

**BEZMİALEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**KONTRASEPTİF YÖNTEM KULLANIMININ BİREYİN CİNSEL
FONKSİYONUNA ETKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Damla ALKAN

Hemşirelik Anabilim Dalı

Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Nesrin İLHAN

OCAK 2020

**BEZMİALEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**KONTRASEPTİF YÖNTEM KULLANIMININ BİREYİN CİNSEL
FONKSİYONUNA ETKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**Damla ALKAN
(161105006)**

Hemşirelik Anabilim Dalı

Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Nesrin İLHAN

OCAK 2020

Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nün 161105006 numaralı Yüksek Lisans Öğrencisi Damla ALKAN, ilgili yönetmeliklerin belirlediği gerekli tüm şartları yerine getirdikten sonra hazırladığı "KONTRASEPTİF YÖNTEM KULLANIMININ BİREYİN CİNSEL FONKSİYONUNA ETKİSİ" başlıklı tezini aşağıda imzaları olan jüri önünde başarı ile sunmuştur.

Tez Danışmanı : **Dr. Öğr. Üyesi Nesrin İLHAN**
Bezmialem Vakıf Üniversitesi

Jüri Üyeleri :

Teslim Tarihi : **23 Aralık 2019**
Savunma Tarihi : **2020**



Aileme

ÖNSÖZ

Yaşamımın her döneminde olduğu gibi eğitim hayatım boyunca da yanımda olan, maddi ve manevi desteklerini esirgemeyen anneme, babama ve kardeşime,

Tez çalışmam sürecinde bilgi birikimini benimle paylaşan, verdiği öneriler ile çalışmama yön veren danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Nesrin İLHAN'a, yüksek lisans eğitimim boyunca her konuda destek olan, değerli bilgilerini ve tecrübelerini benimle paylaşan, yol gösteren, tezimin ön proje aşamasından başlayarak belirli süre tezimi birlikte yürüttüğüm ilk tez danışmanım olan değerli hocam Prof. Dr. Anahit M. COŞKUN'a,

Ayrıca bu süreçte tüm desteği ile yanımda olan ve çalışmama yardım eden Ahmet UYANIK'a, veri toplama sürecinde yardımlarını esirgeyemeyen değerli meslektaşlarıma, çalışmama katılmayı kabul eden katılımcılara teşekkür ederim.

Aralık 2019

Damla Alkan
(Hemşire)

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda 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 çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Damla ALKAN



İÇİNDEKİLER

Sayfa

ÖNSÖZ	v
BEYAN	vi
İÇİNDEKİLER	viii
KISALTMALAR	ix
TABLO LİSTESİ	x
ÖZET	xii
SUMMARY	xiv
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
1.1 Problemin Tanımı ve Amacı	1
2. GENEL BİLGİLER	7
2.1 Aile Planlamasının Tanımı, Kapsamı ve Tarihsel Süreç	7
2.2 Aile Planlaması Danışmanlığı.....	12
2.3 Aile Planlaması Yöntemleri ve Kullanımı	14
2.3.1 Hormonal yöntemler	14
2.3.1.1 Kombine oral kontraseptifler (KOK).....	14
2.3.1.2 Mini haplar	15
2.3.1.3 Enjekte edilen kontraseptifler	15
2.3.1.4 Deri altı implantlar.....	16
2.3.1.5 Vajinal halka	17
2.3.2 Rahim içi araç (RİA).....	17
2.3.3 Bariyer yöntemler.....	18
2.3.3.1 Kondom.....	18
2.3.3.2 Spermisitler.....	18
2.3.3.3 Diyafram ve servikal başlık	19
2.3.4 Cerrahi yöntemler.....	19
2.3.4.1 Tüp ligasyon.....	19
2.3.4.2 Vazektomi	19
2.3.5 Geleneksel/ doğal yöntemler.....	20
2.3.5.1 Geri çekme.....	20
2.3.5.2 Laktasyonel amenore yöntemi (LAM).....	20
2.3.5.3 Servikal mukus yöntemi (Billings Ovülasyon Metodu-BOM).....	21
2.4 Cinsel Sağlık.....	21
2.5 Cinsel Eylem Fizyolojisi.....	24
2.5.1 Uyarılma fazı.....	25
2.5.2 Plato fazı.....	26

2.5.3 Orgazm fazı.....	27
2.5.4 Çözülme fazı	27
2.6 Kontraseptif Yöntemlerin Bireyin Cinsel Fonksiyonuna Etkisi	28
3. GEREÇ ve YÖNTEM.....	33
3.1 Araştırmanın Tipi	33
3.2 Araştırmanın Evreni.	33
3.3 Araştırmanın Örneklemi.....	33
3.4 Veri Toplama Araçları... ..	34
3.4.1 Bağımlı değişkenler.	37
3.4.2 Bağımsız Değişkenler.....	37
3.5 Verilerin Toplanmasında İzlenecek Yol.....	37
3.6 Araştırmanın Etik Boyutu.....	37
3.7 Verilerin Değerlendirilmesi	38
4. BULGULAR	39
5. TARTIŞMA	89
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	100
KAYNAKLAR	105
EKLER.....	112
ÖZGEÇMİŞ.....	141

KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
AÇSAP	: Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Hizmetleri
AP	: Aile Planlaması
BOM	: Billings Ovülasyon Metodu
CEDAW	: Kadına Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Sözleşmesi
CYBE	: Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar
CYBH	: Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
FDA	: Food and Drug Administration
FSFI	: Female Sexual Function Index (Kadın Cinsel İşlev Ölçeği)
FSH	: Folikül Stimulan Hormon
ICPD	: International Conference on Population and Development
IIEF	: International Index of Erectile Function
KOK	: Kombine Oral Kontraseptif
LAM	: Laktasyon Amenore Metodu
LH	: Lutenizan Hormon
MSS	: Merkezi Sinir Sistemi
PIH	: Pelvik İnflamatuvar Hastalığı
RIA	: Rahim İçi Araç
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları
TUEK	: Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulu
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü

TABLO LİSTESİ

Sayfa

Tablo 4.1 : Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri	41
Tablo 4.2 : Kadınların Obstetrik Özellikleri	43
Tablo 4.3 : Erkeklerin Çocuk Sahibi Olma Durumu.....	44
Tablo 4.4: Katılımcıların Aile Planlaması (AP)Yöntemlerine İlişkin Bilgi Durumları	45
Tablo 4.5 : Son Üç Ayda Kullanılan Modern ve Geleneksel Yöntemlerin Cinsiyete Göre Dağılımı.....	46
Tablo 4.6 : Son Üç Ayda Kullanılan Kontraseptif Yöntemlerin Cinsiyete Göre Dağılımı	46
Tablo 4.7 : Katılımcıların Kullandıkları AP (Aile Planlaması) Yönteminden Memnuniyet Durumu.....	47
Tablo 4.8 : Katılımcıların Cinsel Yaşama İlişkin Görüşleri.....	48
Tablo 4.9 : Kadınların Cinsel İşlev Ölçeği (IFSF) Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları.....	50
Tablo 4.10 : Kadın Cinsel İşlev Ölçeği Skoru	51
Tablo 4.11 : Kadınların Yaş Gruplarına Göre Kadın Cinsel İşlev Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	52
Tablo 4.12 : Kadınların Eğitim Durumuna Göre Kadın Cinsel İşlev Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	54
Tablo 4.13 : Kadınların Eşlerinin Eğitim Durumuna Göre Kadın Cinsel İşlev Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	56
Tablo 4.14 : Kadınların Çalışma Durumuna Göre Kadın Cinsel İşlev Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmaları	58
Tablo 4.15 : Kadınların Gelir Düzeyine Göre Kadın Cinsel İşlev Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	59
Tablo 4.16 : Kadınların Aile Yapısına ve Yaşamının En Uzun Bölümünü Geçirdiği Bölgeye Göre Kadın Cinsel İşlev Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	60
Tablo 4.17 : Kadınların Cinsel Yaşama İlişkin Görüşlerine Göre Kadın Cinsel İşlev Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	63
Tablo 4.18 : Kullanılan Kontraseptif Yöntemlere Göre Kadınların Cinsel İşlev Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	67
Tablo 4.19 : Modern ve Geleneksel Yöntem Kullanımına Göre Kadınların Kadın Cinsel İşlev Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması	68
Tablo 4.20 : Kadınların Kontraseptif Yöntem Memnuniyetine Göre Kadın Cinsel İşlev Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	70
Tablo 4.21 : Erkeklerin Uluslararası Eretil İşlev Formu Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları.....	73
Tablo 4.22 : Erkeklerin Yaş Gruplarına Göre Uluslar Arası Eretil İşlev Formu Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	74

Tablo 4.23 : Erkeklerin Eğitim Durumuna Göre Uluslar Arası Eretil İşlev Formu Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	75
Tablo 4.24 : Erkeklerin Eşlerinin Eğitim Durumuna Göre Uluslar Arası Eretil İşlev Formu Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	76
Tablo 4.25 : Erkeklerin Çalışma Durumuna Göre Uluslar Arası Eretil İşlev Formu Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	77
Tablo 4.26 : Erkeklerin Gelir Düzeyine Göre Uluslar Arası Eretil İşlev Formu Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	78
Tablo 4.27 : Erkeklerin Aile Yapısına ve Yaşamının En Uzun Bölümünü Geçirdiği Bölgeye Göre Uluslar Arası Eretil İşlev Formu Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	79
Tablo 4.28 : Erkeklerin Cinsel Yaşama İlişkin Görüşlerine Göre Uluslar Arası Eretil İşlev Formu Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	81
Tablo 4.29 : Kullanılan Kontraseptif Yöntemlere Göre Erkeklerin Uluslar Arası Eretil İşlev Formu Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	84
Tablo 4.30 : Modern ve Geleneksel Yöntem Kullanımına Göre Erkeklerin Uluslar Arası Eretil İşlev Formu Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	86
Tablo 4.31 : Erkeklerin Kontraseptif Yöntem Memnuniyetine Göre Uluslar Arası Eretil İşlev Formu Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	87

KONTRASEPTİF YÖNTEM KULLANIMININ BİREYİN CİNSEL FONKSİYONUNA ETKİSİ

ÖZET

Bu araştırma, kontraseptif yöntemlerin bireylerin cinsel fonksiyonuna etkisini belirlemek amacıyla kesitsel olarak gerçekleştirildi. Bu çalışma İstanbul Avrupa Yakasında bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinin Kadın Hastalıkları Polikliniğine başvuran evli kadınlar arasından çalışma kriterlerine uyan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 350 kadın ile aynı hastanenin Göz Polikliniğine başvuran evli erkekler arasından çalışma kriterlerine uyan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 150 erkek olmak üzere toplamda 500 kişi ile gerçekleştirildi. Araştırmanın verileri; Tanıtıcı bilgi formu, Kadın cinsel işlev ölçeği (FSFI), Uluslar arası elektril işlev formu (IIEF) kullanılarak toplandı. Verilerin değerlendirilmesinde; frekans, yüzde, ortalama, standart sapma gibi tanımlayıcı istatistikler ile Mann Whitney U testi ve Kruskal Wallis testleri kullanıldı. Araştırmaya katılan kadınların %45,7' sinin 29-39 yaş arasında, % 75,4'ünün ilk ve orta öğretim mezunu, erkeklerin %56,7'sinin 29-39 yaş grubunda, %68,6'sının ilk ve orta öğretim mezunu olduğu saptandı. Kadın cinsel işlev ölçeği toplam puan ortalaması $18,28 \pm 3,87$ olup, kadınların %89,7'sinde cinsel işlev bozukluğu olduğu belirlendi. Erkeklerin Uluslar Arası Eretil İşlev Formu puanı ortalaması $61,40 \pm 13,38$ olup, puan ortalamasına göre erkeklerde erektile disfonksiyon olmadığı belirlendi. Kadınların en az üç ayda çift olarak kullandıkları kontraseptif yöntemin en fazla %29,4 ile geri çekme, erkeklerin ise %38,7'i le kondom olduğu belirlendi. Kadınların %82,3'ü, erkeklerin ise %83,3'ü kullandığı yöntemin cinsel yaşamını olumlu yönde etkilediğini ifade etti. Geri çekme yöntemini kullananlarda kadınların uyarılma durumu, aylık iğneyi kullananlardan yüksek bulundu. Erkeklerde ise kondom ile korunanların cinsel istekleri, geri çekme ve eşleri mini hap kullanan erkeklerden yüksek bulundu. Çalışmada modern yöntemleri kullanan kadınların geleneksel yöntem kullananlara göre cinsel istek, uyarılma, doyumlarının daha iyi, ağrılarının daha az olduğu, geleneksel yöntem ile korunan erkeklerin cinsel isteklerinin modern yöntem ile korunan erkeklerden yüksek olduğu saptandı. Kadınların yaş, eğitim durumu, eş eğitimi, çalışma durumu, aile yapısı, en uzun yaşadığı yer, eş ile iletişimin, cinsel ilişki sıklığının, eş ile cinselliği konuşabilme durumunun, kullanılan kontraseptif yöntemin ve kontraseptif yöntemden memnuniyet durumunun cinsel

fonksiyonlarını etkilediği belirlendi. Erkeklerin eş eğitiminin, eş ile iletişiminin, cinsel ilişki sıklığının, eşi ile cinselliği konuşabilme durumunun, kullanılan kontraseptif yontemin ve kontraseptif yontemden memnuniyet durumunun cinsel fonksiyonlarının etkilediği belirlendi.

Anahtar Kelimeler: Kadın cinsel fonksiyonu, erkek cinsel fonksiyonu, kontraseptif yontemler, FSFI, IIEF



THE EFFECT OF THE USE OF CONTRACEPTIVE METHOD ON THE SEXUAL FUNCTION OF THE INDIVIDUAL

SUMMARY

This study was carried out cross-sectionally to determine the effect of contraceptive methods on sexual function of individuals. The study has been made between 350 married women who applied polyclinic of gynecology and 150 men who applied ophthalmology clinic at one of the Research Hospital European side of Istanbul city. Inputs of this study have been collected by using the following methods; Introductory information form, Female Sexual Function Scale (FSFI), International electrical function form (IIEF).

Frequency, percentage, average, standard deviation as well as Mann Whitney U test and Kruskal Wallis tests have been used at evaluation stage of these inputs. The %45.7 percentage of the women who have participated the study was between 29-30 years old ages, %75,4 primary and secondary school degree, the %56,7 percentage of the men who have participated the study was between 29-39 years old ages, %68,6 primary and secondary school degree.

The average score of sexual function scale for women was $18,28 \pm 3,87$, sexual dysfunction has been detected among %89,7 percent of the women.

The average mean score of the Men's International Erectile Function Form was $61,40 \pm 13,38$, according to mean average of the score, No sexual dysfunction has been detected among the mens.

The most used contraceptives method with percent of %29,4 among the women in at least 3 months is withdrawall, and it is condom among the men with the percent of %38.7.

The %82,3 percent of the women, and %83,3 of the men have declared that contraceptives methods that they have been using influenced positively their sexual lifes. The sexual arousal state of the women who have been using withdrawall method was seen higher than those who have been using monthly needle. The sexual desire among the men who have been using condom was seen higher than those who have been using withdrawall and their wives have been using mini pills. More sexual desire, more sexual arousal, and less painful sexual intercourse was seen among the woman who have been using modern methods compared with traditional methods. The more sexual desire was seen among the men who have been using traditional methods

compared with modern methods. Among the women It was resulted that age, educational status, partner education, working status, family structure , the place long lived, communication with partner, and frequency of sexual intercourse are affecting sexual functions. Among the men it was resulted that, partner education, communication with partner, frequency of sexual intercourse, talking sexuality with partner, the contraceptive method used, and satisfaction with the contraceptive method are effecting sexual functions.

Keywords: Female sexual function, male sexual function, contraceptive methods, FSFI, IIEF



1.GİRİŞ ve AMAÇ

1.1 Problemin Tanımı ve Önemi

Aile planlaması (AP), bireylerin sosyal, psikolojik, ekonomik durumlarını da ele alarak uygun doğum aralıkları ile istedikleri zaman ve istedikleri sayıda çocuk sahibi olmalarını sağlayan ve infertil çiftlerin çocuk sahibi olmasına yönelik yapılan uygulamaları kapsamaktadır [1]. Dünya sağlık örgütü (DSÖ) aile planlamasını, ailelerin sağlığını daha iyi düzeye getirerek ülkenin ekonomik gelişmesine katkıda bulunmak için birey ya da aile tarafından benimsenmiş bir yaşam biçimidir” şeklinde tanımlamıştır [2]. Çetışli ve arkadaşları ise, aile planlamasını, “istenmeyen gebelikleri önleyerek anne ve çocuğun dolayısıyla da toplumun sağlığının yükseltilmesinde etkili olan bir sağlık hizmetidir” biçiminde tanımlamıştır [3].

Aile planlaması hizmetleri, çocuk sayısını sınırlamadığı gibi istenmeyen gebelikleri önlemek üzere çiftlere gebelikten korunma yöntemleri sunarken aynı zamanda çocuk sahibi olamayan ailelere de yardımcı olmayı hedeflemekte ve bireylerin cinselliği rahatça yaşamalarına olanak sağlamaktadır. Aile planlaması hizmetlerinden yararlanamama durumu, istenmeyen gebelik sayısını dolayısıyla da düşük sayısını arttırarak anne ölümlerinde artışa neden olabilmektedir. Bu sonuç, aile planlaması hizmetlerinin önemini ve gerekliliğini bir kez daha gözler önüne sermektedir [4,5]. O halde etkin ve kişiye/çifte özel ve en uygun yöntem seçimi, kullanım memnuniyetini arttıracak gibi yöntemin yaygınlaşması ve sürekliliğini de sağlaması açısından önemli olmaktadır. Çiftin ihtiyaçları, istekleri, beklentileri, sağlık ve sosyoekonomik durumu dikkate alınarak verilen kapsamlı danışmanlık hizmeti, yöntemin kullanım etkinliğini ve başarısını arttıracaktır.

Aile planlaması hizmetlerinin temel amacı, anne ve çocuk, dolayısıyla toplum sağlığını korumaktır. Sık aralıklarla ve çok sayıda doğum yapmanın önlenmesi bile çoğu kez tek başına kadın sağlığının korunmasında önemli bir adım olabilmektedir. Doğum aralığını düzenlemek, kadının fizyolojik açıdan doğum öncesi haline dönmesine fırsat vererek anne ve çocuk ölümlerini azaltacak ve daha sağlıklı anne

dolayısıyla da sağlıklı çocuk ve toplum oluşmasına katkı sağlayacaktır. Aile planlaması hizmetlerinin yararları, aşağıdaki gibi özetlenebilir [1,6] ;

- Sık aralıklarla ve çok sayıda doğumu önler,
- İstenmeyen gebelik ve düşükleri engeller,
- Riskli gebelik oluşumunu önler,
- Kadının bedenen ve ruhen sağlıklı olmasına katkı sağlar,
- Sosyoekonomik ve kültürel açıdan ülke gelişimine katkı sağlar,
- Toplumun yaşam kalitesini yükseltir.

Aile planlamasının önemini ortaya koyabilmek tarihsel sürecini bilmekle mümkündür. Doğum kontrol yöntemlerinin temeli, ilk çağlara dayanmaktadır. İnsanlar doğumların cinsel birleşme ile olduğunu fark ettiklerinde, korunmak için yöntem arayışına girmişlerdir. Mısır yazıtlarında, gebeliği önlemek üzere tampona benzer malzemelerin kullanıldığından söz edilmektedir. Yine Arap kervancılarının uzun yolculuklarda develerin gebeliklerini önlemek için rahim içine çakıl taşı yerleştirdikleri bilinmektedir. Bu uygulama, günümüzdeki Rahim İçi Araç'ın (RİA) temelini oluşturmuştur. Peser çok eski tarihlerden beri çeşitli kültürlerde kullanılan bir yöntem olmuştur. Peserler timsah ve fil dışkıları ile çeşitli kabuklu bitkilerin birlikte kullanılması ile oluşturulmuştur. Peser vücut sıcaklığıyla yumuşayarak serviksten sperm geçişini önlemektedir. Bunlardan farklı olarak aynı etkiyi saptamak amacıyla Japonlar bambudan kağıtlar, Müslümanlar palmiye yapraklarını peser amacıyla kullanmışlardır [6,7]. Kondom kullanımı, 1600'lü yıllara dayanmakla birlikte 1800'lü yıllarda yaygın kullanılmaya başlanmıştır. Spermisitlerin kullanımı da benzer olarak 1800'lü yılların başına rastlamaktadır. Doğum kontrol haplarının kullanılmaya başlanması, 1900'lü yılların başında fizyoloji profesörü Ludwig Haberlandt'ın bazı farmakolojik ajanların gebeliği önlemede etkili olduğunu kanıtlamasıyla olmuştur. 1960 yılından itibaren ABD'de östrojen ve progesteron içeren bu hapların kullanımı onaylanmış ve içerdiği hormon düzeyleri en aza indirilerek güvenle kullanılabilir hale gelmiştir [7]. 1991 yılı itibariyle hükümetlerin doğrudan aile planlaması uygulamasına yer verdiği görülmüştür. Aynı yıllarda gebeliği önlemek için yöntem kullanma oranının dünyada % 61, az gelişmiş ülkelerde % 24, gelişmekte olan ülkelerde % 59, gelişmiş ülkelerde ise % 72 olduğunu bildirilmiştir [8].

Türkiye’de aile planlamasının tarihsel gelişimi, cumhuriyetin kurulmasından sonra nüfus politikaları belirlenmeye başlamıştır. Kurtuluş Savaşı’nda verilen kayıplar nedeniyle bu politika, öncelikle nüfusu arttırma (pronatalist) yönünde olmuştur. 1950-1965 yılları arasında hızlı nüfus artışıyla birlikte yasal olmayan düşükler ve anne ölümleri artmaya başlayınca doğurganlığı düzenlemek amacıyla antenatalist bir politika benimsenmeye başlanmıştır. Bu nedenle Ülkemizde aile planlaması yöntemlerinin sunumu ve kullanımı, 557 sayılı “Nüfus Planlaması Hakkındaki Kanun” ile 1965 yıllarından sonra olmuştur [1,9-11]. Bu yasa ile aile planlaması yöntemlerinin sunumu, danışmanlık hizmetleri, tıbbi nedenlerle rahim tahliyesi yasal hale gelmiştir [8,11,12]. Bu sayede kontraseptif yöntem kullanımı artmış ve istenmeyen gebelikler bir ölçüde önlenmiştir. Ancak zamanla bu yasa, sosyal gerekçeler ve sağlıksız, kötü koşullarda yapılan kürtajları önlemede yetersiz kalmış ve anne ölümleri artmaya devam etmiştir. Bu nedenle 1983 yılında 2827 Sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun yürürlüğe girmiştir. Bu sayede ülkemizde “sterilizasyon veya kastrasyon” ile “sosyal gerekçelerle onuncu gebelik haftasına kadar gebeliğin sonlandırılması” yasal hale gelmiş ve kadının üreme sağlığı güvence altına alınmıştır. Ayrıca Ülkemizde “Ana-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması (AÇSAP)” hizmetlerinin merkez ve taşra teşkilatları yapılandırılmıştır [1,13].

Günümüzde aile planlaması yöntemleri, çeşitlilik göstermektedir. Kadınlar için kullanılan tıbbi yöntemler arasında kombine oral kontraseptifler (KOK), mini haplar, aylık ve üç aylık enjekte edilen hormonal kontraseptifler, RİA, deri altı implantlar, tüp ligasyon, vajinal halka, kadın kondomu, servikal başlık, spermisitler yer almaktadır. Erkekler için kondom ve vazektomi seçenekleri söz konusu iken geleneksel yöntemlerden “geri çekme” de yüksek oranda kullanılmaktadır.

Kontraseptif yöntem kullanımı, ülkenin gelişmişlik düzeyi ile doğrudan ilişkilidir. Gelişmiş ülkelerde kontraseptif yöntem kullanımı ile istenmeyen gebelikler önlenirken gelişmemiş ve/veya gelişmekte olan ülkelerde doğurganlık düzeyi artışı sürdürmektedir. Dünya sağlık örgütü’nün (WHO) 2017 Dünya Sağlık İstatistikleri Raporu’na göre, dünyada modern yöntem kullanımı %95.5 oranıyla 1.sırada Fransa, %89.3 ile 2. sırada Kanada yer alırken; %12.9 ile Arnavutluk , % 5.6 ile Güney Sudan son sırada yer alan ülkeler arasında bulunmaktadır. Türkiye 2013 Türkiye nüfus ve sağlık araştırmaları (TNSA) verilerine göre; yöntem kullanma yaygınlığı açısından tüm kadınların %51’i herhangi yöntem, %33.2’si herhangi bir

modern yöntem, %17.8'i herhangi bir geleneksel yöntem kullanırken modern (tıbbi) yöntemler arasında %11.8 ile RİA, geleneksel yöntemler arasında ise %17.5 ile geri çekme ilk sırada yer almaktadır. Aynı verilere göre herhangi bir modern yöntem kullanımı açısından kent-kır ve bölgeler arasında önemli farklılıklar vardır. Kırsal yörelerde ve ülkemizin Kuzey, Orta ve Güneydoğu Anadolu bölgelerinde herhangi bir modern yöntem kullanma oranı hayli düşüktür. Yöntem kullanım kadınının eğitim düzeyinden de etkilenmektedir. Lise ve üzeri eğitimi olan kadınlarda herhangi bir modern yöntem kullanımı %53.7 iken ilkokul mezunu ve eğitimi olmayan kadınlarda %36.4 olarak saptanmıştır [14].

Kontrasepsiyon, yalnızca fertilitiyi değil aynı zamanda çiftin cinsel yaşamı da etkiler. Cinsellik, ömür boyu duyguların, düşüncelerin, inançların ve yaşantıların paylaşıldığı bir süreçtir. DSÖ'ne göre; cinsellik, fiziksel, duygusal, sosyal yönlerin iletişim ve aşkı güçlendirici etkilerinin birleşimidir yani insanı sadece bedensel değil; duygusal, düşünsel, toplumsal bütünlüğü sağlayan, kişilik gelişimi, iletişim ve sevginin paylaşımını olumlu yönde zenginleştiren ve arttıran sağlıklı halidir. Cinsel sağlık ise, cinsel bir varlık olan insanın sadece bedensel değil; duygusal, düşünsel ve toplumsal bütünlüğünü sağlayan, kişilik gelişimi, iletişim ve sevginin paylaşımını olumlu yönde zenginleştiren ve arttıran sağlıklı ve iyi olma halidir [15]. Cinselliğin, herhangi bir zorlama ya da şiddet ve ayrımcılık olmadan, tüm haklara saygılı, bedensel, duygusal ve sosyal açıdan zarar görmeden, güvenli ve sorumlu biçimde yaşanması önemlidir. Cinsel yaşam, çiftin kültürel durumu, inançları, bireysel özellikleri, fiziksel ve psikolojik sağlık durumu, kullanılan ilaçlar vb. durumlardan etkilenebilmektedir [16-18]. Aile planlaması ve cinsellik birbirinden ayrı düşünülmez. Bilindiği gibi cinsel yaşam, sadece üreme amacıyla gerçekleştirilmemektedir. Doyurucu ve güvenli, karşılıklı saygı ve sevgi temelinde yaşanan bir cinsel yaşam, çiftin mutluluğunu ve birlikteliğini pekiştirir. Böylece cinsellik, yaşamı mutlu eden ve renklendiren bir fonksiyon haline dönüşür. Bireyin cinsel yaşamı değerlendirilirken kullandığı aile planlaması yöntemi göz ardı edilmemelidir. Kullanılan yöntemlerin cinselliğe olumlu ya da olumsuz etkileri bulunabilmektedir [18]. Özellikle etkin kontraseptif yöntem kullanımı ile gebe kalma/bırakma korkusu olmadan doyurucu bir cinsel yaşam sağlanabilir. Bu noktada doğru yöntem seçimi önem kazanmakta bu da ancak iyi bir danışmanlık ile mümkün olmaktadır. Danışmanlık kapsamında personelin zamanı doğru ayarlayabilmesi, kadın-erkek üreme sağlığı ve cinselliğin

tanımından başlayarak kontraseptif yöntemleri tüm yönleriyle ele alması kontraseptif yöntem kullanımındaki gecikmelerin önüne geçmekle birlikte uzun süreli kullanımı sağlamış olacaktır [17].

Literatürde kontraseptif yöntemlerin cinsel yaşama etkilerini inceleyen çalışmalar mevcuttur. Koç'un 2009 yılında İstanbul'da gerçekleştirdiği '*Aile planlaması yöntemi olarak eşleri geri çekme yöntemi uygulayan kadınların cinsel fonksiyonları ve danışmanlık gereksinimlerinin belirlenmesi*' başlıklı çalışmasında, kadınların en fazla gebe kalma endişesi yaşadığı yöntemin, % 60.4 oranıyla geri çekme yöntemi olduğu belirlenmiştir. Aynı çalışmada bu yöntemin, kadınların %47.3'ünde haz almayı engellediği ve sinirliliğe neden olduğu, erkeklerin %62.6'sında ise bel ağrısı, haz alamama ve sinirlilik gibi sorunlara yol açtığı bildirilmiştir [19]. KOK için bazı çalışmalarda cinsel ilgi ve fantezilerde olumlu yönde değişim sağlandığı vurgulanırken bazılarında libidoyu azaltması nedeniyle cinsel yaşamı olumsuz etkilediği belirtilmektedir [16,17]. Sanders ve arkadaşları 2001 yılında 79 kadın ile yürüttükleri çalışmada, KOK kullanan kadınların %87'sinde cinsel istekte azalma olduğu bu nedenle KOK'un cinsel yaşamı olumsuz etkilediği, cinsel ilgiyi azalttığı belirtilmiştir [20]. Öztürk'ün 2009 yılında Afyonkarahisar'da yaptığı çalışmada, 16 kadından 6'sının KOK kullanımını kolay, 10'unun güvenilir bulduğu bildirilmiştir [1]. Bilimsel açıklamalar, KOK'larda bulunan östrojenin, testosteron düzeyini düşürdüğü ve bunun da dolaylı olarak libidoyu azalttığı yönünde olmuştur. Hormon içermeyen RİA'ların, cinsel yaşamı kesintiye uğratmadığı gibi libido üzerinde de olumsuz etki yaratmadığı, ancak kramp ve uzun süreli kanamaya neden olduğu için dolaylı olarak cinselliği etkilediği belirtilmektedir. Erkek kondomunun, cinsel ilişkiyi kesintiye uğratması nedeniyle zevk almayı engellediği şeklinde olumsuz yönlerinden söz edildiği halde erken boşalmayı önlemesi, vajinada kayganlaştırıcı etkiye sahip olması gibi olumlu yönleri de vurgulanmaktadır. Sonuç olarak kontraseptif yöntem kullanımında en önemli nokta, yöntemin iyi bir danışmanlıkla seçilmiş ve çifte özel olmasıdır [16-19,21,22].

Danışmanlıkta sağlık personelinin dikkat etmesi gereken konulardan ilki, kendi cinsel değerlerinin farkında olması ve yargılayıcı tavır sergilememesi, ikincisi ise, cinsellikle ilgili kapsamlı bilgi birikimine sahip olması ve bu konuda başvuranla rahatça konuşabilmesidir. İletişimin etkili olabilmesi amacıyla danışman uygun ortamı ayarlamalı ve mahremiyete özen göstererek gizliliği sağlamalıdır. İletişime başlama

aşamasında danışman kendini tanıtmalı devamında başvurana yönelteceği soruları genelden özele olacak şekilde yöneltmelidir. İletişim sırasında bireyin korku ve endişeleri göz önünde bulundurularak soruları yanıtlanmalı ve danışman yargılayıcı tavırlardan uzak durmalıdır. Bireyin cinsel geçmişi, ilişkileri, deneyimleri, davranışları ile ilgili cinsel işlevlere ilişkin öykü almalı, bireyin özelliklerini de göz önünde bulundurarak cinsel işleve yönelik sorunlarını tartışmaya izin vermeli, mevcut ya da olası cinsel sorunları tanımlamalıdır. Bireyi her yönüyle değerlendirebilmek ve bu doğrultuda gerekli olan bilgileri aktarmak yanlış ya yetersiz bilgi nedeniyle ortaya çıkabilecek cinsel sağlık sorunlarını da önleyebilmekte ve erken dönemde kontraseptif yöntem kullanımını sağlamaktadır [16,22].

Sonuç olarak, aile planlaması yöntemleri ve cinsel sağlık bir bütün olarak ele alınması gereken ve birbirini tamamlayan unsurlardır. Bu nedenle bütünsel yaklaşım ile değerlendirilmelidir. Bu çalışma, kontraseptif yöntem kullanımının bireyin cinsel fonksiyonuna etkisini araştırmak amacıyla gerçekleştirilmiştir. Elde edilen sonuçların aile planlaması hizmetlerine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Araştırma Soruları

- Kadınların sosyodemografik, obstetrik, cinsel yaşam ile ilgili özellikleri cinsel fonksiyonlarını etkiler mi?
- Kullanılan kontraseptif yöntemler, kadının cinsel fonksiyonunu ne düzeyde etkiler?
- Erkeklerin sosyodemografik ve cinsel yaşam ile ilgili özellikleri cinsel fonksiyonlarını etkiler mi?
- Kullanılan kontraseptif yöntemler, erkeğin cinsel fonksiyonunu ne düzeyde etkiler?

