



**T.C.
SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**ÜREME ÇAĞINDAKİ KADINLARIN KULLANDIKLARI
AİLE PLANLAMASI YÖNTEMİ İLE CİNSEL YAŞAM
KALİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİ**

ŞEHADET TAŞKIN

**DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANA BİLİM DALI**

SİVAS-2021

**T.C.
SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**ÜREME ÇAĞINDAKİ KADINLARIN KULLANDIKLARI
AİLE PLANLAMASI YÖNTEMİ İLE CİNSEL YAŞAM
KALİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİ**

ŞEHADET TAŞKIN

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANA BİLİM DALI**

**TEZ DANIŞMANI
DOÇ. DR. NİLÜFER TUGUT**

SİVAS-2021

Bu tez, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Senatosu'nun 18.02.2015 tarihli ve 4/4 sayılı kararı ile kabul edilen Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzuna göre hazırlanmıştır.

ÖZET

ÜREME ÇAĞINDAKİ KADINLARIN KULLANDIKLARI AİLE PLANLAMASI YÖNTEMİ İLE CİNSEL YAŞAM KALİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Şehadet TAŞKIN

Yüksek Lisans Tezi, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Danışman: Doç. Dr. Nilüfer TUĞUT

2021, 119+ xix sayfa

Bu araştırma, 18-49 yaş grubu üreme çağındaki evli kadınların kullandıkları aile planlaması yöntemi ile cinsel yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel olarak yapılmıştır. Araştırmanın evrenini Ocak-Aralık 2019 tarihleri arasında Şanlıurfa Eyyübiye Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi Aile Planlaması polikliniğine başvuran 18-49 yaş grubu evli kadınlar (N=7200 kişi) oluşturmuştur.

Araştırmanın örneklemine alınacak kadın sayısı, evrenin belirli olduğu durumlarda olayın sıklığı incelenmek istendiğinde kullanılan formül yardımıyla hesaplanmış (N=7200, p=0.50, q=0.50, d=0.05, t=1.96) ve minimum 365 olarak bulunmuştur. Çalışmaya 933 kişi dâhil edilmiştir. Araştırmada veri formu olarak Tanıtıcı ve Aile Planlaması Yöntem Kullanımı Bilgi Formu ve Cinsel Yaşam Kalite Ölçeği-Kadın (CYKÖ-K) kullanılmıştır. Veriler SPSS 24.0 programı ile değerlendirilmiştir. Elde edilen veriler ortalama, min-max, yüzde dağılımı ve standart sapma olarak sunulmuştur. Elde edilen verilerin dağılımı incelenirken, örneklem sayısı 50'nin üzerinde olduğundan Kolmogorov Smirnov normal dağılım analizi yapılmış ve merkezi eğilim ölçümleri kullanılmıştır. Merkezi eğilim ölçümlerine göre verilerin dağılımının normal dağılımdan geldiği belirlenmiştir. Bu nedenle parametrik olan testler istatistiksel olarak %95 güven düzeyinde test edilmiş olup; analizlerde, katılımcıların cinsel yaşam kalitesi düzeylerinin ikili gruplar arasındaki farkların belirlenmesinde Bağımsız Örneklem T Testi, ikiden fazla grupların karşılaştırılmasında ise Tek Yönlü Anova Testi kullanılmıştır. Anova testi sonucu gruplar arasında farklılıklar varsa bu farklılıkların belirlenmesinde post-hoc testlerinden Scheffe Testi yapılmıştır. Araştırmada kullanılan ölçeğin güvenirlik

düzeyinin belirlenmesi için cronbach's alpha analizi yapılmıştır. İstatistiksel sonuçların anlamlılığı için yanılma düzeyi 0.05 olarak kabul edilmiştir.

Kadınların yaş ortalaması 28.6 ± 5.72 olup, % 88.1'inin ilkokuldan mezun olduğu, %74.5'inin 18 yaş üstü evlendiği, % 82.2'sinin görücü usulü ile evlendiği, %50.4'ünün 10 yıldan daha fazla evlilik yılı olduğu ve % 77.8'inin çekirdek ailede yaşadığı saptanmıştır. Kadınların % 72.9'unun üç ve daha fazla gebeliği olduğu, %69.6'sının düşük ve % 90.8'inin kürtaj öyküsünün olmadığı belirlenmiştir. Ayrıca kadınların son gebeliklerini %76.8'i planlı ve %78.8'inin da istemli bir şekilde gerçekleştirdikleri saptanmıştır.

Kadınların tamamının AP konusunda bilgi sahibi olduğu ve en çok bilgi sahibi oldukları AP yöntemlerinin ise RİA (%17.3), hap (%17.1) ve kondom (%16.8) olduğu bulunmuştur. Kadınların %47.1'i akraba/komşusundan ve %45.1'i sağlık profesyonellerinden AP yöntemleri ile bilgi aldığı saptanmıştır. Kadınların %77'inin bu konudaki bilgilerini yeterli bulduğu belirlenmiştir. Kadınların %64.3'ünün RİA, %13.4'ünün kondom ve %9.5'inin hap kullandığı bulunmuştur. Kadınların %85.3'ünün şuanda kullandığı AP yönteminden memnun olduğu tespit edilmiştir. Kadınların %5.6'sı kendisi ve %94.4'ü eşiyle birlikte AP yöntemini seçtiği saptanmıştır.

Kadınların CYKÖ-K puan ortalaması 88.24 ± 11.00 olarak saptanmıştır. Kadınların ve eşlerinin eğitim durumuna, eşlerinin yaşına, gelir düzeyine, evlilik süresine, gebelik ve düşük sayısına, son gebeliklerinin planlı ve istendik olma durumlarına, AP bilgisini yeterli bulma, kullandıkları yöntemden memnun olma durumuna ve AP yöntemine karar veren kişiye göre CYKÖ-K puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$). Kadınların cinsel yaşam kalite düzeylerinin şuanda kullandıkları aile planlaması yöntemlerine göre farkı istatistiksel olarak %95 güvenilirlik düzeyinde anlamlılık gösterdiği saptanmıştır ($t = 7.326$; $p = 0.000$; $p < 0.05$). Modern AP yöntemlerini kullanan kadınların cinsel yaşam kalitesi düzeylerinin geleneksel AP yöntemi kullanan kadınlara göre daha yüksek seviyede olduğu belirlenmiştir.

Üniversite ve lisansüstü mezunu kadınların ($\bar{x} = 93.02$), ilkokul ve ortaokul mezunu olan kadınlara ($\bar{x} = 87.92$) göre; eşi üniversite ve lisansüstü eğitimi olan

kadınların ($\bar{x}=91.61$) ise eşleri okuryazar olmayan ($\bar{x}=86.07$) ve eşleri ilkokul-ortaokul mezunu olanlara göre ($\bar{x}=88.04$) cinsel yaşam kalitesi düzeylerinin daha yüksek seviyede olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Eşinin yaşı 35 yaş ve altında olan kadınların ($\bar{x}=89,10$) cinsel yaşam kalitesi düzeylerinin eşleri 35 yaş üzerinde olan kadınlara göre ($\bar{x}=86,94$) daha yüksek seviyede olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Gelir durumu ve evlilik süresi incelendiğinde iyi gelir durumuna sahip olan kadınların ($\bar{x}=92.15$), düşük gelir durumuna sahip kadınlara ($\bar{x}=87.08$) göre; 10 yıldan az evli olan kadınların ($\bar{x}=89.36$) ise 10 yıl ve üzeri evli olan kadınlara ($\bar{x}=87.14$) göre cinsel yaşam kalitesi düzeylerinin daha yüksek seviyede olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Kadınların gebelik ve düşük sayısına göre CYKÖ-K incelendiğinde; 1-2 kez gebe olan kadınların ($\bar{x}=90.46$), 3 ve üzeri gebe olan kadınlara ($\bar{x}=87.4$) göre ve hiç düşük yapmayan kadınların ise ($\bar{x}=88.85$), 2 ve üzeri düşük yapan kadınlara ($\bar{x}=86.01$) göre cinsel yaşam kalitesi düzeylerinin daha yüksek seviyede olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Araştırmada son gebelikleri planlı ($\bar{x}=89.03$) ve istendik olan ($\bar{x}=89.00$) kadınların, gebelikleri plansız ($\bar{x}=85.62$) ve istendik olmayan ($\bar{x}=85.43$) kadınlara göre; AP yöntem bilgisini yeterli bulan kadınların ($\bar{x}=88.78$) ise yeterli bulmayan kadınlara ($\bar{x}=86.44$) göre daha fazla CYKÖ-K puan ortalamasına sahip olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Çalışmamızda modern AP yöntemlerini kullanan kadınların ($\bar{x}=92.93$) cinsel yaşam kalitesi düzeylerinin geleneksel AP yöntemi kullanan kadınlara ($\bar{x}=89.14$) göre daha yüksek seviyede olduğu belirlenmiştir. Aile planlaması konusunda şuanda kullandıkları yöntemden memnun olan ($\bar{x}=88.58$) ve yöntemi eşi ile birlikte karar veren kadınların ($\bar{x}=88.51$) cinsel yaşam kalitesi düzeylerinin, memnun olmayan kadınlara ($\bar{x}=86.29$) ve yöntemi kendisi karar veren kadınlara ($\bar{x}=83.72$) göre daha yüksek seviyede olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Kullanılan AP yöntemine göre ise CYKÖ-K puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$).

Sonuç olarak kadınların CYKÖ-K puan ortalamasının yüksek olduğu, cinsel yaşam kalitelerinin eğitim ve eş eğitimi, eşlerinin yaşı, gelir durumu ve evlilik süresi gibi sosyodemografik; gebelik ve düşük sayısı, son gebeliklerinin planlı ve istendik olma durumu gibi obstetrik ve AP bilgisini yeterli bulma, yöntem memnuniyeti ve AP yöntemine karar veren kişi gibi kontraseptif özelliklerden etkilendiği bulunmuştur. Kullanılan AP yöntemi ile CYKÖ-K ölçeği arasında anlamlı bir ilişki olduğu, modern

AP yöntemlerini kullanan kadınların cinsel yaşam kalitesi düzeylerinin geleneksel AP yöntemi kullanan kadınlara göre daha yüksek seviyede olduğu tespit edilmiştir.

Anahtar Sözcükler: Aile Planlaması, Cinsellik, Cinsel Yaşam Kalitesi, Kadın, Üreme Çağı



ABSTRACT

THE RELATIONSHIP BETWEEN THE FAMILY PLANNING METHOD USED BY WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE AND THE QUALITY OF SEXUAL LIFE

Şehadet TAŞKIN

Master's Thesis, Department of Obstetrics and Gynecology Nursing

Consultant: Assoc. Dr. Nilufer TUĞUT

2021, 119+ xix pages

This descriptive and cross-sectional study was conducted to identify the relationship between the family planning method used by married women of reproductive age in the 18-49 age group and the quality of sexual life. The population of the study consists of married women (N = 7200 people) between the ages of 18-49 who applied to the Şanlıurfa Eyyübiye Gynecology and Obstetrics Hospital Family Planning outpatient clinic between January and December 2019.

The number of women to be included in the sample of the study was calculated with the formula used to examine the frequency of the event in cases where the population is known ($N = 7200$, $p = 0.50$, $q = 0.50$, $d = 0.05$, $t = 1.96$) and it was found to be a minimum of 365. 933 participants were included in the study. Descriptive and Family Planning Method Information Form and Sexual Quality of Life Questionnaire-Female (SQOL-F) were used as data collection tools. The data were analyzed with the SPSS 22 software program. The obtained data are presented as mean, min-max, percentage distribution, and standard deviation. Since the sample size is over 50, Kolmogorov Smirnov normal distribution analysis and central tendency measurements were used to examine the distribution of the data. As a result of the central tendency measurements, it was found that the data is normally distributed. For this reason, parametric tests were statistically tested at 95% confidence level, and in the analyses, the Independent Sample T Test was used to identify the differences between the pairs of the sexual life quality levels of the participants, and the One-Way Anova Test was used to compare more than two groups. If differences were detected between the

groups as a result of the Anova test, the Scheffe Test, one of the post-hoc tests, was used to identify these differences. Cronbach's alpha analysis was conducted to determine the reliability level of the scale used in the study. For the significance of statistical results, the level of error was accepted as 0.05.

The average age of the women in the sample was found to be 28.6 ± 5.72 , 88.1% graduated from primary school, 74.5% got married over the age of 18, 82.2% married by arrangement, 50.4% had been married for more than 10, and 77.8% live in a nuclear family. It was found that 72.9% of women have had three or more pregnancies, 69.6% of them had a miscarriage, and 90.8% had no abortion history. In addition, it was found that 76.8% of the women had planned and 78.8% had their last pregnancy voluntarily.

It was found that all women had information about FP and the FP methods, they had the most knowledge about IUD (17.3%), pills (17.1%), and condoms (16.8%). It was found that 47.1% of the women received information from their relatives/neighbors and 45.1% from health professionals about FP methods. It was found that 77% of women thought that their knowledge on this subject sufficient. It was found that 64.3% of the women used IUD, 13.4% used condoms, and 9.5% used pills. It has been found that 85.3% of the women are satisfied with the FP method they currently use. It was found that 5.6% of the women chose a FP method by themselves and 94.4% with their spouse.

The mean SQOL-F score of the women was found to be 88.24 ± 11.00 . It was found that there is a statistically significant difference between the mean scores ($p < 0.05$) of the participants according to the education status of the women and their spouses, the age of their spouses, their income level, the number of pregnancies and miscarriages, their last pregnancy being planned and desired, whether they are satisfied with the method they used, and the person who decided on the FP method. It was found that the difference between the sexual life quality levels of women compared to the birth control methods they currently use was statistically significant at the 95% confidence level ($t = 7.326$; $p = 0.000$; $p < 0.05$). It was determined that the sexual life quality levels of women who use modern FP methods are at a higher level than women who use traditional FP methods.

It was determined that women who have a university or graduate school degree ($\bar{x}=93.02$) have higher levels of sexual life quality than those who graduated primary or secondary school ($\bar{x}=87.92$); whose spouses have a university or graduate school degree ($\bar{x}=91.61$) have higher levels of sexual life quality than those whose spouses are illiterate ($\bar{x}=86.07$) and whose spouses are primary or secondary school graduates ($\bar{x}=88.04$) ($p < 0.05$). It was found that women whose husbands were 35 years old or below ($\bar{x}=89.10$) had higher levels of sexual life quality than women whose husbands were over 35 years old ($\bar{x}=86.94$) ($p < 0.05$). When the income status and the duration of marriage are examined, it was found that women with a good income level ($\bar{x}=92.15$) have higher levels of sexual life quality than women with a low income level ($\bar{x}=87.08$) and women who have been married less than 10 years ($\bar{x}=89.36$) have higher levels of sexual life quality than women who have been married for 10 years or more ($\bar{x}=87.14$) ($p < 0.05$). When SQOL-F was examined according to the number of pregnancies and abortions, it was found that women who had been pregnant 1-2 times ($\bar{x}=90.46$) have higher levels of sexual life quality than women who had been pregnant 3 times or more ($\bar{x}=87.4$) and women who have never had a miscarriage ($\bar{x}=88.85$) have higher levels of sexual life quality than women who had 2 or more miscarriages ($\bar{x}=86.01$) ($p < 0.05$). In the study, it was found that women whose last pregnancies were planned ($\bar{x}=89.03$) and desired ($\bar{x}=89.00$) have higher SQOL-F averages scores than women whose last pregnancies were unplanned ($\bar{x}=85.62$) and unwanted ($\bar{x}=85.43$) and women who think their knowledge on FP methods is sufficient ($\bar{x}=88.78$) have higher SQOL-F averages scores than women who do not think their knowledge on FP methods is sufficient ($\bar{x}=86.44$) ($p < 0.05$). In our study, it was determined that women using modern FP methods ($\bar{x}=92.93$) ($\bar{x} = 92.93$) had higher levels of sexual life quality than women using traditional FP methods ($\bar{x}=89.14$). In our study, the sexual life quality levels of women who are satisfied with the birth control method they currently use ($\bar{x}=88.58$) of those who decided on the method together with their spouse ($\bar{x}=88.51$) were found to be higher than those who are not satisfied with the birth control method they currently use ($\bar{x}=86.29$) and those who decided on the method by themselves ($\bar{x}=83.72$) ($p < 0.05$). According to the FP method used, it was found that there is no statistically significant difference between the SQOL-F average scores ($p > 0.05$).

As a result, it was found that women had high SQOL-F average scores, their sexual life quality is dependent on sociodemographic factors such as education level, spouse education level, age of their spouse, income level, and duration of marriage; on obstetric factors such as number of pregnancies and abortions, whether their last pregnancies were planned or desired; and contraceptive factors such as their satisfaction level about the method, and the person who decided on the FP method. It was found that there is a significant relationship between FP method and the SQOL-F scale, and the sexual life quality levels of women using modern FP methods are higher than women using traditional FP methods.

Keywords: Family Planning, Sexuality, Sexual Quality of Life, Woman, Reproductive Age

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

ÖZET	iv
ABSTRACT.....	viii
TEŞEKKÜR	xii
İÇİNDEKİLER.....	xiii
TABLolar / ÇİZELGELER DİZİNİ	xvi
KISALTMALAR DİZİNİ	xvii
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	4
1.3. Araştırmanın Sorusu	4
2. GENEL TANIMLAR	5
2.1. Aile Planlaması	5
2.1.1. Aile Planlamasının Tarihsel Gelişimi.....	5
2.1.2. Türkiye'nin Nüfus Politikaları ve Aile Planlaması	7
2.1.3. Aile Planlaması Yöntemleri	8
2.1.3.1. Modern Aile Planlaması Yöntemleri	9
2.1.3.1.1. Hormonal Kontraseptifler	9
2.1.3.1.1.1. Kombine Oral Kontraseptifler (KOK).....	9
2.1.3.1.1.2. Mini Haplar	10
2.1.3.1.1.3. Enjekte Edilen Hormonal Kontraseptifler	11
2.1.3.1.1.4. Deri Altı İmplantları	11
2.1.3.1.1.5. Vajinal Halkalar.....	11
2.1.3.1.1.6. Transdermal Kontraseptif Bantlar	12
2.1.3.1.2. Rahim İçi Araçlar (RİA)	14
2.1.3.1.3. Bariyer Yöntemler.....	15
2.1.3.1.3.1. Erkek Kondomu.....	15
2.1.3.1.3.2. Kadın Kondomu	15
2.1.3.1.3.3. Diyafram.....	16
2.1.3.1.3.4. Spermisitler.....	16
2.1.3.1.4. Cerrahi Kontrasepsiyon Yöntemleri	17

2.1.3.1.4.1. Tüpligasyon	17
2.1.3.1.4.2. Vazektomi.....	17
2.1.3.1.5. Acil Kontrasepsiyon.....	18
2.1.3.1.5.1. Post Koital Kontrasepsiyon	18
2.1.3.1.5.2. Postkoital RİA Uygulaması	19
2.1.3.2. Geleneksel Aile Planlaması Yöntemleri	19
2.1.3.2.1. Geri Çekme	19
2.1.3.2.2. Vajinal Duş.....	20
2.1.3.3. Doğal Aile Planlaması Yöntemleri (DAP)	20
2.1.3.3.1. Servikal Mukus Yöntemi-Billings Ovülasyon Metodu (BOM)..	20
2.1.3.3.2. Bazal Vücut Isısı Yöntemi	21
2.1.3.3.3. Servikal Palpasyon Yöntemi	21
2.1.3.3.4. Semptotermal Yöntem	22
2.1.3.3.5. Takvim Yöntemi	22
2.1.3.3.6. Laktasyonel Amenore Yöntemi (Emzirme ile Gebeliğin Önlenmesi)	23
2.1.4. Kadına Ait Aile Planlaması Yöntemlerinde Güncel Gelişmeler	24
2.1.4.1. CycleBeads ve Dijital Doğurganlık-Bilinç Bazlı Yöntem Formu CycleBeads Application	24
2.1.4.2. Sayana Press	24
2.1.4.3. Mikroçip Tabanlı İmplant.....	25
2.1.4.4. Origami Kondomu	27
2.1.4.5. Doğum Kontrol Sünger (Sponge).....	27
2.1.4.6. Lea Kalkanı.....	29
2.1.4.7. İmmünokontrasepsiyon.....	30
2.1.5. Erkeğe Ait Aile Planlaması Yöntemlerinde Güncel Gelişmeler	31
2.1.5.1. Hormonal Yöntemler	31
2.1.5.2. Hormonal Olmayan Yöntemler	32
2.2. Cinsellik ve Cinsel Yaşam Kalitesi.....	33
2.2.1. Cinsellik Kavramı.....	33
2.2.2. Cinsel Sağlık ve Cinsel Yaşam Kalitesi.....	34
2.2.3. Kadın Cinselliği.....	35
2.2.3.1. Kadın Cinsel İşlev Fizyolojisi ve Cinsel Yanıt Döngüsü	35
2.2.3.2. Kadın Cinsel İşlev Bozuklukları	37

2.3. Aile Planlaması Yöntemlerinin Cinsel Yaşam Kalitesine Etkisi	41
2.4. Hemşirelerin Aile Planlaması ve Cinsel Sağlık Danışmanlığında Rol ve Sorumlulukları	43
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	48
3.1. Araştırmanın Tipi	48
3.2. Araştırmanın Evreni	48
3.3. Araştırmanın Örneklemi.....	48
3.4. Araştırmaya Dâhil Edilme Ölçütleri	49
3.5. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	49
3.6. Veri Toplama Araçları	49
3.6.1. Tanıtıcı ve Aile Planlaması Yöntem Kullanımı Bilgi Formu.....	49
3.6.2. Cinsel Yaşam Kalite Ölçeği-Kadın	50
3.7. Veri Toplama Formlarının Uygulanması	50
3.8. Etik Boyut	51
3.9. Verilerin Değerlendirilmesi	51
3.10. Kadınların CYKÖ-K Puan Ortalaması Dağılımına Ait Bulgular	52
4. BULGULAR.....	53
5. TARTIŞMA.....	68
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	79
6.1. Sonuçlar.....	79
6.2. Öneriler	81
KAYNAKLAR	83
EKLER	113
EK-1: Tanıtıcı ve Aile Planlaması Yöntem Kullanımı Bilgi Formu.....	113
EK-2: Cinsel Yaşam Kalite Ölçeği-Kadın Formu	115
İZİNLER.....	116
EK 3: Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik Kurul Başkanlığı Kurul Kararı	116
EK 4: Şanlıurfa İl Sağlık Müdürlüğü İzin Yazısı.....	118
ÖZGEÇMİŞ	119

TABLÖLAR / ÇİZELGELER DİZİNİ

Sayfa No

Tablo 1. Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı (n=933)....	53
Tablo 2. Kadınların Obstetrik Özelliklerine Göre Dağılımı (n=933)	55
Tablo 3. Kadınların AP Yöntemlerini Bilme, AP Bilgisini Aldığı Kaynak, Bilinen AP Yöntemleri, AP Bilgisini Yeterli Bulma Durumlarına Göre Dağılımı (n=933)	56
Tablo 4. Kadınların Kullandıkları AP Yöntemleri, Memnuniyet, Kullandığı AP Yöntemini Seçme ve Engellenme Durumlarına Göre Dağılımı (n=933)	57
Tablo 5. Kadınların Cinsel Yaşam Kalite Ölçeği-Kadın (CYKÖ-K) Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	58
Tablo 6. Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre CYKÖ-K Puan Ortalamaları Dağılımı ve Karşılaştırılması	59
Tablo 7. Kadınların Obstetrik Özelliklerine Göre CYKÖ-K Puan Ortalamaları Dağılımı ve Karşılaştırılması.....	62
Tablo 8. AP Bilgisini Yeterli Bulma Durumuna Göre CYKÖ-K Puan Ortalamaları Dağılımı ve Karşılaştırılması	64
Tablo 9. Kadınların Kullandıkları AP Yöntem Türüne Göre CYKÖ-K Puan Ortalamaları Dağılımı ve Karşılaştırılması.....	65
Tablo 10. Kadınların Kullandığı AP Yönteminden Memnun Olma, Kullanılan AP Yöntemine Karar Veren Kişi ve Eşi Tarafından AP Engellenme Durumuna Göre CYKÖ-K Puan Ortalamaları Dağılımı ve Karşılaştırılması.....	66
Çizelge 1: Kadınların CYKÖ-K Puan Ortalaması Dağılımına Ait Bulgular	52

KISALTMALAR DİZİNİ

ACOG	: Amerikan College of Obstetricians and Gynecologists
AÇSAP	: Ana Çocuk Sağlığı Aile Planlaması
AP	: Aile Planlaması
ASM	: Aile Sağlığı Merkezi
CYKÖ-K	: Cinsel Yaşam Kalite Ölçeği-Kadın
CK/ÜS	: Cinsel Sağlık/Üreme Sağlığı
CYBE	: Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
KOK	: Kombine Oral Kontraseptifler
LAM	: Laktasyonel Amenore Yöntemi
OK	: Oral Kontraseptifler
RIA	: Rahim İçi Araç
TC	: Türkiye Cumhuriyeti
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
TSM	: Toplum Sağlığı Merkezi
WHO	: World Health Organization
MEB	: Milli Eğitim Bakanlığı
SPSS	: Statistical Package For The Social Sciences Version
BOM	: Billings Ovülasyon Metodu
DAP	: Doğal Aile Planlaması
DSM-IV	: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV
FDA	: Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Dünyada 1.9 milyar kadın yaşamakta olup, 1.1 milyarı üreme çağındadır. Bu 1.1 milyar kadından 842 milyonu modern aile planlaması yöntemi kullanırken, 80 milyonu da geleneksel aile planlaması yöntemlerini kullanmaktadır. Kadınların %10'nun ise aile planlaması yöntem ihtiyacı karşılanmamaktadır (Dünya Sağlık Örgütü, 2019). Gelişmiş ülkelerde aile planlaması yöntemlerinden herhangi birini kullanan kadınların oranı %58.2 olup, en çok kullanılan yöntemler sırasıyla oral kontraseptifler (KOK) (%17.8), kondom (%14.6) ve rahim içi araç (RİA) (%7.9) gelmektedir. Daha az gelişmiş ülkelerde ise aile planlaması yöntemlerinden herhangi birini kullanan kadınların oranı %30.9 olup, en çok kullanılan yöntemler arasında enjeksiyonlar (%9.6), oral kontraseptifler (%7.7) ve kondom (%3.2) bulunmaktadır (United Nations, 2019).

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları 2018 verilerine göre; halen evli kadınların %90'ı, tüm kadınların %63'ü herhangi bir zamanda en az bir kez aile planlaması yöntemi kullanmıştır. Halen evli kadınlar arasında modern yöntem kullanımının %49 ve geleneksel yöntem kullanımı oranının ise %21 olduğu tespit edilmiştir. Halen evli kadınların en sık kullandığı yöntemler; geri çekme (%20), erkek kondomu (%19) ve RİA (%14) olduğu belirlenmiştir (Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, 2018).

Çiftlerin kendilerine uygun aile planlaması yöntemi seçmeleri ve etkin kullanmaları cinsel yaşam kalitesinin artması için gereklidir (Cetişli ve ark, 2016; Yardımcı, 2020). Seçilen uygun aile planlaması yöntemi ile gebe kalma, jinekolojik kanserler ve cinsel yolla bulaşan hastalıkların görülme riski korkusunu ortadan kaldırdığı için cinsel yaşam kalitesi olumlu yönde etkilenmektedir. Bu yöntemlerin kullanımı güvenli bir cinsel birliktelik sağlar, çiftler birliktelikten doyum alır ve alınan doyum cinsel yaşam kalitesinin olumlu etkilenmesine neden olur (Vural, 2011; Yardımcı, 2020).

Hong Kong'da Çinli kadınlar ile birlikte yürütülen çalışmada oral kontraseptif hap, kontraseptif enjeksiyon, kadın sterilizasyonu (Tüp Ligasyon) ve Rahim İçi Araç

(RİA) gibi aile planlaması yöntemlerinin cinsel tatmin, cinsel dürtü ve yaşam kalitesi gibi parametreler üzerindeki etkisi değerlendirilmiştir. Araştırmada aile planlaması yöntemlerinin bu parametreler üzerinde olumsuz bir etkisinin olmadığı tespit edilirken kadın sterilizasyonundan sonra cinsel tatmin ve cinsel uyarılma düzeyinde önemli bir artış olduğu belirlenmiştir (Li ve ark, 2004). Fransa’da 2013 yılında 85 kadın üzerinde yapılan bir araştırmaya göre oral kontraseptif kullanan ve kullanmayan kadınlar arasında cinsel ilişki sıklığı, cinsel istek, cinsel zevk gibi cinsel yaşamı etkileyecek parametreler açısından anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir. Oral kontraseptif kullanan kadınlarda cinsel ilişki sıklığında artış, cinsel istek ve haz almada artış olduğu bildirilmiştir (Mathlouthi ve ark, 2013).

Oral ve intravajinal hormonal kontrasepsiyonun kadınların ve eşlerinin cinsel yaşamına etkisinin incelenmesi amacıyla yapılan başka bir çalışmada ise; her iki yöntemi kullanan grupların cinsel işlevlerinde artış olduğu bulunmuştur. İntravajinal halka kullanan kadınların ve eşlerinin cinsel ilişki sırasında yaşadıkları anksiyete düzeyinde azalma olduğu belirlenmiştir. Ayrıca intravajinal halkanın cinsel tatminde (cinsel fantezi ve istek) belirgin olarak daha olumlu bir etki gösterdiği rapor edilmiştir (Guida ve ark, 2005).

İran’da aile planlaması yöntemi kullanımının kadınların cinsel yaşam üzerindeki etkisini saptamak amaçlı yapılan bir çalışmada ise; İranlı kadınların en çok doğal yöntemleri ve en az vazektomi yöntemini tercih ettikleri tespit edilmiştir. Bulgular, İranlı kadınlar arasında kondom kullananların cinsel ilişki sonrası tatmin olma düzeylerinin azaldığı; vazektomi yöntemini tercih edenlerin ise cinsel ilişki sonrası tatmin olma düzeylerinin arttığı saptanmıştır. Kullanılan yöntemler ile cinsel istek, uyarılma, lubrikasyon, cinsel tatmin ve orgazm gibi cinsel yaşam faktörleri arasında anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir (Fataneh ve ark, 2013).

Almanya’da 2010 yılında gerçekleştirilmiş bir araştırmada tıp okuyan kadın öğrenciler tarafından kullanılan aile planlaması yönteminin cinsel fonksiyon üzerinde önemli bir etkisinin olduğu ve yöntem kullanan kadınların, özellikle hormonal kontrasepsiyon kullananların kadın cinsel işlev indeks puanlarının diğer gruplara oranla düşük olduğu tespit edilmiştir (Wallwiener ve ark, 2010). Başka bir araştırmada ise kombine oral kontraseptif ve vajinal halkanın cinsel doyum üzerine etkisini

belirlemek amaçlanmış ve her iki yöntemi kullanan kadınlarda kontraseptiflerin vajinal kuruluk ve arzu kaybına neden olduğu belirlenmiştir. Bu tür yan etkiler sonucu cinsel ilişkide rahatsızlık duyulduğu rapor edilmiştir (Sabatini ve ark, 2006).

Türkiye’de Cetişli ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada modern aile planlaması yöntemlerini kullanan kadınların, geleneksel aile planlaması yöntemlerini tercih etmiş kadınlara göre cinsel sağlıklarının daha iyi olduğu bulunmuştur. Modern yöntem kullananların cinsel yanıtlarının güçlü ve cinsel tatmin düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Ayrıca modern aile planlaması yöntem kullanan kadınların öz saygılarının daha yüksek olduğu da saptanmıştır (Cetişli ve ark, 2016).

Terzioğlu ve arkadaşının üreme çağındaki 366 kadını dâhil ettiği araştırmada; kadınlar kullandıkları aile planlaması yönteminin cinsel yaşamlarına olumsuz bir etkisinin olmadığını belirtmişlerdir. Fakat yapılan araştırma sonucunda kadınların cinsel yaşamlarındaki sorunların çok yüksek olduğu saptanmıştır. Özellikle RİA yöntemini kullanan kadınlarda cinsel sorunların daha fazla olduğu tespit edilmiştir (Terzioğlu ve ark, 2010). Hatay’da bir aile sağlığı merkezine başvuran 257 kadının dâhil olduğu çalışmada; kadınların yaklaşık dörtte birinde cinsel fonksiyon bozukluğu olduğu saptanmıştır. Tüpligasyon yöntemini seçen kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğunun diğer yöntemleri kullananlara oranla yüksek olduğu bulunmuştur (Gölbaşı ve ark, 2017).

Kılıç ve arkadaşlarının aile planlaması yöntemlerinin cinsel yaşantıya etkisinin belirlenmesi amacıyla 31 kadın ile yaptıkları çalışmada; her bir aile planlaması yöntemlerinin çiftlerin cinsel yaşamları üzerinde farklı düzeylerde etki yarattığı belirlenmiştir. Kadınlar en fazla geri çekme, takvim, oral kontraseptifler ve Rahim İçi Araç (RİA)’ın cinsel yaşamlarını olumsuz anlamda etkilediğini ifade etmişlerdir. Tüpligasyon yöntemini kullanan kadınlar yöntemin hiçbir şekilde cinsel yaşamlarını olumsuz etkilemediğini belirtmişlerdir. Kadınlar kullandıkları aile planlaması yönteminin gebe kalmayı engellediği sürece, cinsel yaşamlarına olan etkisini daha geri plana atabildiklerini ve kontraseptiflerin cinsel yaşam üzerindeki olumsuz etkilerini önemsemediklerini belirtmişlerdir (Kılıç ve ark, 2009).

Uzun süreli implanon kullanan 80 kadın ile yapılan başka bir araştırmada ise; implanon kullanmaya bağlı kadınlarda çeşitli yan etkilerin görüldüğü tespit edilmiştir.

Araştırmada bazı kadınlarda pelvik ağrı ve libido kaybı olduğu rapor edilmiştir. Ayrıca psikolojik açıdan depresif duygu durum bozukluğu yaşadıkları saptanmıştır (Gezginc ve ark, 2007).

Cinsellik, insanlığın varlığını devam ettirmek için yaşamsal bir işlevi olmasa da yaşam kalitesini oluşturan faktörler arasında önemli bir yeri bulunmaktadır (Gülsün, Aydın ve Gülçat, 2005). Kaliteli bir cinsel yaşam sosyal ve bireysel etikle uyumlu üreme, cinsel davranışları kontrol edebilme ve memnun olma durumu olarak ifade edilmektedir (Kütmeç, 2009). Kişinin cinsel yaşantısından hoşnut olma durumu cinsel yaşam kalitesi için gerekli bir faktördür (Çoban, 2012). Fakat kullanılan aile planlaması yönteminin literatür taramasında cinsel yaşam üzerinde olumlu ve olumsuz birçok etkisi belirtilmesine rağmen cinsel yaşam kalitesine etkisini inceleyen araştırmanın sınırlı sayıda olduğu dikkat çekmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma 18–49 yaş grubu üreme çağındaki evli kadınların kullandıkları aile planlaması yöntemi ile cinsel yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılmıştır.

1.3. Araştırmanın Sorusu

1. Kadınlar hangi AP yöntemini kullanıyor?
2. Kadınların cinsel yaşam kalite düzeyi nedir?
3. Kullanılan AP yöntemi ile cinsel yaşam kalitesi arasında bir ilişki var mıdır?

2. GENEL TANIMLAR

2.1. Aile Planlaması

Aile planlaması (AP) gebeliğin oluşmasını engelleyen, infertiliteyi önlemeyi amaçlayan ve buna çözüm arayan, gebeliği istendiği zamana göre seçebilme fırsatını veren ve çiftlerin çocuk sahibi olmalarını etkileyen psiko-sosyal, fiziksel, dini ve ekonomik durumlar gibi birçok faktörü değerlendiren ve bu amaçla bilgi, eğitim ve araçlara sahip olma olarak tanımlanmıştır (Taşkın, 2003; Uluslararası Nüfus Konferansı Raporu, 1984).

Aile planlamasının temel hedefi: çiftlerin kendi istekleriyle istedikleri sayıda çocuk sahibi olmasını sağlamak, bireylere ve çiftlere üreme sağlığı konusunda eğitim vermek, anne ölümlerini engellemek ve anne sağlığını koruyabilmek, risk oluşturan ve istenmeyen gebelikleri engellemek, çocuk sahibi olmak isteyen çiftlere tıbbi açıdan yardımcı olmak ve toplumdaki bireylere aile planlaması konusunda eğitim vermektir. Aile planlamasının bir diğer hedefi de genel olarak bireylerin, çiftlerin ve toplumun sağlığını korumak ve mutlu bir yaşam sürmelerini sağlamaktır (Millî Eğitim Bakanlığı, 2012; Millî Eğitim Bakanlığı, 2011).

2.1.1. Aile Planlamasının Tarihsel Gelişimi

Aile planlamasının geçmişi insanlık tarihinin eski dönemlerine kadar gider. İnsanlar cinsel ilişki sonrası gebeliğin ortaya çıktığını anladıklarında çeşitli yöntemleri deneyerek gebeliği önleme çabalarına girmişlerdir (Kahraman, 2005). Aile planlamasıyla ilgili ilk yazılı metinler Milattan Önce 2700 yılına aittir. Milattan Önce 2700 yıllarından günümüze ulaşıldığı düşünülen Çince belgelerde düşük yaparak doğumun önleneyeğinden ve bazı önleyici yöntemlerden söz etmektedir. Petrie papirüsü (M.Ö.1850) ve Ebers papirüslerinde (M.Ö.1550) gebeliği önleyici çeşitli yöntemlerden ve bu amaçla vajina içine yerleştirilen çeşitli maddelerden yapılmış farklı tür tamponlardan söz edilmektedir (Türk, 2006).

