



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KONTRASEPTİF YÖNTEM KULLANAN KADINLARDA
CİNSEL PROBLEMLER VE ÇÖZÜMÜNDE PLISSIT
MODELİ DOĞRULTUSUNDA VERİLEN EĞİTİM-
DANIŞMANLIĞIN ETKİSİ**

ÖZLEM BAKAN DEMİREL

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ AD

DANIŞMAN

Prof. Dr. HATİCE YILDIZ

İSTANBUL

2019



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KONTRASEPTİF YÖNTEM KULLANAN KADINLARDA
CİNSEL PROBLEMLER VE ÇÖZÜMÜNDE PLISSIT
MODELİ DOĞRULTUSUNDA VERİLEN EĞİTİM-
DANIŞMANLIĞIN ETKİSİ**

ÖZLEM BAKAN DEMİREL

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ AD

DANIŞMAN

Prof. Dr. HATİCE YILDIZ

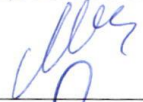
İSTANBUL

2019

TEZ ONAY FORMU

Kurum : Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Program türü : Yüksek Lisans
Anabilim Dalı : Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği
Tez Sahibi : Özlem Bakan Demirel
Sınav Tarihi ve Saati: 06/09/2019, 12.30
Tez Başlığı : Kontraseptif yöntem kullanan kadınlarda cinsel problemler ve çözümünde PLISSIT modeli doğrultusunda verilen eğitim-danışmanlığın etkisi

Bu çalışma, içerik ve kalite bakımından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

	Unvan, Adı-Soyadı (Kurum Adı)	İmza
Danışman	Prof. Dr. Hatice YILDIZ (Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi)	
Üye	Prof. Dr. Nuran KÖMÜRCÜ (İstanbul Aydın Univ. Sağlık Bilimleri Fakültesi)	
Üye	Dr. Öğr. Üyesi Dilek COŞKUNER POTUR (Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi)	

ONAY

Bu tez, yukarıda isimleri bulunan jüri üyeleri tarafından "Marmara Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Öğretim ve Sınav Yönetmeliği" nin ilgili maddeleri uyarınca kabul edilmiş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun02.10.2019.....tarih ve57.....sayılı kararı ile onaylanmıştır.



Prof. Dr. Feyza ARICIOĞLU
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

BEYAN

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

Özlem BAKAN DEMİREL

TEŞEKKÜR

Hayatta bir amacınız varsa eğer ne olursa olsun onu gerçekleştirmek için asla vazgeçmemek gerekir. Akademik kariyerimin ilk ayağı olan yüksek lisans eğitimim boyunca her zaman beni destekleyen, ilgisini ve zamanını esirgemeyen, bilgi ve tecrübeleriyle yoluma ışık tutan, değerli danışman hocam Sayın Prof. Dr. Hatice YILDIZ’a,

Eğitimimde yoluma devam etmem için bana fırsat veren, akademik gelişimimi destekleyen, bilgi, görüş ve önerileriyle katkılarda bulunan, saygıdeğer hocam Prof. Dr. Nuran KÖMÜRCÜ’ ye, eğitimim boyunca deneyimleriyle yol gösteren değerli hocam Dr. Öğr. Üyesi Dilek COŞKUNER POTUR’a Marmara Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalındaki değerli hocalarıma,

Yaşama sıkı sıkı bağlanma nedenim olan, asla vazgeçmemem gerektiğini her nefesinde bana hatırlatan, bu uzun ve zorlu süreçte her gülüşüyle hayatıma renk katan güzel kızım bir tanem Zeynep Nazlı’ma; bugüne kadar hayatta her zaman yanımda var olduğu için kendimi çok şanslı hissettiğim, sevinç ve üzüntülerimi paylaşan, sabır ve anlayışıyla en büyük desteğim olan hayat arkadaşım, canım eşim Kadir DEMİREL’e,

Bugüne kadar her koşulda yanımda olan ve ömürleri yettiğince desteklerini esirgemeyeceklerini bildiğim canım aileme,

Uzmanlık eğitimimi birlikte yürüttüğüm, onlardan hep uzakta olsam da her zaman varlıklarını şans bildiğim canım arkadaşlarım Miray Özgür KÖNEŞ, Firdevs SADIKHACIOĞLU ve Seda KÜÇÜKOĞLU’ na,

Bu süreçte yanımda olduklarını hissettiğim, desteklerini gördüğüm iş arkadaşlarıma,

Çalışmaya katılan tüm kadınlara teşekkür ederim.