2.GENEL BİLGİLER

2.1 Aile Planlamasının Tanımı, Kapsamı ve Tarihsel Süreç

Üreme Hakkı İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi'nden yirmi yıl sonra 1968'de Tahran'da yapılan konferansta ele alınmış ve şu şekilde açıklanmıştır; "*Ebeveynlerin dünyaya getirecekleri çocuk sayısı ve aralığı hakkında özgür ve sorumlu karar verme hakkı ve bu çerçevede yeterli bilgi ve eğitim alma hakları vardır.*" Bunun üzerine 1960 yıllarında nüfus artış hızını azaltmak amacıyla doğum kontrol yöntemleri geliştirilmeye başlanmış ve üreme hakkı yeniden ele alınmak üzere Tahran Konferansı'na taşınmıştır. Konferansta, gelişmiş ülkelerin kontraseptif yöntem kullanımı yaygınlaştırmak amacıyla diğer ülkelere baskı yaptığı, tek bir yöntem seçimine zorladığı, bu durumun da özgür ve sorumlu karar verme için engel oluşturduğu yönünde düşünceler gündeme gelmiştir. Yine hükümetlerin, üreme sağlığıyla ilgili tedbirler alması ön görülmüştür. Ancak bu tedbirlerin kim tarafından ve nasıl alınacağı açık belirtilmediği için kadın üreme haklarının ihlal edilmesine neden olmuştur. Bu ve benzeri sorunlara çözüm üretmek amacıyla 1974 yılında Bükreş'te gerçekleştirilen Dünya Nüfus Kalkınma Konferansı kapsamında, nüfus planlaması çalışmalarına önem verilmiştir. İlk yıllarda hedeflenen sonuçlara ulaşılamamış olsa da 1984 yılında Meksika'da Dünya Nüfus Konferansı ile nüfus planlaması programları değerlendirilmiş ve insan sağlığına önem veren bir yaklaşım benimsenmiştir. Bu kapsamda bireylerin üreme hakkını, özgürce ve kendi sorumluluğu altında kullanabilme olanağı sağlanmıştır. Böylece bireyin/ çiftin özgürce karar verme ve sorumluluk alma kavramı ön plana çıkmış ve bu yeni anlayışla birlikte sadece politik ve ekonomik nitelik taşıyan nüfus planlaması anlayışından aile planlaması kavramına geçilmiştir. Sağlıklı anne ve çocuğu hedefleyen "ana çocuk sağlığı ve aile planlaması" uygulamaları yaygınlaşmaya başlamıştır. Aile planlaması çalışmaları sırasında kadın hareketlerinin de ivme kazanması, kadınların kendi bedeni ve cinselliği üzerinde kontrol hakkını savunup kullanmasını kolaylaştırmıştır. 1975 yılında Meksika'da başlayan Uluslararası Kadın 10 Yılı Konferans dizisi, 1985'te Nairobi'de yapılan toplantı ile sona ermiş ve kadınların üreme konusunda bağımsız

karar verme hakkı tekrar gündeme gelerek savunulmuştur. Konferansta alınan en önemli iki karar, aşağıdaki gibi olmuştur;

“ Toplumsal eğitimin en önemli amaçlarından biri insanların fiziksel bütünlüğüne saygı duyulması gerektiğinin öğretilmesidir. İnsan şeref ve özgürlüğüne saygının en temel prensibi olarak, insan bedenine, ister kadın ister erkek olsun dokunulamaz.”

“ Tüm çiftler ve bireyler çocuk sahibi olup olmamaya, çocuk sayısı ve aralığına özgür ve sorumlu olarak karar verme hakkına sahiptir ve bunun için gerekli bilgi, eğitim ve araçları elde etme hakkına sahiptir. ”

On yıllık süre içerisinde 1979’da yayınlanan ve dünya ülkelerince imzalanan ‘Kadına Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi (CEDAW) Sözleşmesi’ ile de kadın ve erkeğin üreme konusunda eşit haklara sahip olduğu vurgulanmıştır [4,6,23,24].

1984’ de Mexico City’ de gerçekleştirilen Uluslararası Nüfus Konferansı’na göre aile planlaması; bireylerin istedikleri sayıda çocuğa sahip olmada doğum aralıklarını belirlemede kendi sorumluluklarında karar vermeleri ve bunu gerçekleştirmek için gerekli araçlara sahip olmaları olarak tanımlanmıştır [23]. Kahire’de 1994 yılında gerçekleştirilen International Conference on Population and Development’de (ICPD) doyurucu ve güvenli cinsel yaşamın üreme sağlığının bir parçası olduğuna değinilmiş ve bu tanım kapsamında aile planlaması yöntemlerine ulaşılabilirliğin de hak olduğu belirtilmiştir. Ayrıca üreme sağlığı ve kadınların bu konudaki konumunun iyileştirilmesi amaçlanmıştır. Hedeflenen çalışmalar 1995 yılına gelindiğinde Pekin’de yapılan 4. Dünya Kadın Konferansı’nda netleştirilmiş ve ülkelerin bu konuda yapması gereken düzenlemeler belirtilmiştir. Düzenleme kapsamında;

“Kadının insan hakları, cinsel sağlık ve üreme sağlığı dahil, cinsellikleriyle ilgili konularda kontrol sahibi olma, baskı, ayrımcılık ve şiddete maruz kalmadan özgürce ve sorumlulukla karar verme hakkını kapsar. Kadınlara erkek arasında cinsel ilişki ve üremeye yönelik konularda, eşit ilişki, kişinin bütünlüğüne tam saygı duymak dahil, karşılıklı saygı, anlayış ve cinsel davranış ile onun sonuçlarına ilişkin sorumlulukların paylaşılmasını gerektirir. ” ifadesi yer almaktadır.

Düzenlemelerin sonuçları 2000 yılında yapılan Pekin+5 Konferansında değerlendirilmiş ve Birleşmiş Milletler’e rapor sunulmuştur [4,24].

Sonuçta Pekin ve Kahire konferanslarında üreme sağlığı ve cinsel sağlığa ilişkin konulara yer verilmiş ve üreme sağlığı kapsamında kadınların doğum kontrol

yöntemleri hakkında yeterli bilgi, hizmet ve araca ulaşabilme hakkının olduğu vurgulanmıştır. İlgili konferansta kadının, kendisi için uygun yöntemi özgürce seçebilmesi, gebelik ve doğumun güvenli koşullarda sağlık bakım hizmetlerinden yararlanarak gerçekleştirmesi hakkı olduğu belirtilmiştir. Üreme sağlığı kavramı kapsamında, yalnızca doğum ve gebelik olarak ele alınmakla kalmayıp çiftin çocuk sayısına ve zaman aralıklarına özgürce karar verebilmesi, bunun için kullanacağı yöntemler hakkında yeterli bilgi alabilmesi ve yönetime ulaşabilmesi de yer almaktadır.

Belirtilen gelişim süreçlerinde yer alan aile planlaması kavramının temel amacı; anne, çocuk dolayısıyla toplumun sağlığını yükseltmektir. Kapsamında ise, doğumlar arasındaki süreyi düzenlemek, istenmeyen gebelikleri önlemek ya da gebeliği sonlandırmak, çocuk sahibi olmak için doğru zamana karar vermek ve infertil çiftlere çocuk sahibi olabilmeleri için yardım etmek yer almaktadır [6,23].

Tarihsel süreçte kontrasepsiyona ait ilk yazılı belge, M.Ö 2700 yılında Çin'deki tıp kitabında yer alan reçetelerdir. M.Ö 1850 yıllarında mısırlı rahiplerin yazılarında bal, timsah dışkısı gibi maddelerin tampon olarak kullanıldığı yer almaktadır. Arap kervancılarının da develerin gebe kalmasını önlemek amacıyla uterusu taş yerleştirdikleri bilinmektedir. Kervancılarının yaptığı bu uygulama, günümüzdeki RİA'ların ilk örnekleri olduğu belirtilmektedir. Mısırlı kadınların spermleri öldürmek için rahim ağzına yağ ve bal kullanarak hazırladıkları kılıfı yerleştirmeleri, yine Asyalı kadınların bu amaçla kağıt, Avrupalı kadınların ise balmumu kullanmaları tarihsel süreçte toplumların başvurduğu gebelikten korunma yöntemleri arasında yer almaktadır.

Kontraseptif yöntemler, tarihte sadece kadınlar tarafından değil erkekler tarafından kullanılmıştır. Bu yöntemlerden biri olan kondomun ilk örnekleri 1640' lı yıllarda hayvan bağırsağından yapılanlardır. 18.yy da ketenden yapılan kondomlar Avrupa'da yaygınlaşmaya başlamış, 1843 yılından itibaren lastik kondomlar seri üretime geçmiş ve 1924 yılından itibaren de en yaygın kullanılan yöntem olmuştur. Aynı yıllarda spermisit keşfedilmiş ve kullanımı 1950'den sonra yaygınlaşmıştır. 1860 yılına gelindiğinde de Amerikalı Foote tarafından servikal kapak geliştirilmiş, aynı dönemde diyafram da kullanılmaya başlanmıştır.

Kontraseptif amaçlı kullanılan bu yöntemlerin yan etkilerinin görülmesiyle 20.yy'dan itibaren doğum kontrolünü sağlamak amacıyla çalışmalara başlanmış ve yeni araçlar

geliştirilmiştir. İlk olarak çelik, altın kaplı yüzüklerin ortasına destekleyiciler konulmuş, sonrasında polietilenden üretilen rahim içi araçlar geliştirilmiştir. Ancak rahim içine yerleştirilen araçlar, kadında kramp ve kanamaya, erkekte ise peniste iritasyona neden olduğundan rağbet görmemiştir. Bu yan etkilerin görülmesi, araştırmacıları başka çalışmalar yönlendirmiş ve 1950 li yıllarda endometriozis, dismenore, kanama düzensizliklerin tedavisi için de kullanılan progesteron içeren enjektabl formlar kullanıma konmuştur. 1960 yılından itibaren ise östrojen progesteron içeren “kombine oral kontraseptifler” ve bunun enjektabl (aylık iğne) formu kullanılmaya başlanmıştır. On yıl sonrasında ilk bakırlı rahim içi araç geliştirilmiştir [4,6,23]. Yine 1956 yılında yan etkilerini azaltmak amacıyla östrojen ve progesteron miktarı azaltılan doğum kontrol haplarının üretimi için çalışmalar hızlandırılmış ve 1960 yılında Amerika Gıda ve İlaç Kurumu (Food and Drug Administration-FDA) tarafından kabul edilmiş, ülkemizde ise 1965 yılından itibaren kullanılmaya başlanmıştır. Östrojen ve progesteron hormonlarının etki mekanizması, kadının adet döngüsünün/ siklüsünün açıklanmasıyla daha iyi anlaşılır. Ortalama 28 (normalde en sık 21- en seyrek 35 günde bir) günde bir tekrarlanan adet döngüsünde fizyolojik süreç birkaç aşama ile gerçekleşir. İlki menstrual faz; ortalama 5 gün (normalde 2-10 gün) süren bu fazda östrojen ve progesteron düzeyi azalmıştır. Endometriyumun fonksiyonel tabakası iskemi nedeniyle soyulur ve sonrasında kavum urteri ölü doku ve kanla dolar. Kavum uterinin dolumu ile kontraksiyonlar başlar ve soyulan bu tabaka kan ile vajinal yol ile dışarı atılır. Adet süresince normalde 50-150cc kadar kan kaybedilir. Kanamayla birlikte lökosit sayısındaki artış enfeksiyonların önlenmesini sağlamaktadır. Menstruasyon sürecinde hipofizer folikül stimulan hormon (FSH) düzeyinin yükselmeye başlamasıyla overlerde yeni folikül gelişimi başlar. Böylece ikinci faz olan foliküler faza (proliferasyon fazı) geçilir. Bu faz, 28 günlük bir adet döngüsünde siklusun 6-14. günlerine rastlar. FSH artışıyla birlikte gelişmeye başlayan folikül olgunlaşır. Teka hücrelerinden östrojen salınımı başlar. Östrojen artışı ile birlikte gebelik olasılığına karşı endometriyum ve myometriyum tabakalarında proliferasyon başlar. Endometriyumun 2 tabakası vardır. Miyometriyuma yakın olan “basal” ve kavum uteriye bakan “fonksiyonel” tabaka. En önemli proliferasyon, fertilize ovumun yerleşeceği, endometriyumun basal tabakasında olur. Bu sırada olgunlaşan folikül ovulasyon aşamasına gelerek graff folikül adını alır. Sonrasında kanda hipofizer FSH ve lutenizan hormon (LH) düzeyi artarak ovulasyon sürecine geçilir. Yaklaşım, siklusun 12-14.gününe denk gelen bu fazda over yüzeyinin

gerilmesi ve folikül içindeki sıvı basıncının etkisiyle graff folikülü çatlar. Bu sırada LH seviyesi kanda pik yapmıştır. Östrojen miktarında hafif bir düşüş görülür. Çatlamayla birlikte atılan meyoza bölünmesini tamamlamış oosit II tuba boşluğuna çekilir. İkinci maturasyon (mitoz) bölünme, tübalarda tamamlanıp yumurta, “olgun-matur ovum” adını alır. Fertilizasyon gerçekleşmez ise ovum, tubalarda 24-48 saat yaşar. Üçüncü faz olan sekresyon fazı, ovulasyondan sonra siklusun yaklaşık 15. gününde 26-28. gününe kadar sürer. Ovulasyon ile yumurta hücresi, folikül çatlayıp atıldıktan sonra folikülün duvarları büzülür ve içerisine kanla birlikte sarı hücreler dolmaya başlar. LH etkisiyle oluşan bu yapıya sarı cisim / korpus luteum denir. Korpus luteumdan fazla miktarda progesteron az miktarda östrojen salgılanmasıyla endometriyum kalınlaşarak sekresyon fazına girer. Yani daha da kalınlaşarak implantasyon için hazırlanır. Fertilizasyon gerçekleşmemişse corpus luteum küçülür ve hormon üretimi de durur. Östrojen ve progesteron hormon desteğinden yoksun kalan endometriyumun fonksiyonel tabakasında iskemi gelişir. Hormon seviyesindeki bu düşüş nedeniyle endometriyumdaki spiral arterler beslenemez ve sonucunda iskemi görülür. İskemi ile birlikte beslenemeyen fonksiyonel tabaka adet kanı olarak tekrar soyulup atılır. [25,26].

Doğum kontrol yöntemlerinin ülkemizdeki tarihsel süreç değerlendirildiğinde; Türkiye, 1923 yılından sonra Kurtuluş Savaşından henüz çıkmış olması nedeniyle pronatalist bir politika izlemiştir. Bu politika kapsamında ilgili yasaya, doğum kontrol ilaçlarının satışı, kullanımı ve yöntemler konusunda bilgi verilmesini yasaklayan hükümler eklenmiştir. Bu politikayla 1955-1960 yılları arasında doğurganlık hızının beklenmeyen şekilde artmasıyla elverişsiz koşullarda isteğe bağlı yapılan düşükler ve buna bağlı olarak da anne ölümleri artmıştır. Bu nedenler nüfus artışını önlemek ve anne ölümlerini azaltmak amacıyla 1962 yılında Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda Nüfus Planlaması İlkesi ve 1965 yılında 557 sayılı Nüfus Planlaması Yasası kabul edilerek antinatalist politika izlenmeye başlanmıştır. Bu yasa ile nüfus planlaması hizmeti Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nın görevi haline gelmiş, gebeliği önlemeye yönelik tedbirler için serbestlik tanınmış, anne ve bebeğin hayatının tehlikede olduğu durumlar haricinde cerrahi sterilizasyon yasaklanmış ve tüm kontraseptif yöntemlerin kullanımına olanak sağlanmıştır. Buna rağmen yasadaki eksiklikler ve aile planlaması yöntemlerinin toplumun kültürel yapısıyla tam olarak örtüşmemesi nedeniyle anne ve bebek ölümlerindeki artış engellenememiştir. Bunun

üzerine 1983'te 2827 sayılı ikinci Nüfus Planlaması Kanunu yürürlüğe girmiştir. Bu yasa ile sosyal gerekçelerle kürtaj 10.gebelik haftasına kadar yasal hale gelmiş, aile planlaması yöntemlerini uygulama sadece hekimlere ait olmakla kalmayıp eğitim almış hekim ve yardımcı sağlık personellerine uygulama hakkı tanınmıştır. Günümüzde de geçerliliğini koruyan bu yasa ile anne ve bebek ölümlerinin artışı engellenebilmiş ve aile planlaması hizmetlerinin yaygınlaşmasına olanak sağlanmıştır [6,23].

2.2 Aile Planlaması Danışmanlığı

Danışmanlık, belli bir konuda uzmanlığı olan kişilerin bilgi ve eğitime ihtiyacı olan kişilerle yüz yüze görüşerek karar vermesine yardımcı olma [6].

Danışmanlık aile planlaması hizmetlerinin önemli bir aşamasını oluşturmaktadır. Ülkemizde birçok konuda olduğu gibi aile planlaması yöntemleri hakkında da danışmanlık almadan edinilen bilgiler uygun yönetime karar vermede ya da yöntem kullanmada gecikmelere neden olmaktadır. Bu nedendir ki aile planlaması danışmanlığı, danışanın bilinçli ve özgürce karar vermesini kolaylaştırmakta ve yöntem memnuniyetini artırdığı gibi yöntem kullanımında devamlılık ve sürdürülebilirlik sağlamaktadır.

AP hizmetlerinde danışmanlık kontraseptif yöntemler hakkında bilgi verme, uygun yöntem seçme, yöntem kullanımının devamlılığını sağlama, yöntemin etkin kullanılmasını devam ettirebilmeyi kapsamaktadır. Bu sayede kontraseptif yöntemlerin tanıtımı ve kullanılması yaygınlaşabilmektedir. Danışmanlığın etkin olması, danışmanın bilgi birikimi, kendi değer yargılarını ön planda tutmaması ile mümkündür. Etkin danışmanlık başvuran nüfusun özelliği, eğitim durumu, sosyoekonomik durumu, hizmetlere ulaşımın kolaylığı, hizmet veren kuruluşların yaygınlığıyla bağlantılı olarak da değişebilmektedir.

Aile planlaması danışmanlığı, istenmeyen gebelikleri önlemek amacıyla tüm kontraseptif yöntemler hakkında bilgi verilmesi, yöntemlerin etkinliği, kullanım ilkeleri, olumlu-olumsuz yönleri, yan etkisi, tehlike belirtileri, sağlık merkezlerine başvurulması gereken durumlar, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara karşı korunması gibi konuları kapsayacak biçimde ayrıntılı açıklanması şeklinde olmalıdır. Danışmanlık ile başvuran birey/çiftin özelliklerine ve gereksinimine göre uygun

yöntem seçilebilmekte, doğru ve eksiksiz bilgi aktarımı ile aile planlamasının kabulü artmakta böylece yöntemin doğru ve uzun süreli kullanımı sağlanabilmektedir [6,9].

Aile planlamasında danışmanlık genel, yönetime özel ve izlem danışmanlığı olmak üzere üç aşamada sunulmaktadır;

Genel danışmanlık; hizmet alan ile danışmanın ilk karşılaştığı aşamadır. Bu danışmanlıkta, bireye/ çifte belli bir plan dahilinde tüm yöntemler, modeller ve görsel materyaller üzerinden tanıtılmakta, ne olduğu, nasıl kullanıldığı, etki mekanizması, olumlu olumsuz yönleri kısaca açıklanmaktadır. Bu sayede başvuranlar, kendi özelliklerine uygun yöntem belirleme ve karar verme imkanı bulabilmektedir.

Yönetime özel danışmanlık; danışmanlıktaki ikinci aşamayı oluşturmaktadır. Kişilerin seçmiş olduğu yöntemin, kendileri için uygunluğu, olumlu olumsuz yönleri, yan etkileri, kullanırken dikkat edilmesi gereken noktaları, nereden ve nasıl temin edeceği, kontrol zamanını, kişinin doğru ve yanlış bildikleri değerlendirilerek gerekli açıklamalar yapılır. Çift kendine uygun yöntemi, danışman ile belirledikten sonra yöntem uygulanır.

İzlem danışmanlığı; yöntemi kullanmaya başlayan birey/çiftin izlemine dayanmaktadır. Bu danışmanlıkta amaç, bireyin yöntem memnuniyetini değerlendirmek, yöntemi kullanma durumu, devam edip etmediği, doğru kullanıp kullanmadığını belirlemek ve kullanımda herhangi bir sorun varsa nedeni araştırmak, gerekli bilgi paylaşımı ve danışmanlığı vermektir. Bu aşamada merkezde mevcut ise (kondom, hap, iğne) kullanılan yöntem desteği sağlanır. Yöntemi kullanma konusundaki güven ve devamlılık bu aşamada oluşmaktadır. Bu nedenle bireyin soruları yanıtlanmalı, olası yan etkiler değerlendirilmeli, bireyin yöntemi temin etmesi sağlanmalı, yöntemin değişmesi veya bırakılması gereken, sağlığı olumsuz etkileyen varlığı olup olmadığı saptanmalıdır. Bu da bireyi belli aralıklarla izlem ile mümkündür. İzlem sıklığı her yönetime göre farklı olmakla birlikte ilk zamanlarda sık sonrasında daha uzun aralıklarla yapılmaktadır. Oral kontraseptifler ilk kullanımdan 2-4 hafta, RİA 1 ay, enjekte edilen kontraseptifler tipine göre 1 ya da 3 ay, implantlar 1 hafta sonra izlenmelidir. Sonraki izlemler, yöntemin özelliğine ve danışanın ihtiyacına göre belirlenir. Ancak her kadının yılda bir kez periyodik jinekoloji kontrolden geçmesi ve gerektiğinde Pap Smear yaptırmasının önemi unutulmamalıdır [6,25,27].

2.3 Aile Planlaması Yöntemleri ve Kullanımı

2.3.1 Hormonal yöntemler

2.3.1.1 Kombine oral kontraseptifler (KOK)

1950 yıllarından itibaren geliştirilerek dünyada yaygın bir şekilde kullanılan KOK' lar östrojen ve progesteron olmak üzere iki bileşenden oluşmakta, monofazik (içeriği her gün aynı) ve multifazik (içeriği güne göre değişen) preparatlar olarak sınıflandırılmaktadır.

Etki mekanizması, gonadotrop hormonlardan FSH ve LH salınımını durdurarak ovulasyonu baskılamak, servikal mukusu kalınlaştırarak sperm geçişini engellemek ve ovumun taşınmasını yavaşlatarak gebeliği önlemektedir.

Kullanıma başlamak için en uygun zaman adet ilk günüdür. Haplar her gün aynı saatte ve günde 1 tane alınmalıdır. Doğru kullanıldığında %99 koruyuculuğa sahip olan kombine oral kontraseptifler en yaygın kullanım şekli, 21 günlük paketlerdir. Bunun dışında 28 tablet içeren paketler de bulunmaktadır. 21 tablet bulunanlarda 7 gün, 28 tablet bulunanlarda ise hiç ara verilmeden ikinci pakete geçilmelidir. Kullanım sırasında herhangi bir hap alımı unutulur ise hatırlanır hatırlanmaz ve ayrıca o günün hapi da zammında alınmalıdır. 2 hap unutulmuş ise ve bu durum ilk iki hafta içerisinde olmuşsa, üst üste iki gün ikişer hap alınarak eksik günler tamamlanır ve bir hafta boyunca ek bir korunma yöntemi kullanılır. Üçüncü hafta içerisindeyse, kullanılmakta olan paket bırakılarak yeni bir pakete başlanır ve bir hafta ek bir yöntem kullanılır. 3 hap unutulmuş ise kullanılmakta olan paket bırakılarak yeni bir pakete başlanır ve bir hafta ek bir yöntem kullanılır.

Koruyuculuğunun yüksek olmasının yanında kullanımının kolay olması, cinsel ilişkiyi etkilememesi ve menstruasyonu düzenlemesi gibi olumlu yönleri bulunurken ara kanamalar, lekelenme, kilo artışı, baş ağrısı, baş dönmesi, kan basıncı artışı, tromboemboli riski, memelerde hassasiyet gibi olumsuz yönleri de bulunmaktadır [6,19,20,23,28,29]. HIV/ AIDS ve diğer cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara (CYBE) karşı koruyucu yoktur. Klamidya enfeksiyonu ve pelvik inflamatuvar hastalık (PIH) görülme olasılığını artırdığı belirtilmektedir [30].

2.3.1.2 Mini haplar

Yalnızca progesteron içeren ve her gün alınması gereken oral kontraseptiftir. Östrojen hormon kullanımı sakıncalı olan ve emziren kadınlar için uygundur.

Etki mekanizması, servikal mukusun yoğunluğunu artırarak spermilerin geçişini önlemekte, tüplerin motilitesini yavaşlatmakta, %40-60 oranında ovulasyonu engellemekte ve endometriyumu incelterek implantasyon olasılığını azaltmaktadır.

Kullanıma, adet ilk günü başlanır. Doğum sonu kullanılacak ise kadın emziriyorsa doğumdan 6 hafta sonra, emzirmiyorsa hemen ya da 4 hafta içerisinde başlanabilir. 28 günlük paket şeklinde olan mini haplar, her gün aynı saatte ve günde bir alınarak kullanılmaktadır. Paket bitince ara verilmeden yeni pakete başlanır. Kullanım sırasında kadın bir hap almayı unutursa ya da 3 saatten fazla gecikirse hatırlar hatırlamaz hapı almalı ve 48 saat ek bir yöntem ile korunmalıdır. İki ya da daha fazla hap kullanmayı unutursa iki gün ikişer hap almalı sonraki günler birer hap ile devam etmeli ve 1 hafta ek bir yöntemle korunmalıdır.

Cinsel ilişkiyi kesintiye uğratmaması, menstruasyon döneminde kanama ve krampları azaltması, metabolizma üzerine etkisinin az olması nedeniyle diyabetik kadınlarında ve anne sütünün niteliğini değiştirmedeği için doğum yapmış kadınlarda kullanabilmesi gibi olumlu yanları ile birlikte ara kanama, lekelenme, adet düzensizliği, düzgün kullanılmadığında gebe kalma riskinin KOK'lara göre daha fazla olması gibi olumsuz yanları bulunmaktadır. Mini hapların, HIV/AIDS ve diğer cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara karşı koruyuculuğu bulunmamaktadır [4,6,30,31].

2.3.1.3 Enjekte edilen kontraseptifler

Üç aylık ve aylık formları bulunan enjeksiyonlar servikal mukozayı kalınlaştırarak spermin penetrasyonunu ve progesteron etkisiyle endometriyumu atrofik hale getirerek implantasyonu engellemektedir.

Ülkemizde yaygın olarak kullanılan iki türü bulunmaktadır. Bunlardan üç ayda bir uygulanan Depo Provera' nın (yalnız progesteron içerir) uygulama şekli; ilk enjeksiyon menstruasyonun ilk 7 günü içerisinde bir sonraki enjeksiyon ise üç ay sonra uygulanmaktadır. Emziren kadınlarda ilk enjeksiyon doğum sonu 6. haftanın sonunda, emzirmiyorsa doğumdan 3-4 hafta sonra, düşük yapanlarda ise düşükten hemen sonra ya da izleyen 1 hafta içerisinde uygulanmaktadır. Ayda bir uygulanan Mesigyna

(progesteron ve östrojen içerir) nin ilk enjeksiyonu menstruasyonun ilk 7 günü içerisinde, doğum sonrası emziriyorsa doğumdan 6 ay sonra, emzirmiyorsa doğum sonrası 3-4. haftada, düşükten hemen sonra ya da ilk 7 gün içerisinde daha sonraki enjeksiyonlar ise ilk enjeksiyondan 30 gün sonra uygulanmaktadır.

Yöntemin olumlu yönleri, cinsel ilişkiyi etkilememesi, endometriyum ve over kanseri riskini azaltması, menstrual kanama miktarını azaltmasıdır. Olumsuz yönleri arasında emboli riski (özellikle aylık iğnede) kilo artışı, memelerde hassasiyet, depresyon sayılabilir [4,6,30].

2.3.1.4 Deri altı implantlar

Levonorgestrol içeren altı adet ince çubuktan oluşan şekline Norplant denilmektedir ve 1990 yılında onay alan ilk deri altı implanttır. Türkiye’ de ise 2002 yılından itibaren kullanılmaya başlanan bu yöntem düzensiz kanamalara neden olduğu için kullanımı azalmıştır. Bu nedenle yan etkilerini azaltmak ve güvenle kullanılmasını sağlamak amacıyla tek çubuktan oluşan İmplanon piyasada yer almıştır.

Beş yıl süreyle %99 koruyuculuk sağlayan bu yöntem LH salınımını inhibe ederek siklusların yarısında ovulasyonu engelleyerek ve servikal mukusu kalınlaştırarak kontraseptif etki sağlamaktadır.

Kullanıma başlamak için, menstruasyonu izleyen ilk 7 gün, düşükten hemen sonrası ya da ilk 7 gün, doğumdan 6 hafta sonra en uygun zamandır. İmplantlar aydınlık, tozdan arındırılmış, havalandırma sistemi olan klinik ortamda ya da ameliyathanede uzman tarafından takılmalıdır. Kesi gerektiren küçük bir cerrahi işlem olduğu için öncesinde cilt temizliği yapılmalıdır. Yerleştirme için en çok tercih edilen bölge üst kolun iç kısmıdır. Kapsüller deri altına en dıştaki iki kapsül arasında 75° açı ile yelpaze şeklinde yerleştirilmelidir. Deri altına yerleştirilen bu implant çıkarıldığında ovulasyon hızla geri dönmektedir. Kullanımı kolay olmakla birlikte düzensiz kanama, kilo değişikliği, anksiyete, bulantı, baş dönmesi gibi yan etkileri görülmektedir. HIV/AIDS ya da diğer cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara karşı koruyuculuğu yoktur [4,6,30,31].

2.3.1.5 Vajinal halka

Kadının kendisi tarafından vajinaya yerleştirilebilen, bükülebilir, transparan halkalar östrojen ve progesteron içermektedir. Vajinaya yerleştirilen bu halkalar günlük 120mg etonorgesterol ve 15mg etinil estradiol salgılayarak ovulasyonu baskılamaktadır.

Kullanımına siklusun ilk 5 günü içinde başlanmalıdır. Halka kadın ellerini yıkadıktan sonra ayakta bir ayak yükseltilerek, çömelme pozisyonunda ya da sırtüstü bacaklar karına çekilmiş (sırt üstü litotomi) pozisyonda iken vajinaya yerleştirilir ve yerleştirildikten 3 hafta sonrasında çıkarılır. Eğer ikinci kez uygulanacaksa 7 gün ara verildikten sonra yeniden uygulanır. Halkanın vajinada kaldığı süreçte herhangi bir nedenle çıkartılması gerekiyorsa 3 saat içerisinde yeni halka uygulanması gerekmektedir. 3 saati geçtiği durumlarda ise ek bir yöntemle korunmalıdır.

Halka kullanıldığı andan itibaren etkili olması, cinsel ilişkiyi kesintiye uğratmaması ve kadına yöntemi uygulama konusunda otonomi sağlaması olumlu yönlerini oluşturmaktadır. Olumsuz yönleri ise, reçete ile satın alınabilmektedir, sık vajinal enfeksiyon geçirenler için uygun değildir, alerjik reaksiyona neden olabilir, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara karşı koruyucu değildir [11,32,33].

2.3.2 Rahim içi araç (RİA)

Uterin kaviteye yerleştirilen polietilen yapıdaki bu araçlar geri dönüşümlü, etkinliği yüksek, güvenilir bir yöntemdir. Etkinliğini arttırmak amacıyla geliştirilmiş bakırlı ve hormonlu tipleri mevcuttur. Bakırlı (TCu 380A) Rahim İçi Araç'ın koruyuculuğu on yıl iken Hormonlu Rahim İçi Araçların koruyuculuğu, 1 (Progesteron içeren Progesteron T/ Progestaser) ile 5 (Levonorgestrel içeren LNG-20 RİA) yıl arası değişmektedir.

Etki mekanizması, bakırlı RİA'lar spermilerin fallop tüplerine geçişini ovumun taşınmasını ve fertilizasyonu engellemekte iken hormonal RİA'lar ilave olarak servikal mukusu kalınlaştırarak spermilerin uterusu geçişini engellemektedir.

Cinsel ilişkiyi etkilememesi, koruyuculuğu uzun sürmesi, emziren kadınların da kullanılabilmesi gibi olumlu yönleri bulunan bu araçların uygulanma sırasında ağrıya neden olması, cinsel yolla bulaşan hastalıklara (CYBH) karşı koruyuculuğu olmaması, aracın yerinden kayması, atılması, %1 oranında gebelik görülmesi gibi olumsuz yönleri de bulunmaktadır [4,6,11,19,30].

2.3.3 Bariyer yöntemler

2.3.3.1 Kondom

Bilinen en eski kontraseptif yöntemlerden olan kondom, lateksten üretilerek cinsel ilişki sırasında kullanılmakta ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara karşı da koruyuculuk sağlamaktadır.

Kondom bariyer oluşturarak spermin vajene geçişini önlemektedir. Doğru kullanıldığında etkililiği artan kondom, bir elin baş ve işaret parmakları arasında rezervuar kısmı sıkıştırılarak havası alınırken diğer elin baş ve işaret parmakları ile kondomun kenarından erekte penis köküne doğru yuvarlanarak yerleştirilir. Kondom içerisindeki semenin vajinaya akışını önlemek için ereksiyon kaybolmadan önce ilişki sonlandırılmalı ve kondom atılmalıdır.

Güvenilir, ucuz, ulaşımı kolay, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara karşı koruyucu olması olumlu yönlerini oluştururken ilişkiyi kesintiye uğratması, duyarlılığı azaltması, lateks alerjisi oluşturma riski gibi olumsuz yönleri de mevcuttur [4,6,11,19,30].

2.3.3.2 Spermisitler

Spermilerin etkisiz hale gelmesi için kullanılan kimyasal ajanlardır. Vajinanın posterior fornix'ine ve tablet, krem, köpük, jel gibi formları bulunan bu ajanlar tek başına kullanılabilirdiği gibi etkinliği artırmak üzere kondom ya da diyafram ile birlikte de kullanılabilir.

Farklı formları nedeniyle spermisitlerin uygulanması da farklılık göstermektedir. Uygulama öncesinde eller sabunlu ılık su ile yıkanıp kurulmalıdır sonrasında kadın sırtüstü litotomi pozisyondayken tablet, ovül şeklindekiler ilişkiden 10 dakika önce, krem, jel ve köpük formdakiler ise ilişkiden hemen önce bir aparat yardımıyla vajinaya yerleştirilmelidir.

Herhangi bir sistemik yan etkisi yoktur, kullanıldığında hemen etkisini gösteren bu ajanlar emziren kadınlar için de uygundur, kayganlaştırıcı etkisi bulunmaktadır. Nonoxynol-9'un gonore, genital herpes, trikomoniazis, HIV ve sifilise karşı koruyucudur. Bunun dışında lokal olarak iritasyona neden olabilmesi, ulaşımının zor ve pahalı olması, etkinliği diğer modern yöntemlere göre düşük olması gibi olumsuz yönleri bulunmaktadır. [4,6,11,30].

2.3.3.3 Diyafram ve servikal başlık

Serviksi kapatmaya yarayan kubbe şeklinde bükülebilen sliksondan yapılmış mekanik araçtır. Bariyer oluşturarak spermelerin servikse geçişini engeller. Günümüzde kullanılmamaktadır. Diyaframdan daha küçük, sert ve yüksek kubbeli olmasıyla ayrılır ve servikse yerleştirilir. Diyafram kadar etkili olan bu yöntem diyaframı kullanamayan kadınlar için uygundur.