Milattan önceki dönemlerde Arap topluluklarının çöldeki uzun yolculuklar sırasında develerin uteruslarına küçük çakıl taşları yerleştirerek, develerinin gebe kalmalarını önlediği bilinmektedir. Bu yöntemin insanlarda da kullanıldığına ilişkin

ilk bilgilere Hipokrat'ın ele almış olduğu kadın hastalıkları konusundaki yazılarında rastlanır (Sergek, 2005).

Nüfus yönünden aile planlamasına ilk bakış açısını getiren Aristo olmuş ve Aristo'dan sonra 1750'lerde aşırı doğurganlığın getirdiği sorunları önleme çabaları ele alınmaya başlamıştır. Bilimin hızla ilerlemesiyle de yeni yöntemler keşfedilip, denenmiş ve kullanılmıştır. 19. yüzyılda endüstri çağına giren ülkelerde aile planlama konusu yaygınlaşmış, İngiliz papazı Jeremy Bentham halka aile planlaması yöntemlerinin öğretilmesi gerektiğini savunan ilk kişi olmuştur. Richard Carlile ise AP yöntemlerini içeren bir kitap yayınlamıştır. İlk AP kliniği 1882'de Hollanda'da açılmış ve 1950'de Amerikan Aile Planlaması kurulmuştur. Daha sonraları bu kuruluş Uluslararası Aile Planlaması Federasyonu'na dönüşmüştür.

Roma, Yunan, İbrani, İran ve Arap yayınlarında vajinaya yerleştirilen katranlı lahana yaprağı, sedir yaprağı, sünger gibi maddelerden bahsedilmektedir. İbranilerin geri çekme yöntemini kullandıklarına dair belgeler vardır. Milattan Sonra ikinci yüzyılda Romalı hekim Soranus içeriğinde zamlık ve yağ bulunan serviks tıkaçını tavsiye etmiş ve takvim yöntemini bahsetmiştir (Aksu, 2008).

Kondom, ilk olarak 1564 yılında İtalya'da Gabriella Follopius tarafından önerilmiştir. 1838'de servikal başlığı Wilde, 1880'de diyaframı Mesigna bulmuştur. Spermisitlerin kullanılmaya başlanması ise 1885'lerde gerçekleşmiştir. Rahim içi araçların (RİA) ilk kullanımının Milattan Önce Arapların develeri için kullandığı küçük çakıl taşlarıyla başladığı bilinmektedir. 1909'da Almanya'da Rahim içi aracın (RİA) ilk tanımını Richard Richter ve 1929'da da Grafenberg yapmıştır. Hormonal yöntemlerin tarihi ise diğer yöntemlere göre oldukça yenidir. İlk sentez 1952'de Colton tarafından yapılmıştır. Pincus, Rock ve Garcia'nın 1956 ve 1958'deki yayınladıkları yayınlarından sonra oral hapların üzerinde daha da yoğunlaşmış ve başka yöntemler de bulunmuştur. İmplant ve enjeksiyon formları, cerrahi sterilizasyonun ise daha basit ve kolay teknikleri geliştirilmiştir (Akin ve Özvarış, 2006; Aksu, 2008; Doğan, 2008; Harris, 2018; Silies, 2014).

2.1.2. Türkiye'nin Nüfus Politikaları ve Aile Planlaması

Türkiye Cumhuriyeti'nde nüfus konusu ilk kez 1920 yıllarında ele alınmıştır. Bu dönemlerde yeni çıkmış olan dört büyük savaş ve sıtma, tifüs gibi hastalıklar yüzünden büyük nüfus kayıpları yaşanmış ve bu olumsuz durumu düzeltmek amacıyla pronatalist bir politika izlenmiştir. Pronatalist politika; isteyerek düşük yapılmasının, gebeliği önleyen ilaç ve araçların temin edilmesinin, kullanılmasının ve bu konuda eğitim ve propaganda yapılmasının yasaklanması, altı ve daha fazla çocuğu olan kadınlara ödül ve madalya verilmesi ve çok çocuğa sahip olan ailelerin yol vergisi gibi durumlardan muaf tutulması gibi önlemleri içeren yasalarla yürütülmüştür (Dirican 1998; Kaşlı, 2014).

1950 yıllarına gelindiğinde nüfus artışı sorun olmaya başlamış ve nüfus hızı binde 22'ye çıkmıştır. Nüfusun arttırılmasına yönelik pronatalist politika değiştirilmiş, 1962 yılında TBMM Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda antinatalist politika kabul edilmiştir. 1965 yılında uygulamaya geçmiş olan 557 sayılı Nüfus Planlaması kanunuyla;

- Aile planlaması ile ilgili toplumun eğitim ve bilgilendirilmesine,
- Geriye dönüşlü aile planlaması yöntemlerin kullanılmasına,
- İstemli düşük ve cerrahi sterilizasyonun ise sadece tıbbi durumlarda kullanılmasına izin verilmiştir (Dirican, 1992; Öztürk ve Günay, 1995).

557 sayılı kanun ile istemli düşüklere önlenemediği görülmüş ve 1983 tarihinde yayınlanan 2827 Sayılı Nüfus Planlaması kanunuyla aile planlamasına ikinci yasal düzenleme getirilmiştir. Günümüzde halen yürürlükte olan bu yeni kanunla;

- Kadınların gebeliği 10. haftasına kadar isteyerek sonlandırılabilceği, 10 haftadan büyük gebeliklerin ise ancak tıbbi durumlarda uzman tarafından sonlandırılabilceği,
- Çiftlerin isteği ve tıbbi sakınca olmaması halinde gönüllü cerrahi sterilizasyonu kullanabilceği,
- Eğitimli sağlık profesyonellerin (doktor, ebe ve hemşire) Rahim İçi Araç (RİA) uygulayabilceği kabul edilmiştir (Dirican, 1998; Koyuncuer, 2004).

2.1.3. Aile Planlaması Yöntemleri

Aile planlaması yöntemleri dünyanın her yerinde kullanılmakta ve yıllar geçtikçe de önemi ve gereğinden dolayı kullanımda artış görülmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün 2019 yılında yayınladığı araştırmaya göre dünyada 1.9 milyar kadın yaşamakta olup, arasında 1.1 milyarı üreme çağında (15-49 yaş) bulunmaktadır. Bu 1.1 milyar kadından 842 milyonu modern aile planlaması yöntemi kullanırken, 80 milyonu da geleneksel aile planlaması yöntemlerini kullanmaktadır. Aile planlaması yöntemi açısından karşılanmayan ihtiyacı olan kadınların oranı %10'dur (Dünya Sağlık Örgütü, 2019). Gelişmiş ülkelerde aile planlaması yöntemlerinden herhangi birini kullanan kadınların oranı ortalama %58.2 olup, en çok kullanılan yöntemler arasında oral kontraseptifler (%17.8), kondom (%14.6) ve Rahim İçi Araç (%7.9) gelmektedir. Daha az gelişmiş ülkelerde bu oran %30.9 olup, en çok kullanılan yöntemler arasında enjeksiyonlar (%9.6), oral kontraseptifler (%7.7) ve kondom (%3.2) olduğu belirlenmiştir (United Nations, 2019).

Yöntemlerin ülkemizdeki kullanım durumu ise Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları (TNSA) 2018 verilerine göre; halen evli kadınların %90'ı, tüm kadınların ise %63'ü herhangi bir zamanda aile planlaması yöntemlerini en az bir kez kullanmıştır. Halen evli kadınlar arasında modern yöntem kullanımının %49 ve geleneksel yöntem kullanımı oranının ise %21 olduğu tespit edilmiştir. Halen evli kadınların en sık kullandığı yöntemler arasında; geri çekme (%20), erkek kondomu (%19) ve RİA (%14) olduğu belirlenmiştir (Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, 2018).

Aile planlaması yöntemleri ana hatlarıyla modern, geleneksel ve doğal aile planlaması yöntemleri olarak üç gruba ayrılmaktadır. Modern aile planlaması yöntemleri etkili olup, geleneksel ve doğal aile planlaması yöntemleri etkisi sınırlı yöntemlerdir (Aktoprak, 2012).

2.1.3.1. Modern Aile Planlaması Yöntemleri

2.1.3.1.1. Hormonal Kontraseptifler

2.1.3.1.1.1. Kombine Oral Kontraseptifler (KOK)

Dünya genelinde 15-49 yaş arası üreme çağındaki evli kadınların 114 milyonu oral kontraseptif kullanmaktadır. Yine üreme çağındaki evli olmayan kadınların 37 milyonu bu yöntemi kullanmaktadır. Oral kontraseptiflerin kullanım oranları gelişmiş ülkelerden Kuzey Amerika'da %15.1, Güney Amerika'da %20.5 ve Avrupa bölgelerinde %19.1'dir. Gelişmemiş bölgelerden biri olan Afrika bölgesinde ise bu oran %5.8 düzeyinde kalmıştır (United Nations, 2019). Görüldüğü gibi oral kontraseptiflerin kullanım düzeyi gelişmiş bölgelerde daha yüksektir. Ülkemizdeki kullanım durumuna baktığımızda ise bu oran %5 düzeyindedir (Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, 2018).

Kombine oral kontraseptifler (KOK) çok güvenilir bir kontraseptif yöntem olup, sürekli ve düzenli kullanıldığında %99.9 oranında etki gösterirler. İçeriklerinde doğal kadınlık hormonları olan östrojen ve progesteronun sentetik formları bulunur. Kombine oral kontraseptiflerin 21 ve 28 günlük paketleri bulunmaktadır. Her bir hapın içeriğinde bulunan doğal kadınlık hormonları ile ovulasyon baskılanmış olup, servikal mukus kalınlaşarak spermin geçişi engellenir ve endometriyumun incelmelerini sağlayarak implantasyon engellenir (Guillebaud, 2019).

Kombine oral kontraseptiflerin kullanımı son derece kolay ve etkisi yüksek kontraseptiflerdir. Cinsel ilişki zamanından tamamen bağımsızdır ve bırakıldıkları zaman fertilité durumuna kısa sürede geri dönebilme fırsatı vardır (T.C. Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü, 2009; T.C. Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü, 2005).

Menstruasyon döneminin ilk günü başlanarak her gün aynı saatte bir adet KOK alınmalıdır. 28 günlük pakete menstruasyonun birinci veya beşinci günü başlanılır, bu paketlerde her siklusun son haftasında alınacak şekilde yedi hap bulunmaktadır. Bu yedi hapın temel gayesi kadının her gün hap alma alışkanlığını kaybetmemesi olarak belirlenmiştir. 21 günlük hap formlarının tamamı hormon içeriklidir ve paket bitene dek her gün bir hap alınma zorunluluğu vardır. Daha sonra hap almaya altı gün ara verilir ve bu süre içinde menstrüel kanama gerçekleşir.

Menstrüel kanama durumu gerçekleşmese bile yedi gün sonra yeni bir pakete başlanması gerekmektedir (Özaydın ve Debay, 2007; T.C. Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü, 2009; T.C. Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü, 2005; Beji, 2015).

Kombine oral kontraseptiflerin gebelikten koruyucu etkisinin yanında birçok sağlık probleminde de kullanımı mevcuttur. Adet düzensizliklerinde kanamanın miktarı ile süresini azaltır ve adet döngüsünü düzenli hale getirir. Ayrıca dismenore olgularını da tedavi eder. Bening meme, endometriyal ve over kanseri riskini ve over kistlerinin oluşumunu azaltır. Ektopik gebeliği önler, osteoporoz, pelvik inflamatuvar ve romatoid artrit gibi hastalıkların riskini azaltır (İtil ve ark, 2012).

2.1.3.1.1.2. Mini Haplar

Mini haplar format olarak sadece progesteron içermektedirler. İçeriğindeki progesteron hormonu sayesinde ovulasyon baskılanır, servikal mukusun kalınlaşmasını sağlayarak spermin uterusu geçişini engeller ve endometriyumda incelmeye neden olarak implantasyon olasılığının azalmasını sağlar. Menstrüel siklusun ilk gününden başlanarak aksatılmadan sürekli alınmalı ve özellikle ilk yedi gün ek yöntem kullanılması gerekmektedir. Mini haplar emziren kadınlarda ilk dokuz ayda %98.5 oranında, emzirmeyenlerde ise %96 oranında etkili olduğu bildirilmektedir. Eğer mini hapın alınmasında gecikme olur veya unutulursa gebelik olasılığı artar (Rodrigues ve ark, 2001; Uludağ, 2009).

Mini haplar emziren anneler için uygun bir yöntem olarak kullanılmaktadır. Eğer kadın kombine oral kontraseptifleri içeriğindeki östrojen hormonunun yan etkileri nedeniyle kullanamıyor ise mini haplar bu konuda alternatif hormonal bir kontraseptif yöntem olarak kullanılır. Fakat mini hapların kombine haplara göre etki düzeyi daha azdır. Ayrıca mini haplar adet düzensizliği, ara kanama, lekelenme ve amenore gibi durumlara neden olabilirler (Neyzi, 1997; Türk, 2009).

2.1.3.1.1.3. Enjekte Edilen Hormonal Kontraseptifler

Enjekte edilen hormonal kontraseptifler yalnızca progesteron ya da östrojen ve progesteron formları bulunan bir aile planlaması yöntemidir. İçeriğindeki progesteron hormonunun etkisiyle ovulasyon önlenir, servikal mukusun kalınlaşması sağlanarak sperm geçişi engellenir ve endometriyumun incelmeye sağlanır. Östrojen ve progesteron içeren kombine enjekte edilen hormonal kontraseptifler sadece progesteron içeren kontrasetif enjeksiyonlara oranla ovulasyonu daha fazla baskırlar. Doğru kullanılması durumunda koruyuculuğu %100'e yakındır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2009; T.C. Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü, 2009; T.C. Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü, 2005).

2.1.3.1.1.4. Deri Altı İmplantları

Deri altı implantları derinin altına yerleştirilen ve sentetik bir progestin olan levonorgestrel (LNG) içeren kapsüllerdir. Küçük cerrahi bir uygulama ile üst kolun iç kısmına, derinin altına yerleştirilir. İçeriğindeki hormon sayesinde ovulasyon baskılanır, servikal mukusun kalınlaşması sağlanarak sperm geçişi engellenir ve endometriyum inceler. Bu yöntem doğru olarak uygulandığında koruyuculuğu %99.9 düzeyindedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2009; T.C. Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü, 2009; T.C. Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü, 2005).

2.1.3.1.1.5. Vajinal Halkalar

Vajinal halka, gebeliği önlemek için vajina içine yerleştirilen küçük, esnek, plastik bir halkadır. Halka, her ay bir yumurtanın salınmasını önleyen östrojen ve progestojen hormonlarını kan dolaşımına sürekli olarak serbest bırakır. Servikal mukusu kalınlaştırarak spermin yumurtaya ulaşmasını engeller. Aynı zamanda rahim duvarını incelterek döllenmiş yumurtanın implante olmasını da engeller. Doğru kullanıldığında vajinal halkanın koruyuculuğu %99'dan fazladır (Dilbaz, 2012; FPA, 2019).

Vajinal halkanın kullanımı son derece kolaydır. Başparmak ile işaret parmağı arasına yerleştirilen halka sıkılır ve yavaşça vajina içine itilir. Halkanın kullanılmaya başladığı ilk yedi gün boyunca ek olarak kondom gibi yedek doğum kontrolü kullanılması gerekmektedir. Ayrıca halka herhangi bir nedenle düşerse ve üç saat içinde geri koyulmazsa, değiştirilmesi gerekmektedir ve yine üst üste yedi gün boyunca yerine oturana kadar başka bir doğum kontrol yöntemi (prezervatif gibi)

kullanılması gerekmektedir. Ek olarak vajinal halka her ay değiştirilmelidir (Dilbaz, 2012; Nazik ve ark, 2014).

Halka üç hafta (21 gün) boyunca kullanılır ve ardından çıkarılıp bir hafta (yedi gün) ara verilir. Bu bir hafta boyunca adet kanaması gerçekleşir. Adet haftasından sonra baştan başlanılır ve üç hafta boyunca vajinaya yeni bir halka koyulur. Doğum kontrol halkası 21 günden daha uzun süre bırakılsa bile etkili olabilir (FPA, 2019; LellanLemal ve ark, 2017). Ayrıca halkanın haftanın aynı gününde çıkarması veya takılması önemlidir. Örneğin, pazartesi günü bir halka takılmış ise üç hafta sonra yine pazartesi günü çıkarılması gerekmektedir. Ardından, bir sonraki halkanın bir sonraki pazartesi günü takılması gerekir. Kullanımın ilk birkaç ayında artan vajinal akıntı, baş ağrısı, mide bulantısı, meme hassasiyeti ve ruh hali değişiklikleri dâhil geçici yan etkiler yaşanabilir. Ayrıca beklenmedik vajinal kanama ve lekelenme de ortaya çıkabilir (FPA, 2019).

Vajinal halka kullanımının birçok faydası bulunmaktadır. Halka adet öncesi semptomları hafifletebilir ve adet dönemlerini daha düzenli, daha hafif ve daha az ağrılı hale getirir. Yumurtalık, rahim ve kolon kanseri riskini azaltır. Ameliyat sonrası tekrarlayan endometriozis riskini azaltabilir. Polikistik over sendromu ile ilgili problemlere yardımcı olur. Bir halka bir ay boyunca kontrasepsiyon sağladığından her gün düşünülmesine gerek kalmaz. Halka yerinde olduğu müddetçe cinsel ilişkiyi kesintiye uğratmaz. Fakat halka cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara (CYBE) karşı koruma sağlamadığından kondom da kullanılması gerekmektedir (Oddsson ve ark, 2004; Roumen ve Mishell, 2012).

2.1.3.1.1.6. Transdermal Kontraseptif Bantlar

Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi (FDA) tarafından 2002'de onaylanan kontraseptif yama kare şeklinde, norelgestromin (progesteron) ve ethinyl estradiol (östrojen) hormonlarını içerip, deriden kana yayılmasını sağlayarak etki eden şeffaf bir yapışkan tabakadan oluşan hormonal kontraseptif yöntemdir. Yama üç tabaka halinde bir matrinden oluşur: açık ten rengi bir dış polyester koruyucu tabaka, yapıştırıcı içeren bir orta tabaka ve kontraseptif steroidler içeren bir iç şeffaf tabaka. Yama ovulasyonu engeller ve servikal mukusu kalınlaştırarak spermilerin uterusu geçişini önler (Alam ve ark, 2013; Köşüş ve ark, 2006).

Gebeliğin birinci trimestr döneminde gerçekleşen düşüklerden hemen sonra veya siklusun ilk beş günü içinde kullanılmaya başlanır. Transdermal kontraseptif yama 7 günlük bir süre için günde 150 µg norelgestromin ve 20 µg etinil estradiol verecek şekilde tasarlanmıştır. 7 gün sonra yama çıkarılır ve başka bir cilt bölgesine yeni bir tane uygulanır. Tipik bir döngüde üç ardışık 7 günlük yani 3 hafta yama uygulanır, ardından çekilme kanamasına izin vermek için 7 günlük yamasız bir süre uygulanır. Klinik çalışmalarda terapötik olarak eşdeğer olduğu belirlenen uygulama alanları arasında göğüsler hariç kalçalar, alt karın, üst gövde ve üst dış kol olarak belirlenmiştir. Cilt temiz ve kuru, sağlam olmalı ve kırmızı veya tahriş olmamalıdır. Ayrıca her hafta aynı gün değiştirilmelidir. Yama 7 günden daha uzun süre çıkarılırsa hamilelikten korunma garanti edilmez ve kadın 7 gün boyunca yeni bir yama kullanana kadar yedek kontrasepsiyon yöntemi kullanılmalıdır. Eğer yama ayrılırsa ve uygulamadan bu yana 24 saatten az bir süre geçerse aynı bölgeye tekrar uygulanmalı veya yeni bir yama kullanılmalıdır. İlk uygulamadan sonra 24 saatten uzun bir süre ayrılmışsa veya süre bilinmiyorsa derhal yeni bir yama uygulanmalı ve yeni bir döngü başlamalıdır. Yeni döngünün ilk 7 günü için yedek kontrasepsiyon kullanılmalıdır (Alam ve ark, 2013; Galzote ve ark, 2017; Köşüş ve ark, 2006).

Yama içerik olarak oral kontraseptiflere benzemektedir. Fakat oral kontraseptiflerin her gün alınma zorunluluğu varken yamanın koruyuculuk süresi bir haftadır ve bu süre boyunca kullanılabilir. Yama doğru kullanıldığında %99 oranında etkilidir. Kontraseptif yama için genel başarısızlık oranının 100 kadın için yılda %0.7 gebelik ile yöntem başarısızlık oranı olduğu bildirilmiştir (Graziottin, 2006).

Tromboembolizm, hipertansiyon veya diyabet, 35 yaş üzerinde sigara içen kadınlar, aşırı kilolu olma, vasküler hastalık veya inme öyküsünün varlığı, iskemik kalp hastalığı, karaciğer hastalığı ve östrojene bağlı tümöre sahip olma gibi durumlarda yamanın uygulanması önerilmez. Ayrıca, hassas cilt veya dermatolojik bozuklukları olan kadınlar bu yöntem için uygun adaylar değildirler (Smallwood ve ark, 2001; Burkman, 2007; Audet ve ark, 2001). Yama kullanımıyla birlikte: uygulama yeri reaksiyonları, bulantı, duygusal değişkenlik, baş ağrısı, dismenore ve meme rahatsızlıkları (dolgunluk) gibi yan etkiler görülebilmektedir (Audet ve ark, 2001; Burkman, 2007).

2.1.3.1.2. Rahim İçi Araçlar (RİA)

Rahim içi araçlar (RİA) yani bir diğer adı ile spiral tüm dünyada ve ülkemizde çokça tercih edilen bir yöntemdir. Dünya genelinde evli kadınlar arasında 151 milyon kullanıcısı bulunmaktadır. Evli olmayan kadınlar arasında ise bu oran çok düşük olup 3 milyon kullanıcısı bulunmaktadır (United Nations, 2019). Ülkemize baktığımızda ise RİA kullanımı 2003 yılında %20 oranı ile en çok kullanılan modern yöntem olarak tespit edilmiş fakat yıllar geçtikçe bu oranda azalma olduğu görülmüştür. TNSA 2018 verilerine göre RİA kullanımı %14 düzeyinde saptanmıştır (Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, 2018).

RİA rahim içine yerleştirilen küçük plastik bir cisim olup genellikle bakır ya da hormon içeren iki tür formu bulunmaktadır. Rahim içi araçların ülkemizde kullanılan iki çeşidi bulunmaktadır. Bunlar (Güenalp ve Yüce, 2014; Katırcı, 2008; Salem, 2006):

- Bakırlı RİA'lar: Cu T-380 A, Cu T 200 C, Multiload (ML Cu 250 ve 375) ve Nova T (TCu 200Ag ve 380Ag) gibi bakırlı araçlar,
- Hormonlu RİA'lar: Gövde kısmında progesteron içeren progestasert ve levonorgestrol (LNg 20) içeririler.

Günümüzde Cu-T 380A dünya geneli birçok ülkede ve ülkemizde de daha yaygın olarak kullanılan RİA türüdür. RİA'lar kontrasepsiyon anlamında birçok fonksiyon gösterirler. Hormonlu RİA formu servikal mukusun kalınlaşmasını sağlayıp spermin uterusu geçişine engel olur ve fertilizasyonu baskılayabilirler. Ovumun transportunu da engellerler. Doğru bir uygulama ile yerleştirildiğinde koruyuculuğu %98 düzeyine kadar çıkmaktadır (Thonneau ve Almont, 2008).

Rahim içi araçlar kullanımı kolay olan, geriye dönüşümlü, güvenli ve etkisi yüksek yöntemlerdir. Uygulamasında ve çıkarılmasında ancak RİA konusunda eğitilmiş sağlık personeli gerekmektedir. Yöntem cinsel ilişki zamanlamasından tamamen bağımsız olarak kullanılır ve sürekli bir hatırlatmayı gerektirmez. Etki süresi uzundur ve çıkarıldığında fertilite durumuna geri dönülebilme avantajı vardır. Emziren kadınlar için de uygun bir yöntemdir.

Rahim içi araçların birçok faydası olmasına rağmen bazı zorlukları ve olumsuz yönleri de vardır. Sağlık personeli tarafından ilk uygulama esnasında veya çıkarılma işlemi sırasında kadın ağrı duyabilir. Uygulama sonrası birkaç ay adet sıklığında artma, ağrı ve ara kanama yaşanabilir ve RİA'nın yerinden çıkma, kayma ya da atılma riski vardır. Özellikle cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı risk sahibi olanlar için uygulanabilecek bir yöntem değildir (Koca ve ark, 2015; Öner ve ark, 2014; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2009).

2.1.3.1.3. Bariyer Yöntemler

2.1.3.1.3.1. Erkek Kondomu

Kondom, cinsel ilişki öncesi ereksiyon halindeki penise geçirilen lateks kauçuk maddesinden yapılmış ince kılıftır. Aile planlaması sorumluluğu alma konusunda erkeklerin de görev almasını sağlayan bir yöntemdir (Katırcı, 2008). Dünya genelinde evli erkekler arasında 142 milyon, evli olmayan erkekler arasında ise 47 milyon kullanıcısı bulunmaktadır (United Nations, 2019). Ülkemizdeki kullanım oranına baktığımızda ise kondom kullanımında yıllar geçtikçe bir artış olduğu gözlenmiştir. 1993 yılında kullanım oranı %7 iken, 1998 yılında %8, 2003 yılında %11, 2008 yılında %14, 2013 yılında %16, 2018 yılında ise %19 düzeyinde bir kullanım durumu görülmüştür (Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, 2018).

Kondom cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara karşı korumada en etkili yöntemlerden biridir. Bir aile planlaması yöntemi olan kondom ucuzdur ve erişimi kolaydır. Kondom erkeklerde cinsel bir sorun olan erken boşalmayı önlemeye yardımcı olsa da cinsel ilişkiyi kesintiye uğratma ve bazı çiftlerde de cinsel duyarlılığın azalmasına neden olma gibi olumsuz yönleri vardır. Her ilişki öncesi yeni bir kondom kullanılması gereklidir (Cankardaş ve Tosun, 2016; Güngör, 2000).

2.1.3.1.3.2. Kadın Kondomu

Kadın kondomu veya prezervatifi, erkek kondomunun büyük boyutlu haline benzemektedir. Yaklaşık 15 cm uzunluğunda iki ucunda birer tane olmak üzere iki tane esnek halkası vardır ve bu halkalar cinsel organa tutunma gibi fonksiyona sahiptirler. Halkanın bir ucu kapalıdır ve bu kısım kadının dişilik organının içinde kalır. Açık olan kısım ise dışarda kalır. Çoğu normal kondomdan farklı olarak kadın kondomu, lateks (lastik) yerine cinsel ilişkiyi daha zevkli hale getiren poliüretandan

yapılmıştır ve bu kondomlar önceden yağlanmışdır (NSW, 2014). HIV de dâhil olmak üzere cinsel ilişki yoluyla geçen enfeksiyonlara karşı koruyuculuğu vardır (Çalışkan ve ark, 2012). Kadın kondomu kullanımındaki zorluk ve maliyeti sebebiyle tercih edilen bir yöntem olmamıştır (Toptaş ve Aksu, 2019).

2.1.3.1.3.3. Diyafram

Diyafram serviksin mekanik olarak kapanmasını sağlayan kubbe biçiminde bir şekle sahip ince, kauçuktan yapılmış kontraseptif bir yöntemdir. Cinsel ilişki sırasında birleşme öncesi kubbe tarafına spermisit konularak servikse yerleştirilir. Kimyasal ve mekanik bariyer birleşimi ile spermilerin servikse geçmesi engellenerek ileri düzeyde koruyucu etki sağlanmış olur. Cinsel ilişki sonrası en az altı saat yerinde kalması gerekir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2010).

Diyafram tek başına kullanıldığında cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara karşı kısıtlı bir koruma sağlar. Fakat kadınların kendi genital yapısını ve organlarını tanımasına yardımcı olur. Genital organlarındaki değişikliklerin erken fark edilmesine de yardımcı olur. Serviks kanserini önleyebilir ve hiçbir yan etkisi yoktur. Kullanımında belli sınırları ve zorlukları bulunmaktadır. Kişiye özel uygun boy diyaframın tespit edilebilmesi için pelvik muayene gereklidir. Kadının diyaframı nasıl yerleştireceğini öğrenmesi zaman alabilir. Yüksek koruyuculuk elde etmek için spermisitle kullanılması gerektiğinden maliyeti sorun yaratabilir (İnal, 2006; Kanbur ve Çapık, 2011).

2.1.3.1.3.4. Spermisitler

Spermisitler vajen içine yerleştirilen köpük, krem, köpük tablet, fitil, film tablet, sünger ya da jel gibi farklı formlara sahip olan kaygan kimyasal maddelerdir. Fonksiyon olarak spermilerin servikse ulaşmasını etkisiz hale getirmeyi sağlar. Spermisitlerin tek başına kullanıldığında başarı oranı düşüktür. Genellikle kontrasepsiyon etkisinin daha yüksek olması amacı ile kondom veya diyafram ile kullanılması önerilmektedir (Mumcu, 2004).

Spermisitlerin sistemik etkileri olmasa da uygulandığı anda etkisini hemen gösterir. Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara karşı koruma sağlarlar ve serviks kanseri riskini azaltırlar. Bu tür yararlarının yanı sıra genital organlarda ve perinede alerji ve irritasyon yapabilirler (Çetin ve ark, 2011).

2.1.3.1.4. Cerrahi Kontrasepsiyon Yöntemleri

2.1.3.1.4.1. Tüpligasyon

Tüpligasyon: çocuk istenmeme, sağlık sorunları nedeniyle gebe kalınmasında sakınca olması ve artık kontraseptif yöntem kullanma ayrıntısı ile uğraşmak istenmeme gibi durumlarda spermin yumurtaya geçişini ve yumurtanın döllelenmesini engelleyecek şekilde fallop tüplerinin cerrahi olarak kesilmesi, bağlanması, koteterizasyon (yakılması), klipslenmesi gibi yöntemler bütünüdür. Lokal ya da genel anestezi altında uygulanabilir. Kontrasepsiyon anlamında etkisi yüksek ve güvenilir bir yöntemdir (Giray, 1995).

Dünya çapında evli kadınlar arasında 199 milyon, evli olmayan kadınlar arasında ise yaklaşık 19 milyon kullanıcısı bulunmaktadır (United Nations, 2019). Tüpligasyonun ülkemizde kullanım durumuna baktığımızda ise yaklaşık %10 düzeyinde olduğu görülmüş ve yıl geçtikçe kullanım oranında artış olduğu tespit edilmiştir (Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, 2018).

Cerrahi işlem sonrası kontraseptif etkisi hemen başlar ve cinsel ilişkinin zamanlamasından tamamen bağımsızdır. Kalıcı ve geriye dönüşsüz bir yöntem olduğu için pişmanlık duyulmaması adına eşlere bu konuda iyi bir danışmanlık hizmeti verilmesi gerekmektedir. Karar sonrası eşler bilinçli bir şekilde onay verdiğini ve rızasını içeren izin belgesini imzalarlar (Dündar ve Özsoy, 2019).

Tüpligasyon işlemi birçok durumda yapılabilir. Sezeryan operasyonu sırasında, hamile kalmadığından emin olunmuşsa menstrüel döngünün herhangi bir gününde, doğum sonu ilk yedi gün içinde veya doğum ertesi 6. haftadan sonraki herhangi bir zamanda ve düşük sonrası hemen uygulanabilir (Valet ve ark, 1994).

2.1.3.1.4.2. Vazektomi

Vazektomi, erkekte spermlerin geçişini sağlayan kanalın testislerde bulunup bağlanması ya da kesilmesi işlemi olarak tanımlanır. Fizyolojik olarak testislerde üretilen spermler vaz deferens adlı kanal yoluyla ejakulata yani meni sıvısına karışır, vas deferensin kesilmesiyle de spermler meni sıvısına geçemez ve döllelenme durumu ortadan kalkar. Lokal anestezi altında yapılır ve tüpligasyon işlemine göre daha basit ve kısa sürede tamamlanır (Doğan, 2008; Kırca, 2012). Sadece spermlerin geçişini

engellediği için cinsel yaşamı etkilemez. Erkekler arasında çok tercih edilen bir yöntem olmamıştır (Çorak ve ark, 2008).

Dünya genelinde 16 milyon kullanıcısı bulunmaktadır ve bu %2'lik bir orana denk gelmektedir (United Nations, 2019). Türkiye'deki bu oran %0.1 düzeyinde olduğu tespit edilmiş ve oranın çok düşük olduğu görülmüştür (Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, 2018).

Vazektomi en etkili kontraseptif yöntemlerden birisidir. Yöntemin etkili olabilmesi için 20 boşalma sonrası veya iki ay gibi bir süre beklenmelidir ve bu dönemde ek bir koruyucu yöntem kullanılması gerekmektedir (Kırca, 2012).

2.1.3.1.5. Acil Kontrasepsiyon

Beklenmeyen durumlarda korunma amacı ile kullanılan kontraseptif yöntem durumuna acil kontrasepsiyon denir. Literatürde kullanılan post-koital kontrasepsiyon ya da ertesi gün hapi gibi terimlerin varlığı acil bir durumu temsil etmediği düşünülerek kaldırılmış ve genel bir terim olması adına acil kontrasepsiyon terimi daha uygun bulunmuştur (Taşkın, 2015; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2005). Çoğunlukla ilk 72 saat içinde uygulanması gerekir. Önceden tecavüz gibi durumlarda kullanılmaktayken daha sonraları istenmeyen gebeliklerin engellenmesi için de kullanılmaya başlanmıştır (Tokuç ve ark, 2002).

Acil kontrasepsiyonun hormonal acil kontrasepsiyon ve post-koital RİA uygulaması olmak üzere iki uygulaması bulunmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2005).

2.1.3.1.5.1. Post Koital Kontrasepsiyon

Post koital kontrasepsiyon, post koital haplar ya da ertesi sabah hapi olarak da bilinirler ve acil kontrasepsiyon gerektiren durumlarda kullanılırlar. Hap alınmasının unutulması, diyaframın yer değiştirmesi, kondom yırtılması, RİA'nın düşmesi, yakın bir zamanda herhangi bir teratojene maruz kalınması, tecavüz veya planlanmamış bir cinsel ilişki gibi durumlarda kullanılmaktadır. Post koital ilaçlar yüksek doz östrojen ve progesteron ya da sadece progesteron formları mevcuttur ve uzun süre kullanılmaları sakıncalıdır. Bu doğrultuda kontraseptif amaçlı olarak sürekli kullanılmaması gerekmektedir. Korunmasız bir cinsel ilişki sonrası 72 saat içinde kullanılması gerekmektedir ve koruyuculuğu %98 düzeyindedir. Bu ilaçlar yan

etkisinin düşük olması, önemsiz ilaç etkileşimlerinin olması, teratojenik olmaması, tıbbi tarama ve gözleme gerek olmaması gibi nedenlerle reçetesiz olarak kullanılabilir (Adalı ve ark, 2008; Demirgöz ve Canbulat, 2007).

2.1.3.1.5.2. Postkoital RİA Uygulaması

Fertilizasyonu önlemek için kontraseptif amaçla kullanılan RİA, acil kontrasepsiyon amacıyla kullanıldığında içeriğindeki bakır iyonlarının etkisiyle implantasyonu önler. Etki düzeyi %99 oranındadır. Uygulama sonrası vajinal kanamada artış, karın ağrısı ve lekelenme kanamaları olabilmektedir. Korunmasız cinsel ilişki sonrası ilk 5 gün içinde uygulanması gerekmektedir.

Cinsel yolla bulaşan enfeksiyona sahip olan ya da riskini taşıyanlarda, yeni bir eşle korunmasız cinsel ilişki sonrasında, tecavüz durumunda ve hiç doğum yapılmadığı durumda acil kontrasepsiyon amacıyla kullanılan RİA uygulaması önerilmez (Aksu ve Karaöz, 2008).

2.1.3.2. Geleneksel Aile Planlaması Yöntemleri

2.1.3.2.1. Geri Çekme

Geri çekme diğer adı ile coitus interruptus, cinsel ilişki sırasında sperm boşalmadan önce erkeğin cinsel organını vajinadan çıkarması ve meninin vajina dışına boşaltılmasına dayanan yöntemdir. Bu yöntem halk arasında dışarı boşalma, çekilme, dikkatli olma veya erkeğin korunması gibi isimlerle de anılmaktadır. Genellikle istenmeyen gebeliklerin büyük bir kısmı geri çekme yöntemini kullanan çiftlerde görülmektedir (Tekiner ve ark, 2010; Türk ve Terzioğlu, 2012).

Dünya genelinde evli olanlar arasında 42 milyon, evli olmayanlar arasında ise 5 milyon kullanıcısı bulunmaktadır (United Nations, 2019). TNSA 2018 verilerine göre ülkemizdeki kullanım durumuna baktığımızda ise %20'lik bir oranla en çok kullanılan yöntem olduğu tespit edilmiştir (Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, 2018).