Özlem BAKAN DEMİREL

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	i
İÇİNDEKİLER	ii
KISALTMA VE SİMGELER LİSTESİ	v
ŞEKİLLER LİSTESİ	vi
TABLolar LİSTESİ	vi
ÖZET	1
SUMMARY.....	2
1. GİRİŞ ve AMAÇ	3
2. GENEL BİLGİLER.....	8
2.1.Üreme Sağlığı ve Cinsellik	8
2.2.Cinsel Fonksiyon	10
2.2.1.Cinsel işlev fizyolojisi	10
2.2.1.1.Cinsel istek evresi.....	11
2.2.1.2.Uyarılma evresi.....	12
2.2.1.3.Orgazm evresi	12
2.2.1.4.Çözülme evresi..	13
2.3.Kadın Cinsel Fonksiyon Bozuklukları	13
2.3.1.Cinsel istek bozuklukları	14
2.3.2.Cinsel uyarılma bozuklukları	16
2.3.3.Orgazm bozuklukları	16
2.3.4.Cinsel ağrı bozuklukları	17
2.4.Kadın Cinsel Fonksiyon Bozukluklarının Nedenleri	18
2.5.Aile Planlaması Hizmetleri ve Cinsellik	20
2.5.1.Kadınların kullandığı kontraseptif yöntemler ve cinsel yaşama etkisi.....	21
2.5.1.1.Kombine oral kontraseptifler ve cinsel yaşama etkisi	21
2.5.1.2.Enjekte edilen kontraseptifler ve cinsel yaşama etkisi	24
2.5.1.3.Rahim içi araç (RİA) ve cinsel yaşama etkisi.....	25
2.5.1.4.Kondom ve cinsel yaşama etkisi	28

2.6. Aile Planlamasında Danışmanlık Hizmetleri ve Danışmanlık Hizmetlerinde Hemşirenin Rolü.....	30
2.6.1.Cinsel danışmanlık-eğitimi ve tedavisinde kullanılan bazı modeller.....	32
2.7.PLISSIT Modeli	35
3.GEREÇ VE YÖNTEM	38
3.1.Araştırmanın Amacı	38
3.2.Araştırmanın Tasarımı-Tipi	38
3.3.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zamanı	38
3.4.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	39
3.4.1.Araştırmanın Evreni	39
3.4.2.Araştırmanın Örneklemi	39
3.4.2.1.Örneklem sayısı.....	39
3.4.2.2.Örneklem seçimi	39
3.4.2.3. Çalışma ve kontrol grubu için örneklem sayısı.....	41
3.4.2.4.Örneklemde çalışma ve kontrol grubu- randomizasyonu.....	41
3.5.Veri Toplama Araçları	42
3.5.1.Anket formu	42
3.5.2.Yaşam Dönemlerine Göre Cinselliğin Değerlendirilmesi Formu.....	42
3.5.3.FSFI (Kadın Cinsel İşlev Ölçeği)	42
3.5.4.PLISSIT Modeli Eğitim Paketi	43
3.6.Araştırmanın Etik Yönü.	44
3.7.Araştırma Verilerinin Toplanması (Çalışmanın Uygulanması)	44
3.8.Araştırmanın Hipotezleri	48
3.9.Verilerin Değerlendirilmesi (İstatistiksel analiz).....	48
3.10.Araştırmanın Sınırlılıkları ve Güçlükleri	49
4.BULGULAR	50
4.1.İlk Değerlendirme Sonucunda Elde Edilen Bulgular.....	51
4.1.1.Kadınların tanımlayıcı ve obstetrik özelliklerine ait bulgular.....	51
4.1.2.Kadınların kontraseptif kullanımlarına ait bulgular.....	54

4.1.3.Kadınların cinsel yaşamlarına ve FSFI 1.değerlendirmesine ait bulgular...	58
4.2.Çalışma ve Kontrol Grubuna Alınan Kadınlara Ait Bulgular	61
4.2.1.Gruplara göre tanımlayıcı ve obstetrik özelliklere ait bulgular.....	61
4.2.2.Çalışma ve kontrol grubundaki kadınların kontrasepsiyon kullanımına ait bulgular.....	63
4.2.3.Çalışma ve kontrol grubundaki kadınların cinsel yaşamları ve FSFI 2., 3. ve 4. değerlendirme sonuçlarına ait bulgular.....	69
5.TARTIŞMA	76
5.1.Kadınların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	76
5.2.Kadınların Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	80
5.3.Kadınların Kontraseptif Yöntem Kullanımına İlişkin Bulguların Tartışılması...	82
5.4.Kadınların Cinsel Yaşamına Ait Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması...	85
5.5. Çalışma ve kontrol grubundaki kadınların FSFI 2., 3. ve 4. Değerlendirme sonuçlarına ait bulguların tartışılması.....	86
6.SONUÇ VE ÖNERİLER	89
KAYNAKLAR.....	97
EKLER	110
EK-1:ANKET FORMU	110
EK-2:YAŞAM DÖNEMLERİNE GÖRE CİNSELLİĞİN DEĞERLENDİRİLMESİ FORMU.....	115
EK-3:KADIN CİNSEL FONKSİYON İNDEKSİ (FSFI).....	117
EK-4:PLISSIT MODELİ EĞİTİM PAKETİ	122
EK-5:ETİK KURUL ONAY YAZISI.....	131
EK-6:	
ÖZGEÇMİŞ	132

KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ

AP	Aile Planlaması
ACOG	The American College of Obstetricians and Gynecologists
AÇSAP	Aile Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması
AFUD	American Foundation for Urologic Disease
CETAD	Cinsel Eğitim, Tedavi ve Araştırma Derneği
CFB	Cinsel Fonksiyon Bozukluğu
CYBH	Cinsel Yolla Bulaşan Hastalık
CD	Cinsel Disfonksiyon
ÇG	Çalışma Grubu
DMPA	Depo Medroksiprogesteron Asetat
DSÖ (WHO)	Dünya Sağlık Örgütü
FSFI	Female Sexual Function Index
FSH	Folikül Stimulan Hormon
HIV	Human Immunodeficiency Virus
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
KG	Kontrol Grubu
KOK	Kombine Oral Kontraseptifler
LH	Luteinleştirici hormon
RIA	Rahim İçi Araç
TNSA	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
PID	Pelvik İnflamatuvar Disease (Pelvik İnflamatuvar Hastalık)

ŞEKİLLER LİSTESİ

Sayfa No

Şekil 1: Örneklem alınmadan itibaren çalışmanın uygulanmasının akış şeması.....45

TABLolar LİSTESİ

Sayfa No

Tablo 4.1.1.1 Kadınların tanımlayıcı özellikleri.....51

Tablo 4.1.1.2 Kadınların obstetrik özellikleri.....52

Tablo 4.1.2.1 Kadınların kontrasepsiyon kullanımlarına ilişkin özellikleri..... 54

Tablo 4.1.2.2 Kadınların kullandığı mevcut kontraseptif yöntemle ilişkin özellikleri.56

Tablo 4.1.2.3 Kadınların aile planlamasına ilişkin danışmanlık alma durumları.....57

Tablo 4.1.3.1 Kadınların ve eşlerinin cinselliğe ilişkin görüşleri.....58

Tablo 4.1.3.2 Kadınların bazı yaşam dönemlerindeki cinselliklerini değerlendirme sonuçları.....59

Tablo 4.1.3.3 Kadınların FSFI (*1. Değerlendirme*) alt boyut ve total puan ortalamaları.....59

Tablo 4.1.3.4 Kadınlarda FSFI cut-off değerine göre cinsel disfonksiyon durumu...60

Tablo 4.1.3.5 Kadınların kullandıkları kontraseptif yöntemlere göre FSFI cut-off değerleri.....59

Tablo 4.2.1.1 Çalışma ve kontrol grubundaki kadınların tanımlayıcı özellikleri.....60

Tablo 4.2.1.2 Çalışma ve kontrol grubundaki kadınların obstetrik özellikleri.....62

Tablo 4.2.2.1 Çalışma ve kontrol grubundaki kadınların kontrasepsiyon öyküsü.....64

Tablo 4.2.2.2 Çalışma ve kontrol grubundaki kadınların kullandıkları mevcut kontraseptif yöntemle ilişkin özellikler.....66

Tablo 4.2.2.3 Çalışma ve kontrol grubundaki kadınların aile planlamasına ilişkin bilgi/danışmanlık alma durumları.....68

Tablo 4.2.3.1 Çalışma ve kontrol grubundaki kadınların ve eşlerinin cinsellik algıları ve önemlilik düzeyi.....69

Tablo 4.2.3.2 Çalışma ve kontrol grubundaki kadınların ifadelerine göre bazı yaşam dönemlerindeki cinselliklerine verdikleri puan düzeyi.....70

Tablo 4.2.3.3 Çalışma grubundaki kadınların 4 değerlendirmesine göre FSFI alt boyut ve total puan ortalamaları.....71

Tablo 4.2.3.4 Çalışma ve kontrol gruplarının ilk (1.) ve son (4.) değerlendirmede FSFI alt boyut ve total puan ortalamaları.....72

Tablo 4.2.3.5 Çalışma ve kontrol gruplarının kullandıkları kontraseptif yönteme göre FSFI cut-off değerleri.....	73
Tablo 4.2.3.6 Çalışma grubundaki kadınların 4 değerlendirmeye göre FSFI cut-off değeri bağlamında cinsel disfonksiyon düzeyleri.....	74
Tablo 4.2.3.7 ÇG ile KG kadınların 1. ve 4. değerlendirme sonrası cinsel disfonksiyon oranları.....	75



Kontraseptif yöntem kullanan kadınlarda cinsel problemler ve çözümünde PLISSIT modeli doğrultusunda verilen eğitim-danışmanlığın etkisi

Öğrencinin Adı: Özlem BAKAN DEMİREL

Danışmanı : Prof. Dr. Hatice YILDIZ

Anabilim Dalı : Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

ÖZET

Amaç: Çalışma kontraseptif yöntem kullanan kadınların cinsel fonksiyonlarının değerlendirilmesi ve cinsel problem yaşayanlara PLISSIT modeli doğrultusunda verilen eğitim-danışmanlığın cinsel fonksiyon bozukluklarında etkisini belirlemek amacıyla gerçekleştirildi.