Yöntemin etkinliği doğru ve düzenli kullanımına bağlıdır, uygulama için eğitim alınmalıdır. Spermisidlerle birlikte kullanıldığında ise etkinliği artmaktadır. Sistemik yan etkisi olmaması, CYBE'lara karşı kısmen koruyucu olması olumlu etkileri, uygulamayı öğrenmenin zaman alması, iritasyon, reaksiyon gelişme riski, cinsel ilişkiden sonra en az 6 saat vajinada kalma zorunluluğu ise olumsuz etkileridir. Servikal başlık diyaframdan farklı olarak vajinada 48 saat kalabilir. Bu nedenle akıntı ve kötü kokuya neden olabilmektedir [24,30,31].

2.3.4 Cerrahi yöntemler

2.3.4.1 Tüp ligasyon

Kadında fallop tüplerinin cerrahi işlemlerle kalıcı ve geri dönüşsüz olarak bağlanıp kesilmesi işlemidir. İşlemden önce kadına danışmanlık verilmeli ve işlemin hormonları etkilemediği dolayısıyla ovulasyon ve menstruasyonun devam edeceği, cinsel işlevi etkilemeyeceği açıklanmalıdır.

İşlemden sonra etkinliği hemen başlar, gebelik korkusu olmaması rahat ve güvenilir cinsel ilişki sağlar ancak bunların yanı sıra maliyetlidir, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara karşı korumaz, kalıcıdır, operasyon sonrası komplikasyonlar ortaya çıkabilir [6,11,31].

2.3.4.2 Vazektomi

Erkeklerde vas deferenslerin cerrahi olarak kesilip bağlanması esasına dayalı bir yöntemdir. Bu yöntemle testislerde üretilen sperm, ejakulat sıvısına (meni sıvısı) geçişi engellenmektedir. İşlem sonrasında da semen üretimi olduğu için ejakulasyon ve ereksiyon devam etmektedir ancak semende sperm bulunmaması kontraseptif etkiyi sağlamaktadır. Bu nedenle cinsel işlev açısından herhangi bir değişiklik yaratmamaktadır.

İşlem kısa süreli ve kolaydır, güvenilir ve etkilidir, cinsel ilişkiyi etkilemez, gebelik riskini ortadan kaldırmaktadır ancak işlem sonrası kanama, enfeksiyon riski bulunmaktadır, geri dönülmesi zor, kalıcı, pahalı bir işlemdir, operasyon sonrası hemen etkisini göstermediği için tüm spermlerin boşaldığı emin olana kadar (yaklaşık 2 ay ya da 20 ejakülasyon sonrası) ek bir yöntem kullanılmalıdır, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara karşı koruyuculuğu bulunmamaktadır [11,30,31].

2.3.5 Geleneksel/ doğal yöntemler

2.3.5.1 Geri çekme

Cinsel ilişki sırasında erkeğin meninin vajinaya boşalmasını engellemek için penisi meni gelmeden önce vajinadan geri çekmesidir. Dışarı boşalma, çekilme olarak da adlandırılmaktadır. Etkinliği kullanıcı başarısına bağlıdır, erkeklere aile planlaması konusunda sorumluluk yükleyen bu yöntem ülkemizde yaygın (TNSA 2013'e göre 15-49 yaş grubu evli kadınların %17.5'i geri çekme kullanmaktadır) kullanılmakla birlikte istenmeyen gebeliklerin oluşumunda rolü büyük olmaktadır. Cinsel yolla bulaşan enfeksiyon karşı koruyucu değildir. Eşler arasında uyumu sağlaması, ücretsiz ve doğal olması gibi avantajları da bulunmaktadır [9,11,14,23,31].

2.3.5.2 Laktasyonel amenore yöntemi (LAM)

Annenin bebeğine hiçbir ek gıda vermeden geceleri de dahil olmak üzere 6 ay süreyle kesintisiz emzirmesi ile görülen amenorenin kontraseptif yöntem olarak kullanılmasıdır. Etki mekanizması, emzirme sırasında meme ucundaki oksitosin reseptörleri sayesinde hipofiz ön lobundan prolaktin hormon salınımının artması ve negatif geri bildirim ile FSH ve LH salınımının azalması sonucunda ovulasyonun baskılanması olarak bilinir. Olumlu yönleri, cinsel ilişkiyi etkilemez, ücretsiz ve kullanımı kolaydır, etkisi hemen başlar, yan etkisi yoktur ve bebeğin de anne sütünden optimal derecede yararlanmasını sağlar. Ancak sadece doğumdan sonraki ilk 6 ay etkili olması, bunun için de gerekli koşulların sağlanması gerektiği, HIV dahil CYBE karşı koruyucu olmaması, hatta bu enfeksiyonların anneden bebeğe "anne sütü" ile geçiyor olması olumsuz yönleri arasında sayılabilir [11,30,31].

2.3.5.3 Servikal mukus yöntemi (Billings Ovülasyon Metodu-BOM)

1960lı yıllarda Billings'ler tarafından geliştirilen bu yöntem servikal mukusun özelliğine göre fertil-infertil günleri belirleme esasına dayanmaktadır.

Etkinliği, kadının servikal mukusu iyi gözlemlemesi, doğru kaydetmesi, çiftin kurallara uymasına bağlıdır. Kullanıcı etkinliğini artırmak üzere kadına/çifte en az 3 aylık eğitim ve izlem-değerlendirme yapılması gerekir.

Yöntemin açıklaması, menstrual siklus gibi dört aşama şeklinde yapılabilir. Menstruasyon dönemi, kanamanın görüldüğü, vajina girişinde nemlilik ve ıslaklığı hissedildiği dönemdir. Kadın bir takvim yaparak kanamalı günleri kırmızı ile işaretler. *İlk infertil (Doğurgan olmayan) dönem* (kuru günler), kanamanın bitiminden hemen sonraki günlerdir. Bu dönemde akıntı hiç yoktur ya da çok azdır, koyu kıvamlı ve yapışkan özelliktedir. Bu dönemde vajinal girişte kuruluk hissedilmektedir. Bu dönem ortalama 28 günlük adet döngüsünde 3-5gün sürerken, 30-35 gün gibi uzun adet döngülerinde 5-10 gün sürebilir. Kadın takvime bu günleri kahverengi ile işaretler. *Fertil (doğurgan) dönemi* (ıslak günler), vajinadaki kuruluk hissini kaybolduğu ve akıntının görülmeye başlandığı dönemdir. Akıntı miktarı artar, yoğunluğu azalır, şeffaf, kaygan ve uzayan bir görünümündedir. Bu belirtilerin doruk noktası zirve günü olarak adlandırılır. Fertil dönem zirve gününden sonra 3 gün daha devam eder. Bu gün takvimde çarpı ile işaretlenir. *Temel İnfertil (Doğurgan Olmayan) dönem*, zirve gününden sonraki 4.gün başlar ve menstruasyona kadar devam eder. Akıntı yoktur ya da çok azdır, kuruluk hissi mevcuttur. Takvimde sarı ile işaretlenir [11,30,34].

2.4 Cinsel Sağlık

Cinsellik, intrauterin hayattan ölüme kadar devam eden ve her yaşam dönemine özgü değişiklikler gösteren bir durumdur. Cinsellik, iki kişi arasındaki uyumu ve buna bağlı olarak şekillenmiş sosyal kuralları, değerleri, biyopsikososyal yönleri tümüyle ele alan özel bir yaşam deneyimidir. Bir başka bakış açısından cinsellik, fizyolojik, bilişsel ve davranışsal bileşenleri içeren ve gelişimsel, kültürel etkilerle biçimlenen karmaşık bir oluşumdur [3,22]. Cinsel sağlık, sadece hastalık ya da sakatlığın olmaması değil herhangi bir şiddet, ayrımcılık ve zorlama olmadan saygı ve güvene dayalı yaşamın her dönemini kapsayan bir olgudur [15].

Cinsellik, çoğu zaman tabu olarak görülmüş ve bu nedenle cinsel sorunlar dile getirilememiş, dolayısıyla cinsel sağlık göz ardı edilmiştir. Kadınlarda cinsel fonksiyonu etkileyen biyolojik, sosyal, psikolojik birçok etmen bulunmaktadır. Kronik hastalıklar, geçirilmiş ameliyatlar, nörolojik, hormonal rahatsızlıklar, menopoz ve yaşlanma gibi bedensel fonksiyonlardaki değişimler, yetiştirilme biçim, katı inanışlar ve yasaklar, geleneksel roller ve değer yargıları gibi birçok faktör bireyin cinsel yaşamını ve cinsel sağlığını olumsuz etkilemektedir. Özellikle çocukluk yaşlarında aile ve yakın çevrenin tutum ve davranışlarıyla şekillenmeye başlayan, örgün, yaygın eğitim ve toplumsal yaşam ile sürdürülen “cinsel sağlık eğitimi”, sağlıklı cinsel yaşam ve cinsel sorunların çözümü için önemli olmaktadır. Çocukluktan yetişkinliğe geçiş olarak bilinen adölesan dönemi, bedensel değişikliklerle birlikte cinsel istek, arzu ve davranışların yoğun yaşandığı bir dönemdir. Yaşa uygun olarak verilen cinsel eğitim ile, cinsellikle ilgili doğru bilgiye sahip olma, sağlıklı, bilinçli seçim yapabilme, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlardan korunma, riskli cinsel davranışlardan kaçınma gibi beceriler kazandırılmaktadır. Böylece bilinçsiz cinsel yaşamın yol açtığı adölesan gebelik, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, istemli düşük-kürtaj, cinsel fonksiyon bozukluğu önlenmiş olacaktır. Yine bu sayede cinsel ilişki yaşı ötelenmiş, kontraseptif yöntem kullanımı sağlanabilmiş ve bireyin cinsellik konusunda bilinçli, özgür ve özgüvenli karar vermesi sağlanmış olacaktır.

Cinsel olgunluk döneminde, yaygın olarak görülen ve çoğu zaman göz ardı edilen vajinal enfeksiyon, dizüri, üriner inkontinans, cinsel partnerin ejakülasyon, ereksiyon sorunları, eşle yaşanan uyumsuzluk, kadın cinsel sağlığını dolayısıyla da cinsel fonksiyonunu olumsuz etkileyen faktörlere örnek oluşturabilir [35-38].

Gebelik ve lohusalık dönemleri de cinsellik konusunda özel dönemlerdir. Gebelikte cinsel yaşam, her trimestere göre farklılık gösterebilmektedir. Birinci trimesterde bulantı, kusma, yorgunluk, sık idrara çıkma, memelerde hassasiyet gibi sorunlar ve gebeliğe uyum süreci cinsel yaşamı olumsuz etkileyebilmektedir. Buna karşın hormonal değişiklikler ve üreme organlarda konjesyon artışı, cinsel isteği artırabilmekte, vajende kayganlık ve nemlilik sağlayabilmekte, orgazmın hızlı ve şiddetli yaşanmasına neden olmakta ve çözülme sürecini geciktirebilmektedir. İkinci trimester gebelikteki fizyolojik ve psikolojik değişikliklere uyumun sağlandığı evredir. Bu evrede bulantı, yorgunluk gibi şikayetler azalmış, pelvik konjesyon artmıştır. Konjesyon artışı cinsel isteği arttırmaktadır. Vazokonjesyonun cinsel organlarda

dolgunluk yaratması orgazmdan sonra da devam edebilmektedir. Bu durum kadın için rahatsız edici olabilmektedir. Üçüncü trimesterde kilo artışı, buna bağlı fiziksel rahatsızlıklar ve hareket kısıtlaması, vazokonjesyona bağlı memelerde hassasiyet, doğuma ve bebeğin sağlığına odaklanma, uyarılara bağlı memeden süt gelmesi kadın ve eşi için rahatsız edici olabilmekte, cinsel istek ve yaşamı olumsuz yönde etkilemektedir. Lohusalık döneminde, cinsel yaşamı en çok hormonal değişim etkilemektedir. Östrojenin düşmesi lubrikasyon yetersizliğine, uyarılma güçlüğüne ve disparoniye neden olmaktadır. Laktasyonla birlikte prolaktin düzeyi artışıyla androjen düzeyi azalmakta buna bağlı olarak da cinsel istek ve uyarılma azalmaktadır. Yine emzirme döneminde oksitosin salınımı cinsel isteği baskılamakta, memeden süt gelmesi, bebeğin sürekli emme ihtiyacı cinsel ilişkiyi kesintiye uğratabilmektedir, Bunun haricinde doğum sırasında meydana gelen laserasyonlara ya da epizyotomiye bağlı olarak disparoni yaygın olarak görülmektedir. Doğum sonu dönemde ebeveynliğe uyum süreci, beden imajındaki değişim, uyku düzenindeki değişiklik gibi durumlar cinsel yaşamı olumsuz etkilemektedir [26,39,40].

Klimakterik dönemde, östrojen eksikliğine bağlı olarak kan akımı azalır. Azalmanın devam etmesi ile deri ve müköz membranlarda incelmeye, genital atrofiye bağlı olarak da vajina kas tabakasında incelmeye, klitoris çevresindeki yağ dokusunda azalma görülmektedir. Bu dönemde vajinal kan akışı ve Bartolin bez salgısında azalma ile lubrikasyon yetersizliği, PH değişikliğine bağlı vajinada kaşıntı, kuruluk görülmesi cinsel ilişki sırasında rahatsızlıklara neden olabilmekte buna bağlı olarak da cinsel yaşamda endişelere, çekincelere yol açmaktadır. Kan akımı, kas tonüsünün değişmesi cinsel uyarılmayı etkilemekte buna bağlı olarak da cinsel yanıt ve istekte azalma görülmektedir. Östrojenin periferik sinir sistemini etkilemesi his kaybına, klitoriste duyu kaybına neden olmaktadır. Atrofik değişikliklere bağlı olarak ileri yaşlarda üriner inkontinans görülme olasılığı kadınlarda utanma, yetersiz hissi gibi duyguların yaşanmasına neden olup cinsel yaşamı olumsuz etkilemektedir. Fizyolojik değişikliklerin yanı sıra bu dönemde görülen vazomotor semptomlar da cinsel yaşamı olumsuz etkilemektedir. Androjen yetersizliğine bağlı olarak ise, libido ve cinsel istekte azalma, orgazma ulaşmada yetersizlik görülmektedir [26,41,42].

Yaşlılık dönemi, 65 yaş ve üzeri kabul edilmektedir. Bu dönemde vazokonjesyonun azalmasıyla birlikte vajinal lubrikasyon ve memelerde duyarlılık azalmakta buna bağlı olarak uyarılma süresi uzamakta ve orgazm yetersizliği daha sık görülebilmektedir.

Yaşlılığın cinsellik üzerine etkisi yalnızca fizyolojik değişikliklerle değerlendirilmemelidir. Kadının yaşam tarzı, inançları, kültürel ve dini açıdan cinselliğe bakış tarzı, cinsel partner ve ilişkileri, üreme organ enfeksiyonları, operasyonlar da bütün olarak ele alınmalı cinsel yaşamına etkisi göz önünde bulundurulmalıdır.

Erkeklerde ise yaşlanmayla birlikte, cinsel istek, aktivite ve ereksiyonda azalma görülmektedir. Ancak bu değişiklikler androjenin kademeli olarak azalmasına bağlı olarak farklı şekillerde değişiklik göstermektedir. Psikolojik açıdan, bilişsel fonksiyonlarda azalma, konsantrasyon kaybı, iyilik halinde bozulma, sinirlilik, fiziksel açıdan, vazomotor şikayetler, kas kitlesinde kayıplar, libidoda azalma, cinsel açıdan, uyarılma fazının uzaması, cinsel aktivitenin azalması, refrakter döneminin uzaması gibi sorunlar görülmektedir. Erkeklerde cinsel aktiviteyi olumsuz etkileyen nedenlere ayrıntılı bakıldığında, sağlık sorunları, beden imajında değişiklik, hormonal aktivitede değişiklik, eşin sağlık sorunları, cinsel ilgi ve istek azlığı, çevresel faktörler (inanç, yaşadığı ortam, kültürel faktörler) görülmektedir [25,26].

2.5 Cinsel Eylem Fizyolojisi

Cinsel eylem fizyolojinde, en temel organ olan beyin, cinsel organlar, östrojen, androjen hormonları ve beş duyu organı rol oynamaktadır. Cinsel organlar ve erojen bölgelerden gelen uyarılar beyin sayesinde çevresel sinirler ve spinal kord aracılığı ile vücuda kimyasal ve elektriksel uyarılar olarak gönderilmektedir. Erojen bölgeler, kişilere ve cinsiyete göre farklılık göstermekle birlikte en çok etkilenilen bölge boyun, dudak ve meme ucudur.

Kadın ve erkekte cinsel işlevin benzerlik göstermesi dışında farklılık gösterdiği noktalar da bulunmaktadır. Kadınlar cinsel ilişkiye erkeklere oranla daha çok beyniyle katılmaktadırlar. Yani kadınlarda düşünce ve fantizeler daha etkin rol oynamaktadır. Buna karşın erkeklerde fiziksel temas, görsel duyular daha etkili olmaktadır. Kadınlarda uyarıların cinsel eyleme dönüşmesi klitoris aracılığı ile olmaktadır. Vajinayı çevreleyen kas tabakalarının kan damarları ve sinirlerden zengin olması, konjesyon artışı ile lubrikasyona neden olmaktadır. Aynı zamanda vazokonjesyon ile kaslar gerilmekte ve orgazm tetiklenmektedir. Erkeklerde ise cinsel eylemde penis rol oynamaktadır. Corpus cavernosa ereksiyonda, corpus spongiosum ise ereksiyon

sırasında yumuşak bir doku oluşturmakla görevlidir. Sinir uçlarının en yoğun olduğu glans penis duyuların en yoğun hissedildiği alandır.

Cinsel yanıt evresi ilk olarak Havelock Elis tarafından 1906 yılında iki aşamalı olarak tanımlanmıştır. 1966 yılında Masters ve Johnson tarafından cinsel eylem fizyolojisi, uyarılma, plato, orgazm ve çözülme fazı olmak üzere 4 aşamada ele alınmıştır. [19,43-45].

Cinsel yanıt döngüsü nörohormonal- vasküler bir süreçtir. Görme, işitme, dokunma, koklama gibi uyarılar parasempatik ve sempatik sinir sistemi aracılığı ile kardiyovasküler sistem ve genital organlarda vazodilasyonla birlikte kas tonüsünde artışa neden olarak 'cinsel reaksiyon siklus'unu oluşturmaktadır. Buna göre, uyarılma ve plato evresi parasempatik, orgazm evresinde sempatik sinir sistemi etkisinde gerçekleşmektedir.

Cinsel uyarıların başlatılmasında cinsel istek (libido) etkilidir. Libido merkezi sinir sistemi (MSS) cinsel merkezlerin aktivasyonu ve endokrin sistem etkisi ile gerçekleşmektedir. Cinsel dürtü ve arzuyu kısacası cinselliği ifade etmek anlamına gelen libidonun belirli bir süresi yoktur. 1 saniye sürebildiği gibi daha da uzun sürebilmektedir.

2.5.1 Uyarılma fazı

Kadında fizyolojik değişikliklerin görülmesiyle başlayan uyarılma fazı heyecanlanma evresi olarak da adlandırılmaktadır. Vazokonjesyon ve myotoni ile karakterize olan bu evre uyarının yoğunluğuna göre birkaç dakika ya da daha uzun sürebilmektedir.

Kadında öncelikle konjesyona bağlı olarak ilk 10-30 sn içerisinde vajinada lubrikasyon görülmekte ve Bartolin bez salgısında artış olmaktadır. Lubrikasyon, cinsel ilişki sırasında duyulan heyecana, uyarının şiddetine göre değişir. Lubrikasyonla birlikte vajinada kayganlaşma olacağından penis girişi kolaylaşacaktır. Konjesyonun artmasıyla birlikte vajinanın üst kısmı genişlerken alt kısmında ödeme bağlı olarak daralma görülür. Daha sonra sırasıyla klitoriste büyüme, labialarda kalınlaşma ve genişleme, uterus gövdesinde yükselme söz konusu olur. Bu sırada klitoriste ereksiyon başlar. Klitoris, erojen bölgelere temas, düşünce ya da fantazilerle uyarılabilmektedir. Sonrasında bu uyarılar cinsel uyarılara dönüşmektedir. Kadının en az on dakika ile devamlı, ara vermeden uyarılması, lubrikasyon artışına bağlı cinsel eylemi kolaylaştırdığı gibi, orgazmı da pozitif yönde etkiler.

Erkeklerde görülen ilk değişiklik, vazokonjesyon artışına bağlı gelişen ereksiyondur. Ereksiyon, cinsel uyarılar ile Corpus Cavenosa'a kan akımının artışı sonucu corpus spongioaza (süngerimsi doku) nın kanla dolması sonucu görülmektedir. Ereksiyon psikojen ve refleksijen kaynaklı olabilmektedir. Refleksijen ereksiyon mesane, rektum gibi organlardan gelen uyarılarla oluşurken, psikojen ereksiyon görsellerle (film, fotoğraf) oluşmaktadır. Aşırı kan akımı sonucunda ise skrotumda kalınlaşma görülmektedir. Testisler kontraksiyon ve spermatik kordon kasılması sonucu yükselerek vücuda yakınlaşmaktadır. Erkekler uyarılma/heyecanlanma evresine kadınlara göre daha hızlı ulaşmaktadırlar.

Üreme organlardaki değişikliklerle birlikte kadın ve erkek bedeninde, özellikle vazomotor ve kardiyovasküler sistemlerde, ortak sistemik değişiklikler de görülür. Bu değişiklikler kas tonusu artışı, taşikardi, taşipne, hipertansiyondur. Cinsel döngünün devamında cinsel hazzın artması ve uyarının devam etmesi ile plato fazına geçilir [19,26,44-46].

2.5.2 Plato fazı

Parasempatik sinir sisteminin etkisiyle gerçekleşen bu evre, uyarılma fazındaki artış ve devamlılık sonrası ortaya çıkar.

Kadında bu fazda yüksek derecede cinsel uyarılma mevcuttur. Süresi 3 saniye ile 30 dakika arasında değişen plato fazı konjesyona bağlı olarak vajinadaki kayganlaşma ile karakterizedir. Bu aşamada vajina pembe veya mor- kırmızı renk alır, labia minörler, vajina girişi ve 1/3 alt kısmı konjesyona bağlı olarak orgazmik alanı oluşturur. Klitoriste büzülme, labia majörlerde, vajinanın 2/3 üst bölümünde genişleme görülür.

Erkekte penis erekte olmuş durumdadır. Cowper bezlerinden sekresyon salgılanmakta ve testisler vücut hizasına doğru yükselmektedir.

Fazın sonuna doğru her iki cinste de taşikardi, hiperventilasyon, kas gerginliğinde artış gibi fizyolojik ve kardiyovasküler değişiklikler görülür [19,26,44-46].

2.5.3 Orgazm fazı

Diğer fazlara göre en kısa süren orgazm fazı doyumun en fazla yaşandığı evredir. Her iki cinste de sempatik inervasyona bağlı kuvvetli ve ritmik kontraksiyonlar gerçekleşir.

Tüm vücudu saran ve birkaç saniye süren bu olay, kasılma şeklinde algılanmaktadır. Kadında, pelvik kaslarda 0.8-1 saniye aralıklarda 3-15 kez kontraksiyonlar meydana gelir. Kasılmalar pelvik kaslarla sınırlı kalmayıp tüm vücuda yayılır. Bu kasılmaların etkisiyle uterus, karın boşluğunda yukarıya doğru yükselir. Orgazmda klitoris ve vajina birlikte rol oynamaktadır. Orgazmın başında öncelikle klitoris tarafından hissedilen uyarılar, devamında vajina etrafındaki kaslarda ritmik kontraksiyonlar biçiminde kendini gösterir ve böylece orgazm deneyimlenir. Orgazmın süresi ve şiddeti, ön sevişme süresine bağlı olarak değişiklik gösterir. Kadında orgazmı iki faktör etkilemektedir. Duygusal faktörleri klitoris, motor faktörleri ise vajina etrafındaki kaslarla ilgilidir. Bu çift yönlülük nedeniyle kadında refrakter periyodu görülmemektedir. Kadınların plato evresine dönüp tekrar orgazm yaşaması durumu çoklu orgazm olarak adlandırılmaktadır.

Erkeklerde orgazm evresinde, prostat, vas deferens, vesicula seminalis, perine kasları ve peniste 0.8-1 sn süren ve 3-6 kez aralıklı kasılmalar görülür. Semen üretraya geçmesi ve kasılmalarla bir iki saniye içerisinde ejakülasyon gerçekleşir. Ejakülasyon sırasında vesica sfinkterinin kasılmasıyla mesane kapanmakta ve semenin mesaneye geçişi engellenmektedir.

Sempatik sinir sisteminin etkisi ile gerçekleşen bu evrede her iki cinsten de kan basıncı, solunum sayısı artış göstermektedir [19,25,26,44,45].

2.5.4 Çözülme fazı

Son evre olan çözülme fazında, cinsel gerilim uyarılma öncesindeki evreye döner.

Kadında konjesyonun azalmasıyla vajina, labia majör ve minör uyarılma öncesindeki haline geri döner. Kas tonüsü eski haline döner, göğüs, avuç içi gibi bölgelerde görülen kızarıklık 5-10 sn içerisinde kaybolur, taşikardi ve hiperventilasyonun normale dönmesiyle de bu bölgelerde terleme görülür. Memelerdeki ereksiyon kaybı ise zamanla olmaktadır.

Erkeklerde görülen ilk değişiklik ereksiyonun %50 oranında kaybolmasıdır. Sonrasında kas tonüsü, hiperventilasyon, taşikardi normale döner. Penis küçülerek eski boyutuna döner, testisler aşağıya iner, skrotum gevşer. Bu fazın sonunda erkeklerde cinsel uyarılara karşı bir isteksizlik meydana gelir. Erkeklerde ejakülasyondan sonra refrakter dönemi görülür. Bu nedenle ikinci bir ereksiyon ve orgazm için belli bir süre geçmesi gerekir.

Bu dönemin uzunluğu, yaşla doğru orantılı olarak artış gösterir. Burada tek kriter yaş olmayıp bireyin cinsel ilişki sıklığı, isteği ve ortam etkili olmaktadır [19,26,44,45].

2.6 Kontraseptif Yöntemlerin Bireyin Cinsel Fonksiyonuna Etkisi

Kontraseptif yöntemler yalnızca fertilitiyi etkilemekle kalmayıp dolaylı ya da doğrudan cinselliği de etkilemektedir. Bu nedenle kontraseptif yöntem seçiminde, yöntemin avantajlarını ve dezavantajlarını tam anlamıyla bilmek önemlidir. Kontrasepsiyonun cinsellik üzerinde sağladığı en önemli avantaj çoğunlukla gebelik korkusunu azaltması dolayısıyla da güvenli cinsel ilişkiye zemin hazırlamasıdır. Cinsel yaşam, kontrolsüz üremeye neden olabileceği kaygısıyla en fazla kadınlar için korku yaratabilir. Oysa kontraseptif yöntem kullanımı, erkekler için olduğu kadar kadınlar için de cinselliği rahatça yaşama fırsatı vermektedir.

Kontraseptif yöntemlerin cinsellik üzerine farklı etkileri bulunmaktadır. Doğru ve etkin kullanılan bir kontraseptif yöntemin çiftlerde özgüven artışı sağladığı, daha güvenli ve doyurucu cinsel yaşama zemin hazırladığı bilinmektedir. Her yöntem her kişi için farklı etki gösterebilmektedir. Yan etkileri, yöntemi bırakmaya neden olabilmekte ve memnuniyet durumunu azaltabilmektedir. Yöntemlerin cinselliğe etkisi yalnızca yan etkileri ile sınırlı değildir. Yöntemin cinsel işlev ve libidodaki değişikliklere de etkisi değerlendirilmelidir.

Hormonal kontraseptiflerin cinsel işleve etkisini açıklayan farklı görüşler bulunmaktadır. Bazı çalışmalar cinsel ilgi ve fantezilerde olumlu yönde değişim sağladığını vurgularken bazıları ise cinsel yaşamı olumsuz etkilediği ve libidoyu azalttığı yönünde görüşler ortaya koymuştur. Sanders ve arkadaşları 2001 yılında 79 kadın ile yürüttükleri çalışmada, KOK kullanan kadınların %87'sinde cinsel istekte azalma olduğunu saptamıştır. Yine aynı çalışmada KOK kullanımının cinsel yaşamı olumsuz etkilediği, cinsel ilgiyi azalttığı belirtilmiştir. Yapılan çalışmalar kombine oral kontraseptiflerde bulunan östrojenin, testosteron düzeyini düşürdüğü ve bunun da dolaylı olarak libidoyu azalttığı yönündedir. KOK'un içerdiği plazma östrodiol seviyesi 50pg/ml altında ise disporani, orgazmda güçlük, cinsel aktivite sıklığında azalma, testosteron seviyesi 10ng/ml altında ise cinsel istekte, uyarılara verilen cevapta ve kas tonüsünde azalma olduğu belirtilmektedir. Bulantı, yorgunluk, memelerde hassasiyet gibi yan etkilerinin görülmesi cinsel ilişkiyi olumsuz etkilerken amenorenin görülmesi gebelik endişesi yaratabilmektedir [16-20,28,47].

Hormonsuz Rahim İçi Araçlar, cinsel yaşamı kesintiye uğratmamakta ve bu boyutta olumsuz etkilememektedir. Ancak bazı kadınlarda kramp ve kanamaya neden olduğu için dolaylı olarak cinselliği olumsuz yönde etkilediği belirtilmektedir. İlişki sırasında erkeğin ön yargılı olarak RİA'nın ipliklerinden rahatsız olabileceğini düşünmesi, cinsel ilişkiyi zedeleyebilir. RİA'dan kaynaklı oluşan hassasiyet dispozeniye neden olabilmektedir. RİA'nın yerinde olup olmadığı kontrol edildiği sırada ipliklerinin bulunamaması gebelik endişesi yaşatabilmektedir. Bu durumlar da cinsel ilişkiyi olumsuz etkileyebilmektedir [17,47]. Yılmaz'ın 2003 yılında İstanbul Beykoz Devlet Hastanesi'nde 'Kullanılan Kontraseptif Yöntemlerin Kadınların Cinsel Fonksiyonu Üzerine Etkisi' başlıklı 250 kadın ile yürüttüğü çalışma sonucuna göre, kontraseptif yöntem olarak RİA'yı tercih eden 83 kadın vardır ve bu kadınların cinsel istek düzeyi sorgulandığında kadınların %69'u ''orta'' şeklinde cevap vermiştir. Cinsel doyum düzeyi sorgulandığında ise ''orta'' şeklinde yanıt verenler %46 olarak bulunmuştur [47]. Gabalci'nin 2010 yılında Ordu Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde 366 kişi ile gerçekleştirdiği çalışmada, RİA kullanan 92 kadından %92'sinin, RİA'nın cinsel ilişkiyi ve cinsel ilişki sıklığını etkilemediğini belirtmiştir [16]. Kutlu ve Kılıçaslan'ın 2012 yılında Dr. Faruk Sükan Çocuk Hastalıkları ve Doğumevi'nde 190 kişi ile yaptığı 'Bir Aile Planlaması Polikliğine Başvuran Kadınların Rahim İçi Aracı Terk Etme Nedenleri' başlıklı çalışmada, kadınların %35,8'i cinsel ilişki sırasında ağrı, %18,9'u cinsel ilişki sırasında kanama şikayeti ifade etmiştir [48].

Erkek kondomu, erkeklerin cinsel ilişkide sorumluluk aldıkları bir yöntemdir. Bu yöntemin de ilişkiyi kesintiye uğratabildiği ve ilişki sırasında zevk almayı olumsuz yönde etkilediği ifade edilmektedir. Kondom penisin, özellikle de glans penisin duyarlılığını azalttığı, lateks alerjisi gibi yan etkilerinin de olması nedeniyle cinsel fonksiyonu olumsuz etkilediği belirtilmektedir. Etkin bir koruma için kondomun ne zaman takılacağını bilmek önemlidir. Bu da danışmanlıkla mümkün olmaktadır. Kondomun başka sistemik yan etkisinin bulunmaması, erken boşalmayı önlemesi, vajinada kayganlaştırıcı etki yaratması, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara karşı koruyucu özelliğe sahip olması, çiftin cinsel fonksiyonunu olumlu yönde etkilediği belirtilmektedir. Yılmaz'ın 2003 yılında 250 kadın ile yürüttüğü çalışmada, kondom ile korunan 35 kadından %28'i cinsel isteklilik düzeyini ''orta'' şeklinde ifade ederken, %16'sı da cinsel doyum düzeyini ''ileri'' ve ''orta'' olarak ifade etmiştir.

Yine Gabalci'nin 2010 yılındaki çalışmasında , kondom kullanan 92 kişi yöntemle ilgili sorun yaşama konusunda değerlendirildiğinde %56'sı sorun yaşamadığını belirtmiştir. Sorun yaşayan (n=36) kadınların %26'sı, eşinin yöntemden memnun olmadığını belirtmiştir. Yine kondom kullananların %61'i cinsel doyumu etkilemediğini, %80'i cinsel isteği etkilemediğini ifade etmiştir [16,17,47]. Özdemir 2011 yılında Aydın' da 518 kadın ile bir çalışma gerçekleştirmiş ve kondomun kadın cinsel yaşamı üzerine etkilerini araştırmıştır. Buna göre, kondom ile korunan 301 kişiden 27 si cinsel ilişki sırasında sorun yaşadığını belirtmiştir. Yaşanan sorunlar ayrıntılı değerlendirildiğinde ilişkiye girememe (%51.9), eşin hasta olması, soğukluk, kasılma şeklindedir [49].

Sistemik bir yan etkisi olmayan geri çekme yöntemi, erkek kontrolünde gerçekleşmektedir. İlişkinin yarıda kesilmesi, hem erkek hem de kadın açısından cinsel doyumu azaltmakta, çiftler arasında gerginliğe neden olabilmektedir. Gebelik endişesinin en çok yaşandığı bu yöntemin ucuz, herkes tarafından kullanılabilir olması, avantaj olarak görülmektedir [19,47]. Koç'un 2008 yılında İstanbul'da 91 kadın ile gerçekleştirdiği çalışmada, geri çekmenin cinsel memnuniyeti nasıl etkilediği değerlendirildiğinde kadınların %52,7'si "memnun" olduğunu, %61,5'i ise eşinin memnun olmadığını ifade etmiştir. Kadınların %56'sı cinsel yaşamının doyuruculuğunu orta ya da az olarak ifade ederken, %52,7'si cinsel ilişkiyi etkilemediğini ifade etmiştir [19]. Temel'in 2010 yılında Afyonkarahisar'da 54 çift üzerinde yaptığı çalışmada, çiftin önceden kullandıkları kontarseptif yöntemler ile geri çekme yöntemi karşılaştırılmıştır. Bu kapsamda hormonol yöntemden geri çekmeye geçen çiftler değerlendirildiğinde cinsel istek açısından kadınların %50'si cinsel isteğin azaldığını, erkeklerin %75'i değişmediğini belirtirken, cinsel doyuma bakıldığında kadınların %50'si cinsel doyumun azaldığını, erkeklerin %75'i değişmediğini belirtmiştir. RİA'dan geri çekmeye geçen çiftlere bakıldığında kadınların %68,8'i cinsel istek ve doyumun değişmediğini, erkeklerin %75'i cinsel isteğin değişmediğini, %43.7'si cinsel doyumun azaldığını ifade etmiştir [50].

