöntemle ilgili herhangi bir sorun yaşadınız mı?
1. Hayır 2. Evet(Belirtiniz:.....)

34. (33.soruya cevabınız evet ise) Yaşadığınız bu sorunun çözümü için neler yaptınız?

Belirtiniz:.....

35. Kullandığınız yöntemden memnun musunuz?

1.Hayır (Nedenini belirtiniz.....)

2.Evet

36. Kullandığınız yöntemi değiştirmeyi düşünüyor musunuz?

1.Hayır

2.Evet

IV. Kullandığınız Aile Planlaması Yönteminin Cinsel Yaşama Etkisine Yönelik Bilgiler

37. Genel olarak düşündüğünüzde kullandığınız yöntem **cinsel yaşamınızı** nasıl etkiledi?

1.Etkilemedi

2.Olumlu etkiledi

3.Olumsuz etkiledi

4.Diğer (Belirtiniz:.....)

38. Kullandığınız yöntem **cinsel isteğinizi** nasıl etkiledi?

1.Etkilemedi

2.Olumlu etkiledi

3.Olumsuz etkiledi

4.Diğer (Belirtiniz:.....)

39. Kullandığınız yöntem **cinsel ilişki sıklığınızı** nasıl etkiledi?

1.Etkilemedi

2.Arttırdı

3.Azalttı

40. Kullandığınız yöntem **cinsel doyumunuzu** nasıl etkiledi?

1.Etkilemedi

2.Olumlu etkiledi (Belirtiniz.....)

3.Olumsuz etkiledi (Belirtiniz.....)

41. Kullandığınız yöntemin, cinsel yaşamınıza **olumlu etkilerini** yazınız

.....

42. Kullandığınız yöntemin, cinsel yaşamınıza **olumsuz etkilerini** yazınız.

.....

43. Kullandığınız yöntem nedeniyle yaşadığınız cinsel sorunlar için profesyonel yardım aldınız mı?

1.Hayır

2.Evet (Kimden:.....)

44. Kullandığınız yöntemin **esinizin cinsel yaşamını** nasıl etkilediğini düşünöyorsunuz?

- 1.Etkilemedi,aynı
- 2.Olumlu etkiledi
- 3.Olumsuz etkiledi
- 4.Diğer (Belirtiniz:.....)

45. Daha önce kullandığınız yöntemle kıyasladığınızda, şimdi kullandığınız yöntem cinsel yaşamınızı nasıl etkiledi?

- 1.Etkilemedi,aynı
- 2.Olumlu etkiledi
- 3.Olumsuz etkiledi
- 4.Diğer(Belirtiniz:



EK 2 : Kadın Cinsel İşlev Ölçeği (KCIÖ)

Bu sorular cinsel yaşamınızla ilgili olup son 4 haftalık süreye aittir. Aşağıdaki soruları cevaplarken bazı terimlerin anlamı şu şekildedir;

Cinsel aktivite: okşama, cinsel oyunlar, mastürbasyon ve vajinal ilişkiyi kapsayan durumları

Cinsel ilişki/birleşme: vajinaya penisin girişi

Cinsel uyarı: partnerinizle olan cinsel oyunlar, kendi kendinizi uyarmanız(mastürbasyon) veya cinsel fantezileri anlatmaktır.

Cinsel istek veya cinsel ilgi cinsellikle ilgili şeyler yaşama isteği, partnerinizin cinsellikle ilgili davranışlarına karşılık verme isteği ve cinsellikle ilgili düşünmek veya fanteziler kurmak anlamına gelmektedir.

1. Son 4 hafta boyunca, ne sıklıkta cinsel istek veya ilgi hissettiniz?

- 5=Hemen hemen her zaman veya her zaman
- 4=Çoğu zaman (%50'den fazla)
- 3=Bazen (%50 kadar)
- 2=Bir kaç kez (%50' den daha az)
- 1=Hemen hemen hiçbir zaman veya hiçbir zaman

2. Son 4 hafta boyunca, cinsel istek veya ilgi düzeyiniz nasıldı?

- 5=Çok yüksek
- 4=Yüksek
- 3=Orta
- 2=Düşük
- 1=Çok düşük veya hiç

Cinsel uyarılma/tahrik, cinsel heyecanı; bedensel ve zihinsel yönlerin her ikisi için birlikte hissetmektir. Cinsel bölgelerde sıcaklık hissi veya ürperti, lubrikasyon(kayganlaşma-ıslaklık) veya kas kasılmaları olması durumudur.