Gereç ve Yöntem: Bu araştırma, prospektif olarak dizayn edilmiş olup, randomize ve çalışma-kontrol gruplu tasarımı olan deneysel bir çalışmadır. Diyarbakır ilindeki bir kamu hastanesinin AP Polikliniğinden hizmet alan ve kontraseptif yöntem kullanan kadınlarda, 2 aşamalı olarak yürütülen çalışmanın ilk aşamasında 352 kadın örnekleme alındı. Alınan her kadına Female Sexual Function Index (FSFI) uygulandı ve ardından FSFI cut-off değerine (≤ 26.55) göre cinsel disfonksiyonu olan ve olmayanlar belirlendi. Çalışmanın 2. aşamasında; cinsel disfonksiyonu olan kadınlar (N=100) randomize edilerek çalışma grubu (ÇG) n= 49 ve kontrol grubu (KG) n= 51 olmak üzere iki gruba ayrıldı. Öncesinde, gruplara alınacak sayı için G-Power analizi kullanıldı. ÇG kadınlara PLISSIT modeli doğrultusunda eğitimin-danışmanlık verildi. Veriler anket formu ve FSFI ile toplandı. ÇG kadınlar FSFI ile 4 kez değerlendirildi. Verilerin analizinde Statistical Package for Social Sciences -SPSS kullanıldı.

Bulgular: Çalışmanın ilk aşamasında alınan 352 kadının çoğunluğu 25-35 yaş grubundaydı (%60,8), %80,2'nin eğitimi ilkökul düzeyindeydi, %78,4'ü RİA kullanıyordu ve cinsel disfonksiyon yaşayanların oranı %28,4 (100) dı. ÇG alınan kadınlara PLISSIT göre verilen eğitimlerde 1.eğitimden sonraki 3. ve 6. aylarda cinsel fonksiyonlarında iyileşme olduğu saptandı ($p<0.001$). 6 ay sonra yapılan son değerlendirmede ilk değerlendirmede %100 olan cinsel disfonksiyon oranının %59,8 indiği görüldü. KG kadınlarda cinsel disfonksiyon oranı aynı düzeyde devam ediyordu ve iki grup arasındaki fark ileri düzeyde anlamlıydı ($p<0.001$).

Sonuç; kontrasepsiyon kullanımında cinsel disfonksiyonu olan kadınlara PLISSIT modeline göre verilen eğitimin cinsel fonksiyonların iyileşmesinde, cinsel disfonksiyonun azalmasında etkili olduğu görüşüne varıldı.

Anahtar Sözcükler: Kontrasepsiyon, Cinsellik, Cinsel disfonksiyon, PLISSIT modeli, Eğitim.

Sexual Problems In Women Using Contraceptive Methods And The Effect Of Education-Counseling In Accordance With The PLISSIT Model

Student's name : Özlem BAKAN DEMİREL

Advisor : Prof. Dr. Hatice YILDIZ

Department : Department of Obstetrics and Gynecology Nursing

SUMMARY

Objective: The study was conducted to evaluate the sexual functions of women using contraceptive methods and to determine the effect of education-counseling on sexual dysfunction in the context of PLISSIT model. In the first stage of the study, 352 women were sampled from the women using contraceptive methods from the family planning polyclinic of a public hospital in Diyarbakır. Female Sexual Function Index (FSFI) was applied to all women who were taken and then those with and without sexual dysfunction were determined according to the FSFI cut-off value (≤ 26.55). In the second stage of the study; Women with sexual dysfunction (N = 100) were randomly divided into two groups as study group (SG) n = 49 and control group (CG) n = 51. Before, G-Power analysis was used for the number of groups. SG women were given training-counseling in line with the PLISSIT model. Data were collected by questionnaire and FSFI. SG women were evaluated 4 times with FSFI. Statistical Package for Social Sciences-SPSS was used in the analysis of the data.

Materials and Methods: Most of the 352 women taken in the first stage of the study were in the 25-35 age group (60.8%), 80.2% had primary education, 78.4% were using IUD, and 28.4% (100) had sexual dysfunction. It was determined that sexual functions improved in the 3rd and 6th months after the 1st education in the trainings given according to PLISSIT to the women who received SG ($p < 0.001$). In the last evaluation 6 months later, the rate of sexual dysfunction decreased from 59% to 100% in the first evaluation. The rate of sexual dysfunction in CG women remained at the same level and the difference between the two groups was highly significant ($p < 0.001$).

Results: According to the PLISSIT model, it is concluded that education given to women with sexual dysfunction in contraception use is effective in improving sexual functions and decreasing sexual dysfunction.

Keywords: Contraception, Sexuality, Sexual dysfunction, PLISSIT model, Education.