Tüm bu açıklamalar sonucunda kontraseptif yöntem kullanımında en önemli nokta, yöntemin çifte özel, uygun ve memnuniyetle kullanılıyor olmasıdır ve bu da etkin bir danışmanlık ile sağlanabilir. Danışmanlıkta hemşireler hastayı değerlendirmeli, danışmalığa başlamadan önce bireyin/ çiftin kendini konuşmaya hazır hissetmesi ve rahat olması sağlanmalıdır.

Hemşire birey/çifti değerlendirdikten sonra kullandıkları yöntemin cinsel fonksiyonlarını nasıl etkileyebileceği, yöntemi nasıl kullanacağı, kullanım sırasında herhangi bir sorunla karşılaşırsa neler yapacağı, acil kontrasepsiyon hakkında bilgi verilmelidir [49,50]. Hemşire genel bilgilendirmenin yanı sıra bireysel sorun ve çözümlere odaklanmalıdır. Örneğin, kondomun alerjiye neden olduğu bireye lateks yerine poliüretan kondomu tercih edebileceği anlatılır. Kondomu kullanmanın cinsel ilişkiyi kesintiye uğrattığını düşünen bireye yöntemi uygulayabilme becerileri anlatılabilir ya da yöntemin uygulanmasının cinsel ilişkiden önce bir aşama gibi düşünülmesi sağlanabilir. Hissi azalttığını düşünen birey için yöntemin yararları anlatılabilir. RİA'nın ipliklerinden rahatsız olan ve ilişki sırasında batma hisseden bireye RİA'nın değiştirilebildiği ya da iplerinin kısaltılabileceği anlatılarak çözüm bulunabilir. Geri çekme ile korunan çiftte ilişki sırasında ya sonrasında gerginlik şikayetleri oluyorsa yeniden dokunmaya ve ilişkiyi başlatmaya teşvik edilebilir. Yukarıdaki örneklerde verildiği üzere hemşire birey/ çiftin sorununa özgü çözüm oluşturmalı ancak bunları yaparken bazı özelliklere sahip olmalıdır. Cinsellikle ilgili kapsamlı bilgi birikimine sahip olmalı ve bireyle rahatça konuşabilmeli, değer ve önyargılarını değerlendirmeli ve danışanı tarafsız bir şekilde dinleyip yönlendirebilmeli ve cinselliğin yaşam dönemlerine göre değişiklik gösterdiğinin bilincinde olmalı, danışanı buna göre değerlendirmeli ve yönlendirmelidir [47,49,50].

Cinsellik kapsamında danışmanlık, olumlu cinsel davranış geliştirilmesi, cinsellikle ilgili bilinen yanlışların düzeltilmesi, yanlış inanışlardan kaynaklanan cinsel sorunlar, gelişebilecek cinsel disfonksiyonların önlenmesi, güvenli ve doyurucu cinsel ilişki bakımından gereklidir. Böylece toplumda görülen eksik ve yanlış bilgi nedeniyle gelişen cinsel fonksiyon bozukluklarının önüne geçmede kullanılabileceği modeller geliştirilmiştir. Cinsellikle ilgili yeterli bilgi sahibi olmaya yarayan bu modeller PLISSIT , BETTER, ALARM ve ALLOW MODELİ'dir. PLISSIT modeli, cinsellik ve cinsel sağlık bakım gereksinimlerinin karşılanması amacı ile geliştirilmiştir. BETTER modeli, kanserli hastaların bakımına cinselliğin de dahil edilmesi konusunda sağlık çalışanlarına yardımcı olmak için geliştirilmiştir. ALARM modeli, kanserden etkilenen insanların cinsellikle ilgili konulardaki iletişiminin ve cinsel aktivitelerinin değerlendirilmesi ve cinsel işlev sorununun kısa sürede saptaması için geliştirilmiştir. ALLOW modeli, hastanın cinsellikle ilgili kaygılarının değerlendirmesinde, cinsel öyküsünün alınmasında ve tedavi sürecinin planlanmasında kullanılmaktadır.

Sonuç olarak, danışmanlıkla birlikte kaliteli cinsel yaşam, yöntemlerin etkinliği, bilinçli yöntem seçimi hakkında doğru bilgi sağlanmış ve yöntemlerin cinselliğe etkisi konusunda farkındalık yaratılmış olacaktır [16-18,21,22,36,50,51].



3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Tipi

Kontraseptif yöntem kullanımının bireyin cinsel fonksiyonuna etkisini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen bu çalışma kesitsel bir araştırmadır.

3.2 Araştırmanın Evreni

Araştırma evrenini Ekim-Kasım 2018 tarihleri arasında İstanbul Avrupa Yakasında bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinin Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Kadın Hastalıkları Polikliniğine başvuran evli kadınlar ile aynı hastanenin Göz Polikliniğine başvuran evli erkeklerden oluşmaktadır.

3.3 Araştırmanın Örnekleme

Araştırmada örneklemin belirlenmesi için power analizi yapıldı. Kadın hastalıkları ve doğum polikliniklerine 1 ay sürede başvuran kadın hasta sayısı (gebelik dönemi izlemler dışında) 3000, göz polikliniklerine başvuran erkek hasta sayısı 1500'dür. Örneklem sayısını belirlerken “güç analizi” bu sayılar dikkate alınarak yapılmıştır. Araştırmada, örneklem sayısı, evrene ait standart sapma değeri bilinmediğinden Yazıcıoğlu ve Erdoğan (2004) tarafından %95 güvenirlilikle ± 0.03 , ± 0.05 ve ± 0.10 örnekleme hataları için farklı evren büyüklüklerinden çekilmesi gereken örneklem büyüklükleri tablosu dikkate alınarak hesaplanmıştır. Buna göre çalışmamızdaki evren büyüklüğü 18-49 yaş aralığında 3000 kadın, 18-60 yaş aralığında 1500 erkek olmak üzere 4500 kişidir. Power analiz ile yapılan hesaplamalar sonucunda örneklemin 350 kadın, 150 erkek olması gerektiği belirlenmiştir.

Araştırma belirtilen tarihler arasında polikliniklere başvuran, gelişigüzel örnekleme yöntemiyle seçilen ve aşağıdaki kriterlere uygun toplam 350 kadın ve 150 erkek olmak üzere toplam 500 kişi ile gerçekleştirildi.

Kadın ve Erkeklerin Araştırmaya Dahil Olma Kriterleri

- Araştırmaya katılmaya gönüllü olma
- 18 yaşını doldurmuş olma

- Evli olma
- En az okur-yazar olma
- 1 yaşından küçük çocuğu olmama
- İnfertil olmama
- Menopoza girmiş olmama
- Psikiyatrik hastalığı olmama
- Metabolik hastalığı bulunmama
- Cinsel işlev bozukluğu tanısı almış olmama

Araştırmanın güçlükleri

Kadın doğum polikliniklerinden jinekoloji polikliniklerine infertil ve gebe hastaların başvurması, okur yazar olmayan çok sayıda kadının başvurması, istenilen veri sayısına ulaşmayı zorlaştırmıştır. Kadınların cinsellik konusunda kendilerini yeterince ifade edememeleri veri toplamayı zorlaştırmış ve sürenin uzamasına neden olmuştur. Göz polikliniklerine başvuran hasta popülasyonun çoğunluğunu 18 yaş altı ve 60 yaş üzeri hasta grubunun oluşturması verileri toplamada zaman kaybına neden olmuştur. Hastane yönteminin değişmesi sonucu çalışmayı gerçekleştirmek adına yeniden kurum izni alınmak zorunda kalınmıştır.

Araştırmanın sınırlılıkları

Araştırma sadece bir hastanede ve belirli zaman diliminde gerçekleştirildiğinden sonuçlar genele yansıtılamamaktadır. Araştırmada herhangi bir fizyolojik ölçüm yapılmayıp, veriler katılımcıların kendi öz bildirimlerine dayanmaktadır.

3.4 Veri Toplama Araçları

Araştırmada veriler, katılımcıların sosyo-demografik, obstetrik, cinsel yaşam ve aile planlaması yöntem kullanımı ile ilgili bilgilerini “Tanıtıcı Bilgi Formu”, kadın cinsel fonksiyonunu değerlendirmek üzere “Kadın Cinsel İşlev Ölçeği (Female Sexual Function Index- FSFI)” ve erkek cinsel fonksiyonunu değerlendirmek için “Uluslararası Eretil Cinsel İşlev Formu (İternational Index of Erectile Function- IIEF)” ile elde edilmiştir.

Tanıtıcı Bilgi Formu

Araştırmaya katılan kadın ve erkeklerin sosyo-demografik, obstetrik, cinsel yaşam ve aile planlaması kullanımına ilişkin bilgilerin elde edilmesi amacıyla araştırmacı tarafından literatür taranarak [1,7-11,23] hazırlanan bu form, 39 sorudan oluşmaktadır. İlk 16 soru katılımcının sosyo-demografik özelliklerine, 5 soru obstetrik, 10 soru aile planlaması ve son 8 soru cinsel yaşama ait bilgilerine yönelik hazırlanmıştır (Ek 3).

Kadın Cinsel İşlev Ölçeği (Female Sexual Function Index- FSFI)

Kadın Cinsel İşlev Ölçeği (FSFI), Rosen ve arkadaşları tarafından ABD’ de kadın cinsel işlevinin değerlendirilmesi amacıyla, 19 maddelik çok boyutlu bir ölçek olarak geliştirilmiştir. Ölçek, bireyin son 4 haftadaki cinsel sorunları ve cinsel fonksiyonu değerlendirmektedir [52]. Ölçekte, istek, uyarılma, kayganlaşma, orgazm, doyum ve ağrı olmak üzere 6 alt boyut bulunmaktadır. Her madde 0-5 aralığında puanlandırılmaktadır. Cinsel istek veya ilgi sıklığı ve seviyesini değerlendiren 1. ve 2. sorularda puan aralığı, 1-5; uyarılma sıklığı, seviyesi, emin olma durumu, doyumunu değerlendiren 3-6 arası sorularda puan aralığı 0-5; lubrikasyon(kayganlaşma) sıklığı, lubrikasyon zorluğu, lubrikasyonu cinsel ilişkide koruyabilme sıklığı ve zorluğunu değerlendiren 7-10 arası sorularda puan aralığı 0-5 ; orgazm sıklığı ve zorluğu, doyumunu değerlendiren 11-13 arası sorularda puan aralığı 0-5; doyum, eşiyile yakınlık oranı, cinsel ilişkide ve tüm cinsel yaşamında doyum seviyesini değerlendiren 14-16 arası sorularda puan aralığı 0-5 ; ağrı veya rahatsızlık, vajinaya giriş sırasında ağrı varlığı , vajinaya girişi takiben, vajinaya girişte ve sonrasında ağrı seviyesini değerlendiren 17-19 arası sorularda puan aralığı 0-5 olarak ele alınıp değerlendirilmektedir. Buna göre ölçekten alınacak en yüksek ham puan 95, en düşük ham puan 4’tür. Basit matematiksel algoritma hesaplaması alt boyutların ve bileşik tüm ölçeğin puanlanmasını belirlemek için düzenlenmiş ve faktörleri, istek için 0,6; uyarılma ve kayganlaşma için 0,3; orgazm ve ağrı için 0,4 olarak belirlenmiştir. Alt boyut ortalamaları faktör yükleriyle çarpıldıktan sonra ölçekten alınabilecek en yüksek puan 36,0 en düşük puan 2,0 olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin Cronbach’s Alfa katsayısı altı alt boyut için 0,82 ve daha yüksek bulunmuştur; test-tekrar test güvenilirliğinde korelasyon katsayısı $r=0,79-0,86$ arasında bulunmuştur [52,53]. Ölçeğin Türkçe

geçerlik ve güvenilirliği Aygin ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Cronbach Alfa: 0,984) [41,52]. Bu çalışmada Cronbach Alfa değeri 0,82 bulunmuştur (Ek 4).

Uluslararası Elektril İşlev Formu (International Index of Erectile Function- IIEF)

Uluslararası Elektril İşlev formu Rosen ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olup erkek hastaların cinsel işlev fonksiyonunu, işlev bozukluğunu değerlendirmek amacıyla kullanılmaktadır. Ölçekte son 4 hafta içerisindeki fonksiyonun kalitesi sorgulanmaktadır [54-57].

Form, cinsel işlev, orgazm fonksiyonu, cinsel istek, cinsel ilişki memnuniyeti ve genel memnuniyet olmak üzere 5 alt boyuttan oluşmaktadır. Bu bölümlere göre erektil işlev 6, orgazmik işlev 2, cinsel istek 2, cinsel memnuniyet 3 ve genel memnuniyet 2 soru ile değerlendirilmektedir.

Soruların cevapları 0 ile 5 arasında puanlandırılmıştır. Erektil işlev bozukluğu, IIEF içerisindeki 15 soruya verilen cevaplara göre ağır erektil disfonksiyon (0-10 puan), orta derecede erektil disfonksiyon (11-16 puan), hafif-orta derecede erektil disfonksiyon (17-21 puan), hafif erektil disfonksiyon (22-25 puan) ve erektil işlev bozukluğu yok (26-30 puan) şeklinde değerlendirilmektedir. Ölçekten alınabilecek minimum puan 5, maximum puan 75'dir. Cut-off değeri belirtilmemiştir.

Rosen ve arkadaşlarının çalışmasına göre Cronbach Alfa katsayısı 0,91 bulunmuştur. Ölçek alt boyutlarında her bir alt boyut için 0,73'den yüksek bulunmuştur [54]. Ölçeğin Türkçe'ye uyarlamasını 2004 yılında Türk Andoroloji Derneği gerçekleştirmiştir. Bu çalışmada Cronbach Alfa değeri 0,94 bulunmuştur (Ek 5).

3.4.1 Bağımlı Değişkenler

- Kadın Cinsel fonksiyonu (Kadın Cinsel İşlev Ölçeği)
- Erkek Cinsel fonksiyonu (Uluslararası Eretril İşlev Formu)

3.4.2 Bağımsız Değişkenler

Çalışmanın bağımsız değişkenleri, araştırmaya katılan bireylerin sosyo-demografik özellikleri (cinsiyet, yaş, eğitim durumu, eşin eğitim durumu, meslek, eşin mesleği, sosyal güvence, gelir durumu, yaşanılan bölge, aile yapısı, evlenme şekli, evlilik yaşı, cinsel ilişkiye başlama yaşı), obstetrik özellikler, aile planlaması yöntemlerine ilişkin özellikler ve cinsel yaşama ilişkin özelliklerdir.

3.5 Verilerin Toplanmasında İzlenecek Yol

Veriler, yüz yüze görüşme yöntemi ile elde edildi. Tanışmanın hemen ardından kadınlar için "Tanıtıcı Bilgi Formu" ve ardından kadın cinsel fonksiyonunu değerlendirmek için "Kadın Cinsel İşlev Ölçeği (Female Sexual Function Index - FSFI) " erkekler için ise "Tanıtıcı Bilgi Formu" ve ardından erkek cinsel fonksiyonunu değerlendirmek için "Uluslararası Eretil Cinsel İşlev Formu (International Index of Erectile Function- IIEF) " uygulandı.

3.6 Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmaya başlamadan önce Bezmialem Vakıf Üniversitesi Etik Kurulundan onay alındı (Tarih: 13.12.2017, Sayı:52022451-050.05.04-) (Ek 1).

Aynı zamanda araştırmanın yapılacağı hastaneye araştırmanın konusu, amacı ve yöntemi ile ilgili bilgi içeren dilekçe ve etik kurul formları ile başvuru yapılmış, Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulu'ndan (TUEK) yazılı izin ve onamı aldıktan sonra çalışmaya başlandı (Ek 2). Araştırmaya gönüllü katılan kişilerin her birinden yazılı onam alındı.

3.7 Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin analizi IBM SPSS Statistics 22.0 programında yapıldı. Araştırmada kategorik değişkenler için frekans, yüzde değerleri hesaplanmıştır. Sürekli değişkenler için ortalama, standart sapma ve medyan değerleri verilmiştir. Sürekli değişkenlerin normal dağılım sıralaması Shapiro Wilk testi ile yapılmıştır. Normal dağılıma sahip olmayan değişkenlerde iki gurup karşılaştırması için Mann Whitney U testi, ikiden fazla gurup karşılaştırmalarında Kruskal Wallis testi yapılmıştır. Üç ya da daha fazla grup karşılaştırmaları için post-hoc test olarak Dunn testi kullanılmıştır. Nümerik değişkenler arasındaki ilişkinin karşılaştırılmasında ise Spearman korelasyon katsayısı kullanılmıştır. Tüm analizler $\alpha=0,05$ anlamlılık seviyesinde analiz edilip raporlanmıştır.

4. BULGULAR

Bu bölümde, kontraseptif yöntem kullanımının bireyin cinsel fonksiyonuna etkisini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen araştırmadan elde edilen bulgular tablolar halinde sunuldu.

Araştırmanın bulguları üç bölümde sunuldu;

4.1. Kadın ve erkek katılımcıların tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular,

4.2. Kadın cinsel işlev ölçeği (Female Sexual Function Index- FSFI) puanlarına ilişkin bulgular,

4.3. Uluslar arası erektil işlev formu (International Index of Erectile Function -IIEF) puanlarına ilişkin bulgular.

4.1 Kadın ve Erkek Katılımcıların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde kadınların ve erkeklerin tanıtıcı, obstetrik ve cinsel yaşamına ilişkin özellikleri tablolar halinde sunuldu.



Tablo 4.1 : Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri

Özellikler	Kadın (n=350)		Erkek (n=150)	
	n	%	n	%
Yaş				
18-28	48	13,7	8	5,3
29-39	160	45,7	85	56,7
40-49	135	38,6	43	28,7
50-60	7	2,0	14	9,3
Eğitim durumu				
Okur yazar	8	2,3	1	0,7
İlkokul	135	38,6	24	16,0
Ortaokul ve lise	129	36,8	79	52,6
Üniversite ve üzeri	78	22,3	46	30,7
Çalışma durumu				
- / İşçi-esnaf	-	-	96	64,0
Çalışıyor/Memur	128	36,6	32	21,4
Çalışmıyor/Emekli-Çalışmıyor	222	63,4	22	14,6
Sosyal güvencesi				
Var	310	88,6	141	94,0
Yok	17	4,9	6	4,0
Yeşil kart	23	6,5	3	2,0
Gelir durumu algısı*				
Gelir giderden az	112	32,0	53	35,3
Gelir gidere denk	200	57,1	79	52,7
Gelir giderden fazla	38	10,9	18	12,0
Aile yapısı				
Çekirdek aile	289	82,6	120	80,0
Geniş aile	57	16,3	28	18,7
Parçalanmış aile	4	1,1	2	1,3
En uzun yaşanılan yer				
Köy	35	10,0	8	5,3
Kasaba	8	2,3	5	3,3
İlçe	43	12,3	22	14,7
İl	264	75,4	115	76,7
En uzun yaşanılan bölge				
Marmara bölgesi	233	66,6	99	66,0
Karadeniz bölgesi	27	7,7	10	6,7
G.Doğu Anadolu bölgesi	12	3,4	9	6,0
Akdeniz bölgesi	32	9,1	19	12,7
İç Anadolu bölgesi	23	6,6	7	4,7
Ege bölgesi	7	2,0	1	0,6
Doğu Anadolu bölgesi	16	4,6	5	3,3
İlk evlilik yaşı				
15-24	238	68,0	42	28,0
25-29	98	28,0	86	57,3
30-40	14	4,0	22	14,7
Evlilik süresi (yıl)	Ort±Ss		Ort ±Ss	
	15± 8,57		12,61±7,85	

*katılımcıların kendi ifadeleri

Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde; kadınların %45,7' sinin 29-39 yaş arasında, % 75,4'ünün ilk ve orta öğretim mezunu, %63,4'ünün çalışmadığı, %88,6'sının sosyal güvencesi olduğu, %57,1'inin geliri giderine denk, %82,6'sının çekirdek aileye sahip, %75,4'ünün en uzun süre ilde ve % 66,6'sının Marmara Bölgesinde yaşamış ve %68'inin 15-24 yaş arasında evlenmiş olduğu saptandı. Kadınların ortalama evlilik süresi, $15 \pm 8,57$ olarak belirlendi.

Erkeklerin %56,7'sinin 29-39 yaş grubunda, %68,6'sının ilk ve orta öğretim mezunu, %64'ünün işçi-esnaf, %94'ünün sosyal güvencesi olduğu, %52,7'sinin gelir gideri denk, %80'inin çekirdek aile yapısı, %76,7'sinin en uzun süre ilde ve %60'ının Marmara Bölgesinde yaşamış, %57,32'ünün ilk evlilik yaşı 25-29 yaş aralığında olduğu saptandı. Erkek katılımcıların ortalama evlilik süresi, $12,61 \pm 7,85$ olarak belirlendi (Tablo 4.1).

Tablo 4.2 : Kadınların Obstetrik Özellikleri (N=350)

Obstetrik özellikler	n	%
Çocuk sayısı		
Yok	28	8,0
1-2	213	60,9
3-4	104	29,7
5 ve üzeri	5	1,4
En son iki çocuk arasındaki süre		
Çocuğu yok	28	8,0
Tek çocuğu var	72	20,6
1-2 yıl	56	16,0
3-4 yıl	88	25,1
5-6 yıl	39	11,1
7 yıl ve üzeri	67	19,1
Düşük sayısı		
Yok	240	68,6
1-2	97	27,7
3-5 ve üzeri	13	3,7
Kürtaj sayısı		
Yok	220	62,9
1-2	120	34,3
3-5 ve üzeri	10	2,8
En son doğum şekli		
Nullipar	28	8,0
NSD	63	18,0
NSD+Epizyotomi	101	28,9
Sezaryen	158	45,1

Kadınların obstetrik özellikleri incelendiğinde; %60,9'unun 1-2 çocuğa sahip olduğu, %16,1'inin en son çocukları arasında 1-2 yıl, %25,1'inin de 3-4 yıl ara olduğu, %68,6'sının düşüğü ve % 62,9'unun kürtajı olmadığı, %45,1'inin son doğum şeklinin sezaryen olarak saptandı (Tablo 4.2).

Tablo 4.3 : Erkeklerin Çocuk Sahibi Olma Durumu (N=150)

Çocuk durumu	n	%
Çocuk sayısı		
Yok	12	8,0
1-2	110	73,3
3-4	28	18,7
En son iki çocuk arasındaki süre		
Çocuğu yok	12	8,0
Tek çocuğum var	36	24,0
1-2 yıl	27	18,0
3-4 yıl	38	25,3
5-6 yıl	25	16,7
7 yıl ve üzeri	12	8,0

Erkeklerin % 73,3'ünün 1-2 çocuk sahibi olduğu, %18' inin en son çocukları arasındaki yaş farkının 1-2 yıl, %25,3'ünün 3-4 yıl olarak saptandı (Tablo 4.3).

Tablo 4.4: Katılımcıların Aile Planlaması (AP)Yöntemlerine İlişkin Bilgi Durumları

Bilgi durumları	Kadın (n=350)		Erkek (n=150)	
	n	%	n	%
AP Yöntem Bilgi durumu*				
Hiç	13	3,7	8	5,3
Az düzeyde	97	27,7	34	22,7
Yeterli düzeyde	240	68,6	108	72,0
AP hakkında bilgi edinilen kaynak				
Bilgi edinmemiş	13	3,7	16	10,7
Basın\Yayın	74	21,1	44	29,3
Sağlık personeli	199	56,9	65	43,3
Komşu\akraba\arkadaş	64	18,3	25	16,7
Sağlık personelinden AP danışmanlığı alma				
Evet	132	37,7	31	20,7
Hayır	218	62,3	119	79,3
Yönteme karar verirken danışmanlık alma				
Evet	124	35,4	36	24,0
Hayır	226	64,6	114	76,0

*katılımcıların kendi ifadesi

Katılımcıların aile planlamasına ilişkin bilgi durumları incelendiğinde; kadınların %68,6'sının AP yöntemleri hakkında yeterli düzeyde bilgisi olduğu, %56,9'unun sağlık personelinden bilgi edindiği, %62,3'ünün sağlık personelinden AP danışmanlığı almadığı ve %64,6'sının yönetime karar verirken danışmanlık almadığı belirlendi.

Erkeklerin %72' sinin AP yöntemleri hakkında yeterli düzeyde bilgisi olduğu, %43,3'ünün bu konuda bilgi edindiği kaynak olarak sağlık personelini gösterdiği, %79,3'ünün herhangi bir zamanda AP danışmanlığı ve % 76'sının ise yönetime karar verirken danışmanlık almadığı saptandı (Tablo 4.4).

Tablo 4.5: Son Üç Ayda Kullanılan Modern ve Geleneksel Yöntemlerin Cinsiyete Göre Dağılımı

Yöntem türü	Kadın (n=350)		Erkek (n=150)	
	n	%	n	%
Modern yöntemler	397	70,6	111	74,0
Geleneksel yöntemler	103	29,4	39	26,0

Katılımcıların son 3 ayda kullandıkları yöntem türü değerlendirildiğinde, kadınların %70,6'sının modern, %29,4'ünün geleneksel yöntem; erkeklerin ise %74'ünün modern, %26'sının geleneksel yöntem kullandığı saptandı (Tablo 4.5).

Tablo 4.6: Son Üç Ayda Kullanılan Kontraseptif Yöntemlerin Cinsiyete Göre Dağılımı

Kullanılan Kontraseptif Yöntem	Kadın (n=350)		Erkek (n=150)	
	n	%	n	%
Kombine oral kontraseptif	16	4,6	3	2,0
Mini haplar	13	3,7	5	3,3
Aylık iğne	3	0,9	2	1,4
RİA (Rahim İçi Araç)	87	24,9	35	23,3
Kondom	86	24,6	58	38,7
Tüp ligasyonu	42	11,9	8	5,3
Geri çekme	103	29,4	39	26,0

Katılımcıların son üç ayda kullandıklarını belirttiği aile planlaması yöntemleri, yüzdelik sırasına göre, kadınların %29,4'ü geri çekme, %24,9'u RİA, %24,6'sı kondom, %11,9'u tüp ligasyon, %4,6'sı kombine oral kontraseptif, %3,7'si mini hap, %0,9'u aylık iğne idi. Erkeklerin ise çift olarak kullandıklarını ifade ettikleri yöntemler sırasıyla, %38,7'si kondom, %26'sı geri çekme, %23,3'ü RİA, %5,3'ü tüp ligasyon, %3,3'ü mini hap, %2'si kombine oral kontraseptif ve %1,4'ü aylık iğne idi (Tablo 4.6).

Tablo 4.7: Katılımcıların Kullandıkları AP (Aile Planlaması) Yönteminden Memnuniyet Durumu

Memnuniyet durumu	Kadın (n=350)		Erkek (n=150)	
	n	%	n	%
Yöntemden memnuniyet*				
Hiç memnun değil	26	7,4	18	12,0
Biraz memnun	58	16,6	43	28,7
Memnun	266	76,0	89	59,3
AP kullanımında eş desteği				
Evet	305	87,1	127	84,7
Hayır	22	6,3	9	6,0
Emin değilim	23	6,6	14	9,3
Yöntemden eş memnuniyeti				
Çok memnun	76	21,7	34	22,7
Memnun	235	67,2	102	68,0
Hiç memnun değil	39	11,1	14	9,3

*Katılımcıların kendi ifadeleri

Katılımcıların kullandıkları yöntemden memnuniyet durumları incelendiğinde; kadınların %76'sının kullandığı yöntemden memnun olduğunu, %87,1'inin yöntem kullanımında eş desteklediği aldığını, %67,2'sinin eşin kullanılan yöntemden memnun, %21,7'sinin çok memnun olduğunu belirttiği saptandı. Erkek katılımcıların ise %59,3'ünün kullandığı yöntemden memnun olduğunu, %84,7'sinin yöntem kullanımında eş desteklediği aldığını, %68'inin eşin kullanılan yöntemden memnun, %22,7'sinin çok memnun olduğunu ifade ettiği saptandı (Tablo 4.7).

Tablo 4.8: Katılımcıların Cinsel Yaşama İlişkin Görüşleri

Cinsel yaşama ilişkin görüşler	Kadın(n=350)		Erkek(n=150)	
	n	%	n	%
Eş ile iletişim				
İyi	292	83,4	133	88,7
Kötü	58	16,6	17	11,3
Eş ile duygusal yakınlık				
İyi	290	82,9	130	86,7
Kötü	60	17,1	20	13,3
Cinsel ilişki sıklığı				
Haftada 1 kez	120	34,3	45	30,0
Haftada 2 kez	158	45,1	55	36,7
Haftada 3 kez ve daha fazla	72	20,6	50	33,3
Zorla cinsel ilişkide bulunma durumu				
Hayır	191	54,6	88	58,6
Evet	52	14,9	31	20,7
Bazen	107	30,5	31	20,7
Cinselliği eş ile konuşabilme				
Evet, her zaman	224	64,0	103	68,7
Evet, bazen	97	27,7	39	26,0
Hayır, hiçbir zaman	29	8,3	8	5,3
Kullanılan AP yönteminin cinsel yaşama etkisi				
Olumlu	288	82,3	125	83,3
Olumsuz	62	17,7	25	16,7
Cinsel ilişkiye başlama yaşı		Ort±Ss		Ort±Ss
		21± 4,32		21,43±4,44

Katılımcıların cinsel yaşamlarına ilişkin görüşleri incelendiğinde; kadınların %83,4'ünün eşi ile iletişiminin iyi, % 82,9'unun eşi ile duygusal yakınlığının iyi ve %45,1'inin cinsel ilişki sayısının haftada 2 kez olduğu, %54,6'sının zorla cinsel ilişkide bulunmadığı, % 64'ünün cinsel konularda eşi ile her zaman konuşabildiği ve %82,3'ünün kullandığı yöntemin cinsel yaşamını olumlu yönde etkilediğini belirttiği saptandı. Kadınların ortalama cinsel ilişkiye başlama yaşı 21± 4,32 olarak belirlendi.

Erkeklerin %88,7'sinin eşi ile iletişiminin iyi, %86,7'sinin eşi ile duygusal yakınlığının iyi ve %36,7'sinin cinsel ilişki sayısının haftada 2 kez olduğu, %58,6'sının zorla cinsel ilişkide bulunmadığı ve %68,7'sinin cinsel konularda eşi ile her zaman konuşabildiği, %83,3'ünün kullandığı yöntemin cinsel yaşamını olumlu yönde etkilediğini ifade ettiği saptandı. Erkeklerin ortalama cinsel ilişkiye başlama yaşı 21,43±4,44 idi (Tablo 4.8).

4.2. Kadınların Cinsel İşlev Ölçeği Puanlarına İlişkin Bulgular

Bu bölümde kadınların Cinsel İşlev Ölçeği puan ortalamaları ile kadınların tanıtıcı, obstetrik ve cinsel yaşamına ilişkin özelliklerine göre Cinsel İşlev Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırıldığı tablolar yer almaktadır.



Tablo 4.9: Kadınların Cinsel İşlev Ölçeği (IFSF) Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları (N=350)

IFSF Alt Boyut Puanları	Ort±Ss	Minimum	Maksimum
Cinsel istek	3,63 ± 1,03	1,20	6,00
Uyarılma	3,14 ± 1,12	0,00	6,00
Lubrikasyon	3,37 ± 1,04	0,00	6,00
Orgazm	3,37 ± 1,00	0,00	6,00
Doyum	1,74 ± 0,87	0,00	4,50
Ağrı	3,12 ± 1,16	0,00	4,50
Toplam Puan	18,38 ± 3,87	4,20	27,30

Kadınların IFSF toplam ve alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde, “*cinsel istek*” alt boyut puan ortalaması, 3,63 ± 1,03 (Min. 1,20, Max. 6,00); “*uyarılma*” alt boyut puan ortalaması, 3,14 ± 1,12 (Min. 0,00, Max. 6,00); “*lubrikasyon*” alt boyut puan ortalaması, 3,37 ± 1,04 (Min. 0,00, Max. 6,00); “*orgazm*” alt boyut puan ortalaması, 3,37 ± 1,00 (Min. 0,00 Max. 6,00); “*doyum*” alt boyut puan ortalaması; 1,74 ± 0,87 (Min. 0,00, Max. 4,50), “*ağrı*” alt boyut puan ortalaması; 3,12 ± 1,16 (Min. 0,00, Max. 4,50); ölçek toplam puan ortalaması, 18,38 ± 3,87 (Min. 4,20, Max. 27,30) bulundu (Tablo 4.9).

Tablo 4.10: Kadın Cinsel İşlev Ölçeği Skoru (N=350)

FSFI Skoru	n	%
<23	314	%89,7
23-29	36	%10,3
>30	-	-

Kadınların % 89,7'sinin cinsel işlev ölçeği skoru 23 puanın altında ve kötü, %10,3'ünün skoru ise 23-29 puan arasında ve orta bulunmuştur.