3. Son 4 hafta boyunca, cinsel birleşme sırasında cinsel yönden tahrik olma/uyarılma düzeyiniz nasıldı?

- 0=Cinsel aktivitem olmadı
- 1=Düşük
- 2=Düşük
- 3=Orta
- 4=Yüksek
- 5=Çok yüksek
- 1=Çok düşük veya hiç

4. Son hafta boyunca, cinsel aktivite veya cinsel birleşme sırasında kendinizi ne sıklıkla cinsel yönden tahrik olmuş/uyarılmış hissettiniz?

0=Cinsel aktivitem olmadı

5=Hemen hemen her zaman veya

4=Çoğu zaman (% 50'den fazla)

3=Bazen (% 50 kadar)

2= Birkaç kez (%50'den az)

1=Hemen hemen hiçbir zaman veya hiçbir zaman

5.Son 4 hafta boyunca, cinsel aktivite veya cinsel birleşme sırasında cinsel olarak tahrik olma konusunda kendinizden ne kadar emindiniz?

0=Cinsel aktivitem olmadı

5=Çok yüksek derecede kendimden eminimdim

4=Yüksek derecede kendimden eminimdim

3=Orta derecede kendimden eminimdim

2=Düşük derecede kendimden eminimdim

1=Çok düşük derece kendimden emindim veya kendimden emin değildim

6.Son 4 hafta boyunca, cinsel aktivite veya cinsel birleşme sırasında tahrik olma/uyarıma durumunuzdan ne sıklıkla memnun oldunuz?

0=Cinsel aktivitem olmadı

5=Hemen hemen her zaman veya

4= Çoğu zaman (% 50'den fazla)

3= Bazen (% 50 kadar)

2= Birkaç kez (%50'den az)

1= Hemen hemen hiçbir zaman veya hiçbir zaman

7.Son 4 hafta boyunca cinsel aktivite veya cinsel birleşme sırasında lubrikasyon(kayganlaşma/ıslaklık)durumu ne sıklıkla gerçekleşti?

0=Cinsel aktivitem olmadı

5=Hemen hemen her zaman veya

4= Çoğu zaman (% 50'den fazla)

3= Bazen (% 50 kadar)

2= Birkaç kez (%50'den az)

1= Hemen hemen hiçbir zaman veya hiçbir zaman

8.Son 4 hafta boyunca, cinsel aktivite veya cinsel birleşme sırasında lubrikasyon(kayganlaşma/ıslaklık)durumu oluşması ne kadar zor oldu

0=Cinsel aktivitem olmadı

1=Aşırı derecede zordu veya imkansızdı

2=Çok zordu

3=Zordu

4=Oldukça zordu

5=Zor değildi

9.Son 4 hafta boyunca lubrikasyon (kayganlaşma/ıslaklık)durumunuzu cinsel aktivite veya cinsel birleşme sonuna kadar ne sıklıkla sürdürebildiniz?

0=Cinsel aktivitem olmadı

5=Hemen hemen her zaman veya

4= Çoğu zaman (% 50'den fazla)

3= Bazen (% 50 kadar)

2= Birkaç kez (%50'den az)

1= Hemen hemen hiçbir zaman veya hiçbir zaman

10.Son 4 hafta boyunca lubrikasyon (kayganlaşma/ıslaklık)durumunuzu cinsel aktivite veya cinsel birleşme sonuna kadar korumanız ne kadar zor oldu?

0=Cinsel aktivitem olmadı

1=Aşırı derecede zordu veya imkânsızdı

2=Çok zordu

3=Zorlu

4=Oldukça zordu

5=Zor değildi

11.Son 4 hafta boyunca, cinsel uyarılmanızda veya cinsel birleşmede ne sıklıkla orgazma ulaştınız?