Geri çekme yönteminin çiftler arasında tercih edilmesinin nedenleri: fertilitiyi etkilememesi, hormon içermemesi, çiftlerin gebelik istediğinde yöntemi kolayca bırakılabilmesi ve yan etkisinin olmaması, menstural sıklusa bağlı olmaması, istendiği zaman kullanılabilmesi ve kullanımının serbest olmasıdır (Yanikkerem ve ark, 2006).

Geri çekme yönteminin sürekli kullanılıyor olması çiftlerde özellikle kadınlarda cinsel doyumsuzluk ve buna bağlı psikolojik gerginliğe yol açabilir. Ayrıca yöntem çiftleri cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara karşı korumaz. Yöntem gebelik istenmediği durumlara karşı güvenilir değildir ve cinsel tecrübesi az olan kişilerde yöntemin etkililik düzeyi daha da düşmektedir (Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi, 2005).

2.1.3.2.2. Vajinal Duş

Vajinal duş, cinsel ilişki sonrası kadının vajinal duvarı ve kanalındaki spermleri atma amacıyla vajinasını su, sirke veya bir takım temizlik ürünleri ile yıkamasıdır. Spermler birkaç saniye içinde servikal mukusu geçip tüpe ulaştığı için yöntem tamamen etkisi olmayan bir yöntemdir. Hijyen açısından sağlıklı olmayan bir yöntemdir ve ayrıca kullanılan maddenin cinsine göre kadında çeşitli derecelerde vajinit oluşabilir. Çiftlerde cinsel doyumsuzluğa neden olabilir (Akın ve ark, 2006; Çalışkan, 2005; Okumuş ve Demirci, 2014).

2.1.3.3. Doğal Aile Planlaması Yöntemleri (DAP)

2.1.3.3.1. Servikal Mukus Yöntemi-Billings Ovülasyon Metodu (BOM)

Servikal mukus yöntemi, menstrual döngü boyunca servikal mukusun niteliğindeki değişikliklerin izlenmesi ve kaydedilmesi temeline dayanır (T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2014).

Ovulasyon yaklaşırken mukusun miktarında artış ve incelmeye gözlenir ve mukusun rengi berraklaşır, daha elastik ve kaygan bir yapıya döner. Mukustaki bu değişimle beraber spermlerin ortalama 3-5 güne kadar yaşamasına ve yumurtaya doğru ilerlemesine uygun bir ortam yaratılmış olur. Ovulasyondan sonra ise progesteron hormonundaki artıştan dolayı mukusun yapısı yeniden değişir. Mukusun miktarında azalma gözlenir, yapısı yapışkan ve pürüklü hale gelir, vajina kuru hissedilir. Bu yapıdaki mukus spermin birkaç saatten fazla yaşamasını ve hareket etmesini zor hale getirir. Vajinanın kuru yapıda olduğu bu döneme kuru günler denir. Çiftler ovulasyondan önceki mukussuz kuru günlerde cinsel ilişkide bulunabilir. Mukusun varlığı görüldüğünde ya da vajinada ıslaklık hissedildiğinde belirtiler fertil dönemin başladığına işaret eder ve çiftlerin fertil dönem bitene kadar cinsel perhiz ya da ek bir koruyucu yöntem kullanması gerekmektedir (Gökdemirel, 2004; Özçelik, 2016).

2.1.3.3.2. Bazal Vücut Isısı Yöntemi

Bazal vücut ısısı yöntemi, fertil durumu saptamak amacıyla en az 3 ay boyunca ovulasyon dönemlerinde vücut ısısının ölçülmesine dayanan bir aile planlaması yöntemidir. Yöntemi kullanabilmek için 3 ay süre içinde beden ısısı her sabah yataktan kalkmadan ortalama aynı saatlerde, tercihen oral yoldan, 3 dakika bekletilip ölçülür. Ölçüm sonrası tarih belirtilip çizelgeye kaydedilmesi gerekmektedir.

Ovülasyon sonrası korpus luteumdan salgılanan progesteron hormonu vücut ısısını 0.2 ile 0.5 derece arasında yükseltir ve bir sonraki ovülasyon dönemine kadar vücudu yüksek ısıda tutar. Bu yükselişe termal kayma denilir ve bu yöntemin temelini oluşturur. Ovulasyondan sonra meydana gelen vücut ısısındaki artıştan sonra kadın kendini 3 gün fertil durumda kabul eder ve bu dönemde cinsel perhiz ya da ek bir yöntem uygulanır. Dördüncü günden sonraki günleri de infertil olarak kabul eder.

Vücut ısısı: düzensiz uyku, stres, hastalık, antibiyotik kullanımı, ölçüm hatası gibi birçok faktörden etkilenip değişebilir. Bu yüzden ısı tablosunun çok iyi yorumlanması, en az ilk üç siklus yöntemin öğretilmesi ve sonrası için yine takip önerilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2014; Yılmaz ve Gökdemirel, 2005).

2.1.3.3.3. Servikal Palpasyon Yöntemi

Servikal palpasyon yöntemi, kadının kendi kendini muayenesi ile serviks kıvamındaki değişikliklerin izlenmesi ve tanımlayıp yorumlaması temeline dayanan bir aile planlaması yöntemidir. Servikste saptanan değişikliklerle fertil ya da infertil dönem saptanabilir. Bu yöntemi kullanmak için kadın çömelmiş ya da ayakta olması gerekmektedir. Hangi konumu seçerse seçsin her defasında aynı konumda olması gerekmektedir (Şimşek, 2009).

İnfertil dönemde serviks serttir ve external os kapalıdır, serviks palpasyonla muayenede ele kolayca ulaşır. Bu infertil dönemde çiftler ilişkiye girebilir. Ovulasyon yaklaştıkça serviks yumuşar, pelvis içinde yükselir ve servikal os açık hale gelir. Yine palpasyonla muayenede serviks hissedilmez. Bu dönem fertil dönem olarak kabul edilir ve cinsel ilişkiden kaçınılmalıdır ya da çiftler ek bir koruyucu yöntem kullanılmalıdır (T.C. Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü, 2005; T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2014).

2.1.3.3.4. Semptotermal Yöntem

Semptotermal yöntem diğer adıyla servikal mukus yöntemi, servikal palpasyon ve bazal vücut ısısı yöntemlerinin birleşimi ile fertil günlerin yorumlanması esasına dayanan bir aile planlaması yöntemidir. Yöntemlerin teker teker kullanılması yerine bu üç yöntemin birlikte kullanılması daha etkilidir ve önerilmektedir (Özçelik, 2016; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2009; T.C. Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü, 2005).

2.1.3.3.5. Takvim Yöntemi

Takvim yöntemi, menstrüel siklusun fertil ve infertil günlerini hesaplamak amacıyla matematiksel formüllere dayanan doğal bir aile planlaması yöntemidir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2009). Dünya geneli 24 milyon kullanıcısı bulunmaktadır ve bu da %3'lük bir orana denk gelmektedir (United Nations, 2019). Ülkemizdeki kullanım durumuna baktığımızda ise bu yöntem %1'in altında bir oranda kalmıştır (Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, 2018).

Bu yöntemi kullanabilmek için düzenli bir menstrüel siklusun olması, ovulasyonun bir sonraki menstrüel periyottan önceki oniki ve ondördüncü günlerde olacağının, yumurtanın ovulasyondan sonraki 12-24 saat zaman diliminde döllenebileceğinin ve spermin kadının vajinal kanalı ve/veya uterusunda sadece 24-72 saat canlı kalabileceğinin varsayılması gerekmektedir. Ayrıca fertil dönemin hesaplanması için daha evvelki altı menstrüel siklusun süresinin de bilinmesi gerekmektedir. Bu altı ay içindeki menstrüel siklus dönemlerinde kaydedilen en kısa siklusan onsekiz, en uzun siklusan da onbir gün çıkartılarak fertil günler belirlenir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2009; T.C. Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü, 2005).

Takvim yöntemi, kadınların menstrüel siklus konusu hakkında bilgi düzeylerinin yetersiz olmasından dolayı güvenilir bir yöntem değildir. Ayrıca siklus uzunluğu, stres ve hastalık gibi faktörlerden etkileneceği için yapılan hesapların duyarlılığını azaltır. Takvim yönteminden dolayı uzun süre cinsel perhiz uygulanması çiftler arasında sorun yaratabilir. Çok genç ve menapoza yakın olan kadınlar düzensiz siklusa sahip olduğu için bu yöntem önerilmemektedir. Çünkü yöntemin kullanılabilmesi için düzenli bir altı menstrüel siklusun olması gerekmektedir (Djerassi, 2020; Kjesbu, 2011; Potter, 1987).

2.1.3.3.6. Laktasyonel Amenore Yöntemi (Emzirme ile Gebeliğin Önlenmesi)

Laktasyonel amonere (LAM), annenin emzirme döneminde emzirme saatleri ve diğer koşullara uyarak korunduğu doğal bir aile planlaması yöntemidir. İlk 6 aylık dönemde kurallara tam uyulması durumunda koruyuculuk oranı %98 oranındadır. Memelerde başlayan laktasyon, prolaktin hormonu ve emme refleksiyle başlar. Emzirmenin başlamasıyla ovulasyon ve adet düzeni baskılanır. Ovulasyon ve adet düzeninin baskılanmasıyla gebeliğe karşı korunulmuş olur (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2009; T.C. Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü, 2005).

Eğer kadın LAM yöntemini kullanmayı tercih etmişse gebeliğe karşı koruyuculuk düzeyini yükseltmek için tam emzirme koşullarına uyması gerekmektedir. Tam emzirme koşulları: annenin menstrüasyonu olmamış olması, bebeğin 6 aydan küçük olması, bebeğin doğumdan hemen sonra emzirilmeye başlanması, bebeğin gece gündüz, sık aralıklarla gün içerisinde en az 6-10 kez ve en az 4 dakika süreyle emzirilmesi gibi kurallardan oluşmaktadır. Emzirme aralıkları gündüz dört saati, gece altı saati geçmeyecek şekilde olması ve gece de en az bir kez emzirilmesi gerekmektedir. Yeterli sütün oluşabilmesi için bebek her iki göğüsten de emzirilmesi gerekmektedir. Ayrıca bu tür bir emzirmeyle beslenmesi için bebeğe su dahi verilmemesi gerekmektedir. Eğer anne sütü sağılarak verilecekse bebeğe kaşıkla verilerek yine bu yöntem kullanılabilir (Erenel ve Eroğlu, 2009; Ünlüoğlu, 2006; Panzetta, 2011).

Yöntemin düzenli kullanımı ile uterusun kasılması sağlanarak eski haline dönmesi sağlanır. Yöntem kadını meme, endometriyum ve over kanserine karşı korur. Doğal, ücretsiz, kullanımı kolay, yan etkisiz bir yöntemdir. Çiftlerin cinsel ilişkilerini etkilemez. Emzirmeyi desteklediği ve bebeğin gelişimini sağladığı için anne ve çocuk açısından da yararlıdır. Korunma doğum sonrası hemen başlar ve yöntem sayesinde en az 6 ay korunmaya ihtiyaç duyulmaz. Fakat 6 ay sonrasında yöntemin etki düzeyi ortadan kalkmış olur (Topal ve ark, 2017; Wijden ve Manion, 2015).

Tam emzirme koşullarına uyulmazsa yöntem kadını gebelikten korumaz. Çalışan anneler için zor bir uygulamadır. HIV ve Hepatit gibi anne sütünden geçecek hastalıklara sahip olan kadınlar için de kullanılmaması gereken bir yöntemdir (Gün ve ark, 2009; McNeilly, 2002).

2.1.4. Kadına Ait Aile Planlaması Yöntemlerinde Güncel Gelişmeler

2.1.4.1. CycleBeads ve Dijital Doğurganlık-Bilinç Bazlı Yöntem Formu

CycleBeads Application

CycleBeads ve mobil uygulaması olan CycleBeads aplikasyon kadınların döngüsünü izlemelerine ve hangi günlerde gebe kalıp kalmayacaklarını belirleyen etkili bir doğal aile planlaması yöntemidir (World Health Organization, 2020). Tipik kullanımda % 88'den, doğru kullanımında ise % 95'ten fazla etkililik düzeyi vardır (Stanford University,2012).

CycleBeads (kolye), kadınların fertil günlerinin belirlenip takip edebilmesi adına tespih benzeri on iki beyaz, bir kırmızı ve ondokuz kahverengi ile toplamda otuz iki boncuk ve bir siyah halka formundan oluşan kolye biçimindeki bir AP yöntemidir. CycleBeads (kolye) kadının menstrüel siklusunun belirlenmesi sağlar. Kadın siklusun her gününde lastik halkayı bir diğer boncuğa geçirir. Renkli boncuk formları fertil veya infertil günlerde olduğunu gösterir. Lastik halka beyaz boncuktaysa kadın fertil gündedir. Bu günlerde çiftler cinsel ilişkiden kaçınmalı veya bariyer yöntemler kullanmalıdır (Georgetown University, 2011; World Health Organization, 2020).

CycleBeads aplikasyonu adlı akıllı telefon uygulaması ise mobil ve dijital bir hizmettir. Hem İOS (iPhone İşletim Sistemi) hem de Android telefonlarda bu uygulama kullanılabilmektedir. Kullanıcı uygulamaya son adet tarihini girdikten sonra uygulama gebelik ihtimalinin yüksek ve düşük olduğu günleri belirler. Bu belirleme sayesinde kullanıcı adet döngüsündeki fertil ve infertil günleri kolye yâda akıllı telefon uygulamasıyla takip edebilir (Reproductive Health Supplies Coalition, 2013; Stanford University, 2012).

2.1.4.2. Sayana Press

Sayana Press, kadınlar için kullanımı kolay bir hormonal doğum kontrol seçeneğidir. Subkutan bir kontraseptif enjeksiyondur ve derinin hemen altına (deri altı) enjekte edilir. Ayrı bir şırınga ve flakona sahip geleneksel enjeksiyonlar ile kıyaslandığında sayana 'hepsi bir arada' enjeksiyon sistemine sahiptir. Hepsi bir arada, önceden doldurulmuş, tek kullanımlık ve tekrar kullanılmayacak bir formda hazır bulunur (WHO, 2016). Sayana Press, normal bir enjeksiyondan çok daha küçük ve daha kısa

bir iğneye sahiptir ve bu nedenle çoğu kadın enjeksiyon sırasında çok az ağrı bildirir veya hiç ağrı bildirmez (Burke ve ark, 2014).

Sayana Press'in 13 hafta (+/- 1 hafta) boyunca koruyuculuğu vardır. Sayana Press kullanan bir kadın her yıl toplam 4 defa olmak üzere her 3 ayda bir yeni bir enjeksiyon yapması gerekmektedir (PATH, 2013). Bir kadın Sayana Press ile evde veya bir arkadaşının veya aile üyesinin yardımıyla kendini enjekte edebilir (Burke ve ark, 2014).

Doz, ön uyluğa veya karına subkutan enjeksiyon (SC) olarak uygulanır. Enjeksiyon yapılırken, enjektör iğne aşağıya bakacak şekilde tutulmalıdır. Aşağı tutulması, tam sıvı dozunun iğneden dokuya iletilmesine yardımcı olur. İlaç 5-7 saniye boyunca yavaşça enjekte edilmelidir. Yavaş enjeksiyon gereklidir. Nedeni iğnenin deri altı formülasyonu, tipik bir çözeltiden daha yüksek viskoziteye sahip bir süspansiyondur. Eğer çok hızlı enjekte etmeye çalışılırsa süspansiyonun iğneden akışına karşı direnç olacaktır. Yavaş enjeksiyon, akışa karşı direncin önlenmesini ve ilaç uygulamasının zorlanmadan ilerlemesini sağlayacaktır. İlaç oda sıcaklığında tutulmalıdır. Düzgün bir süspansiyon oluşturmak için kullanımdan hemen önce kuvvetlice çalkalanmalıdır (Lasher, 2014; PATH, 2013).

Kendi kendine enjekte edilebilme özelliği sayesinde özellikle doğum kontrol yöntemleri ve sağlık personeline erişimin kısıtlılığı olduğu gelişmemiş bölgelerde tercih edilen bir yöntem olduğu tespit edilmiştir. Doğum kontrolü için her 3 ayda bir önerilen 150 mg dozda uygulandığında ortalama yıllık gebelik oranının her 100 kadın için 1'den düşük olduğu tespit edilmiştir (Bendix, 2020; Keith ve ark, 2014; PATH, 2013).

2.1.4.3. Mikroçip Tabanlı İmplant

Mikroçip Tabanlı İmplant, MicroCHIPS şirketi tarafından geliştirilmiş olup kablosuz uzaktan kumanda ile devre dışı bırakılabilen ve yeniden etkinleştirilebilen bir kontraseptif implant yöntemidir. Cihaz 20 x 20 x 7 mm boyutunda ve kalça, üst kol veya karın derisinin altına implante edilecek şekilde tasarlanmıştır. Cihaz günde 30 mikrogram levonorgestrel salınımı yapar. Tek bir implant 16 yıl boyunca etkili olacak kadar levonorgestrel sağlayabilir. MicroCHIPS, levonorgestrel içeren rezervuarları hermetik bir titanyum ve platin ile kaplanmıştır ve mühürlü bir bataryadan gelen

elektrik akımı ile bir bölmesi geçici olarak erir ve her gün küçük bir dozda hormonun dağılması sağlanır (Homewood ve Heyer, 2017).

Mikroçip tabanlı implant (Owano, 2014);

- Aylar ve yıllar boyunca 100'ün üzerinde terapötik doz depolayabilir,
- Her bir dozu belirli zamanlarda serbest bırakabilir,
- Doktorların ofisinde kolayca yerleştirilip çıkarılabilir,
- Kablosuz uzaktan kumanda ile hasta ve / veya klinisyen tarafından kontrol edilebilir veya ilacı önceden belirlenmiş bir programla serbest bırakılması için programlanabilir,
- 100 mg'lık mikro hazneleri ile küçük hermetik olarak kapatılmış bölmeleri içerir ve bunların her biri 1 mg'a kadar ilaç tutabilir,
- Önceden programlanmış bir dozlama programı ile tetikleyen bir kablosuz sinyalle etkinleştirilebilir,
- Hastanın fizyolojik veya metabolik değişikliklerine yanıt olarak sensörlerle oluşturulabilir.

Bu tür bir implantın bariz avantajı, potansiyel insan hatasının büyük bir bölümünü ortadan kaldırmasıdır. İmplant her gün bir hap almak ya da birkaç ayda bir enjeksiyon için bir doktora gitmek yerine 16 yıl boyunca ilacı güvenli bir şekilde alınmasını sağlamış olur (Langer ve ark, 2020).

Ayrıca mikroçip platformu ilk olarak osteoporozlu kadınlarda kullanılan ve tipik olarak kemik kütlesini arttırmak için günlük enjeksiyonlarla verilen PTH (Parathormon) salınımı için test edilmiştir. Science Translational Medicine dergisinde yayınlanan makaleye göre mikroçip esaslı implant yoluyla PTH alan kadınların, günlük enjeksiyon alan kadınlarda gözlemlenen ilaçla aynı terapötik seviyeleri emdiği bulgusu verdi. Ayrıca çalışma, deri altı enjeksiyon yoluyla verilen dozlara kıyasla mikroçip yoluyla verilen ilacın salınma profilinin bir dozdan diğerine daha tutarlı olduğunu buldu (Farra ve ark, 2012; Kinkead, 2014).

2.1.4.4. Origami Kondomu

Kaliforniya merkezli bir şirket şeffaf, silikondan yapılmış bir kondom tasarlamışlardır. Su bazlı yağlayıcı ile önceden yağlanmış ve katlanmış yapıda olan bu kondom cinsel ilişki sırasında vajinaya iterek yerleştirilir. Çıkıntılı ve sıvı astar yapısı ile anatomik olarak penisin vajinal ortamını taklit ederek cinsel ilişki sırasında geleneksel kondomdan daha doğal bir his yaratmasını sağlar. Her iki katılımcının da seks sırasında çok daha fazla heyecan yaşamasına neden olur (WHO, 2014; UNAIDS, 2016).

Origami kondomunun 3 tip versiyonu vardır:

1. Erkek versiyonu- nötr “dış kondom” ,
2. Kadın versiyonu veya “iç kondom” ,
3. Origami ile ilk defa tasarlanmış olan anal kondom (UNAIDS, 2016).

Origami kondomunun bir diğer farkı da kırılmaya eğilimli lateksten ayrılmasıdır. Origami prezervatifleri esnek silikondan yapılmıştır. Esnek silikon sayesinde prezervatifin yuvarlanmak yerine katlanmasını, yırtılmadan daha kuvvetli harekete dayanmasını sağlar. Ve ayrıca geleneksel prezervatifin yırtılma ihtimali ile birlikte getirdiği gebelik ve HIV ile enfekte olma ihtimalleri Origami kondomunda sıfıra indirilmiştir (Marfatia ve ark, 2015; SBCC, 2014; UNAIDS, 2016).

2.1.4.5. Doğum Kontrol Sünger (Sponge)

Doğum kontrol süngerleri spermisit içeren, herkese uyan, küçük, yuvarlak, poliüretandan yapılmış yumuşak disk şeklinde köpük yapılı araçlardır. Vajinal dokuya benzer kıvamda olan köpük rahim ağzını örterek spermilerin geçişini bloke eder ve içeriğindeki spermasit ile spermeleri öldürür. Sünger bir taraftaki içbükey yapısı ile servikse uyacak şekilde tasarlanmıştır. Diğer tarafta ise kullanımdan sonra süngerin çıkarılmasına yardımcı olan bir halka vardır. Tek kullanımlık olarak kullanılırlar (Shoupe, 2006). Tipik kullanımda kontraseptif sünger % 68 oranında etkilidir. Erkek kondomu ile birlikte kullanıldığında ise etkinlik düzeyi %98'e yükselir (McIntyre ve Higgins, 1986).

Doğum kontrol süngerleri cinsel ilişkiden saatler önce yerleştirilebilir. Yerleşiminden sonra hemen etki etmeye başlar. Kişiyi 12-24 saat boyunca gebelikten

korur. Gebeliği önleyici ekstra bir önlem olarak kullanılabilir. Doğum kontrol süngerleri ilişki üzerinden 6 saat geçmeden çıkarılmamalıdır. Çıkarıldıkları takdirde gebelik riski ortaya çıkacaktır. Sünger vajinada yerinde olduğu sürece cinsel ilişki tekrarlanırsa bile ek spermisidal kremler veya jeller eklenmesine gerek yoktur (Tatum ve Connel-Tatum, 1981).

Sünger kullanmak için öncesinde en az iki yemek kaşığı temiz su ile ıslatılmalıdır. İyice ıslandıktan sonra spermisit aktif hale gelecektir. Daha sonrasında sünger vajinanın derinliklerine yerleştirilir. Süngerin serviksi kapladığından emin olunmalıdır. Sünger cinsel ilişkiden 24 saat öncesine kadar yerleştirilebilir. Sünger çıkarmak için ise kişi parmağıyla süngerin halkasından tutarak yavaşça dışarı çeker ve çöpe atar (Kuyoha ve ark, 2003).

Sponge yöntemini kullanmak isteyen kişinin; sülfat ilaçlarına, poliüretan veya spermisite alerjisi varsa, sünger düzgün şekilde takmakta sorun yaşıyor ise, vajina veya servikte yapısal anormallikleri bulunuyorsa, kürtaj veya düşük öyküsü var ise, üreme yolu enfeksiyonu veya toksik şok sendromu öyküsü mevcut ise sünger kişi için uygun bir yöntem olmayacaktır (Kuyoha ve ark, 2003).

Kontraseptif süngerin birçok faydası bulunmaktadır (Kuyoha ve ark, 2003; Shoupe, 2006):

- 12 saat koruma zarfında seks tekrarlanırsa kişi süngerini değiştirmek zorunda kalmaz.
- Reçete gerektirmez.
- Emzirirken kullanılabilir.
- Bir kadının doğum kontrolüne katılması için ortak bir işbirliğine gerek duyulmaz.
- Doğum kontrol süngerini hormon içermez.

Faydalarının yanında bulunan dezavantajları ise şunlardır (Kuyoha ve ark, 2003; Shoupe, 2006):

- Sünger vajinaya sokarken rahat hissedilmesi gerekmektedir.
- Vajinal tahrişe neden olabilir.
- Sünger, sıvı gerektirdiğinden seks dağınık olarak hissedilebilir.

- Vajinada önerilen süreden daha uzun süre bırakılırsa, toksik şok sendromu belirtileri ortaya çıkabilir.
- Vajinal kuruluk, idrar yolu enfeksiyonu gibi problemlere yol açabilir.
- Adet döneminde kullanılmaması gerekir.
- Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara (CYBE) karşı koruma sağlamaz.

2.1.4.6. Lea Kalkanı

Koitus sırasında spermelerin kadın vücuduna geçişini engelleyen Lea kalkanı, servikse yerleştirilerek serviksin kapanmasını sağlar. Kapaklı bir boşaltım sistemi ve bir kulptan oluşur. Standart ölçülere sahip, alerjik olmayan silikon kauçuktan üretilen bir çeşit diyaframdır. FDA (Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi) tarafından onaylanmıştır ancak kadınlar tarafından yaygın olarak kullanılmamaktadır. Kadının Lea kalkan yöntemini kullanırken spermisit kullanması önerilir (Duman, 2019). Lea kalkanı, vajinal duvar tarafından yerinde tutulduğu için servikal kaptan veya diyaframdan farklı bir yöntem olarak görülmüştür. Etkinliği büyük ölçüde doğru yerleştirmeye bağlı olup, etkinlik düzeyi %88 civarındadır (Archer et al, 1995; Urman, 2003).

Lea kalkanını etkili bir şekilde kullanmak için kullanıcı önce 'kâse' kısmını spermisit ile doldurmalıdır. Sonra kenarları sıkmalı ve servikse doğru iyice ilerletmelidir. Kullanıcı cihazı bıraktığında Lea kalkanı açılacak ve vajinal duvarlar arasında otomatik olarak yerinde tutulacaktır. Cihazı 'hava kilitlemesine' yardımcı olan ve spermin servikse girmesine izin vermeyen sıkı bir sızdırmazlık sağlayan tek yönlü hava valfleri içerir. Cinsel ilişki öncesi servikse takılıp, ilişki sonrası en az 6-8 saat çıkarılmamalıdır. Teorik olarak vajinada 48 saate kadar kullanım için tasarlanmış olmasına rağmen, toksik şok sendromu olasılığını önlemek için yerleştirildikten sonra 24 saatten fazla tutulmamalıdır. Her ilişki sonrasında kalkan iyice temizlenmeli ve uygun koşullarda saklanmalıdır (Bounds ve Guillebaud, 1999; Mauck et al,1995; Urman, 2003).

Lea kalkanı kadının kendi başına uygulaması için uygun bir yöntem olup rapor edilen herhangi bir yan etkisi olmamıştır. Cinsel ilişkiyi kesintiye uğratmaz ve istendiği zaman bırakılıp ve daha sonra tekrar kullanılabilecek bir yöntemdir. Bu tür faydaları olmasına rağmen kalkanın cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı koruyuculuğu yoktur (Bounds ve Guillebaud, 1999; Mauck et al,2004).

2.1.4.7. İmmünokontrasepsiyon

İmmünokontrasepsiyon, aktif veya pasif immünizasyon yoluyla reproduktif sürecin herhangi bir basamağındaki bir ajana yönelik immün reaksiyon oluşmasını sağlayarak, süreci o basamakta durdurmayı hedefleyen bir kontraseptif yöntemidir. Bir nevi planlanmamış bir hamileliğe karşı koruma sağlamak için vücudun doğal bağışıklık savunma mekanizmalarının kullanılmasıdır. Özellikle bazı kadın ve erkeklerde antisperm antikörlerinin gelişmesi nedeni ile oluşan infertilite durumu kontraseptif aşılarda geliştirilmesinde bilim adamlarına ışık olmuştur (Duman, 2019; Kalem ve ark, 2016; Kumar, 1997; Urman, 2003). Kontraseptif aşılarda, reproduktif süreç boyunca hedef aldıkları antijene göre üç büyük sınıfa ayrılırlar:

1. Gamet fonksiyonlarını hedef alan aşılarda: Sperm ve oosit spesifik proteinlere karşı immün yanıt oluşturarak fonksiyonlarını bozarlar.
2. Fertilizasyon sonrası hedef alan aşılarda: Hcg'yi immün mekanizmalar aracılığı ile nötralize ederler.
3. Gamet üretimini hedef alan aşılarda: GnRH, FSH ve LH'yi immün sistem aracılığı ile nötralize etmek veya reseptörlerine karşı immün yanıt oluşturmak suretiyle gametogenezi inhibe ederler (Duman, 2019; Öztürk ve ark, 2004; Urman, 2003).

Yapılan klinik çalışmalarda bir doz aşı ile birçok hayvan türü üzerinde 8 aya kadar uzayabilen kontraseptif etki elde edilebilmiştir. Ayrıca HCG aşılarının 12-18 ay süre ile kontraseptif etki sağlayabilmesi için çalışmalar devam etmektedir. Yapılan deneyler ile aşılarda %99.9 etkinliğe ulaşıldığı saptanmıştır (Hasegawa, Tanaka and Shibahara, 2013; Kaur and Prabha, 2014).

İmmünokontraseptif aşılarda birçok olumlu yönü vardır (İzol, Değer ve Arıdoğan, 2013; Öztürk ve ark, 2004; McLaughlina and Aitken, 2011). Bunlar:

- Kontraseptif etkinin geriye dönüşebilirliği,
- Erkeklerde de kullanılabilir olması,
- Seksüel aktiviteden bağımsız olması,
- Kısa ya da uzun süreli herhangi bir yan etkiye neden olmaması,
- Aşıların veriliş yollarının çeşitlilik içermesi (oral veya müsküler),

- Menstrüel, sistemik, metabolik, endokrin problemlerden bağımsız olması
- Ucuz ve güvenli olması,
- Her gün ilaç kullanma zorunluluğunun olmaması,
- Cerrahi girişim gerektirmemesi,
- Uzun süreli, ancak kalıcı olmayan bir etki oluşturmamasıdır.

Olumlu özelliklerinin yanı sıra olumsuz özellikleri ise şunlardır:

- Çok sayıda hayvan deneylerinin yapılmış olmasına karşın insan üzerinde yapılan çalışmaların sınırlı olması,
- Tam olarak kullanıcının kontrolü altında olmaması,
- Cinsel yolla geçen hastalıkları önlememesi,
- Fertilizasyonun geri dönüşünün diğer kontraseptif yöntemlere göre daha geç (6-12 ay) olmasıdır (İzol, Değer ve Arıdoğan, 2013; Öztürk ve ark, 2004; McLaughlina and Aitken, 2011).

Birçok olumlu ve olumsuz özellikleri bulunan immunokontrasepsiyon aşılının etkinliği, etkinin süresi ve kullanım kolaylığını arttırmak için çalışmalara günümüzde halen devam edilmektedir (Duman, 2019; Urman, 2003).

2.1.5. Erkeğe Ait Aile Planlaması Yöntemlerinde Güncel Gelişmeler

2.1.5.1. Hormonal Yöntemler

- **Dimethandrolone undecanote (DMAU):** İçeriğinde androjen hormonu olan bu yöntem ile ilgili oral ve enjeksiyon formu üzerinde Faz 2 çalışmalar hala sürmektedir. Ayrıca DMAU ile ilgili 2012’de randomize kontrollü çalışma planlanmıştır (Attardi ve ark, 2011).
- **Testosteron undecanoate (TU):** Aylık 500 mg intramüsküler enjeksiyon formunda olan bu yöntemin güvenilir olduğu ve etkili kontrasepsiyon sağladığı bildirilmiştir (Gu ve ark, 2009).
- **Testosterone (T) ve nestorone (NES; a nonandrogenic progestin):** Transdermal jellerin kombinasyonu olan bu form ise sperm sayısını ml’de 1 milyona indirdiği bildirilmiştir (İlani ve ark, 2012). Testosterone and Nestorone jel formu kolun üçte bir kısmına 6 ay boyunca uygulanır. Etkilidir ve geri dönüşümlü bir yöntem olarak görülmektedir (Roth ve ark, 2014).

- **Sentetik androjen, 7-alpha-methyl-19-nortestosterone:** Subdermal implant form ile tasarlanmış bu yöntem üzerinde çalışmalar yapılmaktadır. Faz 3 çalışmalarında azospermi tespit edilmiştir (Meirik ve ark, 2009).

2.1.5.2. Hormonal Olmayan Yöntemler

- **Risug (Vasalgel):** Vasalgel (RISUG), spermin boşalmadan önce hareket ettiği damar olan vas deferens'e bir parça polimer veya jel enjekte ederek yarı katı bir tampon yaratma işlemine denir. RISUG ilk olarak Hindistan'daki doktorlar tarafından bulunmuş ve geliştirilmiştir. Sonrasında ise Amerika'da lisanslı olarak Vasalgel adı ile yürütülmüştür. RISUG işleminde vazektomiye benzer şekilde lokal anestezi uygulanır, skrotumda bir kesi yapılır ve vasa deferense bir polimer jel enjekte edilir ve sonrasında koterize edilir. Birkaç dakika içinde enjeksiyon vasa duvarlarını çözücü berrak bir jel ile kaplar. Yerleştirmeden sonraki bir saat içinde jelden gelen diferansiyel yük, spermin vadan geçerken hücre zarını parçalayacak ve vücuttan çıkmadan önce spermi deaktif edecektir. Kişi enjeksiyondan hemen sonra hastaneden ayrılabilir ve bir hafta içinde normal cinsel yaşamına devam edebilir. Ayrıca cinsel eylemi de kesintiye uğratmaz (Schouten, 2017; Lohiya ve ark, 2014). Tek bir enjeksiyon ile en az 10 yıllık koruyuculuk etkisi bulunmaktadır. Gelecekte doğurganlık istendiğinde vas deferens'in yıkanmasıyla tamamen geri dönüşümlü bir şekilde eski doğurganlık durumuna geri dönülebilir (Khourdaji ve ark, 2018; Waller ve ark, 2017). Vazektomiden farklı olarak RISUG'da vas deferens tamamen bloke edilmez, vücudun bloke spermi emmesi gerekmez ve sperm antikolları çok sayıda üretilmez ve başarılı bir tersine dönme olasılığı mevcuttur. Yöntemin test aşamasında yan etki olarak idrarda albümin ve skrotal şişme görüldüğünden hala geliştirme aşamasında bulunmaktadır (Khourdaji ve ark, 2018; Lohiya ve ark, 2014).
- **Skrotum yüzeyine direkt ultrason uygulaması:** Yapılan bir çalışmada skrotum üzerine haftada üç gün düzenli ultrason uygulaması ile sperm sayısında ve motilitesinde azalma saptanmıştır (VandeVoort ve Tollner, 2012). Başka bir çalışmada da ultrasonun testiküler sıcaklığı artırarak sperm üretimini

etkilediği, uygulama sonrası infertilite etkisinin ortaya çıktığı fakat testosteron üretimi üzerinde etkisinin olmadığı bildirilmiştir (Leoci ve ark, 2015).

2.2. Cinsellik ve Cinsel Yaşam Kalitesi

2.2.1. Cinsellik Kavramı

Cinsellik, insanlık tarihinde insan olmanın önemli parçalarından biri olmuştur ve diğer yaşamsal gereksinimlere ihtiyaç duyulduğu kadar cinselliğe de ihtiyaç duyulmaktadır (Özdemir, 2014). Maslow'un İhtiyaçlar Hiyerarşisi'nde belirttiği gibi cinsellik, bireyin temel fizyolojik ihtiyaçlarından birisidir ve insan olmanın ilk basamağında yer almaktadır (Seker, 2014). Cinsellik, kişinin yalnızca üreme organlarını kapsamaz ayrıca kendine özgü sahip olduğu biyolojik yapısını, öğrenme deneyimlerini, değerlerini, davranış ve tutumlarını içerir (Haeberle, 1993; Tuğut ve Gölbaşı, 2010).

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre cinsellik, “fiziksel, duygusal, entellektüel ve sosyal yönlerin kişiliği, iletişimi ve aşkı zenginleştirici etkilerinin bileşiminden oluşur. Her bireyin cinsellik açısından bilgiye ulaşma ve cinsel ilişkiyi zevk ya da üreme amacıyla yaşamaya hakkı vardır. Cinsellik boyutu ile varlığını sürdüren insanın sadece bedensel boyutta değil ayrıca düşünsel, duygusal ve toplumsal bütünlüğünü sağlayan, kişilik oluşumu ve gelişimini, kişiler arası iletişimini ve sevginin karşılıklı paylaşımını olumlu anlamda zenginleştiren ve bu yönde artıran sağlıklılık halidir” (WHO, 2000).