Tablo 4.11: Kadınların Yaş Gruplarına Göre Kadın Cinsel İşlev Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=350)

Değişkenler	Cinsel istek	Uyarılma	Lubrikasyon	Orgazm	Doyum	Ağrı	Ölçek toplam puanı
	Ort ± Ss	Ort ± Ss	Ort ± Ss	Ort ± Ss	Ort ± Ss	Ort ± Ss	Ort ± Ss
Yaş							
18-28	3,31±1,06	2,80±1,07	3,30±0,70	3,25±0,82	1,48±0,65	3,10±1,14	17,27±2,75
29-39	3,56±1,03	3,04±1,04	3,33±1,01	3,31±0,93	1,67±0,80	3,03±1,10	17,96±3,69
40-49	3,81±1,01	3,36±1,20	3,43±1,18	3,48±1,14	1,92±1,00	3,19±1,23	19,21±4,34
50-60	3,85±0,32	3,34±0,74	3,42±0,62	3,48±0,50	1,84±0,26	3,77±0,97	19,72±1,04
İstatistiksel değerlendirme	Ki-kare =10,08 p=0,018	Ki-kare =15,96 p=0,001	Ki-kare =3,13 p=0,371	Ki-kare =11,41 p=0,010	Ki-kare =12,58 p=0,006	Ki-kare =5,49 p=0,139	Ki-kare=22,33 p=0,000

Kadınların yaş gruplarına göre cinsel işlev ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında yaş gruplarına göre ölçek alt boyutlarında anlamlı fark saptandı. Ölçek alt boyutlarının ikili karşılaştırmalarına bakıldığında, ‘ölçek toplam puanı’nda ‘18-28’ ve ‘40-49’ yaş grupları ile ‘18-28’ ve ‘50-60’ yaş grupları ($p<0,001$) arasında, ‘cinsel istek’ alt boyutunda, ‘18-28’ ve ‘40-49’ yaş grupları arasında fark bulundu ($p<0,01$). ‘Uyarılma’ alt boyutundaki farklılığın ‘18-28’ ve ‘40-49’ yaş grupları ile ‘18-28’ ve ‘50-60’ yaş gruplarından ($p<0,01$), ‘orgazm’ alt boyutunda ise ‘18-28’ ve ‘40-49’ yaş grupları ile ‘18-28’ ve ‘50-60’ yaş gruplarından ($p<0,05$), ‘doyum’ alt boyutunda ise ‘18-28’ ve ‘40-49’ yaş gruplarından kaynaklı anlamlı fark bulundu ($p<0,01$) (Tablo 4.11).



Tablo 4.12: Kadınların Eğitim Durumuna Göre Kadın Cinsel İşlev Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=350)

Değişkenler	Cinsel istek	Uyarılma	Lubrikasyon	Orgazm	Doyum	Ağrı	Ölçek toplam puanı
	Ort ± Ss	Ort ± Ss	Ort ± Ss	Ort ± Ss	Ort ± Ss	Ort ± Ss	Ort ± Ss
Eğitim durumu							
Okur-yazar	3,90±1,01	3,00±0,68	3,60±0,68	3,35±0,87	1,61±0,57	3,26±1,12	18,72±2,48
İlkokul	3,87±0,99	3,52±1,06	3,54±1,07	3,54±1,05	1,91±0,96	2,85±1,14	19,24±3,86
Ortaokul ve lise	3,45±1,07	3,01±1,09	3,34±0,98	3,42±0,87	1,76±0,79	3,21±1,06	18,21±3,60
Üniversite ve üzeri	3,47±0,94	2,70±1,11	3,10±1,06	3,01±1,05	1,44±0,81	3,42±1,26	17,16±4,14
İstatistiksel değerlendirme	X ² =10,43 p=0,015	X ² =35,02 p=0,000	X ² =11,65 p=0,009	X ² =20,24 p=0,000	X ² =17,24 p=0,001	X ² =18,59 p=0,000	X ² =16,32 p=0,001

Kadınların eğitim durumuna göre kadın cinsel işlev ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında, eğitim durumu ile ölçek alt boyutları arasında anlamlı fark saptandı. Alt boyutların ikili karşılaştırmaları incelendiğinde, *“ölçek toplam puanı”*ndaki fark eğitim durumu ‘ilkokul’ ile ‘üniversite ve üzeri’ olan gruplardan kaynaklandığı saptandı ($p<0,01$). *“Cinsel istek”* alt boyutunda eğitim durumu ‘ilkokul’ ile ‘ortaokul ve lise’ olan gruplar arasında ($p<0,05$), *“uyarılma”* alt boyutunda ise eğitim durumu ‘ilkokul’ ile ‘üniversite ve üzeri’ olan gruplarla ‘ilkokul’ ile ‘ortaokul ve lise’ grupları arasında anlamlı fark bulundu ($p<0,001$). *“Lubrikasyon”* alt boyutunda eğitim durumu ‘ilkokul’ ile ‘üniversite ve üzeri’ ($p<0,01$), *“orgazm”* alt boyutunda ‘ilkokul’ ile “üniversite ve üzeri” ($p<0,001$) olanlar arasında anlamlı fark saptandı. *“Doyum”* alt boyutunda bu fark ‘ilkokul’ ile ‘ortaokul ve lise’ grupları ile ‘ilkokul’ ile ‘üniversite ve üzeri’ ($p<0,01$) gruplarından, *“ağrı”* alt boyutunda ise eğitim durumu ‘ilkokul’ ile ‘üniversite ve üzeri’ ($p<0,001$) olan gruplardan kaynaklı anlamlı fark saptandı (Tablo 4.12).

Tablo 4.13: Kadınların Eşlerinin Eğitim Durumuna Göre Kadın Cinsel İşlev Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=350)

Değişkenler	Cinsel istek	Uyarılma	Lubrikasyon	Orgazm	Doyum	Ağrı	Ölçek toplam puanı
	Ort ± Ss	Ort ± Ss	Ort ± Ss	Ort ± Ss	Ort ± Ss	Ort ± Ss	Ort ± Ss
Eğitim durumu							
Okur-yazar değil	3,75±1,57	3,67±1,72	3,22±1,20	2,30±1,54	1,27±1,10	1,95±1,43	16,17±3,07
Okur-Yazar	4,40±0,91	3,40±0,45	3,70±0,34	3,60±0,40	1,50±0,30	2,60±0,45	19,20±0,81
İlkokul	3,73±0,96	3,47±1,02	3,47±1,06	3,55±0,97	1,87±0,88	3,00±1,12	19,12±3,69
Ortaokul ve lise	3,67±1,06	3,09±1,13	3,35±1,05	3,39±0,96	1,77±0,87	3,15±1,16	18,44±4,01
Üniversite ve üzeri	3,33±1,00	2,68±1,08	3,23±0,98	3,09±1,06	1,53±0,84	3,32±1,18	17,20±3,73
İstatistiksel değerlendirme	X ² =9,640 p=0,051	X ² =29,313 p=0,000	X ² =3,157 p=0,532	X ² =20,352 p=0,000	X ² =10,247 p=0,036	X ² =9,548 p=0,049	X ² =15,992 p=0,003

Kadınların eşlerinin eğitim durumuna göre kadın cinsel işlev ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında, eğitim durumu ile ölçek alt boyutları arasında anlamlı fark saptandı. Alt boyutların ikili karşılaştırmaları incelendiğinde, ‘ölçek toplam puanı’ ($p<0,01$), ‘orgazm’ ($p<0,001$), ‘doyum’ ($p<0,05$), ‘ağrı’ ($p<0,05$) alt boyutlarında ‘ilkokul’ ile ‘üniversite ve üzeri’ olan gruplardan kaynaklı anlamlı fark saptandı (Tablo 4.13).



Tablo 4.14: Kadınların Çalışma Durumuna Göre Kadın Cinsel İşlev Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmaları (N=350)

Değişkenler	Cinsel istek	Uyarılma	Lubrikasyon	Orgazm	Doyum	Ağrı	Ölçek toplam puanı
	Ort ± Ss	Ort ± Ss	Ort ± Ss	Ort ± Ss	Ort ± Ss	Ort ± Ss	Ort ± Ss
Çalışma durumu							
Çalışıyor	3,58±1,03	2,95±1,16	3,24±1,05	3,26±1,06	1,66±0,93	3,20±1,22	17,92±4,05
Çalışmıyor	3,66±1,03	3,27±1,08	3,45±1,02	3,44±0,95	1,80±0,83	3,06±1,11	18,71±3,72
İstatistiksel değerlendirme	Z =-0,738 p=0,461	Z =-2,560 p=0,010	Z =-1,944 p=0,052	Z=-1,938 p=0,053	Z =-1,928 p=0,054	Z =-1,451 p=0,147	Z=-1,790 p=0,073

Kadınların çalışma durumuna göre cinsel işlev ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; 'uyarılma' alt boyutunda anlamlı fark saptandı ($p<0,05$). Çalışmayanların puan ortalamaları, çalışanlara göre yüksek bulunmuştur (Tablo 4.14).

Tablo 4.15: Kadınların Gelir Düzeyine Göre Kadın Cinsel İşlev Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=350)

Değişkenler	Cinsel istek	Uyarılma	Lubrikasyon	Orgazm	Doyum	Ağrı	Ölçek toplam puanı
	Ort ± Ss	Ort ± Ss	Ort ± Ss	Ort ± Ss	Ort ± Ss	Ort ± Ss	Ort ± Ss
Gelir düzeyi							
Gelir giderden az	3,70±1,08	3,31±1,19	3,40±1,14	3,38±1,15	1,76±0,95	2,93±1,24	18,51±4,33
Gelir gidere denk	3,54±1,00	3,08±1,10	3,34±0,97	3,36±0,93	1,74±0,85	3,21±1,12	18,31±3,72
Gelir giderden fazla	3,83±0,98	2,95±0,98	3,37±1,07	3,37±0,91	1,69±0,81	3,18±1,03	18,43±3,28
İstatistiksel değerlendirme	X ² =4,93	X ² =4,92	X ² =0,58	X ² =0,665	X ² =0,23	X ² =4,01	X ² =0,555
	p=0,085	p=0,085	p=0,748	p=0,717	p=0,887	p=0,135	p=0,760

Kadınların gelir düzeyine göre kadın cinsel işlev ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 4.15).

Tablo 4.16: Kadınların Aile Yapısına ve Yaşamının En Uzun Bölümünü Geçirdiği Bölgeye Göre Kadın Cinsel İşlev Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=350)

	Cinsel istek	Uyarılma	Lubrikasyon	Orgazm	Doyum	Ağrı	Ölçek toplam puanı
Değişkenler	Ort ± Ss	Ort ± Ss	Ort ± Ss	Ort ± Ss	Ort ± Ss	Ort ± Ss	Ort ± Ss
Aile yapısı							
Çekirdek aile	3,64±1,03	3,12±1,14	3,40±1,04	3,39±0,97	1,76±0,86	3,18±1,13	18,52±3,86
Geniş aile	3,47±0,96	3,14±1,00	3,28±0,87	3,36±0,99	1,65±0,77	2,93±1,13	17,86±3,39
Parçalanmış aile	4,65±1,57	4,20±1,17	1,87±2,16	2,20±2,56	2,10±2,43	1,12±1,43	16,15±9,41
İstatistiksel değerlendirme	X ² = 3,411 p=0,182	X ² = 2,966 p=0,227	X ² = 2,737 p=0,254	X ² = 0,171 p=0,918	X ² = 0,276 p=0,871	X ² = 9,344 p=0,009	X ² = 1,530 p=0,465

Tablo 4.16 (devam) : Kadınların Aile Yapısına ve Yaşamının En Uzun Bölümünü Geçirdiği Bölgeye Göre Kadın Cinsel İşlev Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=350)

En uzun yaşanılan bölge								
Marmara bölgesi	3,65±1,05	3,14±1,14	3,33±1,06	3,30±1,04	1,70±0,92	3,05±1,19	18,19±3,92	
Karadeniz bölgesi	3,75±1,08	3,04±1,50	3,23±1,30	3,42±1,32	1,67±0,91	3,11±1,26	18,24±5,44	
G.Doğu Anadolu bölgesi	3,40±1,26	3,32±1,18	3,35±0,83	3,73±0,78	2,00±0,72	3,42±0,84	19,23±3,08	
Akdeniz bölgesi	3,39±0,70	2,76±0,89	3,51±0,73	3,32±0,57	1,71±0,55	3,69±0,74	18,40±2,64	
İç Anadolu bölgesi	3,88±0,90	3,30±0,76	3,33±1,08	3,42±0,79	1,98±0,90	3,05±1,25	18,98±3,97	
Ege bölgesi	3,68±1,40	3,47±0,89	3,42±1,22	3,42±0,82	1,80±0,84	3,21±1,09	19,02±3,48	
Doğu Anadolu bölgesi	3,33±0,90	3,56±0,88	3,90±0,66	4,05±0,74	1,96±0,81	2,88±1,11	19,70±2,62	
İstatistiksel değerlendirme	$\chi^2 = 5,529$ p=0,478	$\chi^2 = 5,526$ p=0,511	$\chi^2 = 13,011$ p=0,043	$\chi^2 = 12,625$ p=0,049	$\chi^2 = 11,158$ p=0,084	$\chi^2 = 4,635$ p=0,591	$\chi^2 = 4,689$ p=0,584	

Kadınların aile yapısına göre kadın cinsel işlev ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında, parçalanmış aile yapısında olanlar ile çekirdek aile yapısında olanların “*ağrı*” puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulundu ($p<0,01$).

Kadınların yaşamının en uzun bölümünü geçirdiği bölgeye göre ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında, Karadeniz bölgesi ile Doğu Anadolu bölgesi arasında “*lubrikasyon*” alt puanı ($p<0,05$); Akdeniz bölgesi ile Doğu Anadolu bölgesi arasında “*orgazm*” alt puanı ($p<0,05$) anlamlı fark bulundu (Tablo 4.16).



Tablo 4.17: Kadınların Cinsel Yaşama İlişkin Görüşlerine Göre Kadın Cinsel İşlev Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=350)

	Cinsel istek	Uyarılma	Kayganlaşma	Orgazm	Doyum	Ağrı	Ölçek toplam puanı
Değişkenler	Ort ± Ss	Ort ± Ss	Ort ± Ss	Ort ± Ss	Ort ± Ss	Ort ± Ss	Ort ± Ss
Eş ile iletişim							
İyi	3,51±0,97	3,01±1,04	3,37±0,95	3,35±0,90	1,62±0,73	3,20±1,10	18,07±3,47
Kötü	4,20±1,12	3,80±1,29	3,36±1,41	3,48±1,41	2,37±1,21	2,74±1,35	19,96±5,23
İstatistiksel değerlendirme	Z= -3,69 p=0,00	Z= -5,11 p=0,00	Z= -1,15 p=0,24	Z= -2,68 p=0,00	Z= -5,43 p=0,00	Z= -2,13 p=0,03	Z= -4,30 p=0,00
Eş ile duygusal yakınlık							
İyi	3,52±0,96	3,02±1,04	3,35±0,96	3,35±0,90	1,60±0,70	3,19±1,11	18,06±3,39
Kötü	4,12±1,20	3,69±1,31	3,45±1,36	3,45±1,40	2,45±1,23	2,80±1,32	19,97±5,41
İstatistiksel değerlendirme	Z= -3,17 p=0,00	Z= -4,25 p=0,00	Z= -1,47 p=0,14	Z= -2,52 p=0,01	Z= -6,05 p=0,00	Z= -1,83 p=0,06	Z= -4,33 p=0,00

Tablo 4.17 (devam) : Kadınların Cinsel Yaşama İlişkin Görüşlerine Göre Kadın Cinsel İşlev Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=350)

Cinsel ilişki sıklığı							
Haftada 1 kez	3,83±1,04	3,37±1,20	3,36±1,15	3,35±1,22	1,88±1,08	3,10±1,28	18,90±4,44
Haftada 2 kez	3,58±0,95	3,12±1,03	3,45±0,89	3,43±0,74	1,73±0,71	3,17±1,02	18,49±3,14
Haftada 3 kez ve daha fazla	3,40±1,12	2,79±1,10	3,20±1,14	3,28±1,10	1,55±0,79	3,04±1,23	17,29±4,15
İstatistiksel değerlendirme	$\chi^2 =3,017$ p=0,221	$X^2=6,001$ p=0,050	$X^2=3,530$ p=0,171	$X^2=2,336$ p=0,311	$X^2=5,563$ p=0,062	$X^2=0,304$ p=0,859	$\chi^2 =7,983$ p=0,018
Cinselliği eş ile konuşabilme							
Evet, her zaman	3,44±0,98	2,91±1,03	3,31±1,04	3,28±0,91	1,57±0,75	3,16±1,15	17,68±3,59
Evet, bazen	3,79±0,96	3,39±1,09	3,60±0,84	3,67±0,90	1,98±0,84	3,27±1,00	19,73±3,40
Hayır, hiçbir zaman	4,51±1,10	4,06±1,25	3,03±1,42	3,08±1,59	2,28±1,37	2,32±1,39	19,31±5,80
İstatistiksel değerlendirme	$X^2=13,719$ p=0,001	$X^2=28,706$ p=0,000	$X^2=3,949$ p=0,139	$X^2=17,682$ p=0,000	$X^2=21,352$ p=0,000	$X^2=5,237$ p=0,073	$X^2=28,607$ p=0,000

Tablo 4.17 (devam) : Kadınların Cinsel Yaşama İlişkin Görüşlerine Göre Kadın Cinsel İşlev Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=350)

Kullanılan AP yönteminin cinsel yaşama etkisi							
Olumlu	3,76±1,17	3,20±1,30	3,10±1,26	3,01±1,40	1,76±1,16	2,41±1,26	17,26±4,81
Olumsuz	3,63±1,07	3,20±1,20	3,32±1,05	3,42±0,92	1,89±0,99	2,92±1,16	18,40±4,00
İstatistiksel değerlendirme	Z= -0,452 p=0,651	Z= -0,049 p=0,961	Z= -0,652 p=0,514	Z= -1,316 p=0,188	Z= -0,835 p=0,404	Z= -1,716 p=0,086	Z= -1,331 p=0,183

Kadınların cinsel yaşamlarına ilişkin görüşlerine göre kadın cinsel işlev ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında, kadının eşi ile iletişim ile *“ölçek toplam puanı”*, *“cinsel istek”* (p<0,001), *“uyarılma”* (p<0,001), *“orgazm”* (p<0,001), *“doyum”* (p<0,001), *“ağrı”* (p<0,05) alt boyutları arasında anlamlı fark saptandı.

Eşi ile iletişimi ‘kötü’ olanların *“ölçek toplam puanı”*, *“cinsel istek”*, *“uyarılma”*, *“orgazm”* ve *“doyum”* puanları, eş ile iletişimi ‘iyi’ olanlara göre yüksek, *“ağrı”* alt boyutu puanları düşük bulundu (p<0,05).

Kadının eşi ile duygusal yakınlığına göre *“ölçek toplam puanı”*, *“cinsel istek”* (p<0,001), *“uyarılma”* (p<0,001), *“orgazm”*(p<0,05), *“doyum”* (p<0,001) alt boyutları arasında anlamlı fark saptandı.

Eşi ile duygusal yakınlığı ‘kötü’ olanların *“ölçek toplam puanı”*, *“uyarılma”*, *“orgazm”* ve *“doyum”* puanları, eşi ile duygusal yakınlığı ‘iyi’ olanlara göre yüksek, *“ağrı”* alt boyutu puanı düşük bulundu (p<0,05).

Cinsel ilişki sıklığına göre, *“ölçek toplam puanı”* (p<0,05) ve *“uyarılma”* (p<0,05) alt boyutları arasında anlamlı fark bulundu. *“Ölçek toplam puanı”* ikili karşılaştırmalarında, cinsel ilişki sıklığı haftada ‘1 kez’ ve ‘3 kez ve daha fazla’ olarak cevap verenler arasında anlamlı fark saptandı (p<0,01). *“Uyarılma”* alt boyutunda cinsel ilişki sıklığı haftada ‘1 kez’ ve ‘3 kez ve daha fazla’ diyenler arasında anlamlı fark bulundu (p<0,001). Cinsel ilişki sıklığı haftada bir kez olanların *“ölçek toplam puanı”*, *“uyarılma”* puanları cinsel ilişki sıklığı haftada iki kez, haftada üç kez ve daha fazla olanlardan anlamlı düzeyde yüksek olduğu görüldü.

Cinselliği eşi ile konuşabilme durumuna göre *“ölçek toplam puanı”* ve tüm alt boyutlarda anlamlı fark saptandı (p<0,05). *“Ölçek toplam puanı”* ikili karşılaştırmalarında,

‘evet, her zaman- evet, bazen’ diyen grupların ve ‘evet, her zaman- hayır, hiçbir zaman’ diyen grupların (p<0,001) kendi arasında anlamlı fark bulundu. *“Cinsel istek”* alt boyutunun ikili karşılaştırmalarında, ‘evet, her zaman- evet, bazen’ diyen ve ‘evet, her zaman- hayır, hiçbir zaman’ diyen ve ‘evet, bazen- hayır, hiçbir zaman’ diyen (p<0,01) gruplar arasında,

“Uyarılma” alt boyutunun ikili karşılaştırmalarında da ‘evet, her zaman- evet, bazen’ , ‘evet, her zaman- hayır, hiçbir zaman’, ‘evet, bazen- hayır, hiçbir zaman’ (p<0,001) grupları arasında fark saptandı.

“*Orgazm*” alt boyutunda ‘evet, her zaman- evet, bazen’ diyen gruplar arasında anlamlı fark bulundu ($p<0,001$). “*Doyum*” alt boyutunun ikili karşılaştırmalarında, ‘evet, her zaman- evet, bazen’ ve ‘evet, her zaman- hayır, hiçbir zaman’ ($p<0,001$) gruplarında anlamlı fark bulundu.

Kullanılan yöntemin cinsel yaşama etkisine göre ölçek puanlarında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 4.17).



Tablo 4.18 : Kullanılan Kontraseptif Yöntemlere Göre Kadınların Cinsel İşlev Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=350)

Yöntemler	Cinsel istek	Uyarılma	Lubrikasyon	Orgazm	Doyum	Ağrı	Ölçek toplam puanı
	Ort ± Ss	Ort ± Ss	Ort ± Ss	Ort ± Ss	Ort ± Ss	Ort ± Ss	Ort ± Ss
KOK	3,86±1,02	2,73±1,11	2,81±1,24	2,87 ±1,25	1,10±0,66	3,22±1,45	16,61±4,00
Mini Hap	3,46±0,74	3,02±0,74	3,57±0,87	3,56±0,52	1,70±0,56	3,55±0,82	18,89±2,89
Aylık iğne	2,80±1,24	1,60±1,50	2,20±2,42	2,40±2,11	1,00±0,91	2,20±2,25	12,20±7,85
RİA	3,58±1,13	3,20±1,11	3,30±0,98	3,36±1,05	1,86±0,90	3,06±1,25	18,38±4,08
Kondom	3,39±1,01	2,97±1,18	3,36±0,83	3,33±0,82	1,62±0,84	3,49±1,02	18,19±3,51
Tüp ligasyon	3,75±0,82	3,36±0,98	3,22±1,13	3,38±1,23	1,85±0,99	2,57±1,30	18,15±3,59
Geri çekme	3,82±1,02	3,26±1,13	3,58±1,10	3,50±0,94	1,82±0,84	3,04±1,05	19,04±3,90
İstatistiksel değerlendirme	X ² =9,557 p=0,145	X ² =13,819 p=0,032	X²=13,979 p=0,030	X ² =9,519 p=0,146	X ² =11,118 p=0,085	X ² =20,944 p=0,002	X ² =4,007 p=0,676

Kadınların kullandıkları kontraseptif yöntemlere göre kadın cinsel işlev ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; ölçeğin ‘*uyarılma*’ (p<0,05), ‘*lubrikasyon*’ (p<0,05) ve ‘*ağrı*’ (p<0,01) alt boyutlarında anlamlı fark saptandı.

‘*Uyarılma*’ alt boyutunda geri çekme ve aylık iğne; ‘*lubrikasyon*’ alt boyutunda RİA ve KOK, KOK ve geri çekme; ‘*ağrı*’ alt boyutunda ise ikili karşılaştırmalar incelendiğinde ‘kondom ve tüp ligasyon’ grupları arasında anlamlı fark bulundu (Tablo 4.18).

Tablo 4.19 : Modern ve Geleneksel Yöntem Kullanımına Göre Kadınların Kadın Cinsel İşlev Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (N=350)

Değişkenler	Cinsel istek	Uyarılma	Lubrikasyon	Orgazm	Doyum	Ağrı	Ölçek toplam puanı
	Ort ± Ss	Ort ± Ss	Ort ± Ss	Ort ± Ss	Ort ± Ss	Ort ± Ss	Ort ± Ss
Modern yöntemler	3,70±1,02	3,19±1,10	3,37±1,10	3,38±1,05	1,78±0,88	3,00±1,18	18,45±3,99
Geleneksel yöntemler	3,39±1,01	2,97±1,18	3,36±0,83	3,33±0,82	1,62±0,84	3,49±1,02	18,19±3,51
İstatistiksel değerlendirme	Z= -2,416 p=0,016	Z= -2,086 p=0,037	Z= -0,664 p=0,506	Z= -1,223 p=0,221	Z= -1,986 p=0,047	Z= -3,462 p=0,001	Z= -1,030 p=0,303

Kadınların kullandıkları modern ve geleneksel yöntemlere göre cinsel işlev ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında ölçeğin '*cinsel istek*', '*uyarılma*', '*doyum*', '*ağrı*' alt boyutlarında anlamlı fark bulundu ($p<0,05$).

Modern yöntemlerden birisini kullananların '*uyarılma*', '*doyum*' puanları geleneksel yöntemleri kullananlardan yüksek, '*ağrı*' alt boyut puanı düşük bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.19).



Tablo 4.20: Kadınların Kontraseptif Yöntem Memnuniyetine Göre Kadın Cinsel İşlev Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=350)

	Cinsel istek	Uyarılma	Lubrikasyon	Orgazm	Doyum	Ağrı	Ölçek toplam puanı
Değişkenler	Ort ± Ss	Ort ± Ss	Ort ± Ss	Ort ± Ss	Ort ± Ss	Ort ± Ss	Ort ± Ss
Yöntemden memnuniyet							
Hiç memnun değilim	3,76±1,19	3,20±1,30	3,10±1,26	3,01±1,40	1,76±1,16	2,41±1,26	17,26±4,81
Biraz memnunum	3,63±1,07	3,20±1,20	3,32±1,05	3,42±0,92	1,89±0,99	2,92±1,16	18,40±4,00
Memnunum	3,61±1,00	3,12±1,09	3,40±1,01	3,40±0,97	1,71±0,81	3,23±1,12	18,49±3,74
İstatistiksel değerlendirme	X ² =1,294 p=0,524	X ² =0,113 p=0,975	X ² =0,769 p=0,681	X ² =2,184 p=0,336	X ² =0,189 p=0,910	X ² =9,317 p=0,009	X ² =4,652 p=0,098
AP kullanımında eş desteği							
Evet	3,60±1,02	3,11±1,12	3,35±1,01	3,35±1,00	1,68±0,84	3,15±1,15	18,26±3,76
Hayır	3,65±0,90	3,39±1,07	3,42±1,09	3,52±1,07	2,30±1,11	2,90±1,14	19,20±4,51
Emin değilim	3,88±1,22	3,26±1,24	3,60±1,28	3,49±0,99	2,03±0,88	2,96±1,21	19,23±4,66
İstatistiksel değerlendirme	X ² =2,383 p=0,304	X²=10,648 p=0,005	X ² =1,348 p=0,510	X ² =3,000 p=0,223	X²=10,251 p=0,006	X ² =1,778 p=0,411	X²=7,848 p=0,020

Kadınların kullandıkları yöntemden memnuniyet durumuna göre ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında ‘*ağrı*’ alt boyutunda anlamlı fark bulundu ($p<0,001$). Ölçek alt boyutlarının ikili karşılaştırmaları incelendiğinde, ‘hiç memnun değilim-memnunum’ grupları ile ‘biraz memnunum- memnunum’ gruplarından kaynaklanan fark saptandı.

AP kullanımında eş desteğine göre ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında “*ölçek toplam puanı*” ($p<0,05$), “*uyarılma*” ($p<0,01$) ve “*doyum*” ($p<0,01$) alt boyutunda anlamlı fark bulundu. Ölçek toplam puanında ‘evet-hayır’ ve ‘evet-emin değilim’ yanıtını verenler arasında; “*uyarılma*” alt boyutunda ‘evet-hayır’ yanıtını verenler arasında; “*doyum*” alt boyutunun ise ‘evet-hayır’ şeklinde yanıt verenler arasında anlamlı fark saptandı (Tablo 4.20).

4.3. Uluslar Arası Erektile İşlev Formu (International Index Of Erectile Function -IIEF) Puanlarına İlişkin Bulgular

Bu bölümde erkeklerin uluslar arası erektile işlev formu puan ortalamaları ile erkeklerin tanıtıcı, obstetrik ve cinsel yaşamına ilişkin özelliklerine göre uluslar arası erektile işlev formu puan ortalamalarının karşılaştırıldığı tablolar yer almaktadır.



Tablo 4.21 : Erkeklerin Uluslararası Erektile İşlev Formu Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları (N=150)

IIEF Alt Boyut Puanları	ORT±Ss	Minimum	Maximum
Erektile fonksiyon	25,80 ± 5,71	1,00	30,00
Orgazmik işlev	8,58 ± 2,47	0,00	10,00
Cinsel istek	7,62 ± 1,68	2,00	10,00
Cinsel memnuniyet	11,03 ± 3,37	0,00	15,00
Genel memnuniyet	8,35 ± 1,89	2,00	10,00
Toplam puan	61,40 ± 13,38	6,00	75,00

Erkeklerin IIEF toplam ve alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde; ‘*erektile fonksiyon*’ alt boyut puan ortalaması, 25,80 ± 5,71 (Min. 1,00, Max. 30); ‘*orgazmik işlev*’ alt boyut puan ortalaması, 8,58 ± 2,47 (Min. 0,00 Max.10); ‘*cinsel istek*’ alt boyut puan ortalaması, 7,62 ± 1,68 (Min. 2,00, Max.10); ‘*cinsel memnuniyet*’ alt boyut puan ortalaması, 11,03 ± 3,37 (Min. 0,00, Max.15); ‘*genel memnuniyet*’ alt boyut puan ortalaması, 8,35 ± 1,8 (Min. 2,00 Max.10) ve ölçek toplam puan ortalaması, 61,40 ± 13,38 (Min. 6, Max. 75) olduğu saptandı (Tablo 4.21).

Tablo 4.22 : Erkeklerin Yaş Gruplarına Göre Uluslar Arası Eretil İşlev Formu Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=150)

Değişkenler	Eretil fonksiyon	Orgazmik işlev	Cinsel istek	Cinsel memnuniyet	Genel memnuniyet	Toplam puan
	Ort ± Ss	Ort ± Ss	Ort ± Ss	Ort ± Ss	Ort ± Ss	Ort ± Ss
Yaş						
18-28	25,50±3,2 5	9,37±0,74	7,62±1,5 9	12,00±1,92	8,87±0,99	63,37±7,59
29-39	26,21±5,8 1	8,55±2,59	7,74±1,6 9	11,28±3,34	8,45±1,84	62,24±13,7 1
40-49	25,32±6,0 3	8,86±1,99	7,74±1,6 6	11,20±3,18	8,44±1,93	61,58±13,1 4
50-60	24,92±5,4 1	7,50±3,43	6,57±1,5 5	8,42±3,89	7,14±2,14	54,57±13,8 4
İstatistiksel değerlendirme	X ² =3,302 p=0,347	X ² =1,422 p=0,700	X ² =3,246 p=0,355	X ² =7,217 p=0,065	X ² =5,259 p=0,154	X ² =6,614 p=0,085

Erkeklerin yaş grubuna göre Uluslar Arası Eretil İşlev Formu puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 4.22).

Tablo 4.23 : Erkeklerin Eğitim Durumuna Göre Uluslar Arası Eretil İşlev Formu Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=150)

Değişkenler	Eretil fonksiyon	Orgazmik işlev	Cinsel istek	Cinsel memnuniyet	Genel memnuniyet	Toplam puan
	Ort ± Ss	Ort ± Ss	Ort ± Ss	Ort ± Ss	Ort ± Ss	Ort ± Ss
Eğitim durumu						
Okur-yazar	23,88±6,44	8,00±2,73	7,60±1,77	10,32±3,32	7,84±1,86	57,64±13,82
İlkokul	25,01±6,40	8,16±2,86	7,44±1,90	10,60±3,95	8,17±2,22	59,40±15,53
Ortaokul ve lise	28,19±2,40	9,63±0,71	7,95±1,11	12,15±1,69	8,93±0,95	66,86±5,25
Üniversite ve üzeri	25,80±5,71	8,58±2,47	7,62±1,68	11,03±3,37	8,35±1,89	61,40±13,38
İstatistiksel değerlendirme	X ² =0,001 p=0,979	X ² =0,208 p=0,648	X ² =0,040 p=841	X ² =1,035 p=0,309	X ² =2,239 p=0,135	X ² =1,316 p=0,251

Erkeklerin eğitim durumuna göre Uluslar Arası Eretil İşlev Formu puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 4.23).

Tablo 4.24 : Erkeklerin Eşlerinin Eğitim Durumuna Göre Uluslar Arası Eretil İşlev Formu Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=150)

Değişkenler	Eretil fonksiyon	Orgazmik işlev	Cinsel istek	Cinsel memnuniyet	Genel memnuniyet	Toplam puan
	Ort ± Ss	Ort ± Ss	Ort ± Ss	Ort ± Ss	Ort ± Ss	Ort ± Ss
Eğitim durumu						
Okur-yazar değil	26,66±2,08	9,00±0,00	8,66±0,57	11,66±1,52	8,33±0,57	60,00±1,00
Okul-yazar	26,00±5,65	6,50±3,53	6,50±4,94	9,00±2,82	8,50±0,70	54,00±14,14
İlkokul	24,60±5,99	8,48±2,29	7,57±1,80	11,08±3,26	7,85±2,15	55,34±11,77
Ortaokul ve lise	25,07±6,48	8,25±2,84	7,45±1,77	10,61±3,81	8,30±2,06	55,52±14,42
Üniversite ve üzeri	28,12±3,04	9,35±1,75	7,97±1,18	11,79±2,60	8,87±1,23	61,51±7,54
İstatistiksel değerlendirme	X ² =12,002 p=0,017	X ² =9,639 p=0,047	X ² =3,125 p=0,537	X ² =4,532 p=0,339	X ² =4,699 p=0,320	X ² =8,121 p=0,087

Erkeklerin eşlerinin eğitim durumuna göre Uluslar Arası Eretil İşlev Formu puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur. Buna göre ikili karşılaştırmalarda ilkokul mezunları ile üniversite ve üzeri mezun olanlar arasında eretil fonksiyon ($p<0,05$) ve orgazmik işlev ($p<0,05$) alt puanlarında anlamlı farklılık bulunmuştur. (Tablo 4.24).

Tablo 4.25 : Erkeklerin Çalışma Durumuna Göre Uluslar Arası Eretil İşlev Formu Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=150)

Değişkenler	Eretil fonksiyon	Orgazmik işlev	Cinsel istek	Cinsel memnuniyet	Genel memnuniyet	Toplam puan
	Ort ± Ss	Ort ± Ss	Ort ± Ss	Ort ± Ss	Ort ± Ss	Ort ± Ss
Çalışma durumu						
İşçi-esnaf	25,95±5,51	8,60±2,48	7,66±1,72	11,26±3,40	8,43±1,85	61,92±13,24
Memur	26,78±5,62	8,84±2,55	7,84±1,27	11,25±3,40	8,53±1,81	63,25±13,25
Emekli-Çalışmıyor	23,68±6,39	8,13±2,39	7,13±1,98	9,72±3,05	7,72±2,11	56,40±13,63
İstatistiksel değerlendirme	X ² =1,500 p=0,221	X ² =0,784 p=0,376	X ² =0,045 p=832	X ² =0,096 p=0,757	X ² =0,099 p=0,753	X ² =0,667 p=0,414

Erkeklerin çalışma durumuna göre Uluslar Arası Eretil İşlev Formu puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmadı (p>0,05) (Tablo 4.25).