0=Cinsel aktivitem olmadı

5=Hemen hemen her zaman veya

4= Çoğu zaman (% 50'den fazla)

3= Bazen (% 50 kadar)

2= Birkaç kez (%50'den az)

1= Hemen hemen hiçbir zaman veya

12.Son 4 hafta boyunca cinsel uyarılmanızda veya cinsel birleşmede orgazma ulaşmanız ne kadar zor oldu?

- 0=Cinsel aktivitem olmadı
- 1=Aşırı derecede zordu veya imkansızdı
- 2=Çok zordu
- 3=Zordu
- 4=Oldukça zordu
- 5=Zor değildi

13.Son 4 hafta boyunca, cinsel aktivite veya cinsel birleşme sırasında orgazma ulaşma yeteneğiniz konusunda ne kadar memnun oldunuz?

- 0=Cinsel aktivitem olmadı
- 5=Çok memnun oldum
- 4=Orta derecede memnun oldum
- 3=Hemen hemen eşit olarak memnun oldum ve memnun olmadım
- 2=Orta derecede memnun olmadım
- 1=Hiç memnun olmadım

14.Son 4 hafta boyunca, cinsel aktivite sırasında siz partnerinizin arasında yaşanan duygusallık düzeyi konusunda ne kadar memnun oldunuz?

- 0=Cinsel aktivitem olmadı
- 5=Çok memnun oldum
- 4=Orta derecede memnun oldum
- 3=Hemen hemen eşit olarak memnun oldum ve memnun olmadım
- 2=Orta derecede memnun olmadım
- 1=Hiç memnun olmadım

15.Son 4 hafta boyunca, partneriniz ile olan cinsel ilişkinizde ne kadar memnun oldunuz?

- 5=Çok memnun oldum
- 4=Orta derecede memnun oldum
- 3=Hemen hemen eşit olarak memnun oldum ve memnun olmadım
- 2=Orta derecede memnun olmadım
- 1=Hiç memnun olmadım

16.Son 4 hafta boyunca genel olarak tüm cinsel yaşamınızda ne kadar memnun oldunuz?

- 5=Çok memnun oldum
- 4=Orta derecede memnun oldum
- 3=Hemen hemen eşit olarak memnun oldum ve memnun olmadım
- 2=Orta derecede memnun olmadım
- 1=Hiç memnun olmadım

17.Son 4 hafta boyunca, vajinal birleşme sırasında ne sıklıkla rahatsızlık veya ağrı yaşadınız?

- 0=Cinsel birleşme girişimim olmadı
- 5=Hemen hemen her zaman veya
- 4= Çoğu zaman (% 50'den fazla)
- 3= Bazen (% 50 kadar)
- 2= Birkaç kez (%50'den az)
- 1= Hemen hemen hiçbir zaman veya hiçbir zaman

18.Son 4 hafta boyunca, vajinal birleşme sonrasında ne sıklıkla rahatsızlık veya ağrı yaşadınız?

- 0=Cinsel birleşme girişimim olmadı
- 5=Hemen hemen her zaman veya
- 4= Çoğu zaman (% 50'den fazla)
- 3= Bazen (% 50 kadar)
- 2= Birkaç kez (%50'den az)
- 1= Hemen hemen hiçbir zaman veya hiçbir zaman

19.Son 4 hafta boyunca, vajinal birleşme sırasında ve sonrasında rahatsızlık veya ağrı seviyeniz(dereceniz) nasıldı?

- 0=Cinsel birleşme girişimim olmadı
- 1=Vajinal birleşme sırasında veya sonrasında çok yüksekti
- 2=Yüksekti
- 3=Orta derecedeydi
- 4=Düşüktü
- 5=Çok düşüktü veya hiç yoktu

Ek 3: KCIÖ İçin Dilek AYGİN 'nin İzin Yazısı

rabia deveci FSFI izin dilekçesi



12.03 (Pzt), 14:29
Siz

Sayın Deveci,
KCIÖ ni kullanmanızda sakınca yoktur. Tezinden ve makalelerimden yararlanabilirsiniz.
Kolaylıklar diliyorum

12 Mar 2018 Pzt, saat 13:44 tarihinde Rabia Deveci <[redacted]> şunu yazdı:
Merhaba hocam, iyi çalışmalar diler ilginiz için teşekkür ederim.