1.GİRİŞ ve AMAÇ

Bugün tüm dünyada her gün yaklaşık 830 kadın gebelik ve doğumla ilgili önlenabilir nedenlerden ötürü ölmektedir. Tüm anne ölümlerinin %1 i gelişmiş ülkelerde geri kalan %99 u geliştirmekte olan ülkelerde meydana gelmektedir (WHO, 2018). Anne ölümlerinin çoğunluğu sık aralıklı, çok sayıda ve istenmeyen gebeliklere bağlı gelişen komplikasyonlardan kaynaklanmaktadır. Dünya da her yıl meydana gelen 210 milyon gebeliğin yaklaşık 75 milyonunun istenmediği ve istenmeyen gebeliklerin de 46 milyonunun isteyerek düşükle sonlandırıldığı bildirilmektedir. Güvenli olmayan koşullarda yapılan isteyerek düşükler anne ölümlerine ve binlercesinin de sakat kalmasına neden olmaktadır (Cinsel Sağlık/Üreme Sağlığı 2006).

İnsanlık, gebeliğin cinsel birleşme sonrasında meydana geldiğini fark edecek gelişim düzeyine vardığında, gebeliği önlemek için çalışmalara başlamış ve bunun için çeşitli yöntemler kullanmıştır (Mahmoudi, 2001; Yılmaz, 2003). Gebeliği önlemek için kullanılan bu yöntemlere genel olarak kontrasepsiyon, bunu sağlamak için geliştirilen yöntemlere de kontraseptif yöntemler denmektedir. Kontraseptif yöntemlere ilişkin hizmetler aile planlaması (AP) hizmetleri kapsamında yürütülmektedir. Nüfus artış hızının, planlanmamış gebeliklerin, anne ve bebek ölümlerin yüksek olması nedeniyle aile planlaması hizmetleri ülkemiz için temel sağlık konularındandır (Koyuncuer, 2004; Kaynar ve ark., 2008; Çayan, 2009).

Aile planlaması çoğu zaman gebeliğin önlenmesi ve doğum kontrolü anlamına gelse de evli çiftlerin istedikleri zaman, istedikleri sayıda çocuk sahibi olmalarına fırsat vermekte; eşlerin istenmeyen gebeliklerden sakınmalarına, iki doğum arasındaki süreyi düzenlemelerine olanak sağlamaktadır. Eşlerin yaşlarını, sağlık ve sosyo-ekonomik durumlarını göz önüne alarak ne zaman ve ne kadar çocuk sahibi olacaklarına karar vermelerine ve çocuğu olmayan ailelerin de çocuk sahibi olmalarına yardım eden uygulamaların tümüdür (Aksu, 2008; Şahin, 2012; Taşkın, 2012). AP hizmetlerinin asıl hedefi anne ve çocukların sağlıklarının korunması ve sağlık düzeylerinin yükseltilmesi, aşırı doğurganlığın olumsuz etkilerini azaltmak, nüfus artışının getireceği sorunları önleyerek ekonomik gelişmeye katkı sağlayıp toplumun yaşam niteliğini yükseltmektir (Oltuluoğlu, 2008).

Dünyada nüfus, kalkınma ve doğurganlık arasında kurulan ilişki önce “nüfus planlaması”, daha sonra “doğum kontrolü” ve son olarak ta “aile planlaması” gibi kavramların ortaya çıkmasına neden olmuştur. Günümüzde ise “aile planlaması” kavramı ve hizmetleri "üreme sağlığı" kapsamı içerisinde yer almaktadır (AÇSAP, 2005). Üreme sağlığı; yalnızca üreme sistemi ve fonksiyonlarında herhangi bir hastalık ya da zayıflık olmaması değil, fiziksel, zihinsel ve sosyal açıdan bütünüyle iyi olma durumu, insanların tatmin edici ve güvenilir bir cinsel yaşam sürdürebilmeleri ve üreme yeteneği ile bu konuda karar verme, zamanı ve sıklığını belirleme özgürlüğüne sahip olmalarıdır. Ayrıca üreme sağlığı hizmetleri; yalnızca üremeye bağlı hastalıklarda bakım ve danışmayı değil, hayatı ve kişisel ilişkileri zenginleştirmeyi amaçlayan cinsel sağlığı da kapsamaktadır (Yılmaz, 2003; Temel, 2012).

Cinsel sağlık, cinsel yaşamın bedensel, ruhsal, zihinsel ve sosyal açıdan bir bütün olarak ele alınması yoluyla kişilik, iletişim ve sevginin olumlu yönde zenginleştirilmesi ve güçlendirilmesi olarak tanımlamaktadır (Gabalcı, 2008, Bozdemir, 2011).