Tablo 4.26 : Erkeklerin Gelir Düzeyine Göre Uluslar Arası Eretil İşlev Formu Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=150)

Değişkenler	Eretil fonksiyon	Orgazmik işlev	Cinsel istek	Cinsel memnuniyet	Genel memnuniyet	Toplam puan
	Ort ± Ss	Ort ± Ss	Ort ± Ss	Ort ± Ss	Ort ± Ss	Ort ± Ss
Gelir düzeyi						
Gelir giderden az	24,28±6,86	8,09±2,95	7,32±1,96	10,60±3,89	7,86±2,33	58,16±16,02
Gelir gidere denk	26,59±5,12	8,94±2,00	7,70±1,49	11,17±2,97	8,53±1,62	62,96±11,65
Gelir giderden fazla	26,77±3,15	8,44±2,68	8,16±1,46	11,66±3,41	9,00±1,13	64,05±10,53
İstatistiksel değerlendirme	X ² =2,314 p=0,314	X ² =1,960 p=0,375	X ² =2,587 p=0,274	X ² =0,411 p=0,818	X ² =2,484 p=0,289	X ² =0,687 p=0,709

Erkeklerin gelir düzeyine göre Uluslar Arası Eretil İşlev Formu puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 4.26).

Tablo 4.27 : Erkeklerin Aile Yapısına ve Yaşamının En Uzun Bölümünü Geçirdiği Bölgeye Göre Uluslar Arası Erektile İşlev Formu Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=150)

Değişkenler	Erektile fonksiyon	Orgazmik işlev	Cinsel istek	Cinsel memnuniyet	Genel memnuniyet	Toplam puan
	Ort ± Ss	Ort ± Ss	Ort ± Ss	Ort ± Ss	Ort ± Ss	Ort ± Ss
Aile yapısı						
Çekirdek aile	25,78±5,71	8,59±2,42	7,61±1,60	11,08±3,31	8,35±1,82	61,43±13,18
Geniş aile	25,92±5,82	8,57±2,82	7,64±1,97	10,85±3,77	8,32±2,26	61,32±14,76
Parçalanmış aile	25,00±7,07	8,50±0,70	8,00±2,82	10,50±0,70	8,50±0,70	60,50±12,02
İstatistiksel değerlendirme	X ² =0,551 p=0,759	X ² =1,302 p=0,522	X ² =0,359 p=0,836	X ² =1,474 p=0,479	X ² =0,705 p=0,703	X ² =0,821 p=0,663
En uzun yaşanılan bölge						
Marmara bölgesi	25,92±5,81	8,58±2,53	7,70±1,77	10,88±3,40	8,41±1,95	61,52±13,51
Karadeniz bölgesi	25,90±4,67	8,50±1,77	7,10±1,66	10,90±3,14	7,80±1,75	60,20±11,86
G.Doğu Anadolu bölgesi	25,66±3,90	9,00±0,86	7,11±1,26	11,66±1,80	8,00±1,22	61,44±7,28
Akdeniz bölgesi	26,15±4,95	8,57±2,75	7,68±1,66	11,31±3,75	8,52±1,77	62,26±13,88
İç Anadolu bölgesi	26,28±4,23	9,42±1,13	8,00±1,41	12,57±1,13	8,71±1,11	65,00±7,09
Ege bölgesi	30,00±-	10,00±-	9,00±-	14,00±-	10,00±-	73,00±-
Doğu Anadolu bölgesi	20,40±11,21	6,60±4,44	7,00±1,00	9,20±5,80	7,40±3,20	50,60±25,00
İstatistiksel değerlendirme	X ² =3,589 p=0,732	X ² =4,596 p=0,597	X ² =6,521 p=0,367	X ² =5,490 p=0,482	X ² =6,490 p=0,371	X ² =2,345 p=0,885

Erkeklerin aile yapısına ve en uzun yaşadıkları bölgeye göre Uluslar Arası Eretil İşlev Formu puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 4.27).



Tablo 4.28 : Erkeklerin Cinsel Yaşama İlişkin Görüşlerine Göre Uluslar Arası Eretil İşlev Formu Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=150)

Değişkenler	Eretil fonksiyon	Orgazmik işlev	Cinsel istek	Cinsel memnuniyet	Genel memnuniyet	Toplam puan
	Ort ± Ss	Ort ± Ss	Ort ± Ss	Ort ± Ss	Ort ± Ss	Ort ± Ss
Eş ile iletişim						
İyi	26,21±5,37	8,71±2,38	7,70±1,54	11,20±3,30	8,52±1,69	62,36±12,45
Kötü	22,52±7,55	7,58±2,98	7,00±2,50	9,70±3,77	7,00±2,71	53,82±17,93
İstatistiksel değerlendirme	Z= -2,649 p=0,008	Z= -2,161 p=0,031	Z= -0,760 p=0,447	Z= -2,059 p=0,039	Z= -2,410 p=0,016	Z= -2,259 p=0,024
Eş ile duygusal yakınlık						
İyi	26,35±4,91	8,79±2,24	7,77±1,55	11,28±3,17	8,59±1,61	62,80±11,57
Kötü	22,20±8,72	7,25±3,41	6,65±2,15	9,40±4,23	6,80±2,74	52,30±19,88
İstatistiksel değerlendirme	Z= -2,206 p=0,027	Z= -2,242 p=0,025	Z= -2,343 p=0,019	Z= -2,245 p=0,025	Z= -3,122 p=0,002	Z= -2,474 p=0,013
Cinsel ilişki sıklığı						
Haftada 1 kez	24,57±6,37	7,82±3,03	6,93±1,75	9,35±3,32	7,68±1,95	56,37±14,40
Haftada 2 kez	25,90±5,16	8,72±2,12	7,52±1,33	11,23±3,26	8,41±1,87	61,81±11,49
Haftada 3 kez ve daha fazla	26,78±5,55	9,12±2,14	8,36±1,71	12,32±2,95	8,88±1,70	65,46±13,14
İstatistiksel değerlendirme	X ² =2,608 p=0,271	X ² =5,230 p=0,073	X²=17,996 p=0,000	X ² =37,318 p=0,000	X ² =15,375 p=0,000	X ² =10,464 p=0,005

Tablo 4.28 (devam) : Erkeklerin Cinsel Yaşama İlişkin Görüşlerine Göre Uluslar Arası Erektile İşlev Formu Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=150)

Cinselliği eş ile konuşabilme						
Evet, her zaman	26,79±4,45	8,91±2,13	7,90±1,47	11,74±2,82	8,79±1,45	64,15±10,20
Evet, bazen	25,00±6,65	8,41±2,74	7,33±1,86	9,94±3,79	7,87±2,01	58,56±15,37
Hayır, hiçbir zaman	16,87±7,47	5,25±2,96	5,50±1,69	7,12±4,05	5,00±2,56	39,75±16,12
İstatistiksel değerlendirme	X ² =11,884 p=0,003	X ² =18,062 p=0,000	X ² =5,413 p=0,067	X ² =13,605 p=0,001	X ² =14,607 p=0,001	X ² =9,420 p=0,009
Kullanılan AP yöntemin cinsel yaşama etkisi						
Olumlu	26,52±4,75	8,93±2,03	7,75±1,54	11,41±2,79	8,64±1,55	63,28±10,83
Olumsuz	22,16±8,30	6,84±3,59	7,00±2,17	9,12±5,09	6,88±2,65	52,00±19,89
İstatistiksel değerlendirme	z= -2,704 p=0,007	z= -3,442 p=0,001	z= -1,401 p=0,161	z= -1,810 p=0,070	z= -3,416 p=0,001	z= -2,843 p=0,004

Erkeklerin cinsel yaşama ilişkin görüşlerine göre Uluslar Arası Erektile İşlev Formu puan ortalamaları karşılaştırıldığında, eş ile iletişim ve ‘*erektile fonksiyon*’ (p<0,01), ‘*orgazmik işlev*’ (p<0,05), ‘*cinsel istek*’ (p<0,05) , ‘*genel memnuniyet*’ (p<0,05) ve ‘*toplam puan*’ (p<0,05) alt boyutları arasında anlamlı fark saptandı.

Eş ile duygusal yakınlık durumuna göre ölçek alt boyutları arasında anlamlı fark bulundu (p<0,05). Eş ile duygusal yakınlığı iyi olanların her bir ölçek alt boyutu puanı kötü olanlara göre yüksek bulundu.

Cinsel ilişki sıklığına göre ‘*ölçek toplam puan*’ (p<0,01), ‘*cinsel istek*’ (p<0,001), ‘*cinsel memnuniyet*’ (p<0,001) ve ‘*genel tatmin*’ (p<0,001) alt boyutları arasında anlamlı fark bulundu. Anlamlı bulunan alt boyutların ikili karşılaştırmalarına bakıldığında; ‘*ölçek toplam puanı*’ için cinsel ilişki sıklığı ‘haftada bir kez ‘ve ‘üç kez ve daha fazla’ diyen gruplar arasında (p<0,01), ‘*cinsel memnuniyet*’ alt boyutuna bakıldığında cinsel ilişki sıklığı ‘haftada bir kez ‘ ve ‘üç kez ve daha fazla’ diyen

gruplar arasında ve cinsel ilişki sıklığı 'haftada iki kez' ve 'üç kez ve daha fazla' diyen gruplar arasında anlamlı fark bulundu ($p<0,001$). '*Genel memnuniyet*' alt boyutunda ise cinsel ilişki sıklığı haftada bir kez ve üç kez ve daha fazla diyen gruplar arasında anlamlı fark saptandı ($p<0,001$).

Cinselliği eş ile konuşabilme durumuna göre ölçeğin '*cinsel istek*' alt boyutu hariç tüm alt boyutlarda anlamlı fark bulundu ($p<0,01$). Alt boyutların ikili karşılaştırmalarında; '*ölçek toplam puanı*'nda 'evet, her zaman – evet bazen', 'evet, her zaman- hayır, hiçbir zaman', 'evet, bazen- hayır, hiçbir zaman' ($p<0,01$) '*erektile fonksiyon*' alt boyutunda 'evet, her zaman- hayır, hiçbir zaman', 'evet, bazen- hayır, hiçbir zaman' ($p<0,01$), '*orgazmik işlev*' alt boyutunda 'evet, her zaman- hayır, hiçbir zaman', 'evet, her zaman – evet bazen' ($p<0,001$), '*cinsel memnuniyet*' alt boyutunda 'evet, bazen- hayır, hiçbir zaman', 'evet, her zaman- hayır, hiçbir zaman' ($p<0,01$), '*genel memnuniyet*' alt boyutunda ise 'evet, her zaman- hayır, hiçbir zaman', 'evet, bazen- hayır, hiçbir zaman' ($p<0,01$) gruplarından kaynaklı farklılık saptandı.

Kullanılan aile planlaması yöntemine göre '*cinsel istek*' ve '*cinsel memnuniyet*' alt boyutları hariç tüm alt boyutlarda anlamlı ilişki saptandı ($p<0,01$). Kullanılan AP yöntemi ile ilgili olumlu görüşü olanların tüm ölçek alt boyutu ve toplam puanı, olumsuz görüşü olanlara göre yüksek bulundu ($p<0,01$) (Tablo 4.28).

Tablo 4.29 : Kullanılan Kontraseptif Yöntemlere Göre Erkeklerin Uluslar Arası Erektile İşlev Formu Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=150)

Değişkenler	Erektile fonksiyon	Orgazmik işlev	Cinsel istek	Cinsel memnuniyet	Genel memnuniyet	Toplam puan
	Ort ± Ss	Ort ± Ss	Ort ± Ss	Ort ± Ss	Ort ± Ss	Ort ± Ss
KOK	26,00±3,46	9,66±0,57	7,33±0,57	12,00±1,73	8,00±0,00	63,00±3,60
Mini Hap	21,20±10,56	7,40±4,33	6,20±2,48	10,00±5,87	7,00±3,16	51,80±25,54
Aylık iğne	25,00±5,65	8,50±0,70	7,00±1,41	12,00±0,00	7,50±3,53	60,00±11,31
RİA	27,42±3,93	8,94±2,23	8,00±1,60	11,51±3,05	8,77±1,57	64,65±10,16
Kondom	26,15±5,93	8,81±2,43	8,10±1,30	11,17±3,02	8,63±1,83	62,87±12,85
Tüp ligasyon	25,25±4,13	7,75±3,01	7,12±1,80	10,75±4,30	8,00±1,19	58,87±13,64
Geri çekme	24,53±6,13	8,17±2,49	6,92±1,89	10,46±3,82	7,87±2,07	57,97±14,71
İstatistiksel değerlendirme	X ² =10,496 p=0,105	X ² =10,417 p=0,108	X²=14,794 p=0,022	X ² =2,530 p=0,865	X ² =6,766 p=0,343	X ² =11,384 p=0,077

Kullanılan kontraseptif yönteme göre uluslar arası erektil işlev formu puan ortalamaları karşılaştırıldığında, yalnızca ‘‘cinsel istek’’ alt boyutunda mini hap, kondom ve geri çekme yöntemleri arasında anlamlı fark bulundu ($p<0,05$) (Tablo 4.29).

Tablo 4.30 : Modern ve Geleneksel Yöntem Kullanımına Göre Erkeklerin Uluslar Arası Eretil İşlev Formu Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=150)

Değişkenler	Eretil fonksiyon	Orgazmik işlev	Cinsel istek	Cinsel memnuniyet	Genel memnuniyet	Toplam puan
	Ort ± Ss	Ort ± Ss	Ort ± Ss	Ort ± Ss	Ort ± Ss	Ort ± Ss
Modern yöntemler	25,57±5,58	8,44±2,50	7,32±1,82	10,94±3,59	8,17±1,91	60,46±13,69
Geleneksel yöntemler	26,15±5,93	8,81±2,43	8,10±1,30	11,17±3,02	8,63±1,83	62,87±12,85
İstatistiksel değerlendirme	Z= -0,982 p=0,326	Z= -1,743 p=0,081	Z= -2,410 p=0,016	Z= -0,25 p=0,980	Z= -1,858 p=0,063	Z= -1,434 p=0,152

Modern ve geleneksel yöntem kullanımına göre erkeklerin Uluslar Arası Eretil İşlev Formu puan ortalamaları karşılaştırıldığında "*cinsel istek*" alt boyutunda anlamlı fark saptandı ($p<0,05$). Geleneksel yöntemleri kullananların "*cinsel istek*" alt boyutu puanı modern yöntemlerden birisini kullananlardan yüksek bulundu (Tablo 4.30).

Tablo 4.31 : Erkeklerin Kontraseptif Yöntem Memnuniyetine Göre Uluslar Arası Erektile İşlev Formu Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=150)

Değişkenler	Erektile fonksiyon	Orgazmik işlev	Cinsel istek	Cinsel memnuniyet	Genel memnuniyet	Toplam puan
	Ort ± Ss	Ort ± Ss	Ort ± Ss	Ort ± Ss	Ort ± Ss	Ort ± Ss
Yöntemden memnuniyet durumu*						
Hiç memnun değilim	20,88±9,90	5,77±4,02	6,61±2,65	8,11±5,38	6,61±3,10	48,00±23,54
Biraz memnunum	25,60±5,94	8,79±1,97	7,67±1,40	11,09±3,18	8,39±1,51	61,55±11,94
Memnunum	26,88±3,64	9,05±1,88	7,80±1,49	11,59±2,60	8,68±1,54	64,03±9,20
İstatistiksel değerlendirme	X ² =2,262 p=0,323	X ² =16,704 p=0,000	X ² =1,136 p=0,567	X ² =2,383 p=0,304	X ² =5,038 p=0,081	X ² =4,161 p=0,125
Eş desteği						
Evet	26,47±5,00	8,95±2,02	7,81±1,50	11,44±2,93	8,64±1,61	63,32±11,08
Hayır	18,88±7,99	3,77±3,11	6,11±2,14	6,33±5,52	5,77±2,53	40,88±19,72
Emin değilim	24,14±7,13	8,35±2,67&	6,92±2,30	10,35±3,34&	7,35±2,34&	57,14±16,65&
İstatistiksel değerlendirme	X ² =12,157 p=0,002	X ² =25,225 p=0,000	X ² =7,299 p=0,026	X ² =9,940 p=0,007	X ² =18,683 p=0,000	X ² =14,838 p=0,001

*katılımcıların kendi ifadeleri

Erkeklerin kontraseptif yöntem memnuniyet durumuna göre “*orgazmik işlev*” alt boyutu puan ortalamasında anlamlı fark saptandı ($p<0,001$). “*Orgazmik işlev*” alt boyutunda ‘hiç memnun değilim’- ‘biraz memnunum’ yanıtını veren grup ile ‘hiç memnun değilim’ - ‘memnunum’ yanıtını veren gruplar arasında ($p<0,001$) anlamlı fark bulundu.

Aile planlaması yöntemi kullanımında eş desteğine göre ölçek toplam puanı ve tüm alt boyutlarda anlamlı fark saptandı ($p<0,05$). “*Eretil işlev*” alt boyutunda ‘evet ve hayır’ diyenler arasında, “*orgazmik işlev*” alt boyutunda ‘evet -hayır’ ve ‘hayır- emin değilim’ diyenler arasında, “*cinsel istek*” alt boyutunda ‘evet -hayır’ diyenler arasında, “*cinsel ilişki tatmini*” alt boyutunda ‘evet -hayır’ ve ‘hayır- emin değilim’ diyenler arasında, “*genel tatmin*” ‘evet -hayır’ ve ‘evet- emin değilim’ diyenler arasında, “*ölçek toplam puan*” ına göre ise, ‘evet -hayır’ ve ‘hayır- emin değilim’ diyenler arasında anlamlı fark saptandı (Tablo 4.31).

5. TARTIŞMA

Kontraseptif yöntemler başta istenmeyen gebelikleri önlemekle birlikte, çiftin istediği zaman ve istediği aralıklarla çocuk sahibi olabilmesine imkan tanımakta ve çiftin cinsel yaşamlarını sağlıklı, güvenli ve doyurucu şekilde sürdürebilmelerine olanak sağlamaktadır [58].

Aile planlaması yöntemleri çiftlerin cinsel yaşamlarında farklı etkilere sebep olabilmektedir. Her yöntem kadın ve erkeğin cinsel fonksiyonunu farklı şekilde etkileyebilmektedir. Bu nedenle yöntem seçiminde avantaj ve dezavantajlar göz önünde bulundurulmalıdır. Bu durumda yöntemlerin cinsel fonksiyonu nasıl etkilediğini bilmek önem kazanmaktadır. Çiftin cinselliğe bakış açısı, aile yapısı, kültürel özellikleri gibi pek çok etmen yöntem seçimini etkilemektedir. Bu nedenle doğru yöneme karar verebilmek ve kaliteli bir cinsel yaşam ancak iyi bir danışmanlık ile mümkün olmaktadır [59,16].

Literatüre bakıldığında, erkek ya da kadın tarafından kullanılan kontraseptif yöntemlerin kadın cinsel fonksiyonu üzerindeki etkilerini ortaya koyan sınırlı çalışma bulunmaktadır ancak ne yazık ki bu yöntemlerin erkeklerin cinsel fonksiyonunu nasıl etkilediğini gösteren çalışmalar yok denecek kadar azdır.

Araştırmada elde edilen bulgular, iki başlık altında tartışıldı.

5.1. Kadın Cinsel İşlev Ölçeği (Female Sexual Function Index- FSFI) Puanlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

5.2. Uluslar Arası Eretil İşlev Formu (International Index of Erectile Function -IIEF) Puanlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

5.1.Kadın Cinsel İşlev Ölçeği (Female Sexual Function Index- FSFI) Puanlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Kadın cinsel işlev ölçeği için alınabilecek toplam puan minimum 2, maximum 36'dır. Çalışmada ise ölçek toplam puanı ortalama $18,28 \pm 3,87$, minimum 4,20 , maximum 27,30 bulundu.

FSFI'nin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasına göre, cinsel fonksiyon değerlendirilirken 23 puan altında alanlarda cinsel fonksiyon bozukluğu varlığı kabul edilirken, 23-29 arası puan alanların fonksiyonu orta, 30 üzeri puan alanların fonksiyonu iyi kabul edilmiştir [35]. Bu veriler ışığında kadınların cinsel fonksiyon durumları değerlendirilmiş olup %89,7'sinin puanının 23'ün altında, %10,3'ünün puanının 23-29 arasında olduğu saptanmıştır (Tablo 4.10). Elde edilen sonuçlara ve literatüre dayanarak araştırmaya katılan 350 kadının çoğunda cinsel işlev bozukluğu varlığı düşünülebilir. Mert ve Özen'in çalışmasında (2011) kadınların % 36,2'sine cinsel işlev bozukluğu tanısı konmuş, Ege ve arkadaşlarının çalışmasında da kadınların %54,4'ünün ölçek puanı 24 puan ve üzerinde bulunmuştur [35,60]. Araştırma sonucunun diğer çalışma sonuçlarına göre düşük olması, örneklem grubunun eğitim durumunun düşük olması, cinsel yaşamlarını iyi tanımlayamaması, ölçekte yer alan cinsel yaşama ait kavramları bilmemesi ve özümseyememesi gibi nedenlerden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmada 40-60 yaş grubundaki kadınların cinsel işlev düzeylerinin 18-28 yaş grubundaki kadınlara göre daha yüksek olduğu saptanırken, 40-49 yaş grubundaki kadınların doyumlarının 18-28 yaş grubundaki kadınlara göre yüksek olduğu saptandı (Tablo 4.11). Doyum puanının Zeyneloğlu ve Kaplan'ın çalışmasında (2018) 30-39 yaş grubundaki kadınların cinsel doyumları 20-29 yaş grubundaki kadınlardan yüksek bulunmuştur [61]. Güvel ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (2003) anlamlı fark bulunmamakla birlikte 30 yaş üzerindeki kadınların cinsel fonksiyonları, 30 yaş altındaki kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur [62]. Bu sonuçlar çalışma sonuçlarını destekler nitelikte olup yaş ilerledikçe cinsel işlevin artmasında deneyim, klimakterik döneme bağlı olarak gebelik korkusunun azalmasına bağlı rahat cinsel ilişki gibi nedenlerden kaynaklandığı düşünülebilir. Çalışma sonuçlarının aksine, Özdemir'in çalışmasında, 31 yaş ve üzeri kadınların cinsel fonksiyon indeksi 26-30

yaş grubundaki kadınlardan daha düşük bulunmuştur [49]. Tekin ve arkadaşlarının çalışmasında (2014) yaş ilerledikçe cinsel işlev düzeyinin azaldığı belirlenmiştir [63]. Yılmaz'ın çalışmasında 30 yaş ve üzerindeki kadınların ölçek toplam puanları diğer kadınlardan düşük bulunmuştur [47]. Kadının yaşı ile cinsel fonksiyon düzeyleri arasında ilişki olmadığını gösteren çalışmalarda bulunmaktadır [19].

Çalışmada eğitim düzeyi yüksek olan kadınların cinsel işlev puan ortalamalarının düşük olduğu ve üniversite mezunu olanların cinsel işlev düzeylerinin ilkökul mezunu olanlara göre daha düşük olduğu saptandı (Tablo 4.12). Güvel ve arkadaşlarının çalışma sonuçlarında eğitim durumu ile cinsel fonksiyon arasında fark bulunmamakla birlikte ilkökul mezunu olanların FSFI ortalama skoru üniversite mezunu olanlardan yüksek bulunmuştur [62]. Çalışma sonuçlarının aksine Ege ve arkadaşlarının çalışmasında kadının ve eşinin eğitim durumu düşük olanların daha fazla cinsel fonksiyon bozukluğu yaşadığı saptanmıştır [35]. Yılmaz (2003) ile Keseroğlu ve arkadaşlarının (2018) çalışmalarında eğitim seviyesi yüksek olanların FSFI puanlarının eğitim seviyesi düşük olanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır [47,64].

Eşin eğitim düzeyine göre kadınların cinsel fonksiyonları karşılaştırıldığında, eş ilkökul mezunu olanların cinsel fonksiyonlarının, eşinin eğitim durumu üniversite ve üzeri olanlardan daha iyi olduğu bulundu (Tablo 4.13). Ürkmez'in çalışmasında ilkökul-ortaokul mezunu olan erkeklerin ölçek puanı, üniversite mezunu olan erkeklerden yüksek bulunmuştur [44]. Bu sonuç çalışma sonuçlarını destekler niteliktedir. Çalışma sonuçlarından farklı olarak Özdemir'in çalışmasında eşinin eğitim durumu lise ve üzerinde olanların cinsel fonksiyonu eğitim durumu ortaokul ve altı olan erkeklerden daha iyi bulmuştur [49].

Araştırma sonucunda kadınların çalışma durumuna göre cinsel fonksiyonları karşılaştırıldığında çalışmayan kadınların uyarılma düzeylerinin çalışan kadınlara göre daha yüksek olduğu saptandı (Tablo 4.14). Diğer alt boyutlarda ve toplam puanda ise kadınların çalışma durumuna göre fark bulunmadı. Araştırma sonuçlarıyla benzer olarak Ege ve arkadaşlarının çalışmasında (2010) kadının çalışma durumuna göre cinsel fonksiyon bozukluğunun görülme oranında anlamlı fark bulunmamıştır [35]. Çalışmada istatistiksel açıdan anlamlı olmamakla birlikte çalışmayan kadınların ölçek toplam puanı çalışan kadınlardan yüksek bulundu. Özdemir'in (2014) çalışmasında, çalışmayan kadınların cinsel fonksiyon indeksi çalışan kadınlardan yüksek

bulunmuştur [49]. Bu sonuçlar çalışma sonuçlarını desteklemektedir. Çalışmayan kadınların kendilerine ve eşlerine daha fazla zaman ayırmaları ve fiziksel olarak daha az yorulmalarının, gündelik yaşamdaki streslerinin çalışan kadınlara göre daha az olmasının cinsel ilişkideki doyumlarını buna bağlı olarak cinsel uyarılmayı arttırdığını söyleyebiliriz.

Kadınların ekonomik durumuna göre cinsel fonksiyon puan ortalamalarında fark bulunmadı (Tablo 4.15). Ege ve arkadaşları (2010) ile Tekin ve arkadaşlarının (2014) çalışma sonuçları da araştırma sonuçlarını desteklemektedir [35,63]. Buna göre ekonomik durumun cinsel fonksiyonu etkilemediğini söylenebilir. Çekirdek aile yapısında olan kadınların cinsel ilişkide hissettikleri ağrı seviyesi, parçalanmış ailede yaşayanlara göre yüksek bulundu (Tablo 4.16). Parçalanmış ailede eşlerin birlikte daha az zaman geçirmeleri ve cinsel ilişki sıklığının az olmasının bu duruma neden olduğu söylenebilir. Çekirdek ailede çiftlerin birbirlerine daha çok zaman ayırması, düzenli cinsel yaşam, cinsel ilişki sıklığındaki artış nedeniyle ağrı varlığının parçalanmış ve geniş ailede yaşayan çiftlerden daha fazla olduğu söylenebilmektedir. Ancak Özdemir'in (2014) çalışmasına göre aile yapısı ile cinsel ilişki sırasındaki rahatsızlık arasında fark bulunmamıştır [49]. Çalışmada çekirdek aile yapısında olanların ölçek toplam puanı geniş ve parçalanmış aileye göre yüksek bulundu ancak anlamlı fark saptanmadı. Özdemir'in çalışma sonuçları çalışmayla benzerlik gösterirken, Ürkmez'in (2018) çalışmasında ise anlamlı fark olmamasına rağmen geniş ailede yaşayanların ölçek toplam puanları çekirdek ailede yaşayanlardan yüksek bulunmuştur [44].

Aile yapısının yanında yaşanılan bölgenin kültürel yapısı ve cinselliğe bakış açısı cinsel fonksiyonu olumlu ya da olumsuz etkileyebilmektedir. Araştırmada en uzun süre yaşadığı yer Doğu Anadolu bölgesi olanların "*lubrikasyon*" ve "*orgazm*" puanları diğer bölgelerde yaşayanlara göre yüksek bulundu (Tablo 4.16). Literatürde bu bulguyla ilgili herhangi bir veriye ulaşılamamış olup doğu bölgesinde yaşamın batıya göre daha rahat, iş yükünün ve stresin daha az, doğumların ve çocuk sayısının fazla olması gibi nedenlerin cinsel ilişki sıklığı artışına neden olması, bu nedenle de cinsel işlevin olumlu yönde etkilendiği düşünülebilir.

Aile yapısı, yaşanılan bölge gibi dış faktörlerin dışında cinsel fonksiyonu etkileyen en önemli şey eşlerin birbirleri ile uyumu, iletişimi ve yakınlığıdır. Bu kapsamda çalışmada eşlerin birbirleri ile iletişimi ve duygusal yakınlığı değerlendirilmiş olup eşi

ile iletişimi ve duygusal yakınlığını kötü olarak ifade eden kadınların cinsel fonksiyon indeksi iyi olanlara göre yüksek bulundu (Tablo 4.17). Yapılan çalışmalarda çalışma sonuçlarının aksine eş ile iletişim, evlilik ilişkisi ve duygusal yakınlığını cinsel yaşam ve fonksiyonları olumlu yönde etkilediği belirlenmiştir [16,47,49]. Bu farklılığın örneklem gruplarının farklılıklarından kaynaklandığı söylenebilir.

Çalışma kapsamında kadınların cinsel ilişki sıklığı azaldıkça, cinsel işlev düzeylerinde artış saptandı (Tablo 4.17). Literatürde çalışmayla zıt yönde cinsel ilişki sıklığı az olanların cinsel işlevlerinin daha düşük olduğu saptanmıştır [16,49].

Cinselliği eşiyile hiçbir zaman konuşamayan kadınların ölçek toplam puanları ve cinsel doyumları her zaman ve bazen konuşabilen kadınlardan yüksek bulundu (Tablo 4.17). Çalışma ile zıt yönde Özdemir'in çalışmasında (2014) eşi ile cinselliği konuşabilen kadınların cinsel işlevlerinin, konuşamayan kadınlara göre daha iyi olduğunu saptanmıştır [49]. Bu sonuçların literatüre zıt olmasının nedeninin örneklem grubundan kaynaklandığı düşünülmektedir. Kadınların cinsel aktivite, orgazm, cinsel uyarılma kavramları hakkında bilgilerinin olmaması, tanımların açıklanmasına rağmen tanımları özümseyememeleri bu kavramlarla ilgili soruları cevaplarken zorlanmalarına neden olmuştur. Ayrıca örneklem grubunun evlilikteki sorunların çözümünü cinsellikte görmesinin, eşlerin birlikte geçirdikleri zamanın, iletişimin, duygusallığın az olmasının cinsel aktiviteye olan ihtiyaç ve isteklerini, sıklığını arttırdığı söylenebilir. Bu sebeplerden hareketle sonuçların literatürün aksine çıkmış olduğu düşünülmektedir.

Cinsel yaşamı etkileyen bu faktörlerin yanında kontraseptif yöntemler de cinsel fonksiyonu tek başına etkilemektedir. Kontraseptif yöntemlerin cinsel yaşam üzerinde olumlu ve olumsuz etkileri bulunmaktadır. Kontrasepsiyon doğru uygulandığında çiftlere gebelik korkusu olmadan doyurucu cinsel ilişki, özgüven artışı sağlamaktadır. Katılımcılarda kullanılan aile planlaması yöntemlerinin cinsel yaşama etkisi araştırıldığında; istatistiksel olarak anlamlı fark olmamakla birlikte kontraseptif yöntem kullanımının cinsel yaşamını olumlu etkilediğini ifade eden kadınların cinsel isteklerinin, olumsuz etkilediğini ifade eden kadınlardan fazla olduğu belirlendi (Tablo 4.17). Araştırmanın bu bulgusu Özdemir'in sonuçları ile benzerlik göstermektedir [49].

Kullanılan kontraseptif yöntemin cinsel fonksiyona etkisi incelendiğinde, geri çekme yöntemini kullananların uyarılma durumu, aylık iğneyi kullananlardan yüksek bulundu. KOK kullananların lubrikasyon puanı, RIA ve geri çekmeyi kullananlara göre düşük bulunurken, kondom kullananların ağrı puanı, tüp ligasyonu kullananlara göre yüksek bulundu (Tablo 4.18). Gölbaşı ve arkadaşlarının (2017) çalışmasında ise tüp ligasyonu tercih edenlerin ölçek toplam puanı en yüksek bulunmuştur [59]. Özdemir'in çalışmasında (2014) çalışmayla paralel yönde kondom kullananların ağrı puanı yüksek bulunmuştur [49]. Yılmaz'ın çalışmasında (2003) da istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte kondom kullananların ağrı puanı en yüksek bulunmuştur [49]. Tekin ve Üstüner'in çalışmasında (2014) araştırmanın aksine hormonal kontraseptif kullananların uyarılma puanı en yüksek bulunmuştur [63].

Kontraseptif yöntemler modern ve geleneksel yöntem sınıflandırmasına göre de cinsel fonksiyonu etkilemektedir. Geleneksel yöntemler içerisinde yaygın olarak kullanılan 'geri çekme' gebelik endişesini arttırma, cinsel ilişkiyi kesintiye uğratma, doyumun azalması gibi olumsuz etkilere neden olmaktadır. Bunun yanı sıra modern yöntemler daha güvenli, gebelik korkusu olmadan, güvenli cinsel ilişkiyi sağlamaktadır [65,66]. Bu kapsamda modern ve geleneksel yöntemlerin cinsel fonksiyon üzerindeki etkileri araştırılmış olup, çalışmada modern yöntemleri kullananların geleneksel yöntem kullananlara göre cinsel istek, uyarılma, doyumlarının daha iyi, ağrılarının daha az olduğu saptandı. Ayrıca istatistiksel olarak anlamlı fark olmamakla birlikte modern yöntem kullananların ölçekten aldıkları puan, geleneksel yöntem kullananlardan fazla bulundu (Tablo 4.19). Oskay ve Diazis çalışmasında (2016) istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamakla birlikte modern yöntem kullananlarda cinsel işlev bozukluğu görülme durumu geleneksel yöntemi kullananlardan daha az olduğu saptanmıştır [21]. Çalışma kapsamına dahil edilen geleneksel yöntem geri çekme'dir. Bu yöntemin ilişkiyi kesintiye uğratması, zamanlamayı iyi ayarlayabilme kaygısının doyumunu olumsuz etkilediği düşünülebilir.