Doç. Dr. Dilek AYGİN

Sakarya Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölüm Başkanı
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği ABD

Tel:
Fax:

Ek 4: Düzce Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalından Resmi İzin Belgesi

İZİN FORMU

" Türkiye'de En Çok Kullanılan Dört Modern Aile Planlaması Yönteminin Kadının Cinsel Yaşamına Etkisi" konulu çalışmamız için Anabilim Dalımızda ve/veya Araştırma ve Uygulama Merkezinde uygulamamıza izin verilmesi için müsaadelerinizi arz ederim.


Yrd. Doç. Dr. Hacer Gülen Savaş

Hemşire Rabia Deveci 

Kadın Doğum Servisi Anabilim Dalında çalışma yapması uygundur.

Kadın Doğum Servisi Anabilim Dalı Başkanı

Tarih: 26.02.2019

Adı Soyadı: Prof. Dr. FİKRET GÖKHAN GÖYNÜMER

İmzası: 

Düzce Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesinde çalışmalar yapması uygundur.

Başhekim

Tarih: 28.02.2019
Adı Soyadı: Prof. Dr. Mevlüt PEHLİVAN
Başhekim V.

İmzası: 




Ek 5: Etik Kurul Onayı

DÜZCE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN SAĞLIK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Türkiye'de En Çok Kullanılan Dört Modern Aile Planlaması Yönteminin Kadının Cinsel Yaşamına Etkisi							
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU									
	OLGU RAPOR FORMU				Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>		
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ				Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>		
DİĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama							
	SIGORTA	<input type="checkbox"/>							
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>							
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>							
	İLAN	<input type="checkbox"/>							
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>							
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>							
GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>								
DİĞER:	<input type="checkbox"/>								
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2018/179	Tarih: 15.10.2018							
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmannın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmannın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıda katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.								
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU									
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu								
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Doç.Dr.Gülbin SEZEN								
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Hüseyin YÜCE	Tıbbi Genetik	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Atilla Senih MAYDA	Halk Sağlığı	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Ege GÜLEÇ BALBAY	Goğus Hastalıkları	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Muhammet Ali KAYIKÇI	Üroloji	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Birgün ÖNEÇ	İç Hastalıkları	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr.Öğr.Üyesi Nuri Cenk COŞKUN	Farmakoloji	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr.Öğr.Üyesi Filiz SÜZER ÖZKAN	Hemşirelik Bölümü	Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr.Öğr.Üyesi Önder KILIÇASLAN	Çocuk Sağlığı	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr.Öğr.Üyesi Abdullah BELADA	KBB	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Mustafa Salih EROL	Biyomedikal Uzmanı	Düzce Üniversitesi Sağlık Uyg.ve Araş.Merkezi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Kenan VAROL	Sivil Üye	Varoller Demir Çelik Ürünleri San.ve Tic.Ltd.Şti.	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Metin POLAT	Avukat	Düzce Üniversitesi Hukuk Müşavirliği	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

*:Toplantıda Bulunma

Etik Kurul Başkanının

Unvanı: Doç.Dr.Gülbin SEZEN

İmza:

[Empty box for signature]

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

Ek 5: Etik Kurul Onayı (Devam)

DÜZCE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN SAĞLIK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Türkiye'de En Çok Kullanılan Dört Modern Aile Planlaması Yönteminin Kadının Cinsel Yaşamına Etkisi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	
ETİK KURULUN ADI	Düzce Üniversitesi
AÇIK ADRESİ:	Düzce Üniversitesi
TELEFON	
FAKS	
E-POSTA	

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Dr.Öğr.Üyesi Hacer GÜLEN SAVAŞ			
	YARDIMCI ARAŞTIRMACILAR UNVANI/ADI/SOYADI	Hemşire Rabia DEVECİ			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Hemşirelik			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü			
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI				
	DESTEKLEYİCİ				
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>		
FAZ 3		<input type="checkbox"/>			
FAZ 4		<input type="checkbox"/>			
Gözlemsel ilaç çalışması		<input type="checkbox"/>			
Tıbbi cihaz klinik araştırması		<input type="checkbox"/>			
İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları		<input type="checkbox"/>			
İlaç dışı klinik araştırma		<input type="checkbox"/>			
Diğer ise belirtiniz ****					
TEK MERKEZ		ÇOK MERKEZLİ	ULUSAL	ULUSLARARASI	