Cinsellik yaşam boyunca insan olmanın merkezi bir yönüdür ve cinsiyet, cinsiyet kimlikleri ve rolleri, erotizm, cinsel yönelim, samimiyet, zevk ve üreme gibi birçok bileşeni kapsar. Cinsellik arzular, fanteziler, düşünceler, inançlar, tutumlar, değerler, davranışlar, uygulamalar, roller ve ilişkilerde yaşanır ve bu doğrultuda ifade edilir. Böylesi karmaşık bir yapı içinde olan cinsellik temel olarak üç faktörden etkilenir. Bunlardan birincisi bedensel faktörlerdir. Bedensel faktörler kişinin vücudundaki değişikliklerle ilgilidir. Yaş, reproduktif öykü, cinsel fonksiyon düzeyi, geçmişte ve şimdiki zamanda yaşanmış hastalık ve zedelenmeler, ilaç kullanımı ve spesifik cinsel davranışlar gibi birçok faktörden oluşmaktadır. İkinci faktör olarak ise psikolojik faktörler yer alır. Bunlar akılla ilişkili faktörlerdir. Bireyin vücut imajı, kendine güveni, cinsellik bilgisi, cinsiyet rollerine ilişkin eğilimleri ve cinsel partner tercihlerini içerir. En son faktör olarak ise sosyo- kültürel faktörler bulunur. Bunların içerisinde ise, ırk, etnik köken, sosyal statü, evlilik durumu, aile ve sosyal destek

grupları, meslek ve eğitim düzeyi gibi faktörler bulunmaktadır (Fışkın ve Beji, 2014; Gölbaşı, Erenel ve Turan; 2017).

Görüldüğü gibi cinsellik, sadece üreme amacının dışında yaşam kalitesinin de önemli parçasından biridir (McCarthy ve McCarthy, 2012). Ayrıca cinsellik; yakınlaşma, temas, duygusal yakınlık, mahremiyet, zevk alabilme, şefkat duygusu ve aşk gibi temel insan ihtiyaçlarının karşılanmasına bağlıdır. Kişi ile sosyal yapılar arasındaki etkileşim aracılığıyla oluşan cinsellik bireylerin, çiftlerin ve toplumun mutluluk ve iyilik hali için gerekli ve temel yapı taşlarından biridir (CETAD, 2006; Demircan, 2003).

2.2.2. Cinsel Sağlık ve Cinsel Yaşam Kalitesi

Cinsel yönden iyilik halinin kesintiye uğraması sadece fiziksel sağlığın bozulması ile sonuçlanmamaktadır. Birçok faktör cinsel sağlığı etkilemektedir (Bozdemir ve Özcan, 2011; Zhang ve Paul, 2012). Dünya Sağlık Örgütü'ne göre cinsel sağlık, "sadece hastalık, fonksiyon bozukluğu veya sakatlığın olmaması değil, duygusal, zihinsel ve sosyal olarak cinsellikle ilgili iyilik halinin olmasıdır. Cinsel sağlık; kişilerin cinsellik ve cinsel ilişkilerde ayrımcılık, zorlama ve şiddetten arınmış hem güvenli hem de keyifli cinsel deneyimlere sahip olma olasılığının sonucu olarak, olumlu ve saygılı bir yaklaşım gerektirir. Cinsel sağlığın elde edilmesi ve bakımında tüm kişilerin cinsel haklarına saygı gösterilmeli, korunmalı ve yerine getirilmesi gereklidir (WHO, 2010). Cinsel sağlığın bozulması sonucu sadece fiziksel sağlık kesintiye uğramaz. Cinsel yönden iyilik halinde olmamak kadın ve erkekte giderek ruhsal sağlığının, ardından aile sağlığının ve sosyal sağlığın da bozulmasına neden olur (Şahin ve ark., 2007; Kaçan, 2018).

Dünya Sağlık Örgütü yaşam kalitesini; "Kişinin, hem içinde yaşadığı kültürel yapı ve değerler sistemi bağlamında, hem de kendi beklentileri, endişeleri, amaçları ve standartları açısından yaşamdaki durumu ile ilgili kişisel algısı" olarak tanımlanmaktadır (WHO, 1993). Yaşam kalitesinde etkili rol oynayan ana faktörlerden biri de şüphesiz cinsel yaşamdır. Cinselliğin kişinin varlığını sürdürebilmek için yaşamsal bir işlevi olmasa da yaşam kalitesini oluşturan unsurlar içerisinde önemli bir yapı taşı olmuştur (Küt, 2018; Tüzmen, 2019). Cinsel yaşam kalitesi; kişinin cinsel yaşantısından hoşnut olma durumunu ifade eder (Çoban, 2012). Ayrıca cinsel yaşam

kalitesi, "bireyin cinsel ilişkisinin olumlu ve olumsuz yönlerini öznel olarak değerlendirmesi ve bu değerlendirme sonrası verdiği duygusal tepkisi" olarak da tanımlanmaktadır (Stephenson ve Meston, 2010; Doğan ve ark, 2013).

Cinsel yaşam kalitesi bir bütün olarak cinselliğin fiziksel, duygusal ve ilişkisel yönleriyle ilgilidir. Cinsel zevk alma, orgazm olma ve cinsel ilişki sıklığı gibi durumlar cinsel yaşam kalitesinin fiziksel yönleri ile ilişkili olarak değerlendirilmektedir. Utanç, suçluluk, kaygı, hayal kırıklığı veya öfke duyguları gibi durumlar ise cinsel yaşam kalitesinin duygusal özellikleri olarak kabul edilir. Bir partnerle iletişim kurabilmek, paylaşabilmek ve yakın hissetmek gibi durumlar da cinsel yaşam kalitesinin ilişkisel yönünü ilgilendiren faktörler olarak kabul edilmiştir (Tufan ve Yaluğ, 2010; Symonds ve ark, 2005).

2.2.3. Kadın Cinselliği

2.2.3.1. Kadın Cinsel İşlev Fizyolojisi ve Cinsel Yanıt Döngüsü

Cinsel sorunları anlama ve sorunları çözme açısından cinselliğin fizyolojisi ve cinsel yanıt döngüsünün bilinmesi son derece önemlidir. Sağlıklı bir kadın cinsel uyarılmaya karşılık bir dizi fizyolojik/bedensel yanıt verir. Beynin tüm bölgeleri cinsel işlev üzerinde etkili olsa da özellikle hipotalamus merkezi ve limbik sistem bu konuda başroldedir. Testosteron hormonu erkek için olduğu kadar kadının libidosu üzerinde de etkilidir. Östrojen kadınlarda cinsel birleşme ve sevişme isteğinden sorumluyken, progesteron hormonu ise sevişme arzusunu ve cinsel isteği bastırır, annelik ve sarılma gibi duyguları arttırır. Kadının cinsel yanıt verebilmesi ve cinsel istek kapasitesini kullanabilmesi için normal biyolojik yapı ve hormon işleyişi önemlidir. Fakat cinsel istek ve davranışın üstünde biyolojik unsurlar kadar bilişsel faktörler de çok etkilidir. İnsan bilinçli bir şekilde cinsel fantezilerin, anıların ve uyaran karşısında verdiği cinsel yanıtın farkındadır (Kayır, 2009; Zobar ve Kahyaoğlu Süt, 2017).

Kadında gerçekleşen cinsel yanıt döngüsü, verdiği tepkinin hem yoğunluğu hem de süresiyle ilişkili olup, sonsuz derecede çeşitlilik gösterebilmektedir. 1906 yılında ilk olarak Havelock Elis tarafından cinsel yanıt döngüsünün tanımı yapılmış ve iki aşamalı model olarak tanımlanmıştır. Daha sonraları 1966 yılında Masters ve Johnson cinsel yanıt döngüsünü dört aşamalı olarak tanımlayarak yeni bir yön

kazandırmışlardır (Bilgin ve Kömürcü, 2016; Kayır, 2009). Modele göre cinsel yanıtın aşamaları (CETAD, 2006; İncesu, 2004);

1. Uyarılma (Heyecan) Evresi
2. Plato Evresi
3. Orgazm Evresi
4. Çözülme Evresidir.

Uyarılma (Heyecan) evresi: Masters ve Johnson' a göre cinsel yanıtın ilk evresi olan uyarılma evresi herhangi bir psikojenik ve somatojenik uyarılma sonucu ortaya çıkabilir. Sürecin ilerlemesi adına gerekli olan cinsel gerilimin yeterli oranda artması uyarıcının verdiği etki durumuna bağlıdır. Uyarı, kişinin gereksinimi karşılayacak düzeyde ise yanıtın yoğunluğu genellikle kısa süre içinde artış gösterir. Uyarı yaklaşımı psikolojik ya da fiziksel olarak uygun değil ise veya uyarıya ara verilmiş ise kadında uyarılma evresi uzayabilir hatta kaybolabilir (CETAD, 2006; Tütüncü, 2009).

Plato evresi: Cinsel uyarının etkili devam etmesi durumunda ikinci aşamasında kadın plato evresine girer. Bu evrede kadındaki haz duygusu ve cinsel gerilim giderek yükselir ve orgazm evresine geçebileceği uç noktaya kadar sürer. Bu evrenin süresi uyarının etki düzeyine ve cinsel gerilim artışının bireysel dürtü ile desteklenmesi faktörüne bağlıdır. Günümüzde plato evresi uyarılma fazı içinde yer almaktadır (CETAD, 2006; Esmail ve ark, 2001).

Orgazm evresi: Evreler içinde en kısa olan ancak duyumsama açısından cinsel hazzın en yoğun olan evresidir. Masters ve Johnson'a göre orgazm, cinsel uyarı sonucu oluşan vazokonstriksiyon (kasılma) ve myotoninin (gevşeme) rahatladığı birkaç saniye ile sınırlı evre olarak tanımlanmıştır. Vazokonjesyonla birlikte perine ve vajina kaslarının refleks kasılmaları ile oluşmaktadır. Kadın perinede ve üreme organları çevresinde ritmik kasılmalar hisseder. Kardiovasküler ve solunum değişiklikleriyle birlikte cinsel gerilimin düşmesi ile cinsel haz doruk noktasına ulaşmış olur. Kadın orgazmı öznel olarak pelviste odaklanmış şekilde duyumsar. Orgazm hissi özellikle kadının klitoral bölgesinde ve vajinasında yoğunluk kazanır. Orgazmın yoğunluğu ve süresi bireysel olarak farklılıklar gösterir (Geçici, 2011; İncesu, 2004).

Çözölme evresi: Cinsel döngünün orgazm evresinden sonra ortaya çıkan son evresidir. İstem dışı oluşan bu gerilim kaybı sırasında kadının genital bölgelerinde ve bedeninin bütününde önceki aşamalarda oluşmuş olan fizyolojik değişiklikler dakikalar hatta saniyeler içerisinde aynı sırayı takip ederek uyarılmamış hale gelmektedir. Bu evrenin süresi cinsel uyarı, cinsiyet, orgazm ve orgazmın yoğunluğu gibi etmenlerden etkilenmektedir. Kadınlar, çözölme evresinde etkili bir cinsel uyarı ile tekrardan uyarılıp orgazm olabilme özelliğine sahiptir (CETAD, 2006; İncesu, 2004; Ürkmez, 2018).

1974 yılında H. Singer Kaplan, Masters ve Johnson modelinde yaptığı yenilik ile cinsel yanıt evrelerini klinik açıdan tekrardan sınıflandırmış ve bu evrelere cinsel isteği de eklemiştir (Kaplan, 1974). Cinsel yanıt evresini; cinsel istek, uyarılma ve orgazm olarak üç aşamalı bir model haline getirmiştir. Kaplan, modelinde platodan söz etmemektedir. Bu modele göre kadınlarda cinsel ilişki süreci, kadının kendi içsel arzusuyla başlayabileceği gibi partnerinin duygusal yakınlığı, fiziksel uyarısı ya da bilişsel güdüsü sonrası arzusun harekete geçmesi ile de başlayabilir (Latif ve Diamond, 2013).

Kaplan'ın modelinde göz ardı edilen psikosoyal boyutları Basson dikkate almıştır. Basson; spontan cinsel düşüncelerin ve arzuların varlığı, eşin duygusal yaklaşımı ve fiziksel uyarıları gibi etmenlerle kadının cinsel yanıt fazlarının birbirinden bağımsız değil iç içe olması gerekliliğini savunmuştur. Kadının istekliliğindeki ana etken olarak cinsel uyarı kabul edilmiştir. Cinsel arzusun ise kadında nadiren doğuştan var olabildiğini, çoğunlukla cinsel uyarıya sekonder olarak geliştiğini vurgulamıştır (Basson, 2000).

2.2.3.2. Kadın Cinsel İşlev Bozuklukları

Kadında gerçekleşen cinsel işlev bozukluğu psikolojik, sosyal, çevresel, hormonal ve biyolojik etmenlerin etkisi ile ortaya çıkan karmaşık bir durum olarak tanımlanmaktadır (Clayton, 2003). Cinsel işlev bozukluğu DSÖ'nün yayımladığı International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10) kapsamında ise, bireyin beklediği cinsel ilişkiyi yaşayamama durumu olarak tanımlanmaktadır (Tütüncü, 2009).

Amerikan Psikiyatri Birliği'nin hazırladığı DSM-IV kapsamında ise cinsel işlev bozukluğunun tanımı; kişilerarası ilişkileri güçleştiren, bariz sıkıntı yaratan, cinsel yanıt dngsn karakterize eden psikofizyolojik değişiklikler ve cinsel istekte ortaya çıkan bozukluklar olarak belirlenmiştir (APA, 2013).

Literatürde bir hemşirelik tanısı olarak da geçen cinsel disfonksiyon birçok kadın tarafından yaşamının herhangi bir aşamasında gerçekleşebilmektedir. Yapılan araştırmalar sonucu, kadınların %30-%60'ının yaşamları boyunca en az bir cinsel işlev bozukluğu yaşadığını göstermektedir. Kadınlarda en sık rastlanan ve cinsel yaşam kalitesini etkileyen cinsel işlev bozuklukları; cinsel istek bozukluğu ve uyarılma bozuklukları olarak saptanmıştır (CETAD, 2006). Amerikada 18 yaş üstü kadınlar ile yapılmış bir çalışmada kadınların %44'nde cinsel disfonksiyon, %38.7'sinde ise hipoaktif cinsel arzu bozukluğu olduğu saptanmıştır (Shifren ve ark, 2008). Türkiye'de ise Ege'nin 188 kadın ile yaptığı çalışmada kadınların %45.6'sında; ksz ve Malhan'ın çalışmasında ise kadınların %48,3'nde cinsel disfonksiyon saptanmıştır (Ege ve ark, 2010; ksz ve Malhan, 2006). Kadın cinsel işlev bozukluğu, kişiye yönelik sübjektif bir durumdur. Tecrübe ile doğrulanamaz. Bu süreçten etkilenmiş olan kadınlar kişilerarası ilişkilerde zorluklar, zgven kaybı, duygusal stres gibi olumsuz olaylar yaşayabilmektedir (rm, 2019; zcan ve Beji, 2018).

Cinsel sorunların altta yatan birçok nedeni olabilir ve bu nedenler kendi içinde kompleks bir etkileşimle bir cinsel disfonksiyon etyolojisi haline gelebilir. Biyopsikososyal modele göre cinsel bozuklukların ortaya çıkıp devam etmesinde biyolojik, psikolojik, kişilerarası ve kültürel değişkenlerin tümü rol oynayabilir (Bilgin ve Kömürcü, 2016; John et al, 2012).

- **Biyolojik nedenler:** Bedensel hastalıklar, ilaç kullanımının süreklilik durumu, kadında hormonal değişimlere sebep olan doğal süreçler (gebelik, menopoz vb), depresyon gibi yalnızca kadının kendi sağlığı ile ilgili nedenler sayılmaktadır (John et al, 2012).
- **Psikolojik nedenler:** Cinsel taciz ve tecavüz gibi durumlara maruz kalma, edilgenlik, kendi isteklerini ve kimliğini ifade etmekte yaşanılan zorluklar, cinsel yönelim ve kimlik problemleri, partnerine karşı duyduğu istek kaybıdır.

- **Sosyal nedenler:** En önemli sorunlardan biri kadınlarda cinsellik hakkında aldığı eğitimin yetersiz olmasıdır. Kadınların çoğunluğu kendi cinselliklerinin farkında olmadığı için cinselliğin nasıl olduğu ve yaşandığını bilememekte ve bunun sonucunda kadın kendi bedenini ve cinselliğini tanımamaktan dolayı sorunlar yaşamaktadır.
- **Cinsel fanteziler:** Cinsel gelişim yönünden yapılan mastürbasyon ve fanteziler kadının cinselliği anlamlandırmasını ve fark etmesini sağlayacak birer araçtır. Sürekli bir partneri olan ya da olmayan kadınların cinsel yaşamını rutin olmaktan uzaklaştıran fanteziler, cinselliği zenginleştirerek kadının sağlıklı bir cinsel yaşama sahip olmasını sağlar (CETAD, 2006; İncesu, 2011; Kütmeç, 2009).
- **İlişki ile ilgili sorunlar:** Kadının partnerine yönelik beslediği olumsuz duygular, partnere karşı duyulan ilgi/istek kaybı, partnerde var olan cinsel sorun, aldatılma durumu, eşler arası iletişim güçlükleri ve benzerleri cinsel yaşamı doğrudan etkileyebilmektedir (CETAD, 2006).

Cinsel işlev bozukluklarının temel nedeni, cinsel yanıt döngüsündeki fazlardan birinde ya da daha fazlasında kişisel olarak haz duyulmasında veya istekte bir bozulma ya da nesnel olarak performansta bir bozulma şeklinde tanımlanmıştır. Bozukluklar tek başına ya da diğer bozukluklar ile birlikte var olup klinik tablonun temel parçası olduğunda kişiye cinsel işlev bozukluğu tanısı konulabilmektedir (Alkan, 2008; Sadock, 2007).

2013 yılında yayımlanan DSM-V’de, erkek ve kadındaki cinsel disfonksiyon durumu tamamen ayrılmıştır. Cinsel tikslenme hastalığı, çok nadir görülen bir disfonksiyon olması sebebiyle cinsel istek bozukluğu tanı grubundan çıkarılmıştır. Cinsel istek ve uyarılma bozukluğu tanıları birleştirilerek kadın cinsel ilgi ve uyarı bozukluğu şeklinde belirlenmiştir. Genitopelvik ağrı/penetrasyon bozukluğu başlığı altında ise vajinismus ve dispareni tanımları yer almıştır. Genel bir tıbbi duruma bağlı cinsel işlev bozukluğu tanımı kaldırılmıştır. Madde ve ilaç kullanımının yol açtığı cinsel işlev bozukluğu tanımı ise değişikliğe uğramamıştır. Başka türlü adlandırılamayan cinsel işlev bozuklukları ise “diğer tanımlanmış cinsel işlev

bozuklukları ve tanımlanmamış cinsel işlev bozukluğu” başlığı altında yer edinmiştir (Bozdemir ve Özcan, 2011; Ürkmez, 2018; Yeni, 2019).

Bu gruplara yaşam boyu tip, edinilmiş tip, yaygın tip, durumsal tip gibi alt belirleyenlerin beraberinde partner/eş etkeni, kişisel, kültürel, dinsel ve tıbbi etkenler gibi kapsayıcı ve aydınlatıcı olacak alt belirleyenler de eklenmiştir (Fışkın ve Beji, 2016).

DSM-V-TR’ ye göre kadın cinsel işlev bozuklukları şu gruplara ayrılmıştır:

1. Kadın Cinsel İlgi ve Uyarılma Bozukluğu
2. Hiperseksüel Bozukluk
3. Genital Pelvik Ağrı/Penetresyon Bozukluğu
 - a. Vajinismus
 - b. Disparoni (Ağrılı Cinsel Birleşme)
4. Orgazm Bozuklukları
5. Madde ve İlaç Kullanımına Bağlı Cinsel İşlev Bozukluğu
6. Diğer Tanımlanmış ve Tanımlanmamış Cinsel İşlev Bozukluğu

Cinsel yaşam kalitesini bozan cinsel işlev bozukluğu için uygulanan tedavi protokolü cinsel terapi, ilaç tedavileri, cerrahi teknikler gibi değişken ve multidisipliner bir yaklaşımı gerekli kılan komplike bir durumdur. Sağlık personelinin cinsel işlev bozuklukları konusunda donanım sahibi olması ve danışmanlık süresi boyunca doğru tanılama yapması gerekmektedir (Bilgin ve Kömürcü, 2016; Tuğut, 2016).

- Cinsel işlev bozukluklarını tanılamada ilk adım ayrıntılı anamnez almaktır. Anamnez sırasında cinsel işlev döngüsü olan istek, uyarılma, orgazm ve çözülme evrelerinin herhangi birinde oluşan sorunlar özenle değerlendirilmeli ve tespit edilmelidir (Topaktaş ve Armağan, 2015).
- Cinsel işlev bozukluğu hakkında öykü toplama, bozukluğu belirleme, şiddetini, etkisini ve tedavi süresince ne kadar ilerleme kat edildiğini saptamak amacıyla kullanışlı olan modeller (PLISSIT, BETTER, ALARM, ALLOW, Kaplan ve Trifazik gibi) sağlık personeli tarafından kullanılmalıdır. Ayrıca tedavinin biyolojik, psikolojik ve sosyal yönleri

olan karmaşık bir yapısı olduğu için uzmanlarca ‘biyopsikososyal modelin’ kullanılması önerilmektedir (Tuğut, 2016).

- Danışmanlık sürecinde bilgilendirme ve eğitim verilirken danışman taraf tutmadan, eleştirici ve peşin hükümlü olmadan, basit ve anlaşılır bir dil kullanmalıdır.
- Cinsel işlev bozukluklarının tedavi yaklaşımlarından bir diğeri ilaç tedavisidir. Tedavi süreci için kullanılabilecek onay almış özel bir ilaç mevcut olmamakla birlikte bir takım ana farmakolojik ajanlar mevcuttur. Örnek olarak; Antidepresanlar, testosteron, hormon replasmanı, fosfodiesteraz enzim inhibitörleri (Sildenafil, Tadalafil, Vardenafil), lubrikan ve vajinal kremler gösterilmektedir. Asıl olarak depresyon tedavisi için geliştirilmiş merkezi etkili ajanlardan biri olan Flibanserin 5-HT1A agonisti ve 5-HT2A antagonistinin de cinsel işlev bozukluklarının tedavisindeki potansiyel etkililiği kanıtlanmış ve tedavi için bir alternatif haline gelmiştir (Doğan ve ark, 2008; Doğan, 2011; Ferger et al, 2010).

2.3. Aile Planlaması Yöntemlerinin Cinsel Yaşam Kalitesine Etkisi

İnsanoğlunun var oluşundan beri cinsellik üreme amacının dışında da yaşam kalitesinin bir parçası olmuştur. Birey üremeyi amaçlamadan da kendi seçimleri doğrultusunda karşılıklı ilişkinin bir işlevi olarak cinsel ilişkide bulunmak isteyebilir. Bu durumda cinsellik, sadece üreme için bir fonksiyon haline gelmekten çok yaşamsal bir fonksiyon haline gelmiş olur. İşte bu noktada aile planlaması birey için önemli bir yapı taşı haline gelmektedir (Lunsen, Laan ve Dalen, 2005; Özvarış, 1997; Rao ve Nagaraj, 2015).

Üreme amacı taşımayan çift gebelikten korunmak için aile planlaması yöntemlerine ihtiyaç duyacaktır. Şüphesiz gebe kalma korkusu çiftlerde özellikle kadın için giderek bir cinsel disfonksiyon haline gelebilir. Ayrıca cinsellikle ilgili bilgi yoksunluğunun da var oluşu önemli sosyo-kültürel sorunlara neden olacaktır (Lunsen, Laan ve Dalen, 2005; Özvarış, 1997; Vural ve Gönenç, 2011).

Kontrolsüz üremenin getirdiği sorunlar ilk olarak kadın sağlığı ve statüsünü etkilediği gibi aile ve toplumsal yaşamda da geri dönüşü olmayan hasarlara neden

olmaktadır. Kadınlar kendi bedenlerine ait özelliklerinden sadece üreme özelliğinin esiri olup, bunu kontrol etme hakkına sahip olamazlar ve sonuç olarak cinsellik mutluluk kaynağı olmaktan çıkıp kadın için korku dolu bir külfet haline dönüşmüş olacaktır (Yılmaz, 2003).

Kadın cinselliği gebelik korkusu olmadan yaşadığında, daha düzenli bir cinsel ilişki yaşama olanağına ve cinsellikte kadın-erkek eşitliğine kavuşur. Bu sayede toplumda söz sahibi olmaya başlayan kadın sadece "anne" olma sıfatının yanı sıra bilimde, iş hayatında ve yönetimde de daha fazla yer almaya başlayan bir profil içinde olacaktır. Aile planlaması ile cinsel sağlığı olumlu yönde olan bireyin yaşamı zenginleşir, sonuç olarak toplumsal yönden daha ortak, daha bilinçli ve huzurlu bir yaşam elde edilmiş olur. Kadının hem toplum ve aile içinde hem de cinsel yaşamında oluşan bu zenginleştirici durum cinsel yaşam kalitesini de yükseltecek önemli bir durumdur (Yardımcı, 2020).

AP hizmetlerinin bir diğer boyutu infertilite tedavisi sürecini etkin yönetmektir. İnfertil kadının kadınlık kimliğinin olumsuz etkilenmesi, duygusal açıdan yıpranması ve ayrıca ilişkilerde erkeklerde ereksiyon güçlüğü'nün çıkması, sevişmenin doğallığının kaybedilmesi gibi cinsel yaşam kalitesini etkileyen sorunlar aile planlaması hizmeti ile ortadan kalkacaktır (Gabalıcı, 2008; Shulman, 2008; Vural ve Gönenç, 2011; Yılmaz, 2003).

AP yöntemlerinin kadının cinsel yaşamı üzerine etkisi ile ilgili birçok farklı görüşler bulunmaktadır. Yapılan bazı çalışmalarda kullanılan AP yöntemlerin cinsel işlev, istek, uyarılma, vajinal kayganlık, orgazm ve cinsel tatmin gibi cinsel yaşamı kalitesini etkileyen parametreler üzerinde iyilişmeye neden olduğu saptanmıştır (Fataneh ve ark, 2013; Guida ve ark, 2005; Li ve ark, 2004; Shahnazi ve ark, 2015; Mathlouthi ve ark, 2013). Fakat bazı çalışmalarda ise AP yönteminin vajinal kuruluk, arzu kaybı, cinsel fonksiyon bozukluğu, pelvik ağrı ve libido kaybı gibi olumsuz sonuçlara neden olduğu belirlenmiştir (Gezginc ve ark, 2007; Kılıç ve ark, 2009; Sabatini ve ark, 2006). Kullanılan yöntemin cinsel işlev ve kalitesi üzerine etkileri kişiden kişiye değişebilecek bir durumdur. Yapılan çalışmalar ile AP yöntemlerinin cinsel işlev ve kalitesi üzerine olumsuz etkisi olmadığını gösterdiği gibi, aksini

gösteren çalışmalar da mevcuttur (Lunsen, Laan ve Dalen, 2005; Rao ve Nagaraj, 2015; Yılmaz, 2003).

2.4. Hemşirelerin Aile Planlaması ve Cinsel Sağlık Danışmanlığında Rol ve Sorumlulukları

Aile planlaması danışmanlık rolü hemşirelerin en önemli görevlerinden biridir. Danışmanlık tanım olarak herhangi bir konu hakkında uzman kişiler tarafından, kişiye güvenilir ve bilgili bir şekilde hizmet verilmesi ve kişinin bilinçlendirilerek kendi düşüncesini oluşturabilmesine yardım edilmesi olarak tanımlanmaktadır. Danışmanlıkta kişiyi ikna etmek gibi bir amaç yoktur, esas olarak kişiye yöntemlerle ilgili bilgi aktarılıp kendisine en uygun olan yöntemi seçmesine yardım etmektir (AÇSAP, 2009; Beştepe ve ark, 2003; Elmas, 2010).

Aile planlaması yöntemleri için verilen danışmanlık hizmetleri; Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezleri, Hastane ve Doğumevlerindeki Aile Planlaması Klinikleri, Aile Sağlığı Merkezleri ile Gençlik Danışmanlık ve Sağlık Hizmet Merkezlerinde genel olarak verilmektedir (Babadağlı ve Şahin,2006; MEB, 2012). Sağlık hizmetlerinin tüm basamaklarında yer alan hemşireler kadınlara erişim ve hizmet verme açısından büyük bir olanağa sahiptirler (Demiray, 2006; Özdemir, 2014; Saygılı, 2003).

Aile planlaması konusunda hemşirelerin görevi danışmanlık, eğitim, rehberlik ve motivasyondur. Aktif bir aile planlaması danışmanlığı politikası ile üreme ve cinsel sağlık hizmetlerinin kalitesi ve modern aile planlaması yöntemlerinin kullanımı artmaktadır (Kaplan, 2015; MEB, 2012; Yerli, 2015). Kişilerin aile planlaması konusunda aldığı doğru bilgiyle bilinçli bir şekilde kendilerine uygun yöntemi seçmeleri ve seçtikleri yöntemi güvenli, doğru ve sürekli olarak kullanabilmeleri verilen danışmanlığın niteliği ile ilişkilidir (Koç, 2009; Timur, 2003; Tanrıverdi ve ark, 2008). Verilen danışmanlıkta önemli olan bir diğer taraf ise kontraseptif kullanımını kişiselleştirmek ve danışmanlık verirken kullanılan kontraseptifin cinsel işlev üzerinde olumlu yâda olumsuz etkisinin olup olmadığını belirlemektir. Çünkü kontraseptif danışmanlığı, dolaylı olarak cinsellik ile ilgilenir ve bu yüzden cinsel danışmanlığı da kapsar. Hemşirelik yönetmeliğinin 2011 yılında yapılan değişikliği ile cinsel danışmanlık hemşireler için bağımsız bir fonksiyon haline gelmiştir (Kesim,

Aker ve Uslu, 2017). Bu açıdan kadınların cinsel yaşamdaki doyumlarının ve evlilik uyumlarının iyileştirilip arttırılmasında sağlık ekibi içerisinde yer alan hemşirelere önemli sorumluluklar yüklenmektedir. AP danışmanlığı yapan hemşire kadının cinsel geçmişi, ilişkileri, tecrübeleri, davranışları ile ilgili cinsel işlevlere dair öykü alarak cinsel sağlık durumunu belirlemiş olur. Aile planlaması danışmanlığı sırasında kullanılan kontraseptif yöntemin kadın ile erkeğin cinselliğine ve cinsel yaşamlarına olan etkilerini değerlendirir. Hemşire cinsellik hakkında bilgi vererek hem AP hem de cinsel danışmanlık vermiş olur (ACOG, 2014; Rao ve Nagaraj, 2015; Şahin, 2005; Temel, 2012).

Danışmanlık sürecinde kontrasepsiyon hizmeti alan kadının seçimini bilgilenmiş olarak yapması ve bu seçilmiş olan yöntemin cinsel yaşamında sağlayacağı avantaj ve dezavantajları öğrenmesi son derece önemlidir. Danışmanlık sürecinde kontrasepsiyon seçiminde ve uygulamasında sadece kadının katılımı yeterli olmayacağı için eşinin de sürece katılımının sağlanması ve fikir birlikteliği içinde olmaları son derece önemlidir. Cinsel öykünün alınması sırasında çift için rahat bir ortam temin edilmeli, mahremiyetleri korunmalı, başvuran birey ya da çiftlerin kendilerini rahatça ifade edebilecekleri ve güvende hissedecekleri gerekli imkânlar sağlanabilmelidir (Apay, 2004; Fışkın ve Beji, 2014). Seçilen kontrasepsiyon yönteminin cinsel yaşamdaki alışkanlıkları ve cinsel yaşam kalitesini en az etkileyecek düzeyde düzenlenmesi de kontrasepsiyonun başarısını belirleyen bir diğer önemli faktördür. Ayrıca başarısız bir danışmanlığın sonucu olarak kontrasepsiyona yeni başlamayı düşünen kadının yöntemin cinsel yaşamı üzerinde olumsuz etkiye sahip olacağı düşüncesi ile başlaması gecikebilmektedir. Bunun nihai sonucu olarak da istenmeyen gebelikler oluşabilmektedir (Koç, 2009; Lamont et al, 2018; Oltuluoğlu, 2008; Turan, 2005).

Danışmanlık sırasında kontrasepsiyonun cinsel yaşam üzerine olumlu ve olumsuz etkiler yapabileceği ve tam koruma sağlanamama olasılığı da mutlaka konu edilmelidir. Diğer yandan cinsel yaşamın kalitesi birçok faktöre bağlı olabileceğinden, kontrasepsiyon yöntemini değiştirecekse önce cinsel yaşamı etkileyen diğer nedenler de danışmanlık sürecinde mutlaka incelenmelidir.

Aile planlamasının yanında cinsel danışmanlık yapan hemşire, cinsel doyumlarını iyileştirme ve arttırmaya yönelik hizmet sunarak bireyin cinsel doyum ve kalite düzeyine ve böylelikle evlilik uyumlarına katkıda bulunmuş olacaktır. Verilen danışmanlık, bireyi cinsel yaşamında doyumlu, olumlu cinsel davranışlar geliştirmiş duruma getirecektir (Gölbaşı ve Evcili, 2013; Murray ve McKinney, 2014; Saygılı, 2007; Van der Akker, 2012).

Danışmanlık hizmetlerinin kaliteli olması ile bireyin kullandığı AP yönteminde ve cinsel yaşamındaki olumsuz durumlar düzelecektir (Chung-Park, 2007; Şahin, 2005). Kaliteli bir danışmanlık hizmeti verilmesi için de hemşirelerin uyması gereken bazı ilkeler bulunmaktadır. Bu ilkeler (Çayan, 2009; Katırcı, 2008; MEB, 2012; Şafak, 2006);

- Hizmet alan bireye iyi davranma, haklarına ve benliğine saygı gösterme,
- Güçlü bir etkileşim ve iletişim kurma, duyarlılıklarına özel yaklaşımda bulunma ve bireyin güvenini kazanma,
- Hizmet alan bireyin ihtiyaçlarına uygun bilgi verme,
- Tüm aile planlaması yöntemleri, üreme organları ve işlevleri ile cinsellik konuları hakkında bilgili olma,
- Bireye gereğinden fazla bilgi vermekten kaçınma,
- Bireyin ya da çiftin aile planlaması yöntemini belirlemesindeki kültürel ve psikolojik nitelikleri göz önüne alarak yaklaşabilme,
- Önyargısız bir şekilde hizmet alanın belirlediği ve talep ettiği yöntemi sağlama,
- Hizmet alanın anlaması ve hatırlamasına destek olmaktır.

Verilen aile planlaması danışmanlık hizmetinin kaliteli olması için temel olarak amacına uygun hareket edilmelidir. Aile planlaması hizmetinin amacı bireylere ya da çiftlere (AÇSAP, 2009; Çayan, 2009; Ertop ve Altay, 2012; Özyurda, 1997);

- Kontraseptif yöntemlere ihtiyaç duyup duymadıklarını belirlemelerinde,
- Kontraseptif yöntemi bilinçli bir şekilde kabul etmelerinde,
- Tercih ettikleri yöntemi öğrenmelerinde ve doğru olarak kullanmalarında,

- Kaygılarını önlemede ve problem oluştuğunda uygun kararı vermelerinde yardımcı olmaktır.

Kendi içinde ilkeleri ve amaçları bulunan AP danışmanlığı fazlasıyla dikkat, bilgi ve beceri gerektirmektedir. Bu yüzden yapılan danışmanlık hizmetini en ince ayrıntısına kadar planlayıp uygulanması adına danışmanlık sırasında yapılan hemşirelik uygulamalarını kanıt düzeyinde değerlendirilmesi büyük önem taşımaktadır. Kanıt düzeyli uygulamaları incelediğimizde şu maddeler bulunmaktadır (Black ve ark, 2015; Özdemir, 2014):

- AP danışmanlığı; kontraseptiflerin başarısızlık oranlarını azaltmak ve gebeliği önlemek için sürekli ve doğru kontraseptif yöntem kullanmanın önemi gibi tartışmaları içermelidir (II-2A).
- Kontrasepsiyon isteyen kadınlar, uzun etkili geri dönüşümlü kontraseptif yöntemler (LARC'ler) dâhil olmak üzere çok çeşitli etkili kontrasepsiyon yöntemleri konusunda bilgilendirilmelidir (II-2A).
- Aile planlaması danışmanlığı, cinsel işlev ile ilgili endişelerin sorgulanmasını içermelidir (III-B). Çünkü daha güvenli seks davranışları uygulamak için beceri geliştirmiş, iyi bilgilendirilmiş ve iyi motive olmuş bireylerin, doğum kontrol ve daha güvenli seks yöntemlerini etkili ve tutarlı bir şekilde kullanma olasılığı daha yüksek olduğu belirlenmiştir (II-2).
- Kürtaj hizmetleri de dâhil olmak üzere kapsamlı aile planlaması hizmetleri, coğrafi konumdan bağımsız olarak erişilebilir olmalıdır. Bu hizmetler gizli, yargılayıcı olmayan ve bireylerin gizlilik ve kültürel bağlamlarına saygılı bir politika içermelidir (III-A).
- Danışmanlık; kontraseptif bir ziyaret tarihin alınması, kontrendikasyonların taranması, bir kontrasepsiyon yönteminin dağıtılması veya reçete edilmesi ve kontraseptif seçim ve bağlılığın bireyin cinsel davranışı, üreme sağlığı riski, sosyal koşullar ve ilgili inanç sistemleri bağlamında incelenmesini içermelidir (III-B).
- Sağlık hizmeti sağlayıcıları, çok çeşitli doğum kontrol seçenekleri ve yöntemlerinin potansiyel doğum kontrol dışı yararları hakkında pratik

bilgiler sağlamalı ve kadınlara ve eşlerine kullanabilecekleri en iyi yöntemi belirlenmesinde yardımcı olmalıdır (III-B).