Kullandıkları aile planlaması yönteminden memnun olan kadınların ağrı düzeyleri, hiç memnun olmayan ve biraz memnun olan kadınların ağrı düzeyinden yüksek bulundu. Araştırma sonucunda istatistiksel açıdan anlamlı olmamakla birlikte AP yönteminden memnuniyet düzeyi arttıkça cinsel fonksiyon düzeyinin de arttığı görüldü (Tablo 4.20). Çalışmayla benzer olarak Özdemir'in çalışma (2014) sonuçlarında yöntemden memnun olanların puanı olmayanlardan yüksektir ayrıca istatistiksel olarak anlamlı

fark bulunmamakla birlikte yöntemden memnun olanların ağrı puanları da memnun olmayanlardan yüksek bulunmuştur [49]. Koç'un çalışmasında (2009) ise anlamlı fark olmamasına rağmen yöntemden memnun olanların cinsel fonksiyon puanları memnun olmayanlardan yüksek bulunmuştur [19].

Memnuniyeti etkileyen etmenlerden biri de eşlerin yönetime birlikte karar vermeleridir. Çiftin kendine uygun yöntemi tercih etmesi memnuniyeti arttırmaktadır. Bu noktada eşin desteği önem kazanmaktadır. Yöntem kullanımında eş desteği olan kadınların cinsel fonksiyonu, eş desteği olmayanlardan ve eşinin desteğinden emin olmayan kadınlardan düşük bulundu (Tablo 4.20). Zeyneloğlu ve Kaplan'ın çalışmasında (2018) eşlerden birinin kararlara katılımı konusunda bazen diyenlerin cinsel yaşamlarına ilişkin puanlarının evet diyenlerden daha düşük olduğu saptanmıştır [61]. Özdemir'in (2014) çalışmasında ise yönetime eşi ile birlikte karar veren kadınların cinsel fonksiyonları sadece eşi karar veren katılımcılarından yüksek bulunmuştur [47]. Bu sonuca, araştırmaya katılan kadınların cinsellik konusunda kendilerini yeterince ifade edememelerinin neden olduğu düşünülmektedir.

5.2. Uluslar Arası Eretil İşlev Formu (International Index of Erectile Function -IIEF) Puanlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Kontraseptif yöntemlerin erkek cinsel fonksiyonu üzerine etkilerini araştıran çalışmalar yok denecek kadar azdır. Araştırmada erkeklerin cinsel fonksiyonu Uluslar Arası Eretil İşlev Formu ile değerlendirilmiştir. Tablo 4.21’de bu ölçekten alınabilecek maximum ve minimum puanlar yer almaktadır. Buna göre, ölçek toplam puanı ortalaması $61,40 \pm 13,38$, erektile fonksiyon alt boyut ortalaması $25,80 \pm 5,71$, orgazmik işlev alt boyut ortalaması $8,58 \pm 2,47$, cinsel istek alt boyut ortalaması $7,62 \pm 1,68$, cinsel memnuniyet alt boyut ortalaması $11,03 \pm 3,37$, genel memnuniyet alt boyut ortalaması $8,35 \pm 1,89$ bulundu. Ölçekte erektile fonksiyon alt boyut puan ortalaması 0-10 puan ciddi ED, 11-16 puan orta ED, 17-21 puan hafif-orta ED, 22-25 puan hafif ED, 26-30 puan ED yok şeklinde sınıflandırılmıştır [54]. Buna göre çalışmaya katılan erkeklerde ED olmadığını söyleyebiliriz. Temel’in çalışmasında (2012) IIEF toplam puanı $62,65 \pm 8,81$ bulunmuş ve katılımcıların %64,8’inde ED olmadığı saptanmıştır [50]. Vatansver ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (2015) sağlıklı erkeklerin %62,5’inde ED olmadığı bulunmuştur [67].

Tablo 4.24’e göre, eşleri üniversite ve üzeri mezun olan erkeklerin erektile fonksiyon ve orgazmik işlev puanları, eşleri ilkököl mezunu olan erkeklerden yüksek bulundu (Tablo 4.24). Bu sonuç erkeklerin ya da eşlerinin eğitim durumunun cinselliğe bakış açısını ve cinsel fonksiyonları olumlu yönde etkilediğini göstermektedir. Doyurucu cinsel yaşam ile birlikte ilişkiye bağlı olarak erektile fonksiyonunda artış ve orgazma ulaşma olasılığını arttırdığı söylenebilir.

Erkeklerin cinsel yaşamlarına ilişkin veriler değerlendirildiğinde, eşi ile iletişimi ve duygusal yakınlığı iyi olan erkeklerin cinsel fonksiyonları, kötü olanlara göre yüksek bulundu (Tablo 4.28). Eşler arasındaki ilişkinin cinsel yaşamı etkileyen faktörlerden biri olduğu görülmektedir. Literatüre bakıldığında, evlilikte çatışmaların ve kavgaların olması, öfke, kırgınlık gibi duyguların varlığının eşlerde cinsel isteksizliğe yol açabileceği ve cinsel hazzın paylaşımının azalacağına dair veriler yer almaktadır. Eşlerin birbirleriyle geçirdikleri zamanın azalması iletişimi olumsuz etkilemekte dolayısıyla cinsel doyumun azalmasına neden olmaktadır. Bu durum uzun vadede erkeklerde cinsel sorunlara yol açabilmektedir [68,69]. Özbek’in yaptığı çalışmada (2018) araştırmayla paralel olarak evlilikte uyumun artmasıyla cinsel doyumun ve

evlilikteki doyumun arttığı saptanmıştır. Aynı zamanda cinsel doyumun artmasıyla evlilikteki doyumda da artış bulunmuştur [69].

Cinsel yaşamı ve cinsel doyumunu psikolojik açıdan değerlendirmede etken olan iletişim ve duygusal yakınlığın yanı sıra en yakından etkileyen bir diğer faktör cinsel ilişki sıklığıdır.

Çalışmada, cinsel ilişki sıklığı haftada üç kez ve daha fazla olan katılımcıların ölçek toplam puanı, ilişki sıklığı haftada bir kez olanlardan yüksek bulundu (Tablo 4.28). Literatürde cinsel ilişki isteğinin erkeklerde daha fazla olduğu, yine erkekler için cinsel ilişki sıklığının cinsel doyumunu arttırmada önemli bir etken olduğu bu sayede de eş ile yakınlığın olumlu yönde arttığı ifade edilmektedir [69,70]. Çalışmaya katılan bireyleri bu açıdan değerlendirdiğimizde cinsel ilişki sıklığı haftada üç kez ve daha fazla olanların cinsel fonksiyonlarının genel olarak daha iyi olduğunu söyleyebiliriz.

Tablo 4.28' e göre cinselliği eşi ile her zaman konuşabilen erkeklerin ölçek toplam puanı bazen konuşabilen ve hiçbir zaman konuşamayan erkeklere göre daha yüksek, bazen konuşabilen erkeklerin de hiçbir zaman konuşamayan erkeklere göre yüksek bulundu (Tablo 4.28). CETAD mutlu ve doyurucu cinsel ilişki için bireyin kendini ve bedenini tanıması, cinsel haz noktasını fark etmesi ve bunu eşiyle paylaşmasının cinsel doyumunu arttırdığını bildirilmiştir. Eşlerin birbirine dürüst, saygılı davranması ve iletişim halinde olması mutlu bir cinsel yaşama zemin hazırlamaktadır. Cinselliğin nasıl, ne zaman yaşanacağına eşler birlikte karar vermelidir. Cinsel yaşamlarında istedikleri ve istemedikleri şeyleri, cinsel hayatlarından aldıkları doyum ve mutluluğu paylaşmalıdırlar [69,71,72]. Çalışmanın sonucundan da anlaşıldığı gibi cinsel konularda eş ile konuşabilmek mutlu ve doyurucu cinselliğe zemin hazırlamaktadır.

Kullanılan AP yönteminin erkek cinsel fonksiyonuna etkisi incelendiğinde, kullanılan AP yönteminin cinsel fonksiyonlarını olumlu etkilediğini düşünenlerin ölçek toplam puanı olumsuz olduğunu düşünenlerden yüksek bulundu (Tablo 4.28). Depe ve Erenel'in çalışma (2006) sonuçlarına göre, erkeklerin % 97,5'inin kullandığı yöntemden memnun olduğu ve yöntemi tercih etme nedenlerinin, kullanım kolaylığı, ekonomik, temiz olması gibi nedenler olduğu saptanmıştır [73]. Buradan yola çıkarak erkeklerin kullanılan yöntemden memnun olmalarının, cinsel yaşamlarını olumlu etkilediğini düşünmelerini sağladığını söyleyebiliriz. Yöntemin erkek tarafından kabul edilebilirliği, kolay kullanılması cinsel yaşamlarını kesintiye uğratmamasına, gebelik

kaygısının azalmasına, rahat ve güvenli cinsel ilişkiye zemin hazırlamakta, böylece cinsel işlevi de olumlu yönde etkilemektedir.

Kontaseptif yöntemlerin erkek cinsel fonksiyonu üzerindeki etkisine bakıldığında, kondom ile korunan erkeklerin cinsel istekleri, geri çekme ve eşleri mini hap kullanan erkeklerden yüksek bulundu (Tablo 4.29). Literatüre bakıldığında, eşleri tarafından mini hap gibi yöntemler kullanılan erkeklerde cinsel performansla ilgili anksiyete, ereksiyon kaybına ait korku gibi olumsuz durumlar nedeniyle cinsel istekte azalma olabileceği yer almaktadır. Geri çekme erkeğin sorumluluk aldığı bir yöntemdir. İlişkinin kesilmesi, otokontrolü sağlayıp sağlayamama konusundaki kaygılar cinsel doyumunu dolayısıyla da cinsel isteği azaltmaktadır [16,74]. Kondom erken boşalmayı önlemesi, ereksiyonu kolaylaştırması, temiz ve yan etkisinin olmaması, kullanımının kolay olması, ilişki sırasında eşlere konuşma fırsatı sağlaması gibi olumlu yönlerinin cinsel doyumunu dolayısıyla da cinsel isteği arttırdığı yer almaktadır. Bu bilgiler ışığında çalışmada kondom kullananlarının cinsel isteğinin daha fazla olması beklenen bir sonuçtur. Toorzoni ve arkadaşlarının çalışma (2010) sonuçları ise araştırmaya zıt yöndedir [75].

Kontraseptif yöntemlere modern ve geleneksel yöntemler olarak genel çerçevede bakıldığında araştırmada, geleneksel yöntem ile korunan erkeklerin cinsel isteklerinin modern yöntem ile korunan erkeklerden yüksek olduğu saptandı (Tablo 4.30). Araştırmada ele alınan yöntemlere göre geleneksel yöntemlerden yalnızca geri çekme değerlendirilmiştir. Yine araştırmada geri çekme ile korunanların cinsel isteklerinin (kondom hariç) diğer yöntemleri kullananlardan yüksek bulunması, ilişkiyi kesintiye uğratması dışında yan etkisinin bulunmaması, cinselliği olumsuz etkilememesi gibi nedenlerle geleneksel yöntem kullananların cinsel isteklerinin fazla olduğunu, cerrahi yöntemlerin operasyona bağlı gelişen komplikasyon varlığı, yöntemin geri dönüşsüz olması, kondomun ilişkiyi kesintiye uğratması, yırtılma, lateks alerjisi gibi olumsuz etkilerinin olması cinsel yaşamı olumsuz etkileyebilmektedir. Bu konudaki çalışmalara bakıldığında, kondom kullanan erkeklerin yöntemden memnun olmadıkları gerekçesiyle yöntemi bıraktıkları görülmüştür [76]. Kondomun erkeklerde duyarlılığı azaltması gibi olumsuzluklarının yanı sıra [39,40], bazı çalışmalarda da kondomun cinsel istekte azalmaya neden olduğu yer almaktadır [77]. Hormonal kontraseptifler ise, hassasiyet, ara kanama, testesteron seviyesine bağlı olarak cinsel istekte ve uyarılmada azalma gibi sorunlara neden olabilmekte kadınlarda yaşanan bu

sorunlar nedeniyle erkeklerde de cinsel istek azalabilmektedir [16]. Bu araştırma bulgusunun yukarıda belirtilen sebeplerden kaynaklandığı düşünülebilir. Ayrıca Mistik ve arkadaşları (2003) ile Yanikkerem ve arkadaşlarının çalışmasında (2006) katılımcıların geri çekme yöntemini tercih etme nedenleri, kullanımı kolay, sağlıklı, ucuz, başka yöntem bilmeme ya da başka yöntemlerden korkma şeklinde bulunmuştur [76, 78].

Tablo 4.31' e göre, kullandığı yöntemden memnun olmayanların orgazmik işlevleri, biraz memnun olan ve memnun olanlardan düşük bulundu (Tablo 4.31). Depe'nin çalışmasına göre, erkeklerin %97,5'inin kullandığı yöntemden memnun olduğu belirlenmiş ve memnun olma nedenlerinin de kullanım kolaylığı, yan etkisinin olmaması ve etkin bir yöntem olduğu bulunmuştur [73]. Buna göre kullanılan yöntemlerin cinsel fonksiyona etkisini ortaya koyan sonuçları da ele alarak kullanılan yöntem ile ilgili memnuniyet arttıkça orgazm puanının da arttığını söyleyebiliriz. Bunun dışında Temel'in çalışmasına göre, memnuniyet ile orgazm işlevi arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Bu sonuç çalışmanın aksi yönündedir [55].

Aile planlaması yöntemi kullanma konusunda eş desteği sorgulandığında, hayır diyenlerin IIEF toplam puanı evet ve emin değilim diyenlerden düşük bulundu (Tablo 4.31). Yönteme eş ile birlikte karar vermek ya da yöntem kullanımını eşin desteklemesi, yöntemin olumlu, olumsuz yanlarını konuşmak ve danışmanlıkla en uygun yöntemi seçmek cinsel ilişkide doyumunu, ilişkinin devamlılığını arttırdığı gibi cinsel yaşamdaki sorunların azalmasını da sağlayabilmektedir. Bu nedenle yöntem kullanımında eş desteği olanların ölçekten aldıkları puanın diğerlerine göre yüksek olduğunu söyleyebiliriz.

Araştırmada erkeklerin yaş gruplarına, eğitim durumuna, çalışma durumuna, mesleğine, gelir düzeylerine, aile yapısı ve en uzun yaşanan bölgeye göre cinsel fonksiyonlarında anlamlı fark bulunmadı.

6.SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1. Sonuç

Araştırma kontraseptif yöntem kullanımının bireylerin cinsel fonksiyonuna etkisini belirlemek amacıyla gerçekleştirildi. Araştırma sonuçları aşağıdaki başlıklarda sunuldu.

6.1.1. Kadın Cinsel İşlev Ölçeği (Female Sexual Function Index- FSFI)

Puanlarına İlişkin Sonuçlar

- Kadın cinsel ölçeği için toplam puan ortalaması $18,28 \pm 3,87$ olup, cinsel işlev ölçeği puan ortalamalarına göre kadınların %89,7' sinde cinsel işlev bozukluğu olduğu,
- 40-60 yaş grubundaki kadınların cinsel işlev düzeylerinin, 18-28 yaş grubundaki kadınlara göre daha yüksek olduğu, 40-49 yaş grubundaki kadınların doyumlarının 18-28 yaş grubundaki kadınlara göre yüksek olduğu,
- Eğitim düzeyi yüksek olan kadınların cinsel işlev puan ortalamalarının düşük olduğu ve üniversite mezunu olanların cinsel işlev düzeylerinin ilkökul mezunu olanlara göre daha düşük olduğu,
- Eşi ilkökul mezunu olan kadınların cinsel fonksiyonlarının, eşinin eğitimi üniversite ve üzeri olanlardan daha iyi olduğu,
- Çalışmayan kadınların uyarılma düzeylerinin, çalışan kadınlara göre daha yüksek olduğu,
- Çekirdek aile yapısı olanların cinsel ilişkide hissettikleri ağrı seviyesinin, parçalanmış ailede yaşayanlara göre daha yüksek olduğu,
- En uzun yaşadığı bölge Doğu Anadolu bölgesi olanların "*lubrikasyon*" ve "*orgazm*" puanlarının, diğer bölgelerde yaşayanlara göre yüksek olduğu,

- Eşi ile iletişimi ve duygusal yakınlığını kötü olarak ifade eden kadınların cinsel fonksiyonlarının, eşi ile iletişimi ve duygusal yakınlığını iyi olarak ifade edenlere göre yüksek olduğu,
- Kadınların cinsel ilişki sıklığı azaldıkça cinsel işlev düzeylerinde artış olduğu,
- Cinselliği eşiyle hiçbir zaman konuşamayan kadınların ölçek toplam puanlarının ve cinsel doyumlarının, her zaman ve bazen konuşabilen kadınlardan yüksek olduğu,
- İstatistiksel açıdan anlamlı fark olmamakla birlikte cinsel yaşamının olumlu etkilendiğini ifade eden kadınların cinsel isteklerinin, olumsuz etkilendiğini ifade eden kadınlardan fazla olduğu,
- Geri çekme yöntemini kullananların uyarılma durumunun aylık iğneyi kullananlardan yüksek, KOK kullananların lubrikasyon puanının RIA ve geri çekmeyi kullananlara göre düşük, kondom kullananların ağrı puanının tüp ligasyonu kullananlara göre yüksek olduğu,
- Modern AP yöntemleri kullananların geleneksel yöntem kullananlara göre cinsel istek, uyarılma, doyumlarının daha iyi ağrıların daha az olduğu,
- Kullandıkları aile planlaması yönteminden memnun olan kadınların ağrı düzeylerinin, hiç memnun olmayan ve biraz memnun olan kadınların ağrı düzeyinden yüksek olduğu,
- AP yöntem kullanımında eş desteği olan kadınların cinsel fonksiyonunun, eş desteği olmayanlardan ve eşinin desteğinden emin olmayan kadınlardan düşük olduğu,
- Kadınların ekonomik durumuna göre kadınların cinsel işlev düzeylerinde istatistiksel açıdan anlamlı fark olmadığı belirlendi.

6.1.2. Uluslar Arası Eretil İşlev Formu (International Index of Erectile Function -IIEF) Puanlarına İlişkin Sonuçlar

- Erkeklerin Uluslar Arası Eretil İşlev Formu puanı ortalaması $61,40 \pm 13,38$ olup, puan ortalamasına göre erekil disfonksiyon olmadığı,
- Eşleri üniversite ve üzeri mezun olan erkeklerin erekil fonksiyon ve orgazmik işlev puanlarının, eşleri ilkokul mezunu olan erkeklerden yüksek olduğu,
- Eşi ile iletişimi ve duygusal yakınlığı iyi olan erkeklerin cinsel fonksiyonlarının, kötü olanlara göre yüksek olduğu,
- Cinsel ilişki sıklığı haftada üç kez ve daha fazla olan erkeklerin ölçek toplam puanının, ilişki sıklığı haftada bir kez olanlardan yüksek olduğu,
- Cinselliği eşi ile her zaman konuşabilen erkeklerin ölçek toplam puanının, bazen konuşabilen ve hiçbir zaman konuşamayan erkeklere göre daha yüksek, bazen konuşabilen erkeklerin de hiçbir zaman konuşamayan erkeklere göre yüksek olduğu,
- Kullanılan AP yöntemiyle ilgili olumlu düşünceleri olduğunu ifade eden erkeklerin ölçek toplam puanının, olumsuz olduğunu ifade edenlerin puanından yüksek olduğu,
- Kondom ile korunan erkeklerin cinsel isteklerinin, geri çekme ve mini hap ile korunan erkeklerden yüksek olduğu,
- Geleneksel yöntem ile korunan erkeklerin cinsel isteklerinin, modern yöntem ile korunan erkeklerden yüksek olduğu,
- Kullandığı aile planlaması yönteminden memnun olmayanların orgazmik işlevlerinin, biraz memnun olan ve memnun olanlardan düşük olduğu,
- Aile planlaması yöntemi kullanma konusunda eş desteği olmayanların IIEF toplam puanının, eş desteği olan ve eşinin desteğinin olup olmadığından emin olmayanlardan düşük olduğu,
- Erkeklerin yaş grubu, eğitim durumu, meslek grubu, gelir düzeyi, aile yapısı ve en uzun yaşanan bölgeye göre erekil işlev düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlendi.

6.2. Öneriler

Çalışmada elde ettiğimiz sonuçlara göre öneriler;

- Çalışmada kadınların çoğunluğunda cinsel işlev bozukluğu saptanmıştır. Örneklem grubundaki kadınların cinsel işlev konusundaki yetersizlikleri göz önünde bulundurulmalı, cinsel sağlık, cinsel işlev bozuklukları gibi konularda danışmanlık hizmeti verilerek farkındalık oluşturulmalı, cinsel işlev bozuklukluğu tespit edilenler tedaviye yönlendirilmelidir.
- Genç çiftlerin cinsel yaşamlarında yaşayacağı sorunlar göz önünde bulundurularak evlilik öncesi üreme sağlığı ve cinsel sağlık hakkında eğitim verilmelidir. Bunun dışında eğitim her yaş grubundan kadın ve erkeklere verilerek farkındalık arttırılmalı, doğru ve etkin yöntem kullanımı ve sağlıklı cinsel yaşam için kadın-erkek fizyolojisi, cinsel eylem fizyoloji gibi konularda bilinçli düzeye getirilmelidir.
- Eğitim durumu, meslek grubu fark etmeden kadınlarına ve eşlerine AP yöntemlerinin olumlu ve olumsuz yönleri, kullanma şekli, etkinliği, yönteme nasıl ulaşabilecekleri anlatılmalıdır.
- Çiftler aile planlaması yöntemlerinin cinsel fonksiyona etkisi hakkında eğitimlerle/ basılı kaynaklarla bilgilendirilmelidir.
- Evliliklerinde iletişim ve eş ile yakınlık konusunda sorun yaşayan kadınlar eş ile birlikte evlilik terapistlerine yönlendirilerek, evlilikteki sorunların çözümünün cinsellik olduğu algısı değiştirilmelidir.
- Kontraseptif yöntem danışmanlığında yöntem tercihinde eşlerin birlikte karar vermesine teşvik edilmeli ve kendileri için en uygun yöntemi seçmeleri sağlanmalıdır.
- Kullanılan yöntemin cinsel yaşamını olumlu etkilediğini ifade eden kadınların çoğunda geri çekme yöntemi ile korundukları tespit edilmiş olup, bu memnuniyetin erkeklerin bu yöntemi kullanmak istemesi, yöntemden memnun olmaları ve sağlıklı bulmaları dolayısıyla cinselliği rahat yaşayabildikleri için eşlerinin gebelik kaygılarının yüksek olmasına rağmen cinsel yaşamlarını olumlu etkilediği kanısına varmalarına neden olmuştur. Bu duruma bakarak kadınlardaki gebelik kaygılarının azaltılması ve uygun yöntem seçimine

yönlendirilmeleri gerekmektedir. Ayrıca çiftin cinsel danışmanlık hizmeti almaları sağlanmalıdır.

- Erkeklere de eşleri ile birlikte aile planlaması yöntemleri ile ilgili danışmanlık verilmeli, böylece geleneksel yöntemden ziyade kadınların da kullanabileceği modern yöntemlerin farkında olmaları ve uygun yöntem seçimi yapmaları sağlanmalıdır.
- Kontraseptif yöntemlerin bireylerin cinsel fonksiyonuna etkisini araştıran yeterli çalışma yoktur. Özellikle erkeklere yönelik yapılan çalışma yok denecek kadar azdır. Bu nedenle AP yöntemlerinin cinsel fonksiyon üzerindeki etkinliğini daha belirgin şekilde ortaya koymak ve cinsel fonksiyon bozukluklarını erken dönemde saptayabilmek adına bu konudaki çalışmalar arttırılmalıdır.

KAYNAKLAR

- [1] **Öztürk, Ç. Ö.** (2009). Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ve Sağlık Personelinin Aile Planlaması Yöntemlerini Tercih Nedenleri (Yüksek Lisans Tezi). Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afyonkarahisar. Alınan yer <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi> Erişim Tarihi: 21.11.2017.
- [2] **Gül, R., Tugay, T. A., Aslantekin, F., Boztok, H., Çakmakçı, Ç., Uluşen, M., Onulay, H., Topaç, O., Çayır, N., Ozanözü, Z.** (2008). Eğitimciler İçin Eğitim Rehberi Üreme Sağlığı Modülleri. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü. İlkay Ofset Matbaacılık. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 722, ISBN: 978-975-590-238-8, Ankara.
- [3] **Çetişli, E. N., Top, E. D., Arkan, G., Kaba, F., Ertop, F.** (2016). Bilgisayar Evli Kadınların Kullandıkları Aile Planlaması Yönteminin Cinsel Yaşam ve Benlik Saygısına Etkisi. Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi, 13(2), 101-106.
- [4] **Serbest, N.** (2008). Sağlık Çalışanlarının Aile Planlaması Konusundaki Görüş, Öneri ve Tercihleri (Yüksek Lisans Tezi). Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul. Alınan Yer <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi> Erişim Tarihi : 30.12.2018.
- [5] **Oltuluoğlu, H., Başer, M.** (2012). Malatya İl Merkezinde Yaşayan Evli Kadınların Kullandıkları Aile Planlaması Yöntemleri ve Seçme Nedenlerinin İncelenmesi. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 19(3), 167-174.
- [6] **Çoban, İ.** (2016). Aile Planlaması Ve Evrimi (Yüksek Lisans Tezi). Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul. Alınan yer <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi> Erişim Tarihi: 29.11.17.
- [7] **Erdoğan, N.** (2014). Doğum Sonu Dönemdeki Kadınların Aile Planlaması Konusundaki Tutumları Ve İlişkili Faktörler (Yüksek Lisans Tezi). Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya Alınan Yer <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi> Erişim Tarihi: 29.11.2017.
- [8] **Güllü, A.** (2007). Erkeklerin Kendilerine Yönelik Yeni Geliştirilen Aile Planlaması Yöntemlerine ilişkin Görüşlerinin incelenmesi (Yüksek Lisans Tezi). Süleyman Demirel üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Isparta. Alınan Yer: <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi> Erişim Tarihi : 11.10.2017.
- [9] **Kalak, Ö.** (2008). Aydın Doğum Evi Aile Planlaması Polikliniğine Başvuran Kişilerin Aile Planlaması Hakkında Bilgi, Tutum Ve Davranışlarının Ve Aile Planlaması Danışmanlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi (Uzmanlık Tezi). Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Aydın.

- [10] **Şafak, F.** (2006). Kadınların Ana Çocuk Sağlığı Ve Aile Planlaması (AÇSAP) Merkezi'nin Vermiş Olduğu Aile Planlaması Hizmetini Değerlendirmeleri Üzerine Bir Pilot Araştırma (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul. Alınan Yer: <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi> Erişim Tarihi : 11.10.2017.
- [11] **Aktoprak, M.** (2012). Evli Kadınlar Ve Eşlerinin Aile Planlamasına Yönelik Tutumları Ve İlişkili Faktörler (Yüksek Lisans Tezi). Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya. Alınan Yer: <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi> Erişim Tarihi : 11.10.2017.
- [12] **Kağlı, F.** (2014). Aile Planlaması (Yüksek Lisans Tezi). Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul. Alınan Yer: <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi> Erişim Tarihi : 11.10.2017
- [13] **Özaydın, G. N., Debay, M.** (2009). Sağlık Bakanlığı Aile Planlaması Danışmanlığı Katılımcı Kitabı, T.C.Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı Ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, ISBN 975-590-136-1, Ankara.
- [14] **Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü** (2014). 2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması., Elma Teknik Basım Matbaacılık, Yayın No: NEE-HÜ.14.01 ISBN 978-975-491-390-3, Ankara.
- [15] **Bozdemir, N., Özcan, S.** (2011). Cinselliğe Ve Cinsel Sağlığa Bakış. Turkish Journal Of Family Medicine And Primary Care (TJFMPC), 5(4), 37-46.
- [16] **Gabalci, E., Terzioğlu, F.** (2010). The Effect of Family Planning Methods Used by Women of Reproductive Age on Their Sexual Life. Springer Science+Business Media, 28, 275-285.
- [17] **Akkar, B., Ö., Karakuş, S., Yıldız, Ç., Korğalı, E., Çetin, A.** (2015). Kontrasepsiyon yöntemlerinin kadın cinsel yaşamı üzerine etkileri. Androloji Bülteni,63,298-300.
- [18] **Vural, T. Z., Gönenç, I.** (1998). Kontraseptif Yöntemler ve Cinsellik. Turkish Family Pyscian, 2(4), 21-23.
- [19] **Koç, Ö. D.** (2009). Aile Planlaması Yöntemi Olarak Eşleri Koitus Interruptus (Geri Çekme) Uygulayan Kadınların Cinsel Fonksiyonları ve Danışmanlık Gereksinimlerinin Belirlenmesi (Yüksek Lisans Tezi). Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul. Alınan Yer: <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi> Erişim Tarihi : 11.10.2017. .
- [20] **Sanders, S. A., Graham, C.A., Bass, J. L., Bancroft, J.** (2001). A Prospective Study Of The Effects Of Oral Contraceptives On Sexuality And Well-being And Their Relationship To Discontinuation. S.A Sanders et al./ Contraception, 64, 51-58.
- [21] **Oskay, U., Diazis, M.** (2016). Effect of the Contraceptive Methods on Female Sexual Function. International Journal of Caring Sciences, 9(3), 997-1007.

- [22] **Tuğut, N., Gölbaşı, Z.** (2014). Cinselliğin Değerlendirilmesi: Hemşireler İçin Öneriler ve Klinik Stratejiler. *Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi*, 11(2), 59-64.
- [23] **Yazıcı, M.** (2015). Kadın Hastalıkları Ve Doğum Polikliniğine Başvuran Kadınların Demografik Özellikleri İle Kullandıkları Aile Planlaması Yöntemi Arasındaki İlişki (Yüksek Lisans Tezi). Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul. Alınan Yer : <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi> Erişim Tarihi : 11.10.2017.
- [24] **Özberk, E.** (2003). Nüfus Politikaları ve Kadın Bedeni Üzerindeki Denetim (Yüksek Lisans Tezi). Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara. Alınan Yer : <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi> Erişim Tarihi : 14.01.19.
- [25] **T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü** (2005). Aile Planlaması ve Üreme Sağlığı. Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi (Cilt I), Damla Matbaacılık, Yayın No: ISBN 975-590-043-8, 4. Basım, Ankara.
- [26] **Coşkun, M. A.** (2012). Üreme Sistemi Yapı ve Fonksiyonu. Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı. Koç Üniversitesi Yayınları, 1. Basım, ISBN 978-605-62575-6-8, 39-68, İstanbul.
- [27] **Kurtuluş, H.** (2009). Aile Planlaması Danışmanlığı Verilmesinin Yöntem Seçimine Etkileri (Uzmanlık Tezi). Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.
- [28] **Gürbay, A., Giray, B., Hıncal, F.** (1997). Kombine Oral Kontraseptifler: Riskleri ve Yararları. *T Klin J Med Sci*, 17,1-14.
- [29] **Katırcı, E.** (2008). Isparta İl Merkezindeki Kadınlarda Kontraseptif Kullanımında Etkili Demografik Ve Sosyokültürel Faktörler (Tıpta Uzmanlık Tezi). Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Isparta.
- [30] **T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü** (2005). Kontraseptif Yöntemler. Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi (Cilt II) , Damla Matbaacılık, Yayın No: ISBN 975-590-044-6, 4. Basım, Ankara.
- [31] **Serbest, N.** (2008). Sağlık Çalışanlarının Aile Planlaması Konusundaki Görüş, Öneri ve Tercihleri (Yüksek Lisans Tezi). Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul. Alınan Yer : <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi> Erişim Tarihi: 30.12.2018.
- [32] **Öztürk, H., Çeber, E., Saydam, K. B., Soğukpınar, N.** (2004). Doğum Kontrol Yöntemlerinde Yenilikler. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 1(2), 86-97.
- [33] **Altay, B., Gönener, D.** (2009). Evli Erkeklerin Aile Planlaması Yöntemlerini Bilme ve Kullanma Durumları ve Etkileyen Faktörler. *Fırat Tıp Dergisi*, 14(1), 56-64.