DEĞERLEN DİRLEN BİLGİLER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ				Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU				Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>

Etik Kurulu Başkanının



Doç.Dr.Gülbin SEZEN

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

Ek 6: Bilgilendirilmiş Onam Formu

Sayın Katılımcı:

Bu katıldığınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı " **Türkiye’de En Çok Kullanılan Dört Modern Aile Planlaması Yönteminin Kadının Cinsel Yaşamına Etkisi** "dir. Bu araştırmanın amacı, Türkiye’de en çok kullanılan dört modern aile planlaması yönteminin, kadının cinsel yaşamını hangi yönde ne kadar etkilediğini belirlemektir .Bu araştırmada veriler anket formu ile yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak uygulanacaktır. Bu araştırmada yer almanız öngörülen süre 20 dakikadır. Bu araştırmada sizin için herhangi bir risk söz konusu değildir. Araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme ve hiçbir ücret istenmeyecektir. Araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun ya da diğer rahatsızlıklarınız için her zaman 05437343055 no’ lu telefondan Rabia Deveci’ ye ulaşabilirsiniz.

Araştırmamıza **gönüllü katılımınız** esastır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır..

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 tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz (tedavinin gizli olması durumunda, gönüllüye kendine ait tıbbi bilgilere ancak verilerin analizinden sonra ulaşabileceği bildirilmelidir).

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri 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 söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

Gönüllünün, Adı-Soyadı: Adresi: Tel.-Faks: Tarih ve İmza:	Açıklamaları yapan araştırmacının, Adı-Soyadı: Rabia DEVECİ Görevi: Hemşire Adresi: <input type="text"/> Hastanesi Adapazarı\ Sakarya Tel.-Faks: <input type="text"/> Tarih ve İmza:
Velayet veya vesayet altında bulunanlar için veli veya vasinin, Adı-Soyadı: Adresi: Tel.-Faks: Tarih ve İmza:	Olur alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin/görüşme tanığının, Adı-Soyadı: Görevi: Adresi: Tel.-Faks: Tarih ve İmza:

Ek 7: Güç Analizi

Test family	Statistical test	
F tests	ANOVA: Fixed effects, omnibus, one-way	
Type of power analysis		
A priori: Compute required sample size - given α , power, and effect size		
Input Parameters		
Determine =>	Effect size f	0.25
	α err prob	0.05
	Power (1- β err prob)	0.80
	Number of groups	4
Output Parameters		
	Noncentrality parameter λ	11.2500000
	Critical F	2.6559389
	Numerator df	3
	Denominator df	176
	Total sample size	180
	Actual power	0.8039869

Kadınların dört modern aile planlaması yöntemi bakımından Kadın Cinsel İşlev Ölçeği farklılıklarını incelerken Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) kullanılacağı öngörülmüştür ve bu sonuçlar üzerinden güç hesaplanmıştır. Etki genişliği 0,25 (optimum etki genişliği) ve anlamlılık düzeyi 0,05 alındığında toplam 180, her grupta 45'er kadın ile %80,3 güç sağlanacağı ön görülmüştür. Bu güç %80'in üzerinde olduğu için yeterlidir. Güç analizi G*Power paket programı üzerinden hesaplanmıştır.

9. ÖZGEÇMİŞ

Rabia DEVECİ, [] yılında [] ilinde doğmuştur. DEVECİ, ilkokul eğitimini 1998-2003 yılları arasında Nevşehir Sadık Köyü İlköğretim Okulu'nda, orta öğretimini ise 2003-2006 yılları arasında; lise eğitimini, 2006-2010 yılları arasında tamamlamıştır. Araştırmacı, lisans eğitimine 2010 yılında başlamış ve 2014 yılında Hemşire unvanı ile mezun olmuştur. Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yaklaşık üç yıl hemşire olarak görev yapmıştır. DEVECİ, hemşirelik görevini Nevşehir Devlet Hastanesi'nde devam ettirmektedir. Araştırmacı, 2017 yılında yüksek lisans eğitimine başlamış olup eğitime devam etmektedir.