- Sağlık hizmeti sağlayıcıları, prezervatiflerin sadece cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara karşı koruma sağlaması için değil, aynı zamanda hormonal kontraseptifleri uygulamada yetersiz olan bireyler için bir yedekleme yöntemi olarak kullanabileceği vurgusunu yapmalıdır (I-A).
- Sağlık hizmeti sağlayıcıları, üreme ve cinsel sağlık konusundaki güncel bilgilerin farkında olmalı ve hastalarına kısa ve doğrudan iletilebilecek kanıta dayalı bilgi edinmelidir (III-B).
- Sağlık hizmeti sağlayıcıları cinsellik konusunda bilgi sahibi olmalı ve danışmanlık için gelen kadınları risk faktörleri yönünden değerlendirmelidir. Birey için gerekli olan bakım, eğitim ve danışmanlık hizmetini vermeli ve gerekli görüldüğünde bir uzmana yönlendirmelidir (II-3).

Sonuç olarak, birçok bileşenleri ile genel sağlığın ayrılmaz parçalarından birini oluşturan cinsel yaşamda kullanılan kontraseptif yöntem birbirinden bağımsız olarak düşünülemez (Fışkın ve Beji, 2014; Kaya ve ark, 2008; Tiryaki ve ark, 2012). Üreme çağındaki kadınların aile planlama yöntemi kullanım durumları ile cinsel yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan bu çalışma ile hemşirenin vereceği aile planlaması ve cinsel sağlık danışmanlık hizmetlerinin kalitesini yükseltmek, böylelikle aile sağlığına katkıda bulunmak amaçlanmaktadır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, tanımlayıcı ve kesitsel tiptedir.

3.2. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini Şanlıurfa Eyyübiye Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi Aile Planlaması polikliniğine başvuran 18-49 yaş gurubu evli kadınlar (7200 kişi) oluşturmuştur.

3.3. Araştırmanın Örneklemi

Hastanenin Ocak 2019-Aralık 2019 yılı istatistik verilerine göre aile planlaması polikliniğine başvuran 18-49 yaş arası ortalama kadın sayısı 7200'dür. Araştırmanın örneklemine alınacak kadın sayısı, evrenin belirli olduğu durumlarda olayın sıklığı incelenmek istendiğinde kullanılan formül yardımıyla hesaplanmış ve minimum 365 olarak bulunmuştur. Araştırma 08.01.2020-20.04.2020 tarihleri arasında aile planlaması polikliniğine başvuran 933 kişi kadın ile tamamlanmıştır.

$$n = \frac{N \cdot t^2 \cdot p \cdot q}{d^2 (N-1) + t^2 \cdot p \cdot q} \quad 365 = \frac{7200 \cdot 1,96^2 \cdot 0,50 \cdot 0,50}{0,05^2 (7199) + 1,96^2 \cdot 0,50 \cdot 0,50}$$

N: Evrendeki birey sayısı (7200)

n: Örneklem alınacak birey sayısı (365)

p: İncelenen olayın görülüş sıklığı(olasılığı) (0,50)

q: İncelenen olayın görülmeyiş sıklığı(1-p) (0,50)

t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanlışma düzeyinde t tablosunda bulunan teorik değer (1,96)

d: Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen sapma (0,05) (Yazıcıoğlu ve Erdoğan, 2004).

3.4. Araştırmaya Dâhil Edilme Ölçütleri

Araştırmaya dâhil etme kriterleri 18–49 yaş grubunda olma, ilkokul ve üzeri eğitime sahip olma, kronik ve psikiyatrik hastalığı olmama, düzenli herhangi bir ilaç kullanmama, son dört hafta içinde aktif cinsel ilişki yaşama, herhangi bir AP yöntemi kullanma (modern, geleneksel) ve araştırmaya katılmayı kabul etmektir.

3.5. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Şanlıurfa Eyyübiye Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi Aile Planlaması polikliniğinde yapılmıştır. Şanlıurfa Eyyübiye Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesinde iki poliklinik Aile Planlaması hizmeti sunmaktadır. Bir numaralı poliklinikte toplam iki ebe tarafından aile planlaması yöntemlerinin uygulamaları yürütülürken; iki numaralı poliklinikte bir doktor ve yedi ebe tarafından aile planlaması yöntemi, cinsellik gibi konularda eğitim ve danışmanlık hizmeti verilmektedir.

3.6. Veri Toplama Araçları

Bu araştırmada iki veri aracı kullanmıştır. Bunlar:

1. Tanıtıcı ve Aile Planlaması Yöntem Kullanımı Bilgi Formu (Ek 1)
2. Cinsel Yaşam Kalite Ölçeği-Kadın (Ek 2)

3.6.1. Tanıtıcı ve Aile Planlaması Yöntem Kullanımı Bilgi Formu

Bu form kadınların sosyo-demografik özellikleri ile üreme sağlığı ve aile planlaması ihtiyaçlarını belirlemek üzere araştırmacılar tarafından hazırlanmıştır. Formda kadınların sosyo-demografik özelliklerine ilişkin özellikleri (yaşı, eşinin yaşı, eğitim durumu, eşinin eğitim durumu, aylık gelir durumunun nasıl algılandığı, aile tipi, annenin evlilik yaşı, evlilik süresi, evlenme şekli) ile ilgili 4 açık uçlu, 5 kapalı uçlu toplam 9 soru; obstetrik özellikleri (gebelik sayısı, kendiliğinden düşük sayısı, kürtaj sayısı, ölü doğum sayısı, gebeliğin istenme ve planlanma durumu) ile ilgili 4 açık uçlu, 2 kapalı uçlu toplam 6 soru; aile planlamasına ilişkin özellikleri ile ilgili (AP yöntemlerini bilip bilmediği, hangi yöntemleri bildiği, AP bilgisini nereden aldığını, bu bilginin yeterli bulunup bulunmadığı, şu anda kullandığı AP yöntemi (modern, geleneksel), kullandığı yöntemden memnuniyeti, kendisinin kullanmak istediği AP

yöntemi, eşi tarafından AP yöntemi kullanımının engellenip engellenmediği) kapalı uçlu toplam 8 soru bulunmaktadır. Bu formda toplam 23 soru bulunmaktadır (Ek 1).

3.6.2. Cinsel Yaşam Kalite Ölçeği-Kadın

Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın (CYKÖ-K), Symonds ve arkadaşları (Symonds ve ark, 2005) tarafından geliştirilmiştir. Türkiye’de ise Tuğut ve ark. (Tuğut ve ark, 2010) tarafından geçerlilik ve güvenirlik analizi yapılmıştır. Cronbach alfa değeri 0.83 olarak belirlenmiştir. Ölçek 18 yaşın üzerindeki bütün kadınlara uygulanabilen bir ölçektir. Ölçek bireylerin kendi kendine yanıtlayabilecekleri, uygulaması basit ve altılı likert tipinde olup, 18 maddeden oluşmaktadır. Her bir maddedeki soru son dört hafta içindeki cinsel yaşamı düşünülerek yanıtlanması beklenmektedir. Ölçeğin orijinalinde her bir maddenin 1-6, ya da 0-5 arasında puanlanabileceği belirtilmiştir. Ölçek çalışmada 1-6 puan sistemi (1=Tamamen katılıyorum, 2=Büyük ölçüde katılıyorum, 3=Kısmen katılıyorum, 4=Kısmen katılmıyorum, 5= Büyük ölçüde katılmıyorum, 6=Hiç katılmıyorum) kullanılmıştır. Bu şekilde ölçekten alınabilecek puan aralığı 18-108 arasındadır. Diğer taraftan 0-5 puanlama sisteminde ise puan aralığı 0-90 olmaktadır. Toplam puan hesaplanmadan evvel 1, 5, 9, 13, 18 numaralı maddelerin puanlarının tersine çevrilmesi gerekmektedir. Hangi puanlama sistemi kullanılırsa kullanılsın ölçekten alınan toplam puan 100’e dönüştürülmektedir. Toplam ölçek puanın 100’e dönüştürülmesi için; $(\text{Ölçekten alınan ham puan}-18) \times 100/90$ formülünün kullanılması gerektiği belirtilmektedir. Örnek olarak ölçekten alınan ham puan toplamı 63 olan bir bireyin 100’e dönüştürülmüş ölçek puanı; $(63-18) \times 100/90=50$ olmaktadır. Ölçekten alınan puanın yüksek olması cinsel yaşam kalitesinin iyi durumda olduğunu göstermektedir (Ek 2) (Symonds ve ark, 2005; Tuğut ve ark, 2010). Bu çalışmada 1-6 puan sistemi kullanılmıştır ve CYKÖ-K ölçeğinin Cronbach's Alpha güvenirliği 0,858 olarak bulunmuştur. Ölçeğin iç tutarlılığının yüksek derecede güvenilir düzeyde olduğu saptanmıştır.

3.7. Veri Toplama Formlarının Uygulanması

Etik kurul onayından sonra uygulama yapılacak birimden yazılı izin alınmıştır. Aile polikliniğine gidilerek hekim, hemşire/ebelerle görüşülerek uygun saatler ve uygun ortam (tek kişilik oda) belirlenmiştir. Polikliniğe gelen ve çalışmayı kabul eden araştırmaya dâhil edilme ölçütlerimizi sağlayan kadınlara araştırma ile ilgili açıklama

yapılmış, yazılı ve sözlü onamları alınmış ve formlar katılımcılar tarafından doldurulup kapalı zarf içinde teslim edilmiştir. Her gün polikliniğe gelen kadın sayısı 25 ile 40 arasında değişiklik göstermiştir. Araştırma sürecinde 1100 kadın ile görüşülmüş, 25 kadın araştırmaya katılmayı reddetmiş, 60 kadın araştırmaya dâhil edilme ölçütlerini karşılamadığı için anket çalışmasına alınmamış, 15 kadın anket sorularını tamamlamadığı için anket dışı sayılmış, 67 kişi analiz sırasında uygun ölçütleri karşılamadığı tespit edilip çıkarılmış ve çalışmamız 933 kadının katılımı ile tamamlanmıştır.

3.8. Etik Boyut

Araştırma Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan etik onay (Karar No: 2019.11/12) ve araştırmanın ilgili kurumda yürütülebilmesi için Şanlıurfa İl Sağlık Müdürlüğü'nden yazılı izin alınmıştır. Çalışmaya katılacak kadınlara çalışmaya başlamadan önce, gönüllülük esası alınarak yalnızca çalışmaya katılmayı kabul eden kadınların alınacağı, alınan bilgilerin sadece araştırma için kullanılacağı, bireysel bilgilerin araştırmacı ile paylaşıldıktan sonra korunacağı, araştırmanın amacı, süresi konusunda açıklama yapılarak, kadınlardan yazılı ve sözlü onam alınmıştır.

3.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma kapsamında elde edilen veriler SPSS 24 programı ile analiz edilmiştir. Araştırma kapsamında demografik özelliklerine göre dağılımlarının verilmesinde betimleyici analizlerden frekans ve yüzde analizi kullanılmıştır. Ölçeğe ait betimleyici analizlerin verilmesinde ise min.- max., ortalama ve standart sapma değerleri verilmiştir. Elde edilen verilerin dağılımı incelenirken, örneklem sayısı 50'nin üzerinde olduğundan kolmogorov smirnov normal dağılım analizi yapılmış ve merkezi eğilim ölçümleri kullanılmıştır. Merkezi eğilim ölçümlerine göre verilerin dağılımının normal dağılımdan geldiği belirlenmiştir. Bu nedenle parametrik olan testler istatistiksel olarak %95 güven düzeyinde test edilmiş olup katılımcıların cinsel yaşam kalitesi düzeylerinin ikili gruplar arasındaki farkların belirlenmesinde (CYKÖ-K ile yaş, eşin yaşı, aile tipi, evlenme yaşı, evlilik yılı, evlilik şekli, ölü doğum sayısı, son gebeliğin planlı ve istendik olma durumu, AP bilgisini yeterli bulma durumu, kullandığı AP yönteminden memnun olma, kullanılan AP yöntemine karar veren kişi

ve eşi tarafından AP engellenme durumu gibi faktörlerin karşılaştırılmasında) bağımsız örneklem t testi kullanılmıştır. İki den fazla grupların karşılaştırılmasında (CYKÖ-K ile eğitim ve eş eğitim durumu, gelir durumu, gebelik ve kendiliğinden düşük sayısı, kürtaj sayısı, bilinen AP yöntemleri, şu anda kullanılan AP yöntem türü gibi faktörlerin karşılaştırılmasında) ise tek yönlü anova testi kullanılmıştır. Anova testi sonucu gruplar arasında farklılıklar varsa (eğitim ve eş eğitimi, gelir durumu, gebelik ve kendiliğinden düşük sayısı, AP bilgisini aldığı kaynak) ve bu farklılıkların belirlenmesinde post-hoc testlerinden scheffe testi yapılmıştır. Araştırmada kullanılan ölçeğin güvenirlik düzeyinin belirlenmesi için cronbach's alpha analizi yapılmıştır. İstatistiksel sonuçların anlamlılığı için yanılma düzeyi 0.05 olarak kabul edilmiştir.

3.10. Kadınların CYKÖ-K Puan Ortalaması Dağılımına Ait Bulgular

Çizelge 1: Kadınların CYKÖ-K Puan Ortalaması Dağılımına Ait Bulgular

Kolmogorov-Smirnova			Merkezi Eğilim Ölçümleri			
İstatistik	Sd	p	$\bar{x}$	Medyan	Basıklık	Çarpıklık
0.163	933	0.000	88.24	92.22	-1.204	0.718

Elde edilen verilerin dağılımlarının belirlenmesinde merkezi eğilim ölçümlerinden aritmetik ortalama, medyan, çarpıklık ve basıklık katsayıları kullanılmıştır. Medyan ile aritmetik ortalama değerinin birbirine yakın ya da eşit olması ile çarpıklık ve basıklık değerlerinin ± 2 sınırları içerisine düşmesi nedeniyle elde edilen verilerin dağılımının normal dağılımdan geldiği belirlenmiştir (George ve Mallery, 2010).

4. BULGULAR

Tablo 1. Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı (n=933)

Sosyo-Demografik Özellikler	n	%
Yaş Aralığı [Ort. $\pm$ SS (min- max)]=[28.6 $\pm$ 5.72 (18-49) yaş]		
18-35	714	76.5
36-49	219	23.5
Eş Yaşı		
35 Yaş ve Altı	561	60.1
35 Yaş Üstü	372	39.9
Eğitim Durumu		
İlköğretim	822	88.1
Lise	72	7.7
Üniversite ve Lisansüstü	39	4.2
Eş Eğitim Durumu		
Okuryazar Değil	67	7.2
İlköğretim	623	66.8
Lise	156	16.7
Üniversite	87	9.3
Gelir Durumu		
Düşük	362	48.8
Orta	511	54.8
İyi	60	6.4
Aile Tipi		
Çekirdek	726	77.8
Geniş	207	22.2
Evlilik yaşı		
18 Yaş ve Altı	238	25.5
18 Yaş Üstü	695	74.5
Evlilik yılı		
10 Yıldan Az	463	49.6
10 Yıl ve Üzeri	470	50.4
Evlenme şekli		
Görücü Usulü	767	82.2
Anlaşarak	166	17.8

Tablo 1’de kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımları yer almaktadır. Tablo incelendiğinde, kadınların %76.5’inin 18-35 ve %23.5’inin 36-49 yaş aralığında olduğu bulunmuştur. Eşlerinin %60.1’i 35 yaş ve altındayken, %39.9’unun 35 yaş üzerinde olduğu saptanmıştır. Kadınların %88.1’inin ilköğretim, %7.7’sinin lise ve %4.2’sinin ise üniversite mezunu olduğu bulunmuştur. Eşlerinin ise %7.2’sinin okuryazar olmadığı, %66.8’inin ilköğretim, %16.7’sinin lise ve %9.3’ünün üniversite mezunu olduğu saptanmıştır. Algılanan gelir durumlarına bakıldığında ise, kadınların

%40.8'i düşük, %54.8'i orta ve %6.4'ü gelir düzeylerini iyi olarak algıladığı belirlenmiştir.

Kadınların %77.8'inin çekirdek aile, %22.2'sinin ise geniş aile yapısına sahip olduğu saptanmıştır. Kadınların %25.5'inin 18 yaş ve altı, %74.5'inin 18 yaş üstü evlendiği, %49.6'sının evlilik süresinin 10 yıldan az ve %50.4'ünün 10 yıl ve üzerinde olduğu bulunmuştur. Kadınların %82.2'sinin görücü usulü, % 17.8'inin anlaşarak evlendiği saptanmıştır.



Tablo 2. Kadınların Obstetrik Özelliklerine Göre Dağılımı (n=933)

Obstetrik Özellikler	n	%
Gebelik Sayısı		
0	11	1.2
1-2	242	25.9
3 ve üzeri	680	72.9
Kendiliğinden Düşük Sayısı		
0	649	69.6
1	175	18.8
2 ve üzeri	109	11.7
Kürtaj Sayısı		
0	847	90.7
1	65	7.0
2 ve üzeri	21	2.3
Ölü Doğum Sayısı		
0	885	94.9
1 ve üzeri	48	5.1
Son Gebeliğin Planlı Olma Durumu		
Evet	717	76.8
Hayır	216	23.2
Son Gebeliğin İstendik Olma Durumu		
Evet	735	78.8
Hayır	198	21.2

Tablo 2’de kadınların obstetrik özelliklerine göre dağılımları verilmiştir. Tablo incelendiğinde, kadınların %1.2’sinin hiç gebe kalmadığı, %25.9’unun bir-iki kez, %72.9’unun ise üç ve daha fazla gebeliği olduğu saptanmıştır. Kadınların %69.6’sının hiç düşük yapmadığı, % 18.8’inin bir kez, % 11.7’sinin de iki ve daha fazla düşük yaptığı bulunmuştur. Kadınların %94.9’unun hiç ölü doğum yapmadığı, %5.1’inin ise bir ve daha fazla sayıda ölü doğum yaptığı saptanmıştır. Kürtaj sayılarına baktığımızda kadınların %90.7’sinin hiç kürtaj olmadığı, % 7’sinin bir kez, %2.3’ünün ise iki ve daha fazla sayıda kürtaj olduğu bulunmuştur. Kadınların %76.8’inin planlı, %23.2’sinin gebelikleri istendik, %21.2’sinin gebeliği plansız ve %2.3’sinin istenmedik olduğu belirlenmiştir.

Tablo 3. Kadınların AP Yöntemlerini Bilme, AP Bilgisini Aldığı Kaynak, Bilinen AP Yöntemleri, AP Bilgisini Yeterli Bulma Durumlarına Göre Dağılımı (n=933)

AP Yöntemleri İle İlgili Bilgiler	n	%
AP Yöntemi Bilgi Durumu		
Bilen	933	100
Bilmeyen	0	0
#AP Bilgisini Aldığı Kaynak		
Gazete-Dergi-Kitap	65	5.9
Radyo-TV	22	2.0
Akraba-Komşu	520	47.1
Sağlık Personeli	498	45.1
#Bilinen AP Yöntemleri		
RİA	912	17.3
Hap	900	17.1
Kondom	883	16.8
Aylık- 3 Aylık İğneler	853	16.2
Geri Çekme	794	15.1
Tüp Ligasyonu	732	14.0
Takvim Yöntemi	132	2.5
Vazektomi	52	1.0
AP Bilgisini Yeterli Bulma Durumu		
Evet	718	77.0
Hayır	215	23.0

#Birden fazla yanıt vardır.

Tablo 3'te kadınların AP yöntemlerini bilme, AP bilgisini aldığı kaynak, bilinen AP yöntemleri ve AP bilgisini yeterli bulma durumlarına göre dağılımları verilmiştir. Tablo incelendiğinde kadınların %100'ü herhangi bir AP yöntemi bilmektedir ve bilgi kaynağı olarak kadınların %45.1'inin sağlık personelinden bilgi aldığı, %47.1'inin komşu-akrabadan, %5.9'unun gazete-dergi-kitaptan, %2'sinin ise bu bilgiyi radyo-TV-internette aldığını bulunmuştur. Kadınların bildikleri AP yöntemlerine sırasıyla baktığımızda kadınların %17.3'ünün RİA, %17.1'inin hap, %16.8'inin kondom, %16.2'sinin aylık ve üç aylık iğneler, %15.1'inin geri çekme, %14'ünün tüpligasyon, %2.5'inin takvim yöntemi ve %1'inin vazektomi yöntemini bildiği saptanmıştır. Kadınların %77'sinin AP bilgisini yeterli ve %23'ünün yetersiz bulduğu belirlenmiştir.

Tablo 4. Kadınların Kullandıkları AP Yöntemleri, Memnuniyet, Kullandığı AP Yöntemini Seçme ve Engellenme Durumlarına Göre Dağılımı (n=933)

Özellikler	n	%
#Kullanılan AP Yöntem Türü		
RİA	644	64.3
Kondom	134	13.4
Hap	95	9.5
Geri Çekme	64	6.4
Aylık-3 Aylık İğneler	51	5.1
Tüp Ligasyon	8	0.8
Takvim Yöntemi	6	0.7
Kullanılan Yöntemden Memnuniyet Durumu		
Memnun	796	85.3
Memnun Değil	137	14.7
Kullanılan AP Yöntemini Seçen Kişi		
Kendisi	52	5.6
Kendisi ve Eşi	881	94.4
Eşi	0	0
Eşleri Tarafından AP Yöntemi Kullanımın Engellenmesi		
Evet	6	0.6
Hayır	927	99.4

#Birden fazla yanıt vardır

Tablo 4’de kadınların kullandıkları AP yöntemleri, memnuniyet, kullandığı AP yöntemini seçme ve engellenme durumlarına göre dağılımı verilmiştir. Tablo incelendiğinde kadınların kullandığı AP yöntemlerinin sırasıyla %64.3’ü RİA, %13.4’ü kondom, %9.5’i hap, %6.4’ü geri çekme, %5.1’ü aylık-üç aylık iğne, %0.8’i tüpligasyon ve %0.7’si de takvim yöntemi olduğu belirlenmiştir. Kadınların %5.6’sı kullandığı AP yöntemine kendisinin karar verdiği ve %94.4’ünün ise kullandığı AP yöntemine eşi ve kendisinin ortak karar verdiği bulunmuştur. Kadınların %85.3’ü kullandığı AP yönteminden memnun ve %14.7’si kullandığı AP yönteminden memnun olmadığı saptanmıştır. Kadınlara eşleri tarafından aile planlaması yöntemi kullanım durumu hiç engellenip engellenmediği sorulduğunda verdikleri cevaba göre; %0.6’sının bu soruya evet ve %99.4’ünün ise hayır cevabını verdiği belirlenmiştir.

Tablo 5. Kadınların Cinsel Yaşam Kalite Ölçeği-Kadın (CYKÖ-K) Puan Ortalamalarının Dağılımı

	N	Minimum	Maksimum	Ortalama	Std. Sapma
Cinsel Yaşam Kalite Ölçeği Puanı	933	52.22	100	88.24	11.00

Tablo 5’de kadınların CYKÖ-K puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir. Kadınların CYKÖ-K puanından alınan minimum puan 52.22 ve maksimum puan 100’dür. Kadınların CYKÖ-K puan ortalaması 88.24 ± 11.00 olarak saptanmıştır.



Tablo 6. Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre CYKÖ-K Puan Ortalamaları Dağılımı ve Karşılaştırması

Sosyo-demografik özellikler	N	Ortalama ± SS	Test Değeri Anlamlılık Düzeyi
Yaş			
18-35	714	88.47 ± 11.05	^a t=1.128 p=0.259 sd=931
36-49	219	87.51 ± 10.81	
Eşin yaşı			
35 Yaş ve Altı	561	89.10 ± 10.53	^a t= 2.955 p= 0.004* sd=931
35 Yaş Üstü	372	86.94 ± 11.56	
Eğitim Durumu			
İlkokul ve Ortaokul ⁽¹⁾	822	87.92 ± 10.97	^b F=4.465 p=0.012* 1-3**
Lise ⁽²⁾	72	89.38 ± 11.30	
Üniversite ⁽³⁾	39	93.02 ± 10.02	
Eşin Eğitim Durumu			
Okuryazar Değil ⁽¹⁾	67	86.07 ± 10.05	^b F=3.702 p=0.011* 1-4, 2-4**
İlkokul ⁽²⁾	623	88.04 ± 11.05	
Lise ⁽³⁾	156	88.11 ± 11.04	
Üniversite ⁽⁴⁾	87	91.61 ± 10.68	
Gelir Durumu			
Düşük ⁽¹⁾	362	87.08 ± 11.15	^b F=6.166 p=0.002* 1-3**
Orta ⁽²⁾	511	88.61 ± 10.95	
İyi ⁽³⁾	60	92.15 ± 9.38	
Aile Tipi			
Çekirdek	726	88.32 ± 10.85	^a t=-0.402 p=0.688 sd=931
Geniş	207	87.97 ± 11.50	
Evlenme yaşı			
18 Yaş ve Altı	238	87.73 ± 10.83	^a t=-0.831 p=0.406 sd=931
18 Yaş Üzeri	695	88.42 ± 11.05	
Evlilik yılı			
10 Yıldan Az	463	89.36 ± 10.85	^a t= 3.101 p= 0.002* sd=931
10 Yıl ve Üzeri	470	87.14 ± 11.03	
Evlilik Şekli			
Görücü Usulü	767	88.04 ± 10.85	^a t=-1.217 p=0.224 sd=931
Anlaşarak	166	89.18 ± 11.65	

^a Bağımsız Gruplarda T Testi, ^b Tek Yönlü Anova Testi, *p<0.05, ** Scheffe Testi, sd: Sertbestlik Derecesi

Tablo 6’da kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre CYKÖ-K puan ortalamaları dağılımı ve karşılaştırması yer almaktadır. Tablo incelendiğinde kadınların yaşı, aile tipi, evlenme yaşı ve evlilik şekli durumlarına göre CYKÖ-K puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Kadınların cinsel yaşam kalite düzeylerinin eşlerinin yaş gruplarına göre farkı istatistiksel olarak %95 güvenilirlik düzeyinde anlamlılık gösterdiği saptanmıştır ($t=2.955$; $p=0.004$; $p<0.05$). Eşinin yaşı 35 yaş ve altında olan kadınların ($\bar{x}=89.10$) cinsel yaşam kalitesi düzeylerinin eşleri 35 yaş üzerinde olanlara göre ($\bar{x}=86.94$) daha yüksek seviyede olduğu belirlenmiştir. ($p<0.05$).

Araştırmamıza katılan kadınların cinsel yaşam kalitesi düzeylerinin eğitim durumlarına göre farklılıklarının anlamlılık gösterip göstermediğini belirlenmesi için yapılan tek yönlü Anova testi sonucuna göre; kadınların cinsel yaşam kalite düzeylerinin eğitim durumu gruplarına göre farkı istatistiksel olarak %95 güvenilirlik düzeyinde anlamlılık gösterdiği saptanmıştır. ($F=4.465$ $p=0.012$; $p<0.05$). Üniversite ve lisansüstü mezunu kadınların ($\bar{x}=93.02$) cinsel yaşam kalitesi düzeylerinin ilkökul ve ortaokul mezunlarına ($\bar{x}=87.92$) göre daha yüksek seviyede olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Kadınların cinsel yaşam kalitesi düzeylerinin eşlerinin eğitim gruplarına göre farklılıklarının anlamlılık gösterip göstermediğini belirlenmesi için yapılan tek yönlü Anova testi sonucuna göre; kadınların cinsel yaşam kalite düzeylerinin eşlerinin eğitim gruplarına göre farkı istatistiksel olarak %95 güvenilirlik düzeyinde anlamlılık gösterdiği saptanmıştır. ($F=3.702$; $p=0.011$; $p<0.05$). Eşi üniversite ve lisansüstü eğitimi olan kadınların ($\bar{x}=91.61$) cinsel yaşam kalitesi düzeylerinin eşleri okuryazar olmayan ($\bar{x}=86.07$) ve eşleri ilkökul-ortaokul mezunu olanlara göre ($\bar{x}=88.04$) daha yüksek seviyede olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Gruplar arasındaki farkların belirlenmesi için post-hoc testlerinden scheffe testi yapılmıştır.

Kadınların cinsel yaşam kalitesi düzeylerinin gelir gruplarına göre farklılıklarının anlamlılık gösterip göstermediğini belirlenmesi için yapılan tek yönlü Anova testi sonucuna göre ise; cinsel yaşam kalite düzeylerinin gelir gruplarına göre farkı istatistiksel olarak %95 güvenilirlik düzeyinde anlamlılık gösterdiği saptanmıştır. ($F=6.166$; $p=0.002$; $p<0.05$). İyi gelir durumuna sahip olan kadınların ($\bar{x}=92.15$)

cinsel yaşam kalitesi düzeylerinin düşük gelir durumuna sahip kadınlara ($\bar{x}$ =87.08) göre daha yüksek seviyede olduğu bulunmuştur ($p<0.05$).

Kadınların cinsel yaşam kalitesi düzeylerinin evli oldukları süreye göre farklılıklarının anlamlılık gösterip göstermediğini belirlenmesi için yapılan t-testi sonucuna göre; katılımcıların cinsel yaşam kalite düzeylerinin evli oldukları süreye göre farkı istatistiksel olarak %95 güvenilirlik düzeyinde anlamlılık gösterdiği saptanmıştır ($t= 3.101$; $p=0.002$; $p<0.05$). 10 yıldan az evli olan kadınların ($\bar{x}$ =89.36) cinsel yaşam kalitesi düzeylerinin 10 yıl ve üzeri evli olan kadınlara ($\bar{x}$ =87.14) göre daha yüksek seviyede olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).



Tablo 7. Kadınların Obstetrik Özelliklerine Göre CYKÖ-K Puan Ortalamaları Dağılımı ve Karşılaştırılması

Obstetrik Özellikler	N	Ortalama $\pm$ SS	Test
Gebelik Sayısı			
0 ⁽¹⁾	11	89.29 $\pm$ 13.41	^b F= 6.882 p= 0.001* 2-3**
1-2 ⁽²⁾	242	90.46 $\pm$ 10.21	
3 ve üzeri ⁽³⁾	680	87.44 $\pm$ 11.13	
Kendiliğinden Düşük Sayısı			
0 ⁽¹⁾	649	88.85 $\pm$ 10.74	^b F=3.805 p=0.023* 1-3**
1 ⁽²⁾	175	87.37 $\pm$ 12.02	
2 ve üzeri ⁽³⁾	109	86.01 $\pm$ 10.50	
Kürtaj Sayısı			
0	847	88.32 $\pm$ 10.93	^b F=0.269 p=0.765
1	65	87.68 $\pm$ 12.20	
2 ve üzeri	21	86.88 $\pm$ 9.94	
Ölü Doğum Sayısı			
0	885	88,34 $\pm$ 10.93	^a t=1.139 p=0.255 sd=931
1 ve üzeri	48	86.48 $\pm$ 12.09	
Son Gebeliğin Planlı Olma Durumu			
Evet	717	89.03 $\pm$ 10.51	^a t= 4.035 p=0.000* sd=931
Hayır	216	85.62 $\pm$ 12.13	
Son Gebelik İstendik Olma Durumu			
Evet	735	89.00 $\pm$ 10.56	^a t= 4.086 p= 0.000* sd=931
Hayır	198	85.43 $\pm$ 12.09	

^aBağımsız Gruplarda T Testi, ^bTek Yönlü Anova Testi, *p<0.05, ** Scheffe Testi, sd: Sertbestlik Derecesi

Tablo 7’de kadınların obstetrik özelliklerine göre CYKÖ-K puan ortalamaları dağılımları ve karşılaştırılması yer almaktadır. Tablo incelendiğinde kadınların kürtaj ve ölü doğum sayısına göre CYKÖ-K puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>0.05). Kadınların cinsel yaşam kalitesi düzeyinin gebelik sayısı gruplarına göre farklılıklarının anlamlılık gösterip göstermediğini belirlenmesi için yapılan tek yönlü Anova testi sonucuna göre; kadınların cinsel yaşam kalite düzeylerinin gebelik sayısı gruplarına göre farkı istatistiksel olarak %95 güvenilirlik düzeyinde anlamlılık gösterdiği saptanmıştır. (F= 6.882; p=0.001; p<0.05). 1-2 kez gebe kalan olan kadınların ($\bar{x}$ =90.46) cinsel yaşam kalitesi düzeylerinin 3 ve üzeri gebe olan kadınlara ($\bar{x}$ =87.4) göre daha yüksek seviyede olduğu belirlenmiştir (p<0.05). Gruplar arasındaki farkların belirlenmesi için post-hoc testlerinden scheffe testi yapılmıştır.

Cinsel yaşam kalitesi düzeyinin düşük yapma sayısı gruplarına göre farklılıklarının anlamlılık gösterip göstermediğini belirlemek için yapılan tek yönlü Anova testi sonucuna göre; kadınların cinsel yaşam kalite düzeylerinin düşük yapma sayısı gruplarına göre farkı istatistiksel olarak %95 güvenilirlik düzeyinde anlamlılık gösterdiği saptanmıştır. ($F= 3.805$; $p=0.023$; $p<0.05$). Hiç düşük yapmayan kadınların ($\bar{x}=88.85$) cinsel yaşam kalitesi düzeylerinin 2 ve üzeri düşük yapan kadınlara ($\bar{x}=86.01$) göre daha yüksek seviyede olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Gruplar arasındaki farkların belirlenmesi için post-hoc testlerinden scheffe testi yapılmıştır.

Kadınların cinsel yaşam kalitesi düzeylerinin son gebeliklerinin planlı ve istendik olması durumuna göre farklılıklarının anlamlılık gösterip göstermediğini belirlemek için yapılan t-testi sonucuna göre; kadınların cinsel yaşam kalite düzeylerinin son gebeliklerinin planlı ve istendik olması durumuna göre farkı istatistiksel olarak %95 güvenilirlik düzeyinde anlamlılık gösterdiği saptanmıştır ($t= 4.035$; $p=0.000$; $p<0.05$ / $t= 4.086$; $p=0.000$; $p<0.05$). Son gebeliği planlı olan kadınların ($\bar{x}=89.03$) cinsel yaşam kalitesi düzeylerinin son gebeliği plansız olan kadınlara ($\bar{x}=85.62$) göre daha yüksek seviyede olduğu belirlenmiştir. Son gebeliği istenilen gebelik olan kadınların ($\bar{x}=89.00$) cinsel yaşam kalitesi düzeylerinin son gebeliği istenilmeyen bir gebelik yaşayan kadınlara ($\bar{x}=85.43$) göre daha yüksek seviyede olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Tablo 8. AP Bilgisini Yeterli Bulma Durumuna Göre CYKÖ-K Puan Ortalamala Dağılımı ve Karşılaştırılması

	N	Ortalama $\pm$ SS	Test
AP Bilgisini Yeterli Bulma Durumu			
Evet	718	88.78 $\pm$ 10.78	^a t=2.750 p=0.006* sd=931
Hayır	215	86.44 $\pm$ 11.54	

^aBağımsız Gruplarda T Testi, *p<0.05, sd: Sertbestlik Derecesi

Tablo 8’de kadınların AP bilgisini yeterli bulma durumuna göre CYKÖ-K puan ortalamala dağılımı ve karşılaştırılması yer almaktadır. Tablo incelendiğinde kadınların cinsel yaşam kalitesi düzeylerinin aldıkları bilgiyi yeterli görme durumuna göre farklılıklarının anlamlılık gösterip göstermediğini belirlenmesi için yapılan t-testi sonucuna göre; katılımcıların cinsel yaşam kalite düzeylerinin aldıkları bilgiyi yeterli görme durumuna göre farkı istatistiksel olarak %95 güvenilirlik düzeyinde anlamlılık gösterdiği saptanmıştır (t= 2.750; p=0.006; p<0.05). Aile planlaması konusunda aldıkları bilgiyi yeterli gören kadınların ($\bar{x}$ =88.78) cinsel yaşam kalitesi düzeylerinin aldıkları bilgiyi yetersiz gören kadınlara ($\bar{x}$ =86.44) göre daha yüksek seviyede olduğu belirlenmiştir (p<0.05).

Tablo 9. Kadınların Kullandıkları AP Yöntem Türüne Göre CYKÖ-K Puan Ortalamaları Dağılımı ve Karşılaştırılması

	N	Ortalama $\pm$ SS	Test
Şu Anda Kullanılan AP Yöntem Türü			
Modern AP Yöntemleri	932	92.93 $\pm$ 10.42	^a t=7.326 p=0.000*
Geleneksel AP Yöntemleri	70	89.14 $\pm$ 26.16	

^a Bağımsız Gruplarda T Testi, *p<0.05

Tablo 9’da kadınların kullandıkları AP yöntem türüne göre CYKÖ-K puan ortalamaları dağılımı ve karşılaştırılması yer almaktadır. Tablo incelendiğinde kadınların cinsel yaşam kalitesi düzeylerinin şu anda kullandıkları AP yöntem türüne göre farklılıklarının anlamlılık gösterip göstermediğini belirlenmesi için yapılan t-testi sonucuna göre; katılımcıların cinsel yaşam kalite düzeylerinin kullandıkları AP yöntem türüne göre farkı istatistiksel olarak %95 güvenilirlik düzeyinde anlamlılık gösterdiği saptanmıştır (t= 7.326; p=0.000; p<0.05). Modern AP yöntemlerini kullanan kadınların ($\bar{x}$ =**92.93**) cinsel yaşam kalitesi düzeylerinin geleneksel AP yöntemi kullanan kadınlara ($\bar{x}$ =**89.14**) göre daha yüksek seviyede olduğu belirlenmiştir (p<0.05).