Cinsellik, üreme amacının dışında da yaşam kalitesinin unsurlarından biridir. İnsan, üremeyi amaçlamadan da özgür seçimleri doğrultusunda cinsel ilişkide bulunabilmektedir. Böylece cinsellik, sadece üreme için bir fonksiyon olmaktan çıkıp, yaşamsal fonksiyonlardan biri haline gelir. Bu noktada aile planlamasını cinsellikten ayırmak, cinsel sağlık kavramı içinde belirtmemek mümkün değildir. Üreme amacı taşımayan çift için gebelikten korunmada güvenli bir yöntem kullanılmaması ve bunun yaratacağı sonuçların çift için bir cinsel disfonksiyon nedeni olabileceği unutulmamalıdır (Yılmaz, 2003; Demircan, 2003).

Cinsel yaşamından tatmin olmama ve bunun devamlı olması hali de cinsel fonksiyon bozukluğu (CFB) olarak tanımlanmaktadır (Emeç, 2016). Cinsel fonksiyon bozukluğunun her iki cinsten cinsel yanıt döngüsünde ve cinsel istekte bozukluklar ile karakterize, psiko-fizyolojik değişikliklere bağlı olarak ortaya çıkan bir sorundur (Çelikkol, 2010). biyolojik sorunların bir belirtisi olabildiği gibi ruhsal ve kişilerarası sorunların ya da her ikisinin bir arada bulunması sonucu da görülebildiği ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği bildirilmektedir (Çelikkol, 2010; Akın, 2004;

Yaralı, 2016). Cinsel fonksiyon bozukluklarına sıklıkla rastlanılmaktadır. Yapılan çalışmalar, her iki cinsten de fark olmaksızın, en az her üç kişiden birinin yaşamlarının herhangi bir dönemlerinde en az bir cinsel fonksiyon bozukluğu yaşadığını ortaya koymaktadır (Temel, 2012).

Çiftlerin cinsel yaşamlarının kalitesinin artması amacıyla kullandıkları kontraseptif yöntemlerinin cinsel yaşamlarına etkisinin bilinmesi oldukça önemlidir. Sağlık ekibi içinde yer alan hemşireler, çiftlerin doğru AP yöntemi seçmelerinde ve seçtikleri yöntemin doğru kullanmalarına rehberlik edecek şekilde çiftlerin cinsel yaşamlarının kalitesini de arttırmaya yardımcı olacaktır (Gabalıcı, 2008). Toplumun her kesiminde AP eğitimi yapılırken cinsel sağlık ile ilişkisi mutlaka vurgulanarak anlatılmalıdır. Temelde cinsel sağlık eğitiminin yalnızca AP hizmetleri kapsamında değil her yaş grubunda, bireye ve yaş gruplarına özel tekniklerle yapılması gerektiği vurgulanmaktadır (Temel, 2012).

Birey ile cinselliklerini konuşmak ve bireyin gereksinimine uygun bir cinsel sağlık danışmanlığı; güvenli cinsel sağlık davranışlarını geliştirmek için fırsat sağlar (Gölbaşı, 2013). AP ilişkin kontraseptif hizmetlerinin sunumunda cinsellikle ilgili konularda iletişim sürecinde eşlerin birlikte sürece dahil edilmesinin daha uygun olacağı, bunun eşlerin cinsellikle ilgili kaygılarının paylaşılmasına, kullandıkları kontraseptif yöntemin birlikte seçilmesine olanak sağlayacağı, seçtikleri yöntemi doğru kullanmalarına rehberlik edeceği ve sonuçta bu yaklaşımın çiftlerin cinsel yaşamlarının kalitesini arttırmada yardımcı olacağı vurgulanmaktadır (Gabalıcı, 2008). İlgili literatüre bakıldığında, bireylerin de cinsellikle ilgili konularda sağlık çalışanları ile konuşmaya istediği görülmektedir (Waterhouse, Metcalfe 1991; Stead et al., 2002; Berman et al., 2003; Karadeniz ve ark., 2005; Flynn et al., 2012; Gölbaşı, 2013). Kişilerin cinsel yaşam ve cinsel sağlıklarına ilişkin kaygılarının giderilmesinde kendilerini rahatça ifade edebildikleri kişi olarak sağlık ekibi içinde ilk sırada hemşireleri gösterdiklerini belirtmektedir (Gölbaşı, 2013).

Hemşireler cinsel konularda rahat olmalı, iyi bir dinleyici olmalı, yargılayıcı bir tutum içinde olmamalı, danışmanlık yapabilme becerisi gelişmiş olmalı, cinsellik konusunda kendini rahat hissetmeli, cinsellik ve cinsel fonksiyon konusunda bilgili olmalı, cinsellik konusunda kendinin ve kadınların inanç değer ve tutumlarının farkına