- [34] **Gökdemirel, Ö. S., Coşkun, A.** (2011). Doğal Aile Planlaması Yöntemlerinden Billings Ovulasyon Yönteminin Uygulanması. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2, 33-48.
- [35] **Ege, E., Akın, B., Arslan, Y. S., Bilgili, N.** (2010). Sağlıklı Kadınlarda Cinsel Fonksiyon Bozukluğu Sıklığı ve Risk Faktörleri. *Tübvav Bilim Dergisi*, 3(1), 137-144.
- [36] **Gölbaşı, Z., Evcili, F.** (2013). Hasta Cinselliğinin Değerlendirilmesi ve Hemşirelik: Engeller Ve Öneriler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 16(3), 182-189.
- [37] **Zeren, F., Gürsoy, E.** (2018). Neden Cinsel Sağlık Eğitimi?. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 8(1), 29-33.
- [38] **Başer, M.** (2000). Adölesan Cinselliği ve Gebelik. *Cumhuriyet Üniversitesi Yüksekokulu Dergisi*, 4(1), 50-54.
- [39] **Aksoy, A., Yılmaz, V. D., Yılmaz, D.** (2019). Gebelikte Cinsel Yaşantıyı Neler etkiler?. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 3(1), 45-53.
- [40] **Eryılmaz, G., Ege, E., Zincir, H.** (2002). Gebelikte Cinsel Yaşamı Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 5(1), 11-18.
- [41] **Özerdoğan, N., Sayın, D. F., Köşgeroğlu, N., Ünsal, A.** (2009). 40–65 Yaş Grubu Kadınlarda Cinsel Fonksiyon Bozukluğu Prevalansı, Depresyon ve Diğer İlişkili Faktörler. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2(2), 46-59.
- [42] **Bozkurt, D. Ö., Sevil, Ü.** (2016). Menopoz ve Cinsel Yaşam. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 3(4), 497-503.
- [43] **Bilgin, Z., Kömürçü N.** (2016). Kadın Cinselliği ve Kanıt Temelli Yaklaşımlar. *Androloji Bülteni*, 18(64), 48-55.
- [44] **Ürkmez, D.** (2018). Kadınların Cinsel Sıkıntıları ve Evlilik Doyumları Arasındaki İlişki (Yüksek lisans Tezi). *Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ordu.*
- [45] **Ulukavak, M.** (1994). Kadın ve Erkeklerde Cinsel Eylem. *Hemşirelik Bülteni*, 6(34), 41-47.
- [46] **Yüksel, Ş., Cindoğlu, D.** (2007). Kadın Cinselliği (Bilgilendirme Dosyası-5). *Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği.*
- [47] **Yılmaz, A. C.** (2003). Kullanılan Kontraseptif Yöntemlerin Kadınların Cinsel Fonksiyonu Üzerine Etkisi (Yüksek lisans Tezi). *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.*
- [48] **Kutlu, R., Kılıçaslan, Ö. A.** (2014). Bir Aile Planlaması Polikliniğine BaşVuran Kadınların Rahim İçi Aracı Terk Etme Nedenleri. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*, 18(3), 149-155.
- [49] **Özdemir, H.** (2014). Erkeğin Kullandığı Aile Planlaması Yöntemlerinin Kadın Cinsel Yaşamına Etkisi (Yüksek Lisans Tezi). *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Aydın.*

- [50] **Temel, S.** (2012). Geri Çekme Yöntemi İle Korunan Çiftlerin Cinsel Fonksiyonlarının Değerlendirilmesi (Yüksek Lisans Tezi). Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- [51] **Uslu, E., İnfal, S., Ulusoy, N. M.** (2016). Cinsel Sorunların Çözümünde Plissit Modelinin Etkisi. *Psikiyatride Güncel yaklaşımlar*, 8(1), 52-63.
- [52] **Aygin, D., Aslan, E., F.** (2005). Kadın Cinsel İşlev Ölçeği'nin Türkçeye Uyarlanması. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*, 25, 393-399.
- [53] **Rosen, R., Brown, C., Heiman, J.** (2000). The Female Sexual Function Index (FSFI). A Multidimensional Self-Report Instrument For The Assessment Of Female Sexual Function. *J sex Marital Ther*, 26, 191-208.
- [54] **Turunç, T., Deveci, S., Güvel, S., Peşkircioğlu, L.** (2007). Uluslararası Cinsel İşlev İndeksinin 5 Soruluk Versiyonunun (IIEF-5) Türkçe Geçerlilik Çalışmasının Değerlendirilmesi. *Türk Üroloji Dergisi*, 33(1), 45-49.
- [55] **Sönmez, G. M., Öztürk, A.** (2017). Penil Doppler Ultrasonografi Sonrası Gelişen Priapizmin Uluslararası Erektile Fonksiyon İndeks Skoru ve Ereksiyon Sertlik Derecesi Skoru Seviyeleri İle İlişkisi Var Mı?. *Turk J Urol*, 43(4), 439-443.
- [56] **Esen, B., Kahvecioğlu, S., Atay, E. A., Özgen, G., Okumuş, M. M., Seyahi, N., Sit, D. Kadioğlu, P.** (2017). Evaluation Of Relationship Between Sexual Functions, Depression And Quality Of Life in Patients With Chronic Kidney Disease At Predialysis Stage. *Renal Failure*, 37(2), 262-267.
- [57] **Rosen, C. R., Riley, A., Wagner, G., Osterloh, H. I., Kirkpatrick, J., Mishra, A.** (1997). The International Index of Erectile Function (IIEF): A Multidimensional Scale For Assessment of Erectile Dysfunction. Elsevier Science Inc. All Rights Reserved, 49(6), 822-830.
- [58] **Taşkın, L.** (2009). Aile Planlaması/ Gebeliğin Önlenmesi. *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*. Sistem Ofset Matbaacılık, 9. Basım, ISBN 975-94661-0-4, 527-545, Ankara.
- [59] **Gölbaşı, Z., Erenel, Ş. A., Turan, Z.** (2017). Gebelikten Koruyucu Yöntem Kullanan Kadınlarda Cinsel Fonksiyon Bozukluğunun Belirlenmesi. *Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(1), 09-17.
- [60] **Mert, G. D., Özen, E. N.** (2011). Genel Psikiyatri Polikliniğine Başvuran Kadın Hastalarda Cinsel İşlev Bozukluğu ve İlişkili Sosyokültürel Parametrelerin Değerlendirilmesi. *Klinik Psikiyatri*, 14, 85-93.
- [61] **Kaplan, E., Zeyneloğlu, S.** (2018). Geri Çekme Yönteminin Kadınların Cinsel Doyumları ve Evlilik Uyumlarına Etkisinin Belirlenmesi. *Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(1), 10-17.
- [62] **Güvel, Ö., Yaycıoğlu, S., Barış, T., Savaş, N., Bulgan, E., Özkardeş, H.** (2003). Evli Kadınlarda Cinsel Fonksiyona Etkin Faktörler. *Türk Üroloji Dergisi*, 29(1), 43-48.
- [63] **Tekin, B. Y., Ural, M. Ü., Üstüner, I., Balık, G., Güven, G. S. E.** (2014). Evaluation of Female Sexual Function Index and Associated Factors

Among Married Women In North Eastern Black Sea Region of Turkey.
J Turk Soc Obstet Gynecol, 3,153-158.

- [64] Keseroğlu, B. B., Özgür, C. B., Yıldız, K. A., Gülen, E. (2018). Kadın Cinsel İşlev Ölçeğine Etki Eden Faktörler. Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 20(3), 269-273.
- [65] Pekince, D. G., Yilmazer, M. (2012). Kontrasepsiyon amaçlı Başvuran Kadınların Erkek Kontrasepsiyonuna Bakış Açısı. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 15(2), 69-74.
- [66] Türk, R., Terzioğlu, F. (2012). Geri Çekme Yöntemi ve Kullanımını Etkileyen Faktörler. Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi, 1(3), 67-80.
- [67] Vatansever, T. B., Tekin, S., Karabayraktar, T., Çinkıt, B., Temizkan, Ş., Orbay, E., Sargın, M. (2015). Diyabetik Erkeklerde Erektile Disfonksiyon Risk Faktörlerinin Değerlendirilmesi, Ankara Med J, 15(2), 59-66.
- [68] Erkek Cinsel Sorunlarının Psikolojik Nedenleri Nelerdir? (2011). Erişim : 26 Eylül 2011, <http://www.cetad.org.tr/73/sik-sorulan-sorular/12/erkek-cinsel-sorunlarinin-psikolojik-nedenleri-nelerdir>.
- [69] Özbek, C. C. (2018). Evli Bireylerde Eş Değerlendirme, Evlilik Uyumu, Evlilik Doyumu ve Cinsel Doyum Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi (Yüksek Lisans Tezi). Yakındoğu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Lefkoşa. Erişim Tarihi : 30.11.2019.
- [70] Erdinç, İ. (2018). Evli Çiftlerde, Evlilik Uyumu, Cinsel Yaşam Doyumu Ve Yaşam Doyumu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul. *The role of terrestrial habitat in the population dynamics and conservation of pond-breeding amphibians* (Doctoral dissertation). Retrieved from <http://edt.missouri.edu/>
- [71] Mutlu ve Doyumlu Cinsel Yaşamın Unsurları Nelerdir? (2011). 26 Eylül 2011, <http://www.cetad.org.tr/73/sik-sorulan-sorular/51/mutlu-ve-doyumlu-cinsel-yasamin-unsurlari-nelerdir>.
- [72] Özcan, G. S. (2014). Evli Bireylerin Cinsiyete Göre Aldatma Eğilimleri, Evlilik Doyum Düzeyleri ve Cinsel Doyum Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (Yüksek Lisans Tezi). Haliç Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul. Erişim Tarihi : 02.12.2019.
- [73] Depe, Y., Erenel, Ş. A. (2006). Erkeklerin aile Planlamasına İlişkin Görüş ve Davranışları. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 10(3), 29-36.
- [74] Kesim, İ. S., Aker, N. M., Uslu, E. (2017). Erkeklere Yönelik Modern Kontraseptif Yöntemlerin Çiftlerin Cinsel Doyumu Üzerine Etkisi: Sistemik Derleme. Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi, (1-2-3), 23-26.
- [75] Toorzoni, M. Z., Zahraei, h. R., Ehsanpour, S., Nasiri, M., Shahidi, S., Soleimani, B. (2010). A Study On The relationship of Sexual Satisfaction and Common Contraceptive Methods Employed By The Couples. IJNMR, 15(3), 115-119.

- [76] **Yanikkerem, E., Asar, H., Elem, E.** (2006). A Study On The relationship of Sexual Satisfaction and Common Contraceptive Methods with contraceptive methods in Manisa, Turkey. *Midwifery*, 22, 274-284.
- [77] **Berkiten, A., Aslan, H.** (2001). Kadınlarda Aile Planlaması Yöntemlerinin Cinsel Yaşam Üzerine Etkileri. III. Ulusal Jinekoloji ve Obstetri Kongresi, 13-16 Eylül 2001, İstanbul.
- [78] **Mistik, S., Naçar, M., Mazicioğlu, M., Çetinkaya, F.** (2003). Married Men's Opinions And Involvement Regarding Family Planning In Rural Areas. Elsevier Science Inc. All rights reserved, 67,133–137.



EKLER

EK 1: Etik Kurul Kararı

Ek 2 : Kurum İzin Yazısı

Ek 3: Tanıtıcı Bilgi Formu

Ek 4 : Kadın Cinsel İşlev Ölçeği (FSFI)

Ek 5 : Uluslar Arası Eretil İşlev Ölçeği (IIEF)



EK 1 : Etik Kurul Kararı

BEZMİALEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU (2011-KAEK-42) KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Kontraseptif Yöntem Kullanımının Bireyin Cinsel Fonksiyonuna Etkisi
-----------------------	---

05.12.2017

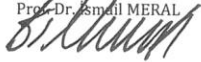
ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Bezmialem Vakıf Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Adnan Menderes Bulvarı Vatan caddesi 34093 Fatih/İstanbul
	TELEFON	(0212) 523 22 88 - 1028
	FAKS	(0212) 533 23 26
	E-POSTA	egaslan@bezmialem.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof. Dr. Anayit M. COŞKUN			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	
		ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	-	-
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	-	-	Gerekli Değil <input type="checkbox"/> Var <input checked="" type="checkbox"/>
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:22/301	Tarih: 05.12.2017		
	Yürütücülüğünü Prof. Dr. Anayit M. COŞKUN 'un yaptığı "Kontraseptif Yöntem Kullanımının Bireyin Cinsel Fonksiyonuna Etkisi" Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu tarafından değerlendirilmiş ve etik açıdan uygun bulunmuştur.			

Sayfa 1 / 2

Etik Kurul Başkanı
Prof. Dr. İsmail MERAL



**BEZMİALEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU (2011-KAEK-42)
KARAR FORMU**

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Kontraseptif Yöntem Kullanımının Bireyin Cinsel Fonksiyonuna Etkisi
-----------------------	---

BEZMİALEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. İsmail MERAL

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
			E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. İsmail MERAL	Fizyoloji	Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Ömer SOYSAL	Göğüs Cerrahisi	Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Nuran YILDIRIM	Tıp Tarihi ve Etik	Bezmialem Vakıf Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Türkinaz AŞTI	Hemşirelik Bölümü	Bezmialem Vakıf Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Semra ÖZÇELİK	Tıp Eğitimi ve Bilişimi	Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Teoman AYDIN	Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon	Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Fahri AKBAŞ	Tıbbi Biyoloji	Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Binnur AYDOĞAN TEMEL	Eczacılık	Bezmialem Vakıf Üniversitesi Eczacılık Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Aclan ÖZDER	Aile Hekimliği	Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Mustafa TUNALI	Periodontoloji	Bezmialem Vakıf Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Nur BÜYÜKPINARBAŞILI	Tıbbi Patoloji	Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Av. Mustafa Fırat ALKAYA	Hukuk	Bezmialem Vakıf Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Eda BAYRAKTAR	Sivil Üye	Bezmialem Vakıf Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	

* :Toplantıda Bulunma

Karar: Onaylandı Reddedildi

Sayfa 2 / 2

Etik Kurul Başkanı
Prof. Dr. İsmail MERAL

BEZMİALEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU (2011-KAEK-42)
KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Kontraseptif Yöntem Kullanımının Bireyin Cinsel Fonksiyonuna Etkisi
-----------------------	---

22.10.2019

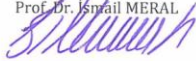
ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Bezmialem Vakıf Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Adnan Menderes Bulvarı Vatan caddesi 34093 Fatih/İstanbul
	TELEFON	(0212) 523 22 88 - 1028
	FAKS	(0212) 533 23 26
	E-POSTA	egaslan@bezmialem.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Dr. Öğr. Üyesi Nesrin İLHAN			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	-	-	Gerekli Değil <input type="checkbox"/> Var <input checked="" type="checkbox"/>
KARAR BİLGİLERİ	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	-	-	Gerekli Değil <input type="checkbox"/> Var <input checked="" type="checkbox"/>
	Karar No:22/301	Tarih: 22.10.2019		
Yürütücülüğünü Dr. Öğr. Üyesi Nesrin İLHAN' ın yaptığı "Kontraseptif Yöntem Kullanımının Bireyin Cinsel Fonksiyonuna Etkisi" Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu tarafından değerlendirilmiş ve etik açıdan uygun bulunmuştur.				

Sayfa 1 / 2

Etik Kurul Başkanı
Prof. Dr. İsmail MERAL



**BEZMİALEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU (2011-KAEK-42)
KARAR FORMU**

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Kontraseptif Yöntem Kullanımının Bireyin Cinsel Fonksiyonuna Etkisi
-----------------------	---

BEZMİALEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. İsmail MERAL

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
			E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. İsmail MERAL	Fizyoloji	Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Ömer SOYSAL	Göğüs Cerrahisi	Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Nuran YILDIRIM	Tıp Tarihi ve Etik	Bezmialem Vakıf Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	KATILMADI
Prof. Dr. Türkinaz AŞTI	Hemşirelik Bölümü	Bezmialem Vakıf Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Semra ÖZÇELİK	Tıp Eğitimi ve Bilişimi	Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Teoman AYDIN	Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon	Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	KATILMADI
Doç. Dr. Fahri AKBAŞ	Tıbbi Biyoloji	Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Binnur AYDOĞAN TEMEL	Eczacılık	Bezmialem Vakıf Üniversitesi Eczacılık Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Aclan ÖZDER	Aile Hekimliği	Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	KATILMADI
Doç. Dr. Nazmiye DÖNMEZ	Restoratif Diş Tedavisi	Bezmialem Vakıf Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Pelin YILDIZ	Tıbbi Patoloji	Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	KATILMADI
Av. Mustafa Fırat ALKAYA	Hukuk	Bezmialem Vakıf Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Eda BAYRAKTAR	Sivil Üye	Bezmialem Vakıf Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

* :Toplantıda Bulunma

Karar: Onaylandı Reddedildi

Sayfa 2 / 2

Etik Kurul Başkanı
Prof. Dr. İsmail MERAL

Ek 2 : Kurum İzin Yazısı

11.12.2017

BEZMİALEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ ETİK KURULU BAŞKANLIĞI'NA

Zuhuratbaba Mh. Tevfik Sağlam Cd. No:11 adresinde Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi olarak faaliyet göstermekteyiz. Hemşire Damla ALKAN, "Kontraseptif Yöntem Kullanımının Bireyin Cinsel Fonksiyonuna Etkisi" adlı çalışma için gerekli verilerin toplanması ve tanıma uygun hasta / sağlıklı kontrol gruplarının hem sözlü ve hem de fonksiyonel değerlendirmelerin yapılabilmesi için hastanemiz mesul müdürlüğünden izin talep etmiştir. Hastane mesul müdürlüğümüz tarafından çalışmanın içeriği ve yöntemine ilişkin bilgiler, bu izin sonrasında alınacak etik kurul kararının, çalışma dosyasının ve aydınlatılmış hasta onam formlarının tarafımıza ulaştırılması şartı ile çalışmanın hastanemizde yapılmasına müsaade edilmiştir.

Gereğini bilgilerinize rica ederiz.

T.C. Sağlık Bakanlığı
Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Başkent Dr. Sadi Konuk E.A. Hastanesi
Yardı. Doç. Dr. Mehmet Emin GÜNEŞ
Başhekim



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi



Sayı : 14679818-771
Konu : Damla Alkan Araştırma İzni

Sn. Hemşire Damla ALKAN

Yüksek Lisans teziniz olan “**Kontraseptif Yöntem Kullanımının Bireyin Cinsel Fonksiyonuna Etkisi**” konulu çalışmanızı hastanemizin Kadın Hastalıkları ve Doğum Poliklinikleri, Göz Hastalıkları Polikliniklerinde anket çalışması olarak gerçekleştirmek istediğinize dair talebiniz incelenmiştir.

Talebiniz Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulu kararı ile **uygun** görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

e-İmzalıdır.
Prof. Dr. Gökhan Tolga ADAŞ
Başhekim

Ek: DAMLA ALKAN TUEK KARARI

Zuhuratbaba Mah. Dr. Tevfik Sağlam Cad. No:11 Bakırköy / İSTANBUL

Bilgi için: Figen ÇALIŞKAN

Telefon: Faks No:

HEMŞİRE

e-Posta: figen.caliskan1@saglik.gov.tr İnternet Adresi: Hizmet İçi Eğitim Birimi - 0
212 414 7556

Telefon No: 0212 414 71 71 / 7556

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden d6c54c80-a708-40ab-9b2b-66b6f69c7804 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

TIPTA UZMANLIK EĞİTİM KURULU TOPLANTI TUTANAĞI

Toplantı Tarihi : 09.04.2019
Toplantı No : 4
Karar No : 9
Başkan : Prof. Dr. Gökhan Tolga ADAŞ
Üyeler : Prof. Dr. Cemal KURAL, Prof. Dr. Ercan İNCİ, Doç. Dr. İbrahim SAYIN, Doç. Dr. Fadime Ulviye YİĞİT, Prof. Dr. Esra ŞEVKETOĞLU, Doç. Dr. Levent YAŞAR

KARAR

Hastanemizde poliklinik hemşiresi olarak görev yapmakta olan Damla ALKAN'ın. Yüksek Lisans tezi olan “Kontraseptif Yöntem Kullanımının Bireyin Cinsel Fonksiyonuna Etkisi” konulu çalışmasını hastanemizin Kadın Hastalıkları ve Doğum Poliklinikleri, Göz Hastalıkları Polikliniklerinde anket çalışması olarak gerçekleştirmek istediğine dair talebi incelenmiştir.

Adı geçen talebi Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulu kararı ile **uygun** görülmüştür

BAŞKAN
Prof. Dr. Gökhan Tolga ADAŞ
Başhekim

HASTANE EĞİTİM KOORDİNATÖRÜ
Prof. Dr. Cemal KURAL

ÜYE
Doç. Dr. İbrahim SAYIN

YEDEK ÜYE
Doç. Dr. Levent YAŞAR

ÜYE
Prof. Dr. Ercan İNCİ

ÜYE
Doç. Dr. Fadime Ulviye YİĞİT

YEDEK ÜYE
Prof. Dr. Esra ŞEVKETOĞLU

Ek 3 : Tanıtıcı Bilgi Formu

TANITICI BİLGİ FORMU

Sayın Katılımcı;

Bu araştırma ‘‘Kontraseptif Yöntem Kullanımının Bireyin Cinsel Fonksiyonuna Etkisi’’ni değerlendirmek amacıyla planlanmıştır. Anket sonuçlarının güvenilir olması için soruların doğru ve eksiksiz cevaplanması önemlidir. Anket formunda isim belirtilmeyecektir. Verdiğiniz bilgiler, sadece araştırmacı tarafından bilimsel amaçlı kullanılacaktır ve gizli tutulacaktır. Katılımınız için teşekkür ederim.

Damla Alkan
Bezmialem Vakıf Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Yüksek Lisans Öğrencisi

Sosyo-Demografik Özellikler

1. Cinsiyetiniz ?

- Kadın
 Erkek

2. Yaşınız.....?

- 18-28
 29-39
 40-49
 50-60

3. Eşinizin yaşı...?

- 18-28
 29-39
 40-49
 50-60

4. Eğitim durumunuz?

- Okur yazar
 İlkokul
 Ortaokul ve lise
 Üniversite ve üzeri

5. Eşinizin eğitim durumu?

- Okur yazar
- İlkokul
- Ortaokul ve lise
- Üniversite ve üzeri

6. Çalışma Durumunuz nedir ?

- Çalışıyor
- Çalışmıyor

7. Eşinizin çalışma durumu nedir ?

- İşçi- esnaf
- Memur
- Emekli- çalışmıyor

8. Sosyal güvenceniz?

- Var
- Yok
- Yeşil Kart

9. Gelir düzeyiniz nedir?

- Gelir giderden az
- Gelir gidere denk
- Gelir giderden fazla

10. En uzun süre yaşadığınız yer?

- Köy
- Kasaba
- İlçe
- Şehir

11. Aile yapınızı nasıl tarif edersiniz?

- Çekirdek aile (anne-baba ve çocuklar)
- Geniş Aile (anne-baba-çocuklar-büyükanne-büyükbaba)
- Parçalanmış Aile

12. Evlenme şekliniz?

- Görücü usulü ile
- Başlık parası karşılığında
- Severek, anlaşarak
- Aile baskısıyla
- Diğer, Belirtiniz.....

13. En uzun süre yaşadığınız bölge neresidir?

- Marmara Bölgesi
- Karadeniz Bölgesi
- Güneydoğu Anadolu Bölgesi
- Akdeniz Bölgesi
- İç Anadolu Bölgesi
- Ege Bölgesi
- Doğu Anadolu Bölgesi

14. İlk evlilik yaşınız ?

- 15-24
- 25-29
- 30-39
- 40-49

15. Kaç yıldır evlisiniz ? (.....

16. Cinsel ilişkiye başlama yaşınız nedir? (.....)

Obstetrik Özellikler

17. Kaç çocuğunuz var?

- Yok
- 1-2
- 3-4
- 5 ve üzeri

18. Son çocuklarınız arasındaki yaş aralığı nedir?

- Çocuğum yok
- Tek çocuğum var
- 1-2 yıl
- 3-4 yıl
- 5-6 yıl
- 7 yıl ve üzeri

19. Kaç düşüğünüz var ?

- Yok
- 1-2
- 3-5 ve üzeri

20. Kaç kürtajınız var?

- Yok
- 1-2
- 3-5 ve üzeri

21. En son yaptığınız doğum şekli?

- Normal, kendiliğinden
- Normal, dikişli
- Sezaryen
- Hiç doğum yapmadım

Aile Planlaması Yöntemlerine İlişkin Özellikler

22. Aile planlaması yöntemleri hakkında ne kadar bilgili olduğunuzu düşünürsünüz?

- Hiç
- Az düzeyde
- Yeterli düzeyde

23. Aile planlaması ile ilgili bilgileri nereden öğrendiniz?

- Bilgim yok
- Basın\Yayın
- Sağlık personeli
- Komşu\akraba\arkadaş

24. Herhangi bir sağlık personelinden aile planlaması yöntemlerine yönelik danışmanlık hizmeti aldınız mı?

- Evet
- Hayır

25. En son kullandığınız aile planlaması yöntemi aşağıdakilerden hangisidir? (en az son 3 aydır kullandığınız yöntemi belirtiniz) (yalnızca 1 tanesini işaretleyiniz)

- Kombine Oral Kontraseptifler
- Mini haplar
- Aylık iğne
- RİA/ Spiral
- Kondom
- Geri çekme
- Kadında tüplerin bağlanması

26. Bu son yöntemi kullanmadan önce kadın doğum /ürolojik muayene oldunuz mu?

- Evet
- Hayır

27. Bu yöntemi kullanmadan önce yöntem ile ilgili danışmanlık hizmeti aldınız mı?

- Evet
- Hayır

28. Kullandığımız aile planlaması yönteminden ne kadar memnunsunuz?

- Hiç memnun değilim
- Biraz memnunum
- Memnunum

29. Bu yöntemi ne kadar süredir kullanıyorsunuz?

- 3-6 ay
- 7-11 ay
- 1-2yıl
- 2-3 yıl
- 4-5 yıl
- 6 -7 yıl ve üzeri

30. Eşiniz aile planlaması yöntemleri kullanmanızda sizi destekliyor mu?

- Evet
- Hayır
- Emin değilim

31. Eşinizin bu konudaki memnuniyetini nasıl değerlendiriyor sunuz ?

- Çok memnun
- Memnun
- Hiç memnun değil

Cinsel Yaşama İlişkin Özellikler

32. Eşinizle iletişiminiz nasıldır?

İyi

Kötü

33. Eşinizle duygusal yakınlığınızı nasıl değerlendirirsiniz?

İyi

Kötü

34. Genelde cinsel ilişki sıklığınız (haftada) kaç kezdir?

Hiç

1 kez

2 kez

3 kez ve daha fazla

35. Cinsel yaşamınızda kendinizi nasıl tanımlarsınız? (size uyan bir tanesini işaretleyiniz)

İstekli

Aktif

Çekingen

İsteksiz

Pasif

36. Eşiniz sizi cinsel açıdan nasıl bulur?

İstekli

Aktif

Çekingen

İsteksiz

Pasif

37. Hazır olmadığınızda ya da istemediğiniz zaman kendinizi cinsel ilişkide bulunmak zorunda hisseder misiniz?

Hayır

Evet

Bazen

38. Cinsel konularda eşinizle rahatça konuşabilir misiniz?

- Evet, her zaman
- Evet, bazen
- Hayır, hiçbir zaman

39. Kullandığınız aile planlaması yönteminin cinsel yaşamınızı nasıl etkilediğini düşünüyor sunuz ?

Olumlu (belirtiniz:.....)

Olumsuz (belirtiniz:.....)

Ek 4 : Kadın Cinsel İşlev Ölçeği (FSFI)

KADIN CİNSEL İŞLEV ÖLÇEĞİ-(FSFI)

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

Teşekkür ederiz.

* **Cinsel aktivite** : Cinsel birleşme, sevişme ve kendini tatmin dahil olmak üzere tüm cinsel faaliyetler.

** **Cinsel ilişki** : Kadın ile erkeğin cinsel birleşmesi (sertleşmiş kamışın/erkeklik organının kadının haznesine girmesi)

*** **Cinsel uyarılma**: Sevişme, şehvet duygu ve düşüncelerin belirmesi ile vajinanın ıslanması ve benzeri durumlar

**** **Orgazm** : Bızır,hazne, rahim, makat ve alt karın ve tüm vücudu saran kuvvetli ritmik kasılmalar olması.

Tüm sorularda yalnız bir kutuyu işaretleyiniz.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- Hemen hemen her zaman

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

7. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite* veya cinsel ilişki sırasında hazneniz ne sıklıkla ıslandı / kayganlaştı ?**

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

8. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite* veya cinsel ilişki sırasında haznenizin ıslanması / kayganlaşmasındaki zorluk derecesi nasıldı?**

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- Çok çok zor veya imkansızdı
- Çok zordu
- Zordu
- Biraz zordu
- Hiç zorluk çekmedim

9. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite* veya cinsel ilişkiniz bitene kadar cinsel organınızın ıslaklığını / kayganlığını ne sıklıkta koruyabildiniz?**

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

10. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite* veya cinsel ilişkiniz bitene kadar haznenizin ıslaklığını / kayganlığını koruyabilme zorluğunuzun sıklığı neydi?**

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

11. Son 4 hafta içinde, cinsel uyarılma* veya cinsel ilişkide** ne sıklıkta orgazm**** oldunuz?**

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

12. Son 4 hafta içinde, cinsel uyarılma* veya cinsel ilişki** sırasında orgazma**** ulaşmak sizin için ne kadar zordu?**

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- Çok çok zordu / imkansızdı
- Çok zordu
- Zordu
- Biraz zordu
- Hiç zorluk çekmedim

13. Son 4 hafta içinde, cinsel uyarılma* veya cinsel ilişki** sırasında orgazma**** ulaşmanız ne kadar tatminkardı?**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



Ek 5 : Uluslar Arası Erektıl İşlev Ölçeği (IIEF)

ULUSLAR ARASI EREKTİL İŞLEV FORMU (International Index of Erectile Function -IIEF)

Cinsel ilişki:** Eşin haznesine giriş (duhul). *Cinsel faaliyet:** Cinsel ilişki, sevişme ve kendi kendini tatmin dâhil olmak üzere tüm cinsel faaliyetler. *****Boşalma:** Meninin boşalması ya da boşalma hissi. ******Cinsel uyarılma:** Sevişme, açık saçık resimlere ve filmlere bakma ve benzeri durumlar.

1. Son 4 hafta içindeki cinsel faaliyetleriniz ** sırasında peniste sertleşme ne sıklıkta oldu?

0 Cinsel faaliyet olmadı

5 Hemen hemen hepsinde (her zaman)

4 Çoğunlukla (yarısından çok daha fazlasında)

3 Bazen (yaklaşık yarısında)

2 Nadiren (yarısından çok daha azında)

1 Hiç ya da hemen hemen hiç

2. Son 4 hafta içindeki cinsel uyarılmayla ** oluşan sertleşmelerin ne kadarlık bir kısmı cinsel ilişkiyi sağlayacak düzeydeydi?**

0 Cinsel uyarılma olmadı

5 Hemen hemen hepsinde (her zaman)

4 Çoğunlukla (yarısından çok daha fazlasında)

3 Bazen (yaklaşık yarısında)

2 Nadiren (yarısından çok daha azında)

1 Hiç ya da hemen hemen hiç

3. Son 4 hafta içindeki cinsel ilişki* girişimlerinde hazneye giriş (duhul) ne sıklıkla mümkün oldu?

- 0 Cinsel uyarılma olmadı
- 5 Hemen hemen hepsinde (her zaman)
- 4 Çoğunlukla (yarısından çok daha fazlasında)
- 3 Bazen (yaklaşık yarısında)
- 2 Nadiren (yarısından çok daha azında)
- 1 Hiç ya da hemen hemen hiç

4. Son 4 hafta içindeki cinsel ilişkiler* sırasındaki sertliği ne sıklıkla devam ettirebildiniz?

- 0 Cinsel ilişki girişiminde bulunmadım
- 5 Hemen hemen hepsinde (her zaman)
- 4 Çoğunlukla (yarısından çok daha fazlasında)
- 3 Bazen (yaklaşık yarısında)
- 2 Nadiren (yarısından çok daha azında)
- 1 Hiç ya da hemen hemen hiç

5. Son 4 hafta içindeki cinsel ilişkileri* tamamlamak için sertleşmeyi sürdürmekte ne kadar zorlandınız?

- 0 Cinsel ilişki girişiminde bulunmadım
- 5 Hiç zorlanmadım
- 4 Biraz zorlandım
- 3 Zorlandım
- 2 Çok zorlandım
- 1 Aşırı zorlandım

6. Son 4 hafta içinde kaç kez cinsel ilişki* girişiminde bulundunuz?

0 Hiç girişimde bulunmadım

1 1-2

2 3-4

3 5-6

4 7-10

5 10'dan fazla

7. Son 4 hafta içindeki cinsel ilişki* girişimlerinizde ne sıklıkla memnun oldunuz?

0 Cinsel ilişki girişiminde bulunmadım

5 Hemen hemen hepsinde (her zaman)

4 Çoğunlukla (yarısından çok daha fazlasında)

3 Bazen (yaklaşık yarısında)

2 Nadiren (yarısından çok daha azında)

1 Hiç ya da hemen hemen hiç

8. Son 4 hafta içindeki cinsel ilişkilerden* ne kadar zevk aldınız

0 Cinsel ilişki olmadı

5 Son derece zevk aldım

4 Çok zevk aldım

3 Az derecede zevk aldım

2 Pek zevk almadım

1 Hiç zevk almadım

9. Son 4 hafta içinde cinsel uyarılma** veya cinsel ilişki* sırasında ne sıklıkla boşaldınız***?**

0 Cinsel uyarılma veya cinsel ilişki olmadı

5 Hemen hemen hepsinde (her zaman)

4 Çoğunlukla (yarısından çok daha fazlasında)

3 Bazen (yaklaşık yarısında)

2 Nadiren (yarısından çok daha azında)

1 Hiç ya da hemen hemen hiç

10. Son 4 hafta içinde cinsel uyarılma** veya cinsel ilişki* sırasında ne sıklıkla orgazm (doyum) hissi yaşadınız?**

0 Cinsel uyarılma veya cinsel girişim olmadı

5 Hemen hemen hepsinde (her zaman)

4 Çoğunlukla (yarısından çok daha fazlasında)

3 Bazen (yaklaşık yarısında)

2 Nadiren (yarısından çok daha azında)

1 Hiç ya da hemen hemen hiç

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

5 Her zaman

4 Çoğunlukla (yarısından çok daha fazlasında)

3 Bazen (yaklaşık yarısında)

2 Nadiren (yarısından çok daha azında)

1 Hiç ya da hemen hemen hiç

12. Son 4 hafta içinde cinsel isteğinizin düzeyini nasıl değerlendiriyorsunuz?

5 Çok fazla

4 Fazla

3 Orta

2 Az

1 Çok az ya da hiç yok

13. Son 4 hafta içindeki cinsel hayatınız genel olarak ne kadar tatminkardı?

5 Çok tatminkârdı

4 Orta derecede tatminkârdı

3 Ne tatminkârdı, ne değildi

2 Pek tatminkâr değildi

1 Hiç tatminkâr değildi

14. Son 4 hafta içinde eşinizle cinsel ilişkiniz* ne kadar tatminkardı?

5 Çok tatminkârdı

4 Orta derecede tatminkârdı

3 Ne tatminkârdı, ne değildi

2 Pek tatminkâr değildi

1 Hiç tatminkâr değildi

15. Son 4 hafta içinde sertleşmeyi sağlama ve devam ettirme konusunda kendinize güveninizi nasıl değerlendiriyorsunuz?

5 Tam

4 Tama yakın

3 Orta derecede

2 Az

1 Çok az

Alan	Sorular	Toplam skor
Eretil fonksiyon	1, 2, 3, 4, 5, 15	1-30 0-10= ciddi 11-16=orta 17-21=hafif-orta 22-25=hafif 26-30=yok
Orgazmik işlev	9, 10	0-10
Cinsel istek	11, 12	2-10
Cinsel memnuniyet	6, 7, 8	0-15
Genel memnuniyet	13, 14	2-10

ÖZGEÇMİŞ

Ad-Soyad : Damla ALKAN
Doğum Tarihi ve Yeri : 01.01.1992 / ANTALYA
E-posta : damlaalkan92@gmail.com

ÖĞRENİM DURUMU:

- **Lisans** : 2015, Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü.
- **Yükseklisans** : 2020, Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı.

MESLEKİ DENEYİM :

- 2017- 2017 Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Klinik Hemşiresi
- 2017-2018 Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Klinik
- 2018- Halen Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Poliklinik Hemşiresi