Tablo 10. Kadınların Kullandığı AP Yönteminden Memnun Olma, Kullanılan AP Yöntemine Karar Veren Kişi ve Eşi Tarafından AP Engellenme Durumuna Göre CYKÖ-K Puan Ortalamaları Dağılımı ve Karşılaştırılması

Memnun olma durumu	N	Ortalama $\pm$ SS	Test
Memnun	796	88.58 $\pm$ 10.97	^a t=2.260
Memnun Değil	137	86.29 $\pm$ 10.96	p=0.024* sd=931
Kullanılan AP Yöntemini Karar Veren Kişi			
Kendisi	52	83.72 $\pm$ 11.55	^a t=-3.067
Kendisi ve Eşi	881	87.51 $\pm$ 10.91	p=0.002* sd=931
AP engelleme durumu			
AP Engellemiyor	927	88.26 $\pm$ 11.01	^a t=-0.642
AP Engelliyor	6	85.37 $\pm$ 8.36	p=0.521 sd=931

^a Bağımsız Gruplarda T Testi, *p<0.05, sd: Sertbestlik Derecesi.

Tablo 10’da kadınların kullandığı AP yönteminden memnun olma, kullanılan AP yöntemine karar veren kişi ve eşi tarafından AP engellenme durumuna göre CYKÖ-K puan ortalamaları dağılımı ve karşılaştırılması verilmiştir. Tablo incelendiğinde kadınların AP engelleme durumuna göre CYKÖ-K puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (p>0.05).

Kadınların cinsel yaşam kalitesi düzeylerinin kullandıkları yöntemden memnun olma durumuna göre farklılıklarının anlamlılık gösterip göstermediğini belirlenmesi için yapılan t-testi sonucuna göre; cinsel yaşam kalite düzeylerinin kullandıkları yöntemden memnun olma durumuna göre farkı istatistiksel olarak %95 güvenilirlik düzeyinde anlamlılık gösterdiği belirlenmiştir (t= 2.260; p=0.024; p<0.05). Aile planlaması konusunda şuanda kullandıkları yöntemden memnun olan kadınların ($\bar{x}$ =88.58) cinsel yaşam kalitesi düzeylerinin şuanda kullandıkları yöntemden memnun olmayan kadınlara ($\bar{x}$ =86.29) göre daha yüksek seviyede olduğu belirlenmiştir (p<0.05).

Cinsel yaşam kalitesi düzeyinin AP yöntemine karar veren kişiye göre farklılıklarının anlamlılık gösterip göstermediğini belirlenmesi için yapılan t-testi sonucuna göre; katılımcıların cinsel yaşam kalite düzeylerinin AP yöntemine karar veren kişiye göre farkı istatistiksel olarak %95 güvenilirlik düzeyinde anlamlılık gösterdiği belirlenmiştir (t= -3.067; p=0.002; p<0.05). AP yöntemine eşi ile birlikte

karar veren kadınların ($\bar{x}=88.51$) cinsel yaşam kalitesi düzeylerinin AP yöntemine kendi karar veren kadınlara ($\bar{x}=83.72$) göre daha yüksek seviyede olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).



5. TARTIŞMA

Araştırmamıza katılan kadınların büyük çoğunluğu 18-35 yaş aralığında olup, çoğunluğu ilkokul ve ortaokul mezunudur. Genel olarak kadınların eşlerinin yaşları 35 yaş altı ve yarısından fazlası ilkokul mezunudur. Kadınların yarısının algıladıkları gelir durumu orta olup, büyük çoğunluğu çekirdek aile yapısına sahiptir. Araştırmamızdaki kadınların yarısından fazlasının ilk evlilik yaşları 18 yaş üstü ve görücü usulüyle evlendikleri tespit edilmiştir. Kadınların çoğunluğunun evlilik yılları on yıldan fazla olduğu belirlenmiştir. Obstetrik özelliklerine bakıldığında kadınların çoğunluğunun 3 ve üzeri gebelik yaşadığı belirlenmiş olup, büyük bir kısmının kendiliğinden düşük, kürtaj ve ölü doğum hikâyesinin olmadığı tespit edilmiştir. Kadınların yarısından fazlasının son gebeliklerinin planlı ve istendik olduğu belirlenmiştir.

Kadınların aile planlaması konusundaki bilgi düzeyleri yöntem kullanımını etkileyen faktörler arasındadır (Sağıroğlu ve ark, 2017). Araştırmamıza katılan kadınların tamamı herhangi bir AP yöntemini bilmektedir. TNSA (2018) verilerinde tüm kadınların neredeyse tamamı (%97) en az bir yöntem bilmektedir. Araştırmamıza katılan kadınların en çok bildiği modern yöntemler sırasıyla RİA, OKS ve kondom olmuştur. Geleneksel yöntemler arasında ise geri çekme yönteminin en çok bilinen yöntem olduğu saptanmıştır. TNSA (2018) verilerine göre kadınların en çok bildiği yöntemler sırası ile OKS, RİA ve tüpligasyondur. Geleneksel yöntemler arasında ise geri çekme yöntemi en çok bilinen yöntem olarak tespit edilmiştir. Gürbüz (2019) ve Karabulutlu ve Ersöz (2017) çalışmasında kadınların en çok bildiği yöntemlerin sırasıyla OKS, RİA ve kondom olduğunu; Aktoprak (2012) ise kadınlar tarafından en çok bilinen yöntemlerin sırasıyla kondom, RİA, OKS ve geri çekme yöntemi olduğunu belirtmiştir. Görüldüğü gibi çalışmamızdaki bulgular birçok çalışma ile paralellik göstermektedir. Araştırmaya katılan kadınların AP yöntemleri hakkındaki bilgiyi akraba/komşu ve sağlık personelinen aldığı görülmüştür. TNSA (2018) verilerine göre tüm kadınların AP konusunda bilgi kaynağı olarak en çok kamu sektöründeki devlet hastanelerinden aldığı belirtilmektedir. Gürbüz'ün (2019) yaptığı çalışmada kadınların büyük çoğunluğu AP bilgisini sağlık personeli ve akraba/komşudan; Çayan'ın (2009) çalışmasında kadınların büyük çoğunluğunun bu bilgiyi ebe/hemşireden; Özdemir'in (2014) çalışmasında da kadınların AP konusunda bilgiyi en çok sağlık kurumundaki personelden aldığı saptanmıştır. Çalışmamızdaki

kadınların bilgi kaynağı olarak sağlık personelinin daha çok akraba/komşuyu seçmelerinin nedeni olarak kadınların sağlık hizmetlerine erişiminin kısıtlı olması gösterilebilir. Alınan bilginin profesyonel kaynaklardan olmaması doğru bilgiye ulaşma açısından büyük bir engel olduğu ve kadınların üreme sağlığı açısından riskli olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızdaki kadınların yarısından fazlasının AP konusundaki bilgisini yeterli bulduğu tespit edilmiştir. Sağıroğlu ve arkadaşları (2017) yaptıkları çalışmada kadınların yarısından fazlasının AP konusundaki sahip olduğu bilgiyi yeterli bulduğunu tespit etmişlerdir. Dilmen (2019) ve Demirtaş Alpsalaz (2019) yaptıkları çalışmalarında kadınların yarısından fazlasının AP konusundaki bilgisini yeterli bulduğunu belirtmiştir. Çalışmamız birçok araştırma ile paralellik göstermektedir.

Araştırmamızda kadınların en çok kullandıkları AP yöntemlerden RİA, kondom ve hap olduğu belirlenmiştir. Dünya geneli gelişmiş ülkelerde en çok kullanılan yöntemlerin sırası ile hap, kondom ve RİA; daha az gelişmiş ülkelerde ise aylık/üç aylık iğne, hap ve kondom olduğu görülmüştür (United Nations, 2019). Türkiye geneline baktığımızda ise TNSA (2018) verilerine göre kadınların en çok kullandığı yöntemlerin sırasıyla geri çekme, erkek kondomu, RİA ve Tüp ligasyon olduğu görülmüştür. Katırcı (2008) çalışmasında kadınların en çok kullandığı AP yöntemlerinin kondom ve RİA olduğunu belirtmiştir. Kocaöz ve arkadaşlarının (2013) yaptığı çalışmada ise kadınların en çok kullandığı yöntemin RİA olduğu tespit edilmiştir. Yine başka bir çalışmaya baktığımızda Kutlu ve arkadaşları (2014) kadınların en çok kullandıkları AP yöntemlerinin kondom, RİA ve hap olduğunu belirtmiştir. Yapılan çalışmalarda sıralamalar farklı olsa da kadınların kullandığı AP yönteminde tercih ettikleri ilk üç tercihin çalışmamızdaki bulgular ile benzer olduğu dikkat çekmektedir. Çalışmamızda özellikle RİA'nın ve kondomun diğer yöntemlere oranla daha çok kullanıyor olması dikkat çekicidir. Urfa'da yapılmış birçok çalışmada kadınların modern yöntemler arasında en çok tercih ettikleri yöntemin RİA ve kondom olduğu tespit edilmiştir (Hamidanoğlu, 2011; Koruk ve ark, 2017; Ayhan, 2016; Gözükar ve ark, 2015). Araştırma sonuçlarına göre kadınlarda yaş arttıkça ve kalıcı yöntemleri kullanmak istediklerinde RİA yöntemini tercih ettikleri saptanmıştır (Aksu ve Toptaş, 2020; Çağlayan ve ark, 2014; Yılmaz Doğru ve ark, 2016). RİA yönteminin kullanılıyor olması bölgedeki kadınların uzun süre korunmak isteği ile seçtiklerini

düşündürmektedir Araştırmamızdaki kadınların bu nedenlerle RİA yöntemini tercih ettikleri söylenebilir. İkinci tercih edilen yöntemin kondom olmasının nedeninin bölge genelindeki kamu sağlık kurumları tarafından ücretsiz kondom dağıtılması sonucu olduğu söylenebilir.

Araştırmamıza katılan kadınların büyük bir çoğunluğu kullandığı AP yöntemlerinden memnun olduğunu belirtmiştir. Gürbüz (2019), Kocaöz ve arkadaşları (2013) araştırmaya katılan kadınların yarısından fazlasının kullandığı AP yönteminden memnun olduğu sonucuna varmışlardır. Oltuluoğlu (2008), Saydam ve arkadaşları (2006) da yaptıkları çalışmalarında kadınların nerdeyse tamamına yakınının kullandığı AP yönteminden memnun olduğunu saptamışlardır. Ateşer ve arkadaşları (2017) ise yaptıkları çalışmada kadınların kullandığı yöntemlerden memnun olma oranının çok düşük olduğunu belirtmiştir. Araştırmamıza katılan kadınların çoğunluğunun kullandığı yöntemden memnun olması AP hizmetlerinin amacına ulaşması açısından önemli bir yapı taşı olarak görülmektedir.

Kullanılan AP yöntemlerine kadının eşiyle birlikte seçerek karar vermesi memnuniyet açısından önemli bir faktördür (Kocaöz ve ark, 2013). Araştırmamızda kadınların neredeyse tamamına yakını kullandıkları AP yöntemini eşiyle birlikte karar vererek seçtikleri belirlenmiştir. Çok az bir kısmının yöntemi kendi kararıyla seçtiği tespit edilmiştir. TNSA (2018) verilerine göre kadınların yarısından fazlasının yöntem seçiminde eşiyle birlikte karar verdiği tespit edilmiştir. Yerli (2015) çalışmasında kadınların tamamına yakınının AP seçiminde eşiyle birlikte karar verdiğini saptamıştır. Ertop (2009) ve Oltuluoğlu (2008) ise çalışmasında AP yöntemi tercihinde kadınların yarısından fazlasının eşiyle birlikte karar verdiğini saptamıştır. Çalışmamız birçok araştırma ile paralellik göstermektedir. Kadınların AP yöntem kullanımının artışında eşlerin tutumlarının önemli olduğu ve AP danışmanlığına eşlerin de dâhil edilmesi gerektiği söylenebilir.

Araştırmamızda CYKÖ-K ölçeği 1-6 puan puanlama kodu ile değerlendirilmiş olup, bu tür kodlama ile ölçekten alınacak en yüksek puan 108 iken çalışmamızdaki kadınların CYKÖ-K puan ortalamasının $88.24 \pm 11,00$ olduğu saptanmıştır. Çöl (2019), Adana ilinde yaptığı çalışmasında kadınların ortalama CYKÖ-K puanlarını 64.49 olarak bulmuştur. Küt (2018)'ün İstanbul bölgesinde yaptığı çalışmasında ise alınan

ortalama CYKÖ-K puanını 81.80 olarak bulmuştur. Acısu (2019)'nın Karabük ilinde gebe kadınlar üzerinde yaptığı araştırmada ise alınan ortalama CYKÖ-K puanının 60,16 olduğu saptanmıştır. Kısa ve arkadaşları (2014)'nın Gaziantep ilinde yaptıkları çalışmalarında kadınların aldığı CYKÖ-K puan ortalamasının 35.5 olduğunu belirtmiştir. Yılmaz ve arkadaşları (2019) ise Yozgat ilinde yaptıkları araştırmalarında kadınların aldığı ortalama CYKÖ-K puanının 62.81 olduğunu tespit etmiştir. Doğan ve arkadaşları (2013)'nın İç Anadolu bölgesindeki bir ilde yaptıkları çalışmalarında kadınların CYKÖ-K puan ortalamalarının 85.51 olduğunu belirlemiştir. Tüzmen (2019)'in Konya ilinde yaptığı araştırmada ise kadınların CYKÖ-K puan ortalamasını 85.23 olarak bulmuştur. Çalışmamızda elde edilen bulgular ile literatürde incelenen bulgular karşılaştırıldığında bazı araştırmalara göre alınan ortalama CYKÖ-K puanı yüksek iken bazı araştırmalara göre de yakın çıkmıştır.

Literatürde yaş cinsellik üzerine etkisi olan en önemli bir faktör olarak tanımlanmaktadır (Özerdoğan ve ark, 2009; Çöl, 2019). Çalışmamızda eşinin yaşı 35 yaş ve altında olan kadınların ($\bar{x}=89,10$) cinsel yaşam kalitesi düzeylerinin eşleri 35 yaş üzerinde olanlara göre ($\bar{x}=86,94$) daha yüksek seviyede olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Özara Koç (2009)'un yaptığı çalışmada eş yaşı ile cinsellik arasında bir ilişki bulunmadığı saptanmıştır. Çöl (2019) yaptığı araştırmasında eş yaşı arttıkça cinsel işlev ve cinsel yaşam kalitesinin azaldığını tespit etmiştir. Tüzmen (2019) yaptığı araştırmasında eşi 30 yaş üzeri olan kadınlarda da CYKÖ-K puan ortalamasının düşük olduğunu belirlemiştir. Mccool-Mayer ve arkadaşlarının (2018) 135 çalışmayla yaptıkları derlemede ve Sidi ve arkadaşlarının (2007) 230 kadınla Malezya'da yaptıkları çalışmada eş yaşının artması cinsel işlev düzeyi için risk faktörü olarak bildirmişlerdir. Maaita ve arkadaşlarının (2018) 470 kadınla Ürdün'de yaptıkları araştırmada eş yaşının artmasının cinsel disfonksiyon için risk faktörü olduğunu saptamışlardır. Çalışmamız birçok araştırmaya göre benzerlik göstermektedir. İlerleyen yaşla birlikte doku ve organlardaki işlevsel kapasitenin azalması, kadınlarda doğum sayısının artması ve hormonal değişiklikler genç yaştakilerle karşılaştırıldığında ileri yaştaki eşlerde cinsel fonksiyon düzeyi azalabilmekte ve cinsel yaşam kalitesini olumsuz etkilediği düşünülmektedir.

Birçok araştırma eğitim durumu arttıkça yaşanan cinselliğin daha kaliteli olduğunu belirtirken (Ege ve ark, 2010; Özerdoğan ve ark, 2009; Safarinejad, 2006), bir çalışmada eğitimin etkili olmadığı belirtilmektedir (Güvel ve ark, 2003). Çalışmamıza katılan kadınların ve eşlerinin eğitim durumları ile CYKÖ-K puan düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). Üniversite ve lisansüstü mezunu kadınların ($\bar{x}=93.02$) cinsel yaşam kalitesi düzeylerinin ilkökul ve ortaokul mezunlarına ($\bar{x}=87.92$) göre daha yüksek seviyede olduğu belirlenmiştir. Eşi üniversite ve lisansüstü eğitimi olan kadınların ($\bar{x}=91.61$) ise cinsel yaşam kalitesi düzeylerinin eşleri okuryazar olmayan ($\bar{x}=86.07$) ve eşleri ilkökul-ortaokul mezunu olanlara göre ($\bar{x}=88.04$) daha yüksek seviyede olduğu tespit edilmiştir. Yardımcı (2020) yaptığı çalışmada lise ve yüksekokul-üniversite mezunlarının CYKÖ-K puanlarının okuryazar olanlarla kıyaslandığında daha yüksek olduğunu tespit etmiştir. Aynı kadınların eşleri olan erkeklerin eğitim düzeylerinin cinsel yaşam kalitesi puanına etkisi olmadığını saptamıştır. Çöl (2019)'ün yaptığı araştırma sonuçlarına göre ise eş eğitim düzeyinin artmasıyla CYKÖ-K puanının lineer olarak arttığı belirlenmiştir. Değerli Kodaz (2019) gebeler üzerinde yaptığı araştırmasında eşinin öğrenim durumu yüksek olan gebelerde CYKÖ-K puanının yüksek olduğunu tespit etmiştir. Özara Koç (2009) yaptığı çalışmada korunan kadınların eğitim düzeyi arttıkça cinsel yaşamdan aldığı doyumun daha fazla olduğunu tespit etmiştir. Özdemir (2014) ise yaptığı çalışmada kadınların eşlerinin eğitim düzeyi arttıkça cinsel yaşam, cinsel istek, ilişki sıklığı ve alınan doyum parametrelerinin tamamında daha yüksek puan aldıklarını saptamıştır. Yılmaz'ın çalışmasında (2003) ise düşük eğitim düzeyinin cinsel yaşamı olumsuz etkilediği belirlenmiştir. Çalışmamız bu konuda birçok araştırma ile benzerlik göstermektedir. Sonuçlar doğrultusunda eğitim düzeyinin arttıkça cinsel sorunların ifade edilmesinin ve cinselliğin algılama ve anlamlandırılmasının daha rahat olduğu düşünülmektedir. Düşük eğitime sahip olmanın yanında cinsellikle ilgili bilgi yoksunluğunun da var oluşu kaliteli bir cinsel yaşam için önemli bir etken olduğu sonucunu çıkarmaktadır. Özellikle eğitim seviyesi düşük olan kadın ve eşlerine danışmanlık sırasında dikkat edilmeli ve bilgilendirilmeleri yapılması gerekmektedir. Danışmanlık hizmeti verirken bu tür parametrelere de dikkat edilmesi son derece önemlidir.

Çalışmamıza katılan kadınların gelir durumları ile CYKÖ-K puan düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). Gelir durumuna baktığımızda iyi gelir durumuna sahip olan kadınların ($\bar{x}=92.15$) cinsel yaşam kalitesi düzeylerinin düşük gelir durumuna sahip kadınlara ($\bar{x}=87.08$) göre daha yüksek seviyede olduğu belirlenmiştir. Yardımcı (2020) ve Yaralı (2013) araştırma sonuçlarında ekonomik durumun iyi olmasının cinsel yaşam kalitesini olumlu yönde etkilediğini saptamıştır. Karakoyunlu (2007) ve Demirezen (2006) yaptıkları çalışmalarda da gelir durumunu iyi olarak tanımlayan kadınların cinsel fonksiyon yönünden bozukluk görülme oranlarının düşük olduğunu bulmuşlardır. Tashbulatova (2007) yaptığı çalışmasında istek, klitoral duyarlılık ve tatmin ile gelir düzeyi arasında pozitif bir korelasyon olduğunu, gelir düzeyi arttıkça cinsel fonksiyonda artış olduğunu belirtmiştir. Özdemir (2014) ise yaptığı çalışmasında geliri giderine eşit olan grubun geliri giderinden az olan gruba göre cinsel ilişki sıklığı, istek ve cinsel fonksiyonlarının daha iyi, doyum puanlarının ise daha az olduğunu tespit etmiştir. Ege ve arkadaşlarının (2010) ise yaptıkları çalışmada algılanan ekonomik durum ile cinsellik arasında anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir. Çalışmamız birçok araştırma ile benzerlik göstermektedir. Gelir grubu düşük olan kesimlerin yaşadıkları maddi olumsuzluklar nedeni ile cinsel yaşamlarındaki parametrelere dikkat etmediği ve sonuç olarak cinsel yaşamlarının da kaliteli olmadığı düşünülmektedir.

Literatürde evlilik süresinin eşlerin cinsel sorun yaşama riskini arttırdığı belirtilmektedir (Demir ve ark, 2007). Çalışmamıza katılan kadınların evlilik süreleri ile CYKÖ-K puan düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). 10 yıldan az evli olan kadınların ($\bar{x}=89.36$) cinsel yaşam kalitesi düzeylerinin 10 yıl ve üzeri evli olan kadınlara ($\bar{x}=87.14$) göre daha yüksek seviyede olduğu belirlenmiştir. Yardımcı (2020)'nin yaptığı çalışmada evlilik yılının fazla olmasının cinsel yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği tespit edilmiştir. Tüzmen (2019) araştırmasında evlilik süresi beş yıl ve altında olanların cinsel yaşam kalitesi puan ortalamasının, 6-10 yıl ve 10 yıldan fazla evli olanların puan ortalamasından yüksek olduğunu saptamıştır. Güvel ve arkadaşlarının (2003) yaptığı çalışmada evlilik süresindeki artışın kadın cinselliğini olumsuz yönde etkilediği belirtilmiştir. Jaafarpour ve arkadaşlarının (2013) 400 kadınla İran'da yaptıkları çalışmada evlilik yılı 10 yıl ve üzeri olan kadınların cinsel işlev düzeylerinin evlilik yılı 10 yıl ve altı

olan gruba göre daha kötü olduğunu saptamışlardır. Al Bustan ve arkadaşlarının ise (1995) müslüman kadınların gebelik sırasında ve gebelikten sonraki cinsel yaşamlarını inceledikleri araştırmasında evlilik yılı daha az olan kadınların cinselliklerinin olumlu yönde etkilendiğini tespit etmişlerdir. Yapılan başka bir çalışmada evlilik süresinin cinsel yaşamı etkilemediği belirlenmiştir (Tashbulatova, 2007). Çalışma sonuçlarımız birçok araştırma ile paralellik göstermektedir. Evlilik süresinin uzamasıyla ileri yaş, menopoz gibi faktörlerin cinsel yaşamı etkileyebileceği göz önünde bulundurulmalı ve bu gruptaki kadınlara danışmanlık sırasında dikkat edilmelidir.

Kadınların doğurganlığı ve cinsel yaşamı arasındaki ilişki dengede tutulması gereken önemli faktörler arasındadır. Yapılan araştırmalar gebelik/çocuk sayısındaki artışın cinsel yaşam kalitesini olumsuz etkilediğini belirtmiştir (Yaralı ve Hacıoğlu, 2016; Kaçan, 2018). Çalışmamıza katılan kadınların gebelik sayısı ile CYKÖ-K puan düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). 1-2 kez gebe kalan olan kadınların ($\bar{x}=90.46$) cinsel yaşam kalitesi düzeylerinin 3 ve üzeri gebe olan kadınlara ($\bar{x}=87.4$) göre daha yüksek seviyede olduğu belirlenmiştir. Çöl (2019) yaptığı araştırmasında toplam gebelik sayısı ile CYKÖ-K puanı arasında negatif yönde, orta kuvvette anlamlı bir ilişki olduğunu saptamıştır. Tüzmen (2019) çalışmasında primipar kadınların CYKÖ-K puan ortalamasının multipar gruplara göre yüksek olduğunu bulmuştur. Kaplan ve Zeyneloğlu (2018) kadınların gebelik sayısının artmasıyla cinsel doyumlarının arttığını tespit etmişlerdir. Karaçam ve Akyüz (2009) ile Trutnovsky ve arkadaşlarının (2006) yaptıkları araştırma sonuçlarına göre kadınların çocuk sayısının cinsel yaşamalarını etkilemediğini bildirilmişlerdir. Kaplan (2015) araştırmasında gebelik sayısı 1-3 tane olan kadınların cinsel doyumlarının, 4 tane ve üzeri olan kadınların cinsel doyumlarına göre düşük olduğunu belirlemiştir. Çalışma sonuçlarımız birçok araştırma ile paralellik gösterdiği kadar bazı sonuçlara göre farklılık gösterdiği de görülmektedir. Gebelik sayısının artmasının, çiftlerin kadın ve erkek olarak rol ve sorumluluklarının artmasına (anne-baba olma, ekonomik giderlerin artması, beklenti ve önceliklerin değişmesi gibi) neden olduğu ve bu nedenle cinsel yaşamın olumsuz yönde etkilenebileceği düşünülmektedir. Ayrıca birçok gebelik geçirmiş bir kadın her cinsel ilişkiye girdiğinde yaşamını daha fazla yıkacak bir risk altına girdiğini düşünecek ve bu da cinsel yaşamını olumsuz etkileyeceği düşünülmektedir.

Çalışmamıza katılan kadınların düşük sayısı ile CYKÖ-K puan düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). Hiç düşük yapmayan kadınların ($\bar{x}=88.85$) cinsel yaşam kalitesi düzeylerinin 2 ve üzeri düşük yapan kadınlara ($\bar{x}=86.01$) göre daha yüksek seviyede olduğu belirlenmiştir. Tüzmen (2019)' in yaptığı araştırmada düşük yapma durumunun CYKÖ-K puanı üzerinde etkili olmadığını saptamıştır. Gölbaşı ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında düşük durumu ile cinsel işlev bozukluğu arasında anlamlı bir fark olmadığını tespit etmişlerdir. Özmen (2019) ise düşük yapma durumunun cinsel işlevi olumsuz etkilediğini belirlemiştir. Ayrıca Eryılmaz ve arkadaşlarının (2002) yaptıkları araştırma sonuçlarına göre ise düşük sayısı ile cinsel ilişkinin etkilenmesi arasında anlamlı bir fark olmadığını tespit etmişlerdir. Düşük yapma durumu kadının/çiftin psikolojisini olumsuz yönde etkilediği için aynı doğrultuda cinsel yaşamı da olumsuz etkileyeceği düşünülmektedir. Danışmanlık sırasında bu durumdaki kadınlar için psikolojik destek sağlanmalı ve düşük durumunun cinsel yaşamlarına olan etkisi detaylı olarak belirlenmelidir.

Kadınların son gebeliklerinin planlı ve istendik olma durumları ile CYKÖ-K puan düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). Son gebeliği planlı ($\bar{x}=89.03$) ve istenilen ($\bar{x}=89.00$) olan kadınların cinsel yaşam kalitesi düzeylerinin son gebeliği plansız ($\bar{x}=85.62$) ve istenilmeyen ($\bar{x}=85.43$) olan kadınlara göre daha yüksek seviyede olduğu belirlenmiştir. Kaplan (2015) yaptığı çalışmasında son gebelikleri plansız olan kadınların, planlı olan kadınlara oranla cinsel doyumlarının daha düşük olduğunu belirtmiştir. Yine son gebelikleri istenmeyen olan kadınların, istenen gebeliği olan kadınlara göre cinsel doyumlarının daha düşük olduğunu belirtmiştir. Değerli Kodaz (2019) ise yaptığı çalışmasında gebeliğin planlı olup olmaması ile CYKÖ-K puan düzeyi arasında anlamlı bir ilişki saptamamıştır. Araştırmamızın bu sonuçları diğer araştırmalarla benzerlik göstermektedir. Cinsel yaşam kalitesinin düşük olduğu grubun istenmeyen ve plansız gebeliğe sahip olması kullandığı AP yöntemini etkili olarak kullanmadığı ve bunun cinsel yaşama olumsuz yansıdığı sonucunu düşündürür. Şüphesiz plansız ve istenmeyen gebelik çiftlerde özellikle kadın için giderek bir cinsel disfonksiyon haline gelebilir (Lunsen, Laan ve Dalen, 2005; Özvarış, 1997). Plansız ve istendik olmayan gebeliklerin üreme sağlığına olan olumsuz yansımaları sonucu bu kadınların riskli grup olduğu unutulmamalıdır.

AP konusunda daha fazla bilince sahip olunması için sağlık personelleri tarafından bu riskli gruba verilecek hizmetin önemi büyüktür.

Danışmanlık sürecinde aile planlaması hizmeti alan kadının seçimini bilgilenmiş olarak yapması ve bu seçilmiş olan yöntemin cinsel yaşamında sağlayacağı avantaj ve dezavantajları öğrenmesi son derece önemlidir (Apay, 2004; Fışkın ve Beji, 2014). Bu yüzden danışmanlık sürecinde verilen bilginin doğru olması ve doğru aktarımının yapılması son derece önemlidir. Araştırmamızda kadınların AP bilgisini yeterli bulma durumları ile CYKÖ-K puan düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). Aile planlaması konusunda aldıkları bilgiyi yeterli gören kadınların ($\bar{x}=88.78$) cinsel yaşam kalitesi düzeylerinin aldıkları bilgiyi yetersiz gören kadınlara ($\bar{x}=86.44$) göre daha yüksek seviyede olduğu belirlenmiştir. Karaçam ve Akyüz (2009) yaptıkları çalışmasında gebelikten önceki dönemde danışmanlık konusunda bilgi almayanların (%98.4), doğum sonrası cinsel sorun yaşadıklarını belirlemişlerdir. Tüzmen (2019) ise yaptığı çalışmasında cinsellikle ilgili eğitim alan kadınların almayan kadınlara göre daha yüksek cinsel yaşam kalitesi puan ortalamasına sahip olduğunu tespit etmiştir. Çalışmamızda bilgisini yeterli bulan grubun daha fazla cinsel yaşam kalitesine sahip olması diğer araştırmalarla benzerlik göstermektedir. Bilgisini yeterli bulmayan grubun daha düşük cinsel yaşam kalitesine sahip olması, sağlık profesyonellerince bilgi düzeyinin dikkat edilmesi gereken bir unsur olduğunun göstergesidir. Bu sonuçlar doğrultusunda, hemşirelerin cinsel sağlığın korunması ve geliştirilmesi için daha fazla eğitim yapmaları, rutin izlemlerde tarama ölçekleri ile kadınların cinsel sorunlarını tespit etmeleri, erken tanı ve tedavi için sevk etmeleri gerekmektedir.

AP yöntemlerinin kadının cinsel yaşamı üzerine etkisi ile ilgili birçok farklı görüşler bulunmaktadır. Kullanılan aile planlaması yöntemleri bireyin cinsel yaşamını etkileyen önemli faktörlerden biri olmuştur (Saygılı, 2007). Kullanılan kontraseptifin cinsel işlev ve libido üzerine etkileri kişiden kişiye değişebilecek bir durumdur. Yapılan çalışmalar ile kontraseptiflerin cinsel işlev ve kalitesi üzerine olumsuz etkisi olmadığını gösterdiği gibi (Cetişli ve ark, 2016; Fataneh ve ark, 2013; Shahnazi ve ark, 2015), aksini gösteren çalışmalar da mevcuttur (Lunsen, Laan ve Dalen, 2005; Rao ve Nagaraj, 2015; Yılmaz, 2003). Çalışmamızda kullanılan AP yöntemine göre

CYKÖ-K puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır ($t= 7.326$; $p=0.000$; $p<0.05$). Modern AP yöntemlerini kullanan kadınların ($\bar{x}=92.93$) cinsel yaşam kalitesi düzeylerinin geleneksel AP yöntemi kullanan kadınlara ($\bar{x}=89.14$) göre daha yüksek seviyede olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Çetişli ve arkadaşlarının (2016) yaptığı çalışmada modern aile planlaması yöntemlerini kullanan kadınların, geleneksel aile planlaması yöntemlerini tercih edenlere göre cinsel sağlıklarının daha iyi, cinsel yanıtlarının güçlü ve cinsel tatmin düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Kılıç ve arkadaşlarının (2009) aile planlaması yöntemlerinin cinsel yaşantıya etkisinin belirlenmesi amacıyla 31 kadın ile yaptıkları çalışmada; aile planlaması yöntemlerinin her birinin farklı düzeylerde de olsa çiftlerin cinsel yaşantıları üzerinde etkiler yarattığı belirlenmiştir. Yardımcı (2020) yaptığı güncel araştırmasında kullanılan aile planlaması yönteminin cinsel yaşam kalitesi üzerine etkisi olmadığını tespit etmiştir. Safarinejad (2006) ile Karaçam ve Akyüz (2009) de kullanılan kontrasepsiyon yöntemlerinin yaşanan cinsel sorunlar üzerine etkisi olmadığını tespit etmişlerdir. Modern yöntemleri kullanan kadınların geleneksel yöntemleri kullananlara oranla CYKÖ-K ölçeğinin daha yüksek seviyede çıkmasının nedenleri arasında, modern yöntemlerin gebelikten koruyuculuğunun geleneksele göre daha yüksek olması ve modern yöntemlerin büyük çoğunluğunun cinsel ilişkiyi kesintiye uğratmaması, ilişki öncesi hazırlık gerektirmemesi ve istenmeyen gebelik kaygısını azaltması gibi faktörlerin olduğu düşünülmektedir. Ayrıca kullanılan AP yönteminin cinsel yaşam kalitesi üzerine etkisi ile ilgili yapılan araştırmalar da çok azdır. AP yöntemi kullanan kadınların cinsel hayatlarındaki sorunların tespiti ve gerekli müdahalesi açısından cinsellik ve AP konusunda araştırmacılar tarafından daha fazla çalışma yapılması son derece önemli olduğu düşünülmektedir.

Kadınların kullandıkları AP yönteminden memnun olma durumu ile CYKÖ-K puan düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). Aile planlaması konusunda şuanda kullandıkları yöntemden memnun olan kadınların ($\bar{x}=88.58$) cinsel yaşam kalitesi düzeylerinin şuanda kullandıkları yöntemden memnun olmayan kadınlara ($\bar{x}=86.29$) göre daha yüksek seviyede olduğu belirlenmiştir. Özdemir (2014) çalışmasında kullandığı yöntemden memnun olan kadınların cinsel doyumlarının memnun olmayanlara göre daha yüksek olduğunu tespit etmiştir. Alkan

(2020) ise üreme çağındaki kadınların AP yönteminden memnuniyet düzeylerinin arttıkça cinsel fonksiyon düzeyinin de arttığını belirlemiştir. Koç'un çalışmasında (2009) ise anlamlı fark olmamasına rağmen yöntemden memnun olan kadınların cinsel fonksiyon puanlarının memnun olmayanlardan daha yüksek olduğunu tespit etmiştir. Temel (2012)'in çalışmasına göre ise memnuniyet ile cinsel ilişki sırasında duyulan orgazm işlevi arasında anlamlı fark olmadığını saptamıştır. Çalışma sonuçlarımız birçok araştırma ile benzerlik göstermektedir. Özellikle yöntemden memnun olmayan kadınların daha düşük cinsel yaşam kalitesine sahip olması AP konusunda danışmanlık hizmeti alması gerektiğinin göstergesidir. Danışmanlık hizmetleri sırasında AP yöntemlerinin anlatılması, kullandığı yöntemin cinsel yaşamını ne düzeyde etkilediği ve uygun olan yöntemin belirlenip, yöntemin cinsel yaşamına etki edecek olası avantaj ve dezavantajları anlatılması gerekmektedir.

Memnuniyeti etkileyen faktörlerden biri de çiftlerin yöntem seçimine birlikte karar vermesidir. Çiftlerin kendilerine uygun yöntemi tercih etmesi memnuniyeti ve cinselliği etkilemektedir. Bu noktada eşin desteği önem kazanmaktadır (Alkan, 2020; Kocaöz ve ark, 2013). Kadınların kullandıkları AP yöntemine karar veren kişiye göre CYKÖ-K puan düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı farklılığa sahip olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). AP yöntemine eşi ile birlikte karar veren kadınların ($\bar{x}=88.51$) cinsel yaşam kalitesi düzeylerinin AP yöntemine kendi karar veren kadınlara ($\bar{x}=83.72$) göre daha yüksek seviyede olduğu belirlenmiştir. Alkan (2020) yaptığı araştırma sonuçlarında yöntem kullanımında eş desteği olan kadınların cinsel fonksiyonu, eş desteği olmayanlardan/eşinin desteğinden emin olmayan kadınlardan düşük olduğunu tespit etmiştir. Özdemir'in (2014) çalışmasında yönteme eşi ile birlikte karar veren kadınların cinsel fonksiyonlarının sadece eşi karar veren kadınlardan yüksek olduğunu bulmuştur. Kaplan ve Zeyneloğlu (2018)'nin çalışmasında ise eşlerden birinin kararlara katılımı konusunda bazen diyen kadınların cinsel yaşamlarına ilişkin puanlarının evet diyen kadınlardan daha düşük olduğu saptanmıştır. Araştırma sonucumuz birçok araştırma ile benzerlik göstermektedir. Yöntem seçiminde çiftlerin birlikte bilgilendirilmesi ve karar vermeleri için uygun danışmanlık hizmeti verilmesi gerektiği düşünülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Üreme çağındaki kadınların kullandıkları aile planlaması yöntemi ile cinsel yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan araştırma sonuçları aşağıda sunulmuştur.