varmalıdır (Karakoyunlu, 2009). Hemşirelerin cinsel bakıma yönelik rolleri; cinsel sağlığın değerlendirilmesi, sorunun belirlenmesi, uygun hemşirelik girişimleri ile sorunun çözümlenmesi ve cinsel sağlığın sürdürülmesi aşamalarını içermektedir. Ancak, yapılan çalışmalar hemşirelerin bu aşamaları bilmelerine rağmen, hastaların cinselliği konusunda çok az duyarlı olduklarını, yetersiz kaldıklarını, isteksiz olduklarını, hastaları ile cinsellikle ilgili konularda iletişimi başlatmakta güçlük yaşadıklarını, hastalara bilgi ve öneri vermediklerini ortaya koymaktadır (Bal, 2014; Cort, Attenborough and Watson 2001; Stead, Brown, Fallowfield and Selby 2002; Shell, 2002; Haboubi and Lincoln 2003; Magnan, Reynolds and Galvin, 2005; Higgins, Barker and Begley, 2006; Lavin and Hyde, 2006; Yiğit, Kanik, Özcan ve Yüzer, 2007; Saunamäki, Andersson and Engström, 2010; Jaarsma, Strömberg, Fridlund, De Geest, Martensson, Moons et al., 2010; Pınar, 2010; Olsson, Berglund, Larsson and Athlin, 2011; Gölbaşı, 2013). Sağlık profesyonellerinin bu yaklaşımı sağlık hizmetiyle ilgili tüm alanlarda olduğu gibi AP hizmetlerinde de söz konusudur. AP hizmetlerinde kontraseptif yöntem kullanan ya da kullanmak için başvuran kadınlara sadece yöntem hakkında bilgi-danışmanlık verilmekte ancak cinsel sağlık, yöntemin cinsellikle ilişkisi vb. alanlarda eğitim ve danışmanlık verilmemektedir. Hemşire/sağlık profesyonelinin vereceği eğitim ve danışmanlık hizmetinde yararlı olacak bir model kullanması önerilmekte ve bunun verdiği hizmetin etkinliğini artıracakları belirtilmektedir. Cinsellikle ilgili yeterli bilgi sağlama ve gerekli müdahale için cinsel eğitim, danışmanlık ve terapide kullanılan PLISSIT, BETTER, ALARM ve ALLOW gibi modeller bulunmaktadır. Bunlardan PLISSIT modeli Annon tarafından 1976 yılında geliştirilmiş, 2006 yılında Taylor ve Davis tarafından yeniden gözden geçirilerek revize edilmiştir. Bu model ile bireyin cinselliğe ilişkin paylaşımında bulunabilmesi, kaygı, sorun, gereksinimlerin belirlenmesi, konuya özgü spesifik bilgi ve önerilerin aktarımı ve cinsel sağlığa ilişkin bakım ihtiyaçlarının karşılanması amaçlanmaktadır. Model; P- İzin verme (Permission), LI- Sınırlı bilgi (Limited Information), SS- Özel öneriler (Specific Suggestions), IT – Yoğun terapi (Intensive Therapy) olmak üzere dört seviyeden oluşmaktadır (Taylor ve Davis, 2006). PLISSIT modelinin cinsellik ve cinsel sağlık konularında hemşireler için yararlı bir araç olduğu vurgulanmaktadır. Literatürde bu modelle yapılan pek çok çalışma vardır. Ancak

kontraseptif yöntem kullanan kadınlardaki cinsel sorunlarda bu yöntem kullanılarak yapılan çalışma sayısı yok denecek kadar azdır. Bu çalışma kontraseptif yöntem kullanan kadınların cinsel fonksiyonlarının değerlendirilmesi ve cinsel fonksiyon bozukluğu yaşayanlara PLISSIT modeli doğrultusunda verilen eğitim-danışmanlığın cinsel fonksiyon bozukluklarında etkinliğinin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirildi. Bu bağlamda literatüre katkı sağlamak hedeflendi.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Üreme Sağlığı ve Cinsellik

Kahire de 1994 yılında yapılan Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansında sadece kontraseptif yöntemlerin temin edildiği aile planlaması programlarının yerine, geniş bir hizmet yelpazesini içine alan yaklaşımlara ağırlık verilerek, deneyimlerin paylaşıldığı ve uzun tartışmaların sonucu olan Üreme Sağlığı kavramı dünya gündemindeki yerini almıştır. Dünya da nüfus kalkınma ve doğurganlık arasında kurulan ilişki öncelikle nüfus planlaması, daha sonra doğum kontrolü ve aile planlaması kavramlarının gelişmesine katkıda bulunmuştur. 1994' ten bu yana yeni bir kavram olan cinsel sağlık dünya ülkelerinin gündemine girmiş ve kabul görmüştür. Üreme sağlığı DSÖ tarafından; 'üreme sistemi fonksiyonları ile ilgili sadece hastalık ve sakatlığın olmaması değil, tüm bunlara ilişkin fiziksel, zihinsel ve sosyal yönden tam bir iyilik halinin olması, insanların tatmin edici ve güvenli bir cinsel yaşamlarının olması, üreme yeteneğine sahip olmaları ve üreme yeteneklerini kullanmada karar verme özgürlüğüne sahip olmalarıdır' şeklinde tanımlanmaktadır (http://www.who.int/topics/reproductive_health/ en/, Erişim tarihi: 02.06.2018) (Tokuç ve ark., 2001; Yılmaz, 2003; Naçar ve ark.; 2003; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2009; Çayan, 2009; WHO, 2010; Özdemir, 2014;).