Araştırmaya katılan kadınların % 76.5'i 18-35 yaş aralığında olup, % 88.1'i ilkokul ve ortaokul düzeyinde eğitilmiş olduğu; eşlerinin ise %60.1'inin 35 yaş ve altı, %66.8'inin ise ilkokul ve ortaokul mezunu olduğu bulunmuştur. Araştırmaya katılan kadınların % 54.8'inin orta düzey gelire sahip olduğu ve %77.8'inin çekirdek ailede yaşadığı belirlenmiştir. Kadınların %82.2'sinin görücü usulü ile evlendiği, %74.5'inin 18 yaş üzeri evlendiği ve %50.4'ünün 10 yıl ve üzeri evli oldukları saptanmıştır. **(Tablo 1).**

Araştırmaya katılan kadınların %72.9'unun üç ve daha fazla sayıda gebeliği olduğu, %69.6'sının düşük yapmadığı, %90.8'inin kürtaj olmadığı ve %94.9'unun ölü doğum yapmadığı bulunmuştur. Yaşadıkları son gebelik durumunda kadınların %76.8'i planlı olarak gerçekleştirdikleri ve %78.8'i ise bu son gebeliğini istedik olarak gördüğü bulunmuştur **(Tablo 2).**

Araştırmaya katılan kadınların %100'ü en az bir AP yöntemi bildiği, %47.1'inin AP yöntemi bilgisini akraba/komşudan aldığı belirlenmiştir. Kadınların %17.3'ünün AP yöntemlerinden en çok RİA'yı bildiği, kadınların %77'sinin AP bilgisini yeterli bulduğu belirlenmiştir **(Tablo 3).**

Kadınların %64.3'ü şu anda kullandıkları AP yöntemi olarak en çok RİA'yı tercih ettikleri ve %85.3'ü ise kullandığı bu yöntemlerden memnun olduğu saptanmıştır. Kadınların %94.4'ü AP yöntemini eşiyle birlikte karar verdiği belirlenmiştir. Kadınların %99.4'ünün aile planlaması yöntemi kullanım durumu eşleri tarafından engellenmemiş olduğu saptanmıştır **(Tablo 4).**

Kadınların aldığı ortalama CYKÖ-K puanının $88.24 \pm 11,0$ olduğu tespit edilmiştir **(Tablo 5).**

Araştırmaya katılan kadınların sosyodemografik özelliklerine göre CYKÖ-K puan ortalamaları karşılaştırıldığında, kadınların ve eşlerinin eğitim durumu üniversite

ve lisansüstü olanların, eşinin yaşı 35 yaş ve altında, 10 yıldan az evli ve gelir durumu iyi olan kadınların cinsel yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.05$) **(Tablo 6)**.

Kadınların yaşına, aile tipine, evlilik yaşına ve evlilik tipi durumuna göre CYKÖ-K puan ortalamaları açısından farkın anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$) **(Tablo 6)**.

Araştırmaya katılan kadınların obstetrik özelliklerine göre CYKÖ-K puan ortalamaları karşılaştırıldığında, 3 ve üzeri gebelik geçirmiş ve hiç düşük yapmamış, son gebeliği planlı ve istendik olan kadınların cinsel yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.05$) **(Tablo 7)**.

Kadınların kürtaj sayısı ve ölü doğum sayısı durumları ile CYKÖ-K puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$) **(Tablo 7)**.

Araştırmaya katılan kadınların AP bilgi durumuna göre CYKÖ-K puan ortalamaları karşılaştırıldığında, AP bilgisini yeterli bulma durumu ile cinsel yaşam kalitesi arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). AP bilgisini yeterli bulan grubun cinsel yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.05$) **(Tablo 8)**.

Araştırmaya katılan kadınların şu anda kullandıkları AP yöntem türüne göre CYKÖ-K puan ortalamaları karşılaştırıldığında, kullanılan yöntem ile cinsel yaşam kalitesi arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($t= 7.326$; $p=0.000$; $p<0.05$). Modern AP yöntemlerini kullanan kadınların cinsel yaşam kalitesi düzeylerinin geleneksel AP yöntemi kullanan kadınlara göre daha yüksek seviyede olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) **(Tablo 9)**.

Araştırmaya katılan kadınların AP memnuniyet durumuna göre CYKÖ-K puan ortalamaları karşılaştırıldığında, AP yönteminden memnun olma durumu ile cinsel yaşam kalitesi arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). AP yönteminden memnun olan kadınların cinsel yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.05$) **(Tablo 10)**.

Araştırmaya katılan kadınların kullandıkları AP yöntemine karar veren kişiye göre CYKÖ-K puan ortalamaları karşılaştırıldığında, AP yöntemine karar veren kişi durumu ile cinsel yaşam kalitesi arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). AP yöntemine eşi ile birlikte karar veren kadınların cinsel yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.05$) (**Tablo 10**).

Araştırmaya katılan kadınların eşleri tarafından AP engellenme durumuna göre CYKÖ-K puan ortalamaları karşılaştırıldığında aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$) (**Tablo 10**).

6.2. Öneriler

Üreme çağındaki kadınların kullandıkları aile planlaması yöntemi ile cinsel yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan araştırmanın verilerinin değerlendirilmesi sonucunda öneriler şunlardır:

- AP kliniklerine başvuran bireylerin danışmanlık sırasında değerlendirilmesinde özellikle eğitim düzeyi düşük kadınların ve eşlerinin AP konusundaki bilgi düzeyleri tespit edilip bu konuda eğitim verilmeli,
- Gelir durumu kötü olan bireylerin/çiftlerin sağlık hizmetlerine ulaşımı sağlanıp, modern yöntemlerin temini sağlanmalı,
- Plansız ve istenmeyen gebeliklere sahip olan kadınların kullandıkları AP yöntemleri ve etkili bir şekilde kullanıp kullanmadıkları tespit edilmeli, plansız ve istenilmeyen gebeliklerin ileride cinsel yaşamı olumsuz etkileyebileceği konusunda bilgi verilmeli,
- AP kliniklerine başvuran kadınlara üreme sağlığı ve aile planlaması ile ilgili hizmet danışmanlığı verilirken cinsel sağlık üzerinde de durulmalı,
- Kadın sağlığını sadece üreme dönemi ile kısıtlamayıp adolesan ve postmenopozal dönemleri de dâhil ederek bütüncül bir yaklaşımla ele alan üreme sağlığı hizmetleri verilmeli ve rutin hale getirilmeli,
- Aile planlaması ve cinsellik eğitimi programlarında kadın ve erkeğin birlikte katılımının ve bilinçlendirilmesi sağlanmalı,
- Yöntem seçiminde gebeliği etkili şekilde önleyen modern yöntemlerin kullanımına teşvik edilerek cinsel doyumlarının artırılması ve bu sayede de eşlerin evlilik uyumlarına olumlu etkide bulunması sağlanmalı,

- AP yöntemlerin anlatıldığı kitap/broşür vb. yazılı materyallerin içeriğine AP yöntemlerinin cinsellik üzerine etkisi ile ilgili bir bölüme yer verilmeli ve kullanıcılara bu konuda bilgi verilmeli,
- AP hizmetlerini daha etkin kılmak adına AP yöntemlerle ilgili çiftlerin cinsel fonksiyonlarının değerlendirildiği benzer çalışmalar yapılmalıdır.



KAYNAKLAR

- ACOG.(2014). Obstetrics and Gynecology. 7nd Ed. Philadelphia: WoltersKluwer, LippincottWilliam&Wilkins.
- Acısu, G. (2019). Gebelikte Cinsel Yaşam Kalitesi ile Libido Skor Düzeylerini Etkileyen Faktörler. T. C. Karabük Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi.
- Adalı, E., Yıldızhan, R., Ataman, O.(2008). Acil Kontrasepsiyon. Van Tıp Dergisi, 15 (1):34-39.
- Akın, A., Özvarış, ŞB.(2006). Kadın Sağlığı/Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması. Halk Sağlığı Temel Bilgiler, Ankara, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, sf.188-314.
- Akın, B., Erdem, H., Ege, E.(2006). 15-49 Yaş Evli Kadınlarda Vajinal Duş Uygulaması Ve Olumsuz Etkileri. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi, 3(2): 1-16.
- Aksu, H., Karaöz, B.(2008). Acil Kontrasepsiyon Yöntemlerinin Tanıtım Gereksinimi. Sağlık Bilimleri Dergisi (Journal of Health Sciences), 17(1): 63-68.
- Aksu, H., Toptaş, B. (2020). Perimenopozal Dönemdeki Kadınların Kontraseptif Yöntem Kullanım Durumları. Journal of Human Sciences, 17(2):548-557.
- Aksu, H. (2008). Kontraseptif Yöntemler. Kadın Sağlığı, 1.baskı, İstanbul, Bedray Basın Yayıncılık, sf. 288-330.
- Aktoprak, M. (2012). Evli Kadınlar Ve Eşlerinin Aile Planlamasına Yönelik Tutumları ve İlişkili Faktörler. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Al Bustan, M.A., Tomi, E., Faiwalla, M., Manav, V. (1995). Maternal sexuality during pregnancy and after childbirth in muslim Kuwaiti women. Archives of Sexual Behavior, 24(2):207-215.
- Alam, I., ve ark.(2013). Type Preparation And Evaluation of Transdermal Patch: A Review. World J Pharm Sci, 2(4):2199-233.
- Alkan, D. (2020). Kontraseptif Yöntem Kullanımının Bireyin Cinsel Fonksiyonuna Etkisi. T.C. Bezmialem Vakıf Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

- Alkan, E.(2008). Cinsel İşlev Bozuklukları ve Kişilerarası Tarz, Öfke, Kendilik Algısı. T.C. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.
- American Psychiatric Association (APA). (2013). DSM-V Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th Edition, American Psychiatric Association, Washington, DC.
- Apay, E.S.(2004). Nişanlı Çiftlerin Evlendikten Sonra Kullanmayı Düşündükleri Aile Planlaması Yöntemleri, Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.
- Archer, D.F., Mauck, C.K., Viniegra-Sibal, A., Anderson, F.D.(1995). Lea's Shield: A Phase I Postcoital Study Of A New Contraceptive Barrier Device. Contraception, 52(3):167-73.
- Ateşer, G.B., Güzel, E., Kaya, S., Aydın, D.S., Şahbaz, N., Durmuş, M.K.(2017). Türk Kadınlarının Gebelikten Korunma Yöntem Tercihleri. Okmeydanı Tıp Dergisi, 33(4):241-246.
- Attardi, B. J., Engbring, J. A., Gropp, D. ve Hild, S. A.(2011). Development of Dimethandrolone 17 β -Undecanoate (DMAU) as an Oral Male Hormonal Contraceptive: Induction of Infertility and Recovery of Fertility in Adult Male Rabbits. Journal of andrology, 32 (5): 530-540.
- Audet, M.C., ve ark.(2001). Evaluation of Contraceptive Efficacy and Cycle Control of a Transdermal Contraceptive Patch vs an Oral Contraceptive: A Randomized Controlled Trial. JAMA, 285(18): 2347-2354.
- Ayhan, S. (2016). Şanlıurfa'da Mevsimlik Tarım İşçisi Kadınların Kullandıkları Aile Planlaması Yöntemleri, Tercih Nedenleri ve Etkileyen Faktörler. T.C. Harran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Şanlıurfa.
- Babadağlı, B., Şahin, S.(2006). Sakarya Doğum ve Çocuk Bakımevi ile SSK İzmit Hastanesi'nde Doğurganlık Dönemi Kadınların Aile Planlaması ve Danışmanlığı Konusunda Bilgi ve Tutumlarının Karşılaştırılması, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 1(2):52-64.

- Basson, R. (2000). The Female Sexual Response: A Different Model. *Sexual Marital Therapy*, 26(1):51-65.
- Beji, N.K. (2015). Hemşire ve Ebelere Yönelik Kadın Sağlığı ve Hastalıkları, 2. Baskı. Nobel Tıp Kitabevi.
- Bendix, D., Foley, E.E., Hendrixson A., Schultz, S. (2020). Targets and Technologies: Sayana Press and Jadelle in Contemporary Population Policies. *Gender, Place & Culture A Journal of Feminist Geography*, 27(3): 351-369.
- Beştepe, G., Ellidokuz, H., Temel, A., Atılgan, A. (2003). Aile Planlaması Konusunda Özellikler: Afyon'dan Bir Kesit. *Sted dergisi*, 12(5):180-183.
- Bianchi-Demichelia, F., Perrin, E., Lüdickea, F., Campanaa, A. (2001). Contraception and Sexuality After Termination Of Pregnancy: A Comparison Between Lugano And Geneva. *Swiss Med Wkly*, 13(1): 515–520.
- Bilgin, Z., Kömürcü, N. (2016). Kadın Cinselliği ve Kanıt Temelli Yaklaşımlar. *Androloji Bülteni*, 18(64): 48–55.
- Black, A., Guilbert, E., Costescu, D., Dunn, S., et al. (2015). Canadian Contraception Consensus (Part 1 Of 4). *Journal Of Obstetrics And Gynaecology Canada*, 37(10): 936-938.
- Bounds, W., Guillebaud, J. (1999). Lea's Shield Contraceptive Device: Pilot Study Of Its Short-Term Patient Acceptability And Aspects Of Use. *Br J Fam Plann*, 24(4): 117-20.
- Bozdemir, N., & Özcan, S. (2011). Cinselliğe ve Cinsel Sağlığa Genel Bakış. *Turkish journal of family medicine and primary care*, 5(4): 37-46.
- Burke, H.M., et al. (2014). Observational Study Of The Acceptability Of Sayana Press Among Intramuscular DMPA Users In Uganda And Senegal. *Contraception*, 89(5): 361-367.
- Burkman, R.T. (2007). Transdermal Hormonal Contraception: Benefits and Risks. *Clinical Opinion General Gynecology*, 197(2): 134.e1–134.e6.

- Cankardaş, S., Tosun, A. (2016). Sağlık İnanç Modeli Çerçevesinde Gençlerde Kondom Kullanımını Etkileyen Faktörler. Türk Psikoloji Dergisi, 31(77): 31-41.
- CETAD (Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği). (2006). Kadın Cinselliği. ErişimAdresi:(<http://www.cetad.org.tr/CetadData/Books/37/pdf-dosyasini-indirmek-icin-tiklayiniz.pdf>.)Erişim Tarihi: 24.12.2019.
- Cetişli, N.E., Top, E.D., Arkan, G., Kaba, F., Ertop, F. (2016). Evli Kadınların Kullandıkları Aile Planlaması Yönteminin Cinsel Yaşam ve Benlik Saygısına Etkisi. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 13 (2): 101-106.
- Chung-Park, M.S. (2007). Evaluation Of Pregnancy Prevention Programme Using The Contraceptive Baheviour Cahnge Model. Journal of Advanced Nursing, 61(1):81-91.
- Clayton, A.H. (2003). Sexual Function and Dysfunction İn Women. Psychiatric Clinics of North America, 26(3), 673-682.
- Çağlayan, E.K., Kara, M., Aslan, N. (2014). Yozgat İlinde Yaşayan Kadınların Kullandığı Kontraseptif Yöntemler. Cumhuriyet Tıp Dergisi; 36: 57-61.
- Çalışkan, D., Sakızlıgil, B.H., Ocaktan, M.E.(2012). The Awareness And Use of The Female Condom Among Women at Low And High Risk For Sexually Transmitted İnfections İn Ankara, Turkey. Dicle Tıp Dergisi, 39(1): 9-15.
- Çalışkan, D.(2005). Geleneksel İntravaginal Uygulama "Vajinal Duş, Lavaj" Yapılmalı mı? Yapılmamalı mı?. Sted Dergisi, 14(1): 15-18.
- Çayan, A.(2009). 15–49 Yaş Evli Kadınların Aile Planlaması Yöntemlerine İlişkin Tutumlarının Kullandıkları Kontraseptif Yöntemler İle İlişkisi. T.C. Adnan Menderes Üniversitesi, Aydın.
- Çetin, M., Selman, Ş.B., Umur, Y.F.(2011). Evlilik ve Sağlık. T.C. Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı Aile ve Toplum Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 60-61.

- Çoban, V. (2012). Postpartum Dönemdeki Kadınların Cinsel Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Faktörler. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Sivas.
- Çorak, G., Özsoy, S.A., Vural, B.K., Tuncay, B. (2008). Vazektomi Olan Erkeklerin Yönteme İlişkin Görüşlerinin İncelenmesi. Aile ve Toplum Dergisi, 10(4): 43-54.
- Çöl, D.(2019). Birinci Basamaktaki Evli Kadınların Cinsel İşlev Bozukluğu ve Cinsel Yaşam Kalitesi Yönünden İncelenmesi ve Etki Eden Faktörlerin Araştırılması. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıpta Uzmanlık Tezi.
- Değerli Kodaz, N. (2013). Gebelikte Cinsel Yaşam Kalitesi ve İlişkili Faktörler. Yüksek Lisans Tezi. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Konya, Türkiye.
- Demir, Ö., Parlakay, N., Gök, G., Esen, A.A. (2007). Hastane çalışanı bayanlarda cinsel işlev bozukluğu, Türk Üroloji Dergisi, 33 (2): 156-160.
- Demiray, Ö.(2006). Evlilikte Uyumun Demografik Özelliklere Göre İncelenmesi. Dicle Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Diyarbakır.
- Demircan, K. (2003). Cinsel zeka. Focus, Popüler Bilim ve Kültür Dergisi, 6(12):4-14.
- Demirezen, E., Erdoğan, S., Önem, K. (2006). Birinci Basamak Sağlık Merkezine Başvuran Kırk Yaşın Altındaki Kadınlarda Cinsel Fonksiyonun Değerlendirilmesi. Androloji Bülteni, 177-180.
- Demirgöz, M., Canbulat, N. (2007). Emergency Contraception. Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst, 17(5):376-84.
- Demirtaş Alpsalaz, S. (2019). 18-49 Yaş Grubu Evli Kadınların Eş Şiddetine Maruz Kalmaları İle Aile Planlaması Tutum ve Davranışları Arasındaki İlişki. T.C. Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Sivas.

- Dilbaz, B. (2012). Kombine Hormonal Kontraseptifler: Kombine Oral Kontraseptif Haplar, Kombine Patchler, Vajinal Halka (NuvaRing), Aylık Enjeksiyon (Mesigyna). *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst-Special Topics*, 5(1):22-7.
- Dilmen, S. (2019). Adölesan Gebelerin Aile Planlamasına Yönelik Tutumları ve Kullandıkları Kontraseptif Yöntemler. T.C. Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Nevşehir.
- Dirican, R., Bilgen, N. (1992). *Halk Sağlığı*. Bursa, (2):377-390.
- Dirican, R. (1998). Nüfus Sorunları ve Aile Planlaması. *Ana Çocuk Sağlığı*. Ankara, 81-177.
- Djerassi, C. (2020). "Fertility Awareness: Jet-Age Rhythm Method?". *American Association for the Advancement of Science*, 248(4959): 1061-1062.
- Doğan, T., Tuğut, N., Gölbaşı, Z.(2013). The Relationship Between Sexual Quality of Life, Happiness, and Satisfaction with Life in Married Turkish Women. *Sexuality and Disability*, 31(3): 239–247.
- Doğan, G.(2008). Kontrasepsiyon Amaçlı Başvuran Kadınların Erkek Kontrasepsiyonuna Bakış Açısı. Afyon, Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.
- Doğan, S.(2011). Cinsel İşlev Bozuklukları, Depresyon ve Antidepresanlar. *Journal of Mood Disorders*, 1(2):81-6.
- Doğan, S., Altınyazar, V., Eker, E.(2008). Kadın Cinsel İşlev Bozukluklarında Farmakolojik Tedavilerin Yeri. *Yeni Symposium Journal*, 46(4):188–199.
- Duman, N.B.(2019). Aile Planlaması Yöntemlerinde Güncel Yaklaşımlar. *Cinsel Sağlık*. Nobel Tıp Kitabevi, 357-391.
- Dündar, T., Özsoy, S.(2019). Gönüllü Sterilizasyonda Eş Onayı: Bir Üreme Hakkı İhlali mi?. *Sted*, 28(3): 222-227.
- Ege, E., Akın, B., Yaralı Arslan, S., Bilgili, N.(2010). Sağlıklı Kadınlarda Cinsel Fonksiyon Bozukluğu Sıklığı ve Risk Faktörleri. *Türk Bilim Araştırma Vakfı Bilim Dergisi*, 3(1):137-144.

- Elmas, E.(2010). Adana Bölgesinde Yaşayan 18 Yaş Altı ve 35 Yaş Üstü Kadınların Kontraseptif Yöntem Kullanım Özelliklerinin Araştırılması. T.C. Çukurova Üniversitesi, Adana.
- Erenel, A.Ş., Eroğlu K.(2009). Doğum Sonrası Dönemde Ev Ziyareti Yoluyla Desteklenen Emzirme Eğitim Modelinin Laktasyonel Amenore Metoduna Etkisi. Türkiye Klinikleri J Gynecol Obstetric, 19(4):179-88.
- Ertop, N.G. (2009). 15-49 Yaş Arası Evli Kadınların Kullandıkları Aile Planlaması Yönteminin Eş Uyumuna Etkisinin İncelenmesi. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği, Yüksek Lisans Tezi. Samsun.
- Ertop, N.G., Altay, B.(2012). 15-49 Yaş Arası Evli Kadınların Kullandıkları Aile Planlaması Yönteminin Eş Uyumuna Etkisinin İncelenmesi. Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 14(3):1-8.
- Eryılmaz, G., Ege, E., Zincir, H. (2002). Gebelikte Cinsel Yaşamı Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 5(1).
- Esmail, S., Esmail, Y., Munro, B. (2001). Sexuality and Disability: The Role of The Healthcare Professionals in Providing Options And Alternatives For Couples. Sex Disabil, 19(4): 276.
- Farra, R., ark.(2012). First-in-Human Testing of a Wirelessly Controlled Drug Delivery Microchip. Science Translational Medicine, 4(122):121-122.
- Fataneh, G., Marjan, M.H., Nasrin, R., Taraneh, T.(2013). Sexual Function in Iranian Women Using Different Methods of Contraception. Journal of Clinical Nursing, 22(21): 3016–3023.
- Ferger, B., Shimasaki, M., Ceci, A., Ittrich, C., Allers, K.A., Sommer, B.(2010). Flibanserin, A Drug Intended For Treatment of Hypoactive Sexual Desire Disorder in Pre-Menopausal Women, Affects Spontaneous Motor Activity and Brain Neurochemistry in Female Rats. Naunyn Schmiedebergs Arch Pharmacol, 381(6):573–9.

- Fıfşkın, G., Beji, N.K.(2014). Cinsel Fonksiyonun Değerlendirilmesi Ve Hemşirenin Rolü. Androloji Bülteni, 16(56): 73-76.
- FPA.(2019). Your Guide To The Contraceptive Vaginal Ring: Helping You Choose The Method Of Contraception That's Best For You. Erişim Adresi: <https://www.fpa.org.uk/sites/default/files/contraceptive-vaginal-ring-your-guide-2019.pdf>. Erişim Tarihi:13.04.2020.
- Gabalıcı, E.(2008). Üreme Çağındaki Kadınların Kullandıkları Aile Planlaması Yöntemlerinin Cinsel Yaşama Etkisi. Yüksek Lisans Tezi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Anabilim Dalı, Ankara.
- Gabalıcı, E., Terzioğlu, F.(2008). The Effect of Family Planning Methods Used by Women of Reproductive Age on Their Sexual Life. Sex Disabil, 28(4):275–285.
- Galzote, R.M., Rafie, S., Teal, R., Mody, S.K.(2017). Transdermal Delivery Of Combined Hormonal Contraception: A Review of The Current Literature. International Journal of Women's Health, (9):315-321.
- Geçici, F. (2011). Gaziantep Üniversitesi Öğrencilerinin Cinsellik Ve Üreme Sağlığı Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi. T.C. Gaziantep Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi.
- George, D., Mallery, M. (2010). SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference, 17.0 update (10a ed.) Boston: Pearson.
- Georgetown University.(2011). CycleBeads Integration Guide: A Toolkit for Family Planning Programs. Erişim Adresi: http://irh.org/wp-content/uploads/2013/04/CycleBeads_Integration_Guide_V1_2011.pdf. Erişim Tarihi: 05.04.2020.
- Gezginc, K., Balcı, O., Karataylı, R., Çolakoğlu, M.C.(2007). Contraceptive Efficacy and Side Effects Of Implanon. Eur J Contracept Reprod Health Care., 12(4):362-5.

- Giray, S. (1995). Kadınların Ve Erkeklerin Cerrahi Sterilizasyon Yöntemi Olan Tüpligasyonu - Vazektomi İşlemlerine İlişkin Duygu Ve Düşüncelerinin İncelenmesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.
- Gökdemirel, S.Ö. (2004). Ülkemiz İçin Yeni Bir Gebelikten Korunma/Gebe Olabilme Yöntemi: Billings Ovulasyon Metodu. İstanbul Üniversitesi F.N.Y.O. Dergisi, 13(52): 67-77.
- Gölbaşı, Z., Erenel, A.Ş., Turan, Z.(2017). Gebelikten Koruyucu Yöntem Kullanan Kadınlarda Cinsel Fonksiyon Bozukluğunun Belirlenmesi. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2(1):09-17.
- Gölbaşı, Z., Evcili, F.(2013). Hasta Cinselliğinin Değerlendirilmesi ve Hemşirelik: Engeller Ve Öneriler. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 16(3): 182-189.
- Gölbaşı, Z., Tuğut, N., Şentürk Erenel, A., Eroğlu, K. (2014). Jinekoloji polikliniğine başvuran evli kadınlarda cinsel işlev bozukluğu yaygınlığı ve ilişkili bazı faktörler. Cumhuriyet Tıp Derg, 36: 1-10.
- Gözükara, F., Kabalcıoğlu, F., Ersin, F. (2015). Şanlıurfa İlinde Kadınların Aile Planlamasına İlişkin Tutumlarının Belirlenmesi. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi,12(1): 9-15.
- Graziottin, A. (2006). A Review of Transdermal Hormonal Contraception Focus on the Ethinylestradiol/Norelgestromin Contraceptive Patch. Treat Endocrinol, 5(6): 359-65.
- Gu, Y., Liang, X., Wu, W., Liu, M., Song, S., et al.(2009). Multicenter Contraceptive Efficacy Trial Of Injectable Testosterone Undecanoate in Chinese Men. J Clin Endocrinol Metab, 94(6): 1910-1915.
- Guida, M., Sardo, A.D.S., Bramante, S., Sparice, S., Acunzo, G., Tommaselli, G.A., et al. (2005). Effects Of Twotypes Of Hormonal Contraception- Oral Versus İntavaginal- On The Sexual Life of Women And Their Partners. Human Reproduction, 20(4):1100-1106.

- Guillebaud, J. (2019). Combined Hormonal Contraception. Contraception today. CRC Press, 9th Edition.
- Gölsün, M., Aydın, H. ve Gülçat, Z. (2005), A study on marital relationship and male sexual dysfunction. *Psychiatry in Turkey*, 7(3):98-102.
- Gün, İ., Muhçu, M., Babacan, A., Atay, V.(2009). Postpartum Amenore ve Gebelikten Korunma. *TAF Prev Med Bull*, 8(6):503-506.
- Gönalp, S., Yöce, K.(2014). Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. Güneş Tıp Kitapevleri.
- Göngör, Z. (2000). Cinsel Davranışlar Ve Kondom. Hacettepe Üniveristesi. Erişim adresi: http://www.thb.hacettepe.edu.tr/arsiv/2000/sayi_1/baslik6.pdf. Erişim tarihi:19.03.2020.
- Görbüz, T.K. (2019). Dokuz Eylül Üniversitesi 10 No'lu Gaziemir Eğitim Asm'de Kayıtlı 15-49 Yaş Arası Evli Kadınların Aile Planlaması Konusundaki Tutumlarının Doğurganlık Düzeyleri İle İlişkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi. İzmir.
- Gürsoy, S. (1998). Kadınlarda Cinsel Davranış Özellikleri ve Bunların Zaman Boyunca Değişimi. İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul.
- Güvel, S., Yaycıoğlu, Ö., Bağış, T., Savaş, N., Bulgan, E., Özkardeş, H.(2003). Evli Kadınlarda Cinsel Fonksiyonlara Etkin Faktörler. *Türk Üroloji Dergisi*, 29(1):43-48.
- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü.(2018). Aile Planlaması, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması TNSA. Ankara, 83-105. (http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/TNSA_2018_anarapor.pdf . Erişim Tarihi: 21.11.2019)
- Haeberle, E.J. (1993). Cinsel Atlas. Akın M (Ed), 2. baskı, İstanbul.
- Hallward, A., Ellison, J.M. (2001). Antidepressants and Sexual Function. London, Harcourt Health Communications.

- Hamidanoğlu, M. (2011). Sanlıurfa'da Aile Planlaması Hizmetlerinin Değerlendirilmesi. T.C. Harran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Şanlıurfa.
- Harris, A. (2018). The Schism of'68: Catholicism, Contraception and Humanae Vitae in Europe, 1945-1975. *Gewerbestrass*, (11): 6330.
- Hasegawa, A., Tanaka, H., Shibahara, H.(2013). Infertility and Immunocontraception Based On Zona Pellucida. *Reprod Med Biol*, (13):1-9.
- Homewood, S., Heyer, C.(2017). Turned On / Turned Off: Speculating on the Microchip-based Contraceptive Implant. Erişim Adresi: https://www.researchgate.net/publication/317422788_Turned_On_Turned_Off_Speculating_on_the_Microchip-based_Contraceptive_Implant. Erişim Tarihi:08.04.2020.
- Hoover, K., Goldstein, A. (2005). Kadın Cinsel Fonksiyonu ve Disfonksiyonu. İçinde: John Hopkins Jinekoloji ve Obstetrik El Kitabı. İkinci baskı, Çeviren: Işık AZ, Atlas Kitapçılık, Ankara, 419-425.
- Ilani, N., Roth, M. Y., Amory, J. K., Swerdloff, R. S., Dart, C., et al.(2012). A New Combination of Testosterone and Nestorone Transdermal Gels for Male Hormonal Contraception. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 97(10): 3476-3486.
- İnal, M.M. (2006). Bariyer Kontraseptif Yöntemler. *Türkiye Klinikleri Journal of Surgical Medical Sciences*, 2(22):41-50.
- İncesu, C. (2004). Cinsel İşlevler Ve Cinsel İşlev Bozuklukları. *Klinik Psikiyatri*, (3):3-13.
- İncesu, C.(2011). DSM-V ve Cinsel İşlev Bozuklukları. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 48(1):1-6.
- İtil, İ.M. ve ark. (2012). Oral Kontrasepsiyon Kılavuzu. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği*, 18.

- İzol, V., Değer, M., Arıdoğan, İ.A.(2013). Erkek Kontrasepsiyon Yöntemleri. Journal Agent, 15(53): 117-21.
- Jaafarpour, M., Khani, A., Khajavikhan, J., Suhrabi, Z. (2013). Female sexual dysfunction: prevalence and risk factors. J Clin Diagn Res, 7(12):2877-80.
- John, L., Hamilton, O.N., Krisztina, B., John's, N.L., Céline, B., Quebec, Q.C.,Margaret, B., et al.(2012). Female Sexual Health Consensus Clinical Guidelines. J.Obstet Gynaecol Can, 34(8):1–4.
- Kaçan, T. (2018). Çalışan Evli Kadınların Cinsel Yaşam Kalitesinde Toplumsal Cinsiyet Roller ve Çift Uyumu İlişkisi, İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Kahraman, K. (2005). Nevşehir Özkonak Kasabasında Yaşayan 15-49 Yaş Grubu Kadınların Aile Planlaması Uygulamaları, Hemşirelik Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Kayseri.
- Kalem, M.N., Köşüş, A., Köşüş, N., Kalem, Z., Eser, A.A.(2016). Kontraseptif Aşılar. Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst. 26(1): 42-51.
- Kanbur, A., Çapık, C. (2011). Servikal Kanserden Korunma, Erken Tanı-Tarama Yöntemleri ve Ebe/Hemşirenin Rolü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi,18(1): 61-72.
- Kaplan, E. (2015). Aile Planlaması Yöntemi Olarak Eşleri Koitus İnterruptus Uygulayan Kadınların Cinsel Doyumlarının Evlilik Uyumları Üzerine Etkisi. Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.
- Kaplan, E., Zeyneloğlu, S. (2018). Geri Çekme Yönteminin Kadınların Cinsel Doyumları ve Evlilik Uyumlarına Etkisinin Belirlenmesi. Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 1(1): 10 – 17.
- Kaplan, H.S.(1974). The New Sex Therapy. Published by Brunner-Routledge, The United States America.

- Karabulutlu, Ö., Ersöz, B.(2017). Kars İli, Susuz İlçe Merkezine Bağlı Aile Planlaması Yöntemi Kullanan 15-49 Yaş Grubu Evli Kadınlarda Kullanılan Yöntem ve Yöntem Seçimini Etkileyen Faktörler. *Caucasian Journal of Science*.
- Karaçam, Z., Akyüz, E.Ö. (2009). Doğum Sonrası Cinsel Sorunlar Ve Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi. Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.
- Karadağ, G., Koçak, H.S., Yılmaz, M.(2013). Kadınların Gebeliği Önleyici Yöntemleri Kullanma ve Tercih Etme Nedenleri. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(1):13 – 25.
- Karakoyunlu, F. (2007). Evli Kadınlarda Cinsel Fonksiyon Bozukluğu Görülme Sıklığı Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın ve Doğum hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi Antalya, Akdeniz Üniversitesi.
- Kaşlı, F. (2014). Aile Planlaması. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Yüksek Lisan Tezi.
- Katırcı, D. E., Öngel, Y. (2008). Isparta İl Merkezindeki Kadınlarda Kontraseptif Kullanımında Etkili Demografik Ve Sosyokültürel Faktörler.
- Katırcı, E. (2008). Isparta İl Merkezindeki Kadınlarda Kontraseptif Kullanımında Etkili Demografik ve Sosyokültürel Faktörler. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Isparta.
- Kaur, K., Prabha, V. (2014). Immunocontraceptives: New Approaches to Fertility Control. *Journal of Biomedicine and Biotechnology*, (12): 1-12.
- Kaya, H., Tatlı, H., Açık, Y., Deveci, S.E. (2008). Bingöl İli Uydükent Sağlık Ocağı Bölgesindeki 15–49 Yaş Kadınların Aile Planlaması Yöntemi Kullanım Düzeyinin Belirlenmesi. *F.Ü. Sağ. Bil. Dergisi*, 22(4): 185-191.
- Kayır, A. (2009). Kadın Cinsel Uyarılma Bozukluğu (FSAD). *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics*, 2(4):34-6.
- Keith, B., Wood, S., Tifft, S., Hutchings, J. (2014). Home-Based Administration Of Sayana Press: Review And Assessment Of Needs In Low-Resource Settings. *Contraception*, 89(5): 344-351.

- Kesim, S.İ., Aker, M.N., Uslu, E. (2017). Erkeklerle Yönelik Modern Kontraseptif Yöntemlerin Çiftlerin Cinsel Doyumu Üzerine Etkisi: Sistematik Derleme. Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi, (6): 23-36.
- Khourdaji, I., Zillioux, J., Eisenfrats, K., Foley, D., Smith, R. (2018). The Future Of Male Contraception: A Fertile Ground. Translational Andrology and Urology, 7(2): 220-235.
- Kılıç, A., Akyüz, A., Yavan, T., Güvenç, G. (2009). Kontraseptiflerin Cinsel Yaşantıya Etkileri Üzerine Niteliksel Bir Çalışma. Türkiye Klinikleri J GynecolObst 2009, 19(3):131-41.
- Kırca, Ü. (2012). Erkeklerde Gönüllü Cerrahi Kontrasepsiyon: Vazektomi. Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst-Special Topics, 5(1):63-6.
- Kısa, S., Zeyneloğlu, S., Yılmaz, D., Güner, T. (2014). Quality Of Sexual Life and Its Effect on Marital Adjustment of Turkish Women In Pregnancy. Journal Of Sex & Marital Therapy, 40(4):309-22.
- Kinhead, G. (2014). A Contraceptive Implant with Remote Control. MIT Technology Review. Erişim Adresi: <https://www.technologyreview.com/2014/07/04/74389/a-contraceptive-implant-with-remote-control/>. Erişim Tarihi:08.04.2020.
- Kjesbu, O. S., Witthames, P. R., Solemdal, P., WalKer M.G. (2011). Ovulatory Rhythm and a Method to Determine the Stage of Spawning in Atlantic Cod (Gadus morhua). Canadian Journal of Fisheries and Aquatic Sciences, 47(6): 1185-1193.
- Koca, Y.S., Yıldız, İ., Yılmaz, E. (2015). A Rare Cause of Acute Abdomen: Intrauterine Device (IUD). Journal of Clinical and Analytical Medicine, 5(3): 339-41.
- Kocaöz, S., Peksoy, S., Atabekoğlu, C.S. (2013). Kadınların Gebelikten Önce Kullandığı Ve Doğum Sonrası Dönemde Kullanmayı Tercih Ettiği Kontraseptif Yöntemler. Balıkesir Sağlık Bil Dergisi, 2(1):1-8.
- Koç, D. (2009). Aile Planlaması Yöntemi Olarak Eşleri Koitus Interruptus (Geri Çekme) Uygulayan Kadınların Cinsel Fonksiyonları ve Danışmanlık

Gereksinimlerinin Belirlenmesi. TC. Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Koruk, F., Koruk, İ., Güner, Ö., Ayhan, S., et al. (2017). Şanlıurfa’ da Kadın Sağlık Çalışanlarının Doğurganlık Özellikleri ve Doğurganlığa Bakış Açıları. Mersin Univ Sağlık Bilim Dergisi, 10(3): 202-12.

Koyuncuer, A. (2004). Kontrasepsiyon ve Türkiye’de Durum. Sted, 13(12): 456.

Köşüş, A., Köşüş, N., Çapar, M. (2006). New Contraceptive Methods in Use. Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst, (16): 194-202.

Kumar, A. (1997). Development of Immunocontraceptives: An Introduction. Human Reproduction, 3(4): 299–300.

Kutlu, R., Sayın, S., Uçar, M., Aslan, R., Demirbaş, O. (2014). Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Kontraseptif Yöntem Kullanma Durumları ve Bu Yöntemleri Tercih Nedenleri. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi, 18(3):134-141.

Kuyoha, M.A., Rutoa, C.T., Grimesa, D.A., Schulza, K.F., Galloa, M.F. (2003). Sponge Versus Diaphragm For Contraception: A Cochrane Review. Contraception, 67(1): 15-18.

Küt, D. (2018). Genç Yetişkin Kadın Bireylerin Bağlanma Stilleri İle Cinsel Yaşam Kalitesi Düzeyleri, Cinsel Özgüven Ve Psikolojik Belirtilerinin İncelenmesi. Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi.

Kütmeç, C. (2009). Kadınlarda Cinsel Fonksiyon Bozukluğu Ve Hemşirelik Bakımı. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 4(12):11–136.

Lamont, J., Bajzak, K., Bouchard, C., Burnett, M., et al. (2018). Female Sexual Health Consensus Clinical Guidelines. Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada (JOGC), 34(8):769-775.

Langer, R., Jaklenec, A., Traverso, G., Hartman, D. (2020). From Molecule to Patient: A Biotech Perspective. Clin Pharmacol Ther., 107(1): 65–67.

Lasher, H. (2014). Communications Guidance For Introducing Sayana Press. Program for Appropriate Technology in Health (PATH), Seattle.

- Latif, E.Z., Diamond, M.P. (2013). Arriving at The Diagnosis of Female Sexual Dysfunction. *Fertility and Sterility*, 100(4): 898-904.
- LellanLemal, E., ve ark.(2017). Contraceptive Vaginal Ring Experiences Among Women And Men İn Kisumu, Kenya: a Qualitative Study. *Front Womens Health*, 2(1): 1-7.
- Leoci, R., Aiudi, G., Silvestre, F., Lissner, E. A., Marino, F., Lacalandra, G. M. (2015). Therapeutic Ultrasound as a Potential Male Dog Contraceptive: Determination of the Most Effective Application Protocol. *Reproduction in Domestic Animals*, 50(5): 712-718.
- Li, R.H.W., Lo, S.S.T., Teh, D.K.G., Tong, N.C., Tsui, M.H.Y., Cheung, K.B., et al. (2004). Impact Of Common Contraceptive Methods on Quality of Life and Sexual Function in Hong Kong Chinese Women. *Contraception*.
- Lohiya, N.K., Alam, I., Hussain, M., Khan, S.R., Ansari, A.S. (2014). RISUG: An İntravasal İnjectable Male Contraceptive. *Indian J Med Res*, 140(1): S63–S72.
- Lunsen, R.H.W., Laan, E.T.M., Dalen, L.P. (2005). Contraception and sexuality. *Contraception and Family Planning Book*. Faculty of Social and Behavioural Sciences (FMG), 62(4): 5-18.
- Maaaita, M.E., Khreisat, B.M., Tasso, O.A., Otom, N.N. (2018). Aljaafreh BM, Abuassaf GM. Prevalence and associated risk factors of female sexual dysfunction among Jordanian women. *J Family Med Prim Care*, (7):1488-92.
- Marfatia, Y.S., Pandya, I., Mehta, K. (2015). Condoms: Past, Present and Future. *Indian J Sex Transm Dis AIDS*, 36(2): 133–139.
- Mathlouthi, N., et al.(2013). Sexuality and Contraception: A Prospective Study of 85 Cases. *Tunisia Medicine*, 91(3):179-182.
- Mauck, C., et al.(1995). Lea's Shield: A Study of The Safety and Efficacy of a New Vaginal Barrier Contraceptive Used With and Without Spermicide. *Contraception*, 53(6):329-35.

- Mauck, C., Lai, J.J., Schwartz, J., Weiner, D.H. (2004). Diaphragms In Clinical Trials: Is Clinician Fitting Necessary?. *Contraception*, 69(4): 263-6.
- McCarthy, B., & McCarthy, E. (2012). *Sexual Awareness: Your Guide To Healthy Couple Sexuality*. Routledge, 264.
- McCool-Myers M, Theurich M, Zuelke A, Knuettel H, Apfelbacher C. (2018). Predictors of female sexual dysfunction: a systematic review and qualitative analysis through gender inequality paradigms. *BMC Womens Health*, 22;18(1):108.
- McIntyre, S.L., Higgins, J.E. (1986). Parity And Use-Effectiveness With The Contraceptive Sponge. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 155(4):796-801.
- McLaughlina, E.A., Aitken, R.J. (2011). Is There A Role for Immunocontraception?. *Molecular and Cellular Endocrinology*, 335(1):78-88.
- McNeilly, A.S. (2002). Lactational Control of Reproduction. *Reproduction, Fertility and Development*, 13(8): 583 - 590.
- Meirik, O., Rowe, P. J., Peregoudov, A., Piaggio, G., Petzold, M., et al.(2009). The Frameless Copper IUD (Gynefix) and The Tcu380a IUD: Results of An 8-Year Multicenter Randomized Comparative Trial. *Contraception*, 80(2):133-141.
- Mumcu, N. (2004). *Geleneksel Uygulama Ve İnançların Aile Planlaması Yöntemleri Kullanımına Etkisinin İncelenmesi*. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi.
- Murray, S.S.,McKinney, E.S. (2014). *Foundations of Maternal-Newborn and Women's Health Nursing*. 6th Ed. ABD: Elseiver Saunders.
- Nazik, H., Nazik, E., Api, M., Gökyıldız, Ş., Gül, Ş.(2014). Kadınların Aile Planlaması Yöntemlerinden Vajinal Halka Kullanımının İncelenmesi. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, (45):61-4.

- Neyzi, O. (1997). Kadın Ve Çocuk Sağlığı Açısından Aile Hekimliği. Aile Hek Dergisi, 1(1): 7-10.
- NSW Family Planning. (2014). The Female Condom. Erişim adresi: https://www.fpnsw.org.au/sites/default/files/assets/femalecondom_comturkish.pdf. Erişim tarihi: 19.03.2020.
- Oddsson, K., ve ark. (2004). Efficacy And Safety Of a Contraceptive Vaginal Ring (Nuvaring) Compared With a Combined Oral Contraceptive: a 1-Year Randomized Trial. Contraception, 71(3): 176 – 182.
- Okumuş, F., Demirci, N. (2014). Türkiye’de Vajinal Duş Gerçeği. F.N. Hem. Dergisi, 22(1): 53-62.
- Oltuluoğlu, H. (2008). Malatya İl Merkezinde Aile Planlaması Kullanan 15–49 Yaş Grubu Evli Kadınlarda Kullanılan Yöntem ve Yöntem Seçimini Etkileyen Faktörler. Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Kayseri.
- Owano, N. (2014). Microchips Develops Contraceptive İmplant. TechXplore, 1-2.
- Öksüz, E., Malhan, S. (2006). Prevalence and Risk Factors for Female Sexual Dysfunction İn Turkish Women. J Urol, 175(2):654–8.
- Öner, C., Çatak, B., Telatar., B. (2014). Rahim İçi Araç (Ria) Uygulaması İçin Başvuranların Bilgi Düzeyleri. Türk Aile Hek Dergisi, 18(1):31-34.
- Örüm, M.H. (2019). Cinselliğin Önemi Ve Cinsel İşlev Bozuklukları Yönetimi. Researchgate, (62): 449-456.
- Özara Koç, D. (2009). Aile Planlaması Yöntemi Olarak Eşleri Koitus İnterruptus (Geri Çekme) Uygulayan Kadınların Cinsel Fonksiyonları ve Danışmanlık Gereksinimlerinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. T.C. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye.

- Özaydın, N.G., Debay, M. (2007). Aile Planlaması Danışmanlığı Katılımcı Kitabı, Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı, Türkiye Üreme Sağlığı Programı. Ankamat Matbaacılık Sanayi Ltd Şti, Ankara.
- Özcan, H., Kızılkaya Beji, N. (2018). Kadın Cinsel Fonksiyon Bozuklukları: 2018 güncelleme. Androl Bul, (20):133–137.
- Özçelik, E. (2016). Doğal Aile Planlaması Yöntemleri. The Journal Turkish Family Physician, 07(3): 45-53.
- Özdemir, H. (2014). Erkeğin Kullandığı Aile Planlaması Yöntemlerinin Kadın Cinsel Yaşamına Etkisi. Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Özerdoğan, N., Sayiner, F.D., 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.
- Özmen, S. (2019). Serviks ve endometrium kanserli hastalarda brakiterapi sonrası cinsel işlevsellik. Kocaeli Üniversitesi Halk Sağlığı Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Kocaeli.
- Öztürk, Y., Günay, O. (1995). Aile Sağlığı El Kitabı. Erciyes Üniversitesi Yayınları, (83): 58-50.
- Öztürk, H., Çeber, E., Saydam, B.K., Soğukpınar, N. (2004). Doğum Kontrol Yöntemlerinde Yenilikler. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 1(2):86-97.
- Özvarış, Ş.B. (1997). Aile Planlamasında Temel Bilgiler: Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması. İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı, Damla Matbaacılık, İstanbul.
- Özyurda, F. (1997). Danışmanlık, Aile Planlamasında Temel Bilgiler. Sağlık Bakanlığı Ana-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı, 49-55.
- Pan American Health Organization, World Health Organization. (2000). Promotion of Sexual Health, Recommendations for Action. Guetamala, 19-22.

- Panzetta, S.(2011). Lactational Amenorrhoea Method Contraception: Improving Knowledge. *Community Practitioner*, 84(10):35-37.
- PATH. (2013). Sayana Press: Pilot introduction and evaluation. Erişim Adresi: http://fpconference.org/2013/wp-content/uploads/2013/07/SayanaPress_project_summary_2013-10-08.pdf. Erişim Tarihi: 05.04.2020.
- Potter, R.G. (1987). Statistical Evaluation of the Rhythm Method. *Fertility Regulation and the Public Health*, (7): 100-104.
- Rao, T.S.S., Nagaraj, A.K.M. (2015). Female Sexuality. *Indian J Psychiatry*, 57(2): 296–302.
- Reproductive Health Supplies Coalition. (2013). CycleBeads. Erişim Adresi: https://www.rhsupplies.org/fileadmin/uploads/rhsc/Working_Groups/New_Underused_RH_Technologies_Caucus/Documents/Technical_Briefs/rhsc-brief-Cyclebeads_A4.pdf. Erişim Tarihi: 05.04.2020.
- Review. *World Journal of Pharmacy and Pharmaceutical Sciences*, 2(4): 2199-2233.
- Rodrigues, İ., Grou, M.F, Joly, J. (2001). Effectiveness of Emergency Contraceptive Pills Between 72 and 120 Hours After Unprotected Sexual Intercourse. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 184(4):531-537.
- Roth, M. Y., Shih, G., Ilani, N., Wang, C., Page, S. T., et al. (2014). Acceptability of a Transdermal Gel-Based Male Hormonal Contraceptive in A Randomized Controlled Trial. *Contraception*, 90(4): 407-412.
- Roumen, F.J.M.E., Mishell, D.R. (2012). The Contraceptive Vaginal Ring, Nuvaring (R), A Decade After Its Introduction. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 17(6): 415-27.
- Sabatini, R., Cagiano, R. (2006). Comparison Profiles of Cyclecontrol, Side Effects and Sexual Satisfaction Of Three Hormonal Contraceptives. *Contraception*, 74(3):220-3.

- Sadock, V. A. (2007). Normal İnsan Cinselliği, Cinsel İşlev ve Cinsel Kimlik Bozuklukları. Kaplan ve Sadock's Comprehensive Textbok of Psychiatry (8. Baskı), Ed. Sadock, B. J. & Sadock, V. A. (Çeviri: Aydın, H. & Bozkurt, A.) Ankara: Günes Kitabevi.
- Safarinejad, M. (2006). Female Sexual Dysfunction in A Population-Based Study in Iran: Prevalence and Associated Risk Factors. International Journal of Impotence Research, 18(4):382-395.
- Sağiroğlu, P.Ç., Eray, İ.K., Yurdakul, F.E., Yavuz, A.F. (2017). Kadınların Kontraseptif Yöntem Tercihleri ve Yöntem Kullanırken Gebe Kalma Durumlarının Değerlendirilmesi. Ankara Med J, (1):21-8.
- Sak, M.E., Evsen, M.S., Sak, S., Çaça, F.N. (2008). Kontrasepsiyon Yöntemlerinin Etkinliği Ve Kadınların Eğitim Düzeyi: Güneydoğu Anadolu'da Bir İlçe Örneği. Dicle Tıp Dergisi, 35(4):265-270.
- Salem, R. (2006). New Attention To The IUD: Expanding Women's Contraceptive Options To Meet Their Needs. Johns Hopkins University, 7(1):1-26.
- Saygılı, P. (2003). Üreme Sağlığı Hizmetinde Hemşirenin Rolü. 3. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi. Ankara, 136-138.
- Saygılı, P. (2007). Üreme Sağlığı Danışmanlığı Neleri Kapsar. 5. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongre Kitabı. Ankara, 132.
- SBCC. (2014). An Illustrative Communication Strategy for Female Condoms. Erişim Adresi: <http://sbccimplementationkits.org/demandrmnch/wp-content/uploads/sites/2/2014/04/FC-Step-1-Illus-Ex.pdf>. Erişim Tarihi:09.04.2020.
- Schouten, A.C., Lemoy, M.J., Keesler R.I., Lissner E., VandeVoort, C.A. (2017). The Contraceptive Efficacy Of Intravasinjection Of Vasalgel For Adult Malerhesus Monkeys. Colagross-Schouten et al. Basic and Clinical Andrology, 27(4): 2-7.
- Seçkiner, P.Ç., Ergöçmen, B.A., Özgören, A.A. (2013). Aile Planlaması, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması TNSA . Ankara, 76-87.

- Seker, S. E. (2014). Maslow'un İhtiyaçlar Priamiti (Maslow Hierarchy of Needs. YBS Ansiklopedisi, (1): 35-37.
- Sergek, E. (2005). Kadınların Sezaryen Sonrası Seçtikleri Aile Planlaması Yöntemleri ve Bu Yöntemleri Seçme Nedenlerinin Dağılımı, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep.
- Shahnazi, M., Bayatipayan, S., Khalili, A.F., Kochaksaraei, F.R., Jafarabadi, M.A., Banoi, K.M., Nahae, J.(2015). Comparing The Effects of The Second and Third Generation Oral Contraceptives on Sexual Functioning. Iran J NursMidwifery Res, 20(1): 47–55.
- Shifren, J.L., Monz, B.U., Russo, P.A., Segreti, A., Johannes, C.B.(2008). Sexual Problems And Distress İn United States Women: Prevalence And Correlates. Obstet Gynecol, 112(5):970–8.
- Shoupe, D.(2006). Barrier Contraceptives. The Handbook of Contraception: A Guide for Practical Management, 147-177.
- Shulman, L.P.(2008). Contraception And Sexual Health. Current Sexual Health Reports, (5): 149–153.
- Sidi, H., Puteh, S.E., Abdullah, N., Midin, M. (2007). The Prevalence Of Sexual Dysfunction and Potential Risk Factors That May İmpair Sexual Function İn Malaysian Women. J Sex Med, 4(2):311-21.
- Silies, E.M. (2014). Taking The Pill After The 'Sexual Revolution': Female Contraceptive Decisions in England and West Germany in The 1970s. European Review of History: Revue européenne d'histoire, 41-59.
- Smallwood, G.H., ve ark.(2001). Efficacy and Safety Of A Transdermal Contraceptive System. Obstetrics & Gynecology, 98(5):799-805.
- Souki, Z., Sharifi, K.H. (2005). Investigating the impact of condom in women's Libido. Proceedings of the 2nd National Congress on Family and Sexual Problems, 23-24. Tehran, Iran.

- Stanford University. (2012). CYCLEBEADS I: Building Acceptance for a Simple Idea. Erişim Adresi: <https://www.gsb.stanford.edu/sites/gsb/files/publication-pdf/cyclebeads-buildingacceptance.pdf>. Erişim Tarihi: 05.04.2020.
- Stephenson, K.R., Meston, C.M. (2010). Differentiating components of sexual well-being in women: are sexual satisfaction and sexual distress independent constructs? J Sex Med. (7): 2458–2468.
- Surendranath, A., Nagaraju, B., Patel, S.R., Goud, K., Bhavesh P., A. (2012). Study To Assess The Relationship Between Common Contraceptive Methods Employed And Sexual Contentment. Global Advanced Research Journal of Pharmacy and Pharmacology (GARJPP), 1(1):012-015.
- Symonds, T., Boolell, M., Quirk, F.(2005). Development of Questionnaire on Sexual Quality of Life in Women. J Sex Marital Ther, 31(5): 385-97.
- Şafak, F.(2006). Kadınların Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması (AÇSAP) Merkezi'nin Vermiş Olduğu Aile Planlaması Hizmetini Değerlendirmeleri Üzerine Bir Pilot Araştırma. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Hastane ve Sağlık Kuruluşlarında Yönetim Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Şahin, N. H., Koc, V., Ergün, H., ve ark. (2007). Kişilerarası İletişim Tarzı Ölçeği: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. Yayınlanmamış araştırma.
- Şahin, S. (2005). Postpartum Dönemde Anneye Verilen Aile Planlaması Danışmanlık Eğitiminin Etkin Kontraseptif Yöntem Seçimi Üzerine Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Şimşek, B. (2009). 15-49 Yaş Çalışan Ve Çalışmayan Kadınlarda Kontraseptif Kullanımı Ve Etki Eden Faktörlerin Değerlendirilmesi. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.
- T.C Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. (1997). Aile Planlamasında Genel Bilgiler. İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı, İstanbul,1-5.

- T.C. Millî Eğitim Bakanlığı. (2011). Çocuk Gelişimi ve Eğitimi Aile Planlaması. Erişim Adresi: https://hbogm.meb.gov.tr/modulerprogramlar/kurslar/%C3%87ocuk%20Geli%C5%9Fimi%20ve%20E%C4%9Fitimi_Aile%20Planlamas%C4%B1.pdf Erişim Tarihi: 20.12.2019).
- T.C. Millî Eğitim Bakanlığı. (2012). Hemşirelik Aile Planlaması. Erişim Adresi: [http://www.megep.meb.gov.tr/mte_program_modul/moduller_pdf/Aile%20Planlamas%C4%B1%20\(hem%C5%9Firelik\).pdf](http://www.megep.meb.gov.tr/mte_program_modul/moduller_pdf/Aile%20Planlamas%C4%B1%20(hem%C5%9Firelik).pdf) Erişim Tarihi: 20.12.2019).
- T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. (2009). Aile Planlaması Danışmanlığı Katılımcı Kitabı. Erişim Adresi: <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/Yayin/323>. Erişim Tarihi: 09.03.2020.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. (2005). Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi. Erişim Adresi: <https://dosyaism.saglik.gov.tr/Eklenti/11201,97836rehber-cilt-1pdf.pdf?0>. Erişim Tarihi: 09.03.2020.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. (2010). Aile Planlaması Danışmanlığı İçin Resimli Rehber. Damla Matbaacılık, Reklamcılık ve Yayıncılık Tic. Ltd. Şti. Ankara, 29.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. (2014). Evliliğe Sağlıklı Başlangıç Üreme Sağlığı. Ankara, 20-37.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2009). Kontraseptif Yöntem Kullanımı İçin Tıbbi Uygunluk Kriterleri, Aile Planlaması İçin Bir DSÖ Temel Kaynağı. Dördüncü Baskı, 15-43.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2009). Özel Durumlarda Aile Planlaması Danışmanlığı. Erişim Adresi: <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/a%C3%A7sap35.pdf>. Erişim Tarihi: 21.03.2020.
- Tanrıverdi, G., Özkan, A., Şenveli, S. (2008). Çanakkale'deki Kadınların Aile Planlaması Yöntemlerini Tercih Nedenleri. Fırat Tıp Dergisi, 13(4): 251-254.

- Tashbulatova, D. (2007). İnfertil Kadınlarda Cinsel Fonksiyonlara Etki Eden Faktörler. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Üroloji Anabilim Dalı, Adana, Türkiye.
- Taşkın, L. (2003). Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği (6. baskı). *Ankara: Sistem Ofset ve Matbaacılık*, 284-285.
- Taşkın, M.İ. (2015). Acil Kontrasepsiyon. *Balikesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(1): 55-59
- Tatum, H.J., Connel-Tatum, E.B.(1981). Barrier Contraception: A Comprehensive Overview. *The American Fertility Society*, 36(1): 1-12.
- Tekiner A.S., Çetin F, Ceyhun A.G., Kafkaslı A.(2010). Planlanmamış Gebelikler ile Kontraseptif Yöntemler Arasındaki İlişki. *Dirim Tıp Gazetesi*, 85(2):65-71.
- Temel, S. (2012). Geri Çekme Yöntemi ile Korunan Çiftlerin Cinsel Fonksiyonlarının Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, İstanbul.
- Terzioğlu, F., Gabalci, E.(2010). The Effect Of Family Planning Methods Used By Women Of Reproductive Age On Their Sexual Life. *Sexuality and Disability*, 28(4):275-285.
- Thonneau, P., Almont, T. (2008). Contraceptive Efficacy Of Intrauterine Devices. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 198(3):248-253.
- Timur, S. (2003). Kadınların Aile Planlaması Yöntemi Kullanımı ile Öz Bakım Gücü Düzeyi Arasındaki İlişki. *Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, Sivas.
- Tiryaki, Ş.H., Taşkın, Y.F., Pekşen, Ü.Ö., Demirkaya, F. (2012). Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Görev Yapan Sağlık Çalışanlarının Empatik Beceri Düzeyleri. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 3(1):6-12.
- Tokuç, B., Eskiocak, M., Saltık, A. (2002). Acil Kontrasepsiyon. *Sted*, 11(3): 94.
- Topaktaş, R., Armağan, A. (2015). Kadın Cinsel Fonksiyonunun Anatomisi Ve Fizyolojisi. *Türkiye Klinikleri J Urology-Special Topics*, 8(3):1-5.

- Topal, S., Çınar, N., Altınkaynak S. (2017). Emzirmenin Anne Sağlığına Yararları. *DergiPark*, 3(1):25 - 31.
- Toptaş, B., Aksu, H. (2019). Kadın Kondomu Farkındalığı ve Kullanımındaki Engeller. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 8(2): 52 – 56.
- Trutnovsky, G., Haas, H., Long, U., Petru, E. (2006). Women's perception of sexuality during pregnancy and after birth, *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 46: 282-287.
- Tufan, A.E., Yaluğ, İ. (2010). “Aşk” fenomeni ve sevgi ilişkilerinin nörobiyolojisi (“love” phenomenon and neurobiology of love relations). *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2(4): 443–456.
- Tuğut, N. (2016). Cinsel İşlev Bozukluğu ve Güncel Yaklaşımlar. *Türkiye Klinikleri J Obstet Womens Health Dis Nurs-Special Topics*, 2(1): 70-75.
- Tuğut, N., & Gölbaşı, Z. (2010). Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın Türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Cumhuriyet Medical Journal*, 32(2): 172-180.
- Turan, H. (2005). 1.Basamak Sağlık Kurumlarında Üreme Sağlığı Danışmanlığı. 4.Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongre Kitabı, Ankara, 51–52.
- Türk, R. (2006). 2-6 Aylık Bebeği Olan Annelerin Emzirmeyi Aile Planlaması Yöntemi Olarak Kullanma Durumları ve Etkileyen Faktörler. *Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Programı Yüksek Lisans Tezi*, Ankara.
- Türk, R., Terzioğlu, F.(2012). Geri Çekme Yöntemi Ve Kullanımını Etkileyen Faktörler. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(3):67-80.
- Türk, T.Y. (2009). İstenmeyen Gebeliği Olan Ve Olmayan Kadınlarda Aile Planlaması Yöntem Seçimleri. T.C. Sağlık Bakanlığı Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği, Yüksek Lisans Tezi.

- Tütüncü, B. (2009). Plıssıt Modeli Doğrultusunda Kadınlara Verilen Eğitimin Histerektomi Sonrası Cinselliklerine Etkisi. T.C. Marmara Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi.
- Tüzmen, H. (2019). Postpartum Dönemde Cinsel Yaşam Kalitesi ve İlişkili Faktörler. T.C. Necmettin Erbakan Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi.
- Uludağ, S. (2009). Kadın Hastalıkları Ve Doğum Ders Kitabı. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakóltesi Kadın Hastalıkları Ve Doğum Anabilim Dalı. İstanbul.
- Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi. (2005). T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Ankara.
- Uluslararası Nüfus Konferansı Raporu. (1984) Erişim Tarihi:20.12.2019 Erişim Adresi: https://digitallibrary.un.org/record/74631/files/E_CONF.76_19-EN.pdf.
- UNAIDS. (2016). Condoms: The prevention of HIV, other sexually transmitted infections and unintended pregnancies. Erişim Adresi: <https://www.childrenandaids.org/sites/default/files/2017-05/Condoms%3A%20The%20Prevention%20of%20HIV%2C%20other%20STIs%20and%20unintended%20pregnancies.pdf>. Erişim Tarihi: 09.04.2020.
- United Nations. (2019). Contraceptive Use by Method 2019. Erişim Adresi: <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/family/ContraceptiveUseByMethodDataBooklet2019.pdf>. Erişim Tarihi:06.03.2020.
- United Nations. (2019). Department of Economic and Social Affairs, Population Division. Estimates and Projections of Family Planning Indicators. Erişim Tarihi: 10.04.2020. Erişim Adresi: https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/family/Figure_Model-based_estimates_Countries_2019.pdf.

- Urman, B. (2003). Kontraseptif Teknolojide Yeni Gelişmeler. Doğum Kontrolünde Temel Bilgiler. İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı, Damla Matbaacılık, s:192.
- Ünlüoğlu, İ. (2006). Laktasyonel Amenore Metodu. Türkiye Klinikleri Journal of Surgical Medical Sciences, 2(22):60-7.
- Ürkmez, D. (2018). Kadınların Cinsel Sıkıntıları Ve Evlilik Doyumları Arasındaki İlişki. T.C. Ordu Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi.
- Valet, A., Goerke, K., Steller, J. (1994). Klinik Muayene Tanı Tedavi Acil Kılavuzu Kadın Hastalıkları Ve Doğum. Yüce Yayınları, (2): 420-422.
- Van der Akker, O.B.A. (2012). Reproductive health psychology. UK: Wiley-Blackwell.
- VandeVoort, C. A., Tollner, T. L. (2012). The Efficacy Of Ultrasound Treatment As A Reversible Male Contraceptive in The Rhesus Monkey. Reproductive Biology and Endocrinology, 10(81): 2-7.
- Vural, E.Z.T., Gönenç, I. (2011). Kontraseptif Yöntemler ve Cinsellik. The Journal of Turkish Family Physician, 2(4):21-23.
- Waller, D., Bolick, D., Lissner, E., Premanandan, C., Gamerman, G. (2017). Reversibility of Vasalgel Male Contraceptive In A Rabbit Model. Waller et al. Basic and Clinical Andrology, 27(8):2-9.
- Wallwiener, M. et al. (2010). Effects of Sex Hormones and Oral Contraceptives on Female Sexual Function Score: A Study of German Medical Students. Contraception, 82(2):155.
- WHO. (2016). Depot-medroxyprogesterone acetate (DMPA-SC) Sayana Press WHO EML Application. Erişim Adresi: https://www.who.int/selection_medicines/committees/expert/21/applications/s18_medroxyprogesterone_acetate_form.pdf. Erişim Tarihi: 05.04.2020.
- Wijden, C.V., Manion, C. (2015). Lactational Amenorrhoea Method For Family Planning. Cochrane Database of Systematic Reviews.

- World Health Organization. (2014). The Business Case For Female Condoms. Erişim Adresi: https://www.who.int/woman_child_accountability/ierg/reports/1_Universal_Access_to_Female_Condom_evidence_submitted_iERG_2015.pdf. Erişim Tarihi:09.04.2020.
- World Health Organization. (2019). Family Planning a Global Handbook for Providers. Erişim Tarihi: 15.04.2020. Erişim Adresi: [\(https://www.who.int/reproductivehealth/publications/fp-global-handbook/en/\)](https://www.who.int/reproductivehealth/publications/fp-global-handbook/en/).
- World Health Organization. (2008). Repositioning Family Planning: Guidelines For Advocacy Action. Erişim Tarihi: 21.09.2019. Erişim Adresi: https://www.who.int/reproductivehealth/topics/family_planning/fp_advocacytool_kit.pdf.
- World Health Organization. (2010). Developing Sexual Health Programmes. WHO/RHR/HRP/10.22.
- World Health Organization. (2020). Which Family Planning Methods are Fertility Awareness-Based Methods? Erişim Adresi: https://www.who.int/rhem/didyouknow/rhi/family_planning_methods/en/. Erişim Tarihi:04.04.2020
- Yanikkerem, E., Acar, H., Elem, E. (2006). Withdrawal Users Perceptions Of And Experience With Contraceptive Methods İn Manisa, Turkey. Midwifery, 22(3): 274-84.
- Yaralı, S. (2013). Evli Kadınlarda Cinsel Fonksiyon Bozuklukları Ve Cinsel Yaşam Kalitesinin İncelenmesi. T.C. Atatürk Üniversitesi, Erzurum.
- Yaralı, S., Hacılioğlu, N. (2016). Evli kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu ve cinsel yaşam kalitesinin incelenmesi. Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi, (6).

- Yardımcı, Y. (2020). Aile Planlaması Yöntemlerinin Cinsel Yaşam Üzerine Etkisi. T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Sağlık Uygulama Ve Araştırma Merkezi Aile Hekimliği Kliniği, Ankara.
- Yavuz, D. (2018). Sağlık Bilimleri Üniversitesi Diyarbakır Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Planlaması Polikliniğine Başvuran 15-49 Yaş Arası Kadınların Aile Planlaması Hakkındaki Bilgi Düzeyleri Ve Tutumları, Tıpta Uzmanlık. Diyarbakır.
- Yazıcıoğlu, Y., Erdoğan, S. (2004). Spss uygulamalı bilimsel araştırma yöntemleri. Ankara: Detay Yayıncılık.
- Yeni, E. (2019). Evidence-Based Therapy Options for Female Sexual Dysfunction. Androl Bul, 21(4):185–189.
- Yerli, E.B. (2015). Erzurum İl Merkezinde 15 - 49 Yaş Evli Kadınlarda Aile Planlaması Yöntemlerini Kullanma Durumları ve Etkileyen Faktörler. T.C Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Erzurum.
- Yılmaz, C.A. (2003). Kullanılan Kontraseptif Yöntemlerin Kadınların Cinsel Fonksiyonu Üzerine Etkisi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Üniversitesi. Yüksek Lisans Tezi.
- Yılmaz, F.A., Taplak, A.Ş., Polat, S. (2019). Breastfeeding and Sexual Activity and Sexual Quality in Postpartum Women. Breastfeeding Medicine, 14(8):587-91.
- Yılmaz, T., Gökdemirel, S.(2005). Doğal Aile Planlaması Yöntemlerinden Biri; Bazal Vücut Isısı Yöntemi. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi, 13(54):95-104.
- Zhang, H., Paul, S.F. (2012). Female Sexual Dysfunction among Young and Middle-Aged Women in Hong Kong: Prevalence and Risk Factors. J Sex Med, 9(11):2911-8.
- Zobar, E., Kahyaoğlu Süt, H. (2017). The Sexual Dysfunction and Sexual Quality of Life of Married Women in Reproductive Aged Between 18-49. 1. Uluslararası Sağlık Bilimleri Kongresi, (18): 249.

EKLER

EK-1: Tanıtıcı ve Aile Planlaması Yöntem Kullanımı Bilgi Formu

1. Yaşınızı yazınız.....

2. Eşinizin yaşını yazınız.....

3. Eğitim durumunuz nedir?

1.İlkokul() 2.Ortaokul() 3.Lise() 4. Üniversite() 5.Diğer()

4. Eşinizin eğitim durumu nedir?

1.Okuryazar Değil() 2.İlkokul() 3.Ortaokul() 4.Lise() 5.Üniversite ()6.Diğer()

5. Size göre gelir durumunuz nasıl?

1.Gelir giderden az (Düşük)() 2.Gelir ile gider eşit (Orta)() 3.Gelir giderden çok (İyi)()

6. Aile tipiniz nedir ?(işaretleyiniz):

1. Çekirdek aile () 2. Geniş aile ()

7. Kaç yaşında evlendiniz?.....

8. Kaç yıldır evlisiniz?.....

9. Evlenme şekliniz nedir?

1.Görücü usulü () 2.Anlaşarak () 3.Diğer..... ()

10. Gebelik sayınız nedir?.....

11. Kendiliğinden düşük sayınız nedir?.....

12. Kürtaj sayınız nedir?.....

13. Ölü doğum sayınız nedir?.....

14. Son gebeliğiniz planlı bir gebelik miydi?

1.() Evet 2.() Hayır

15. Son gebeliğiniz istendik bir gebelik miydi?

1. Evet() 2. Hayır ()

16. Herhangi bir aile planlaması yöntemi biliyor musunuz?

1.Evet() 2.Hayır()

17. Hangi yöntemleri biliyorsunuz?

1.Hap () 2.Kondom() 3.RİA() 4.Tüp Ligasyonu (tüplerin bağlanması)()

5.Vazektomi(Erkeğin kanallarının bağlanması)() 6.Takvim Yöntemi()

7.Geri Çekme() 8.Aylık-3Aylık İğneler () 9.Diğer()belirtiniz.....

**18. Cevabınız evet ise aile planlaması yöntemleriyle ilgili bilgiyi nereden aldınız?
(birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)**

1.Gazete/Dergi/Kitap() 2.Radyo/Tv() 3.Akraba/Komşu() 4.Sağlık Personeli()

5.Diğer()

19. Aile planlaması yöntemleriyle ilgili bilginizi yeterli buluyor musunuz?

1.Evet() 2.Hayır()

20. Şu anda kullandığınız aile planlaması yöntemi hangisidir?

1.Hap () 2.Kondom() 3.RİA() 4.Tüp Ligasyonu (tüplerin bağlanması)()

5.Vazektomi(Erkeğin kanallarının bağlanması)() 6.Takvim Yöntemi()

7.Geri Çekme() 8.Aylık-3Aylık İğneler () 9.Diğer()belirtiniz.....

21. Kullandığınız yöntemden memnun musunuz?

1.Evet() 2.Hayır()

22. Kullandığınız aile planlaması yöntemine kim karar verdi?

1. Ben () 2. Eşim () 3. Her ikimiz () 4. Diğer ()

23. Eşiniz tarafından aile planlaması yöntemini kullanmanız hiç engellendi mi?

1.Evet() 2.Hayır()

EK-2: Cinsel Yaşam Kalite Ölçeği-Kadın Formu

	Hiç Katılmıyorum	Çoğunlukla Katılmıyorum	Kısmen Katılmıyorum	Kısmen Katlıyorum	Çoğunlukla Katlıyorum	Tamamen Katlıyorum
1.Cinsel yaşamımı düşündüğümde, hayatımın eğlenceli / zevkli bir parçası olduğunu düşünüyorum.						
2. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, hayal kırıklığı hissediyorum.						
3.Cinsel yaşamımı düşündüğümde, kendimi üzgün (depresif) hissediyorum.						
4. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, kendimi bir kadın olarak eksik hissediyorum.						
5. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, kendimi iyi hissediyorum.						
6. Cinsel bir eş olarak kendime güvenimi yitirdim.						
7. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, sıkıntı hissediyorum.						
8. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, kızgınlık hissediyorum.						
9. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, eşime yakın olduğumu hissediyorum.						
10. Cinsel yaşamımın geleceği hakkında endişeleniyorum.						
11. Cinsel ilişkiden zevk almıyorum.						
12. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, utanıyorum.						
13. Cinsel konularla ilgili eşimle konuşabileceğimi düşünüyorum.						
14. Cinsel ilişkiden kaçınıyorum.						
15. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, suçluluk hissediyorum.						
16. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, eşimin rencide olmuş ya da reddedilmiş hissetmesinden endişeleniyorum.						
17. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, bir şeyleri kaybetmiş gibi hissediyorum.						
18. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, cinsel ilişki sıklığından memnunum.						

İZİNLER

**EK 3: Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik Kurul
Başkanlığı Kurul Kararı**





EK 4: Şanlıurfa İl Sağlık Müdürlüğü İzin Yazısı