Bu özgürlük kadın ve erkeğin kendi seçecekleri etkili, güvenli, bütçelerine uygun aile planlaması yöntemlerine ulaşabilme hakkını, kadının gebelik ve doğumunu güvenlik içerisinde geçirmesini, çiftlerin sağlıklı bir bebek sahibi olmalarını sağlayacak en uygun koşulların sağlanacağı uygun sağlık bakım hizmetlerinden yararlanabilme hakkını da içermektedir. Ayrıca üreme sağlığı hizmetleri içinde yer alan cinsel sağlık kavramı da DSÖ tarafından 'cinsel yaşamın bedensel, ruhsal, zihinsel ve sosyal açıdan bir bütün olarak ele alınması yoluyla kişilik, iletişim ve sevginin olumlu yönde zenginleştirilmesi ve güçlendirilmesi' olarak tanımlanmaktadır (http://www.who.int/topics/sexual_health/en/, Erişim tarihi: 17.06.2018).

Cinsel sağlık ve üreme sağlığı konusunda bilgisizlik birçok sağlık sorununa da temel oluşturur. Gelişmekte olan ülkelerde 15-44 yaş doğurgan çağda kadınların toplam hastalık yüklerinin üçte birini gebelik ve doğuma ilişkin sorunlar

oluşturmaktadır. Bu sorunlara HIV ve CYBH da eklenince, bu yaş grubundaki kadınlara ait hastalık nedenlerinin yarısından fazlası üreme sağlığı yetersizliğinden kaynaklanmaktadır. Cinsellik ve üremeye ilişkin sağlık sorunları, ergenlikten yaşlılığa kadar çok uzun bir zaman dilimini etkilemektedir. Bu sorunların giderilmesi bütüncül bir hizmet yaklaşımıyla mümkün olmaktadır. Gebelik ve doğuma ilişkin anne ve çocuk sağlığı sorunları, doğurganlığın düzenlenmesi, infertilite, cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve üreme sistemi hastalıkları gibi konularda bilgilendirme, korunma, danışmanlık, tanı ve tedavi hizmetlerinin gereksinime göre verilmesi ve yaygınlaştırılması gerekmektedir (Yılmaz, 2003).

Üreme sağlığı ve cinsel sağlık konusunda günümüze kadar dünyada önemli çalışmalar yapılmış olup, önemli gelişmeler kaydedilmiştir. Geline bu noktada; üreme sağlığı hizmetleri tüm ülkeler tarafından benimsenip temel sağlık hizmetleri kapsamında ele alınarak, üreme çağındaki tüm bireylere en kısa sürede ulaştırılması önerilmektedir (Yılmaz, 2003).

Cinsellik

Cinsellik, doğumdan önce başlayıp ömür boyu devam eden, bireyin insan olarak sahip olduğu tüm özelliklerini yansıtan, bireysel yaşamın sürdürülebilmesi için zorunlu olmayan fakat türün sürekliliği için gerekli bir eylemdir. Cinsellik, sadece insan gelişimini destekleyen bir ihtiyaç değil, aynı zamanda da çoğu zaman engellenemeyen bir iç güdüdür (Demircan, 2003; Garibova, 2015; Zeren ve Gürsoy, 2018; Bektaş, 2018).

DSÖ'ye göre cinsellik; 'Fiziksel, duygusal, entellektüel ve sosyal yönlerin kişiliği, iletişimi ve aşkı zenginleştirici etkilerinin bileşiminden oluşur. Herkesin cinsel bilgilere ulaşma ve cinsel ilişkiyi zevk için ya da üreme amacıyla yaşama hakkı vardır. Cinsel bir varlık olarak insanın sadece bedensel değil, duygusal, düşünsel ve toplumsal bütünlüğünü sağlayan, kişilik gelişimi, iletişim ve sevginin paylaşımını olumlu yönde zenginleştiren ve artıran sağlıklılık halidir' (WHO, 2010). Cinsellik, gelişmiş toplumlarda insanların birbiriyle utanmadan, endişe etmeden konuşabildikleri bir konudur fakat bu durum gelişmekte olan toplumlarda hala ayıplanan, konuşulmasının

utanç verici olarak algılandığı bir yasak olarak kabul edilmektedir (Garibova, 2015). Cinsel sağlık, cinsel ilişkide zorlama, ayırım yapma ve şiddetten arınmış, keyifli, güvenli ve olumlu sonuçları olan temel bir ihtiyaçtır. (Bozdemir ve Özcan, 2011).

2.2. Cinsel fonksiyon

İnsan cinselliği, insanın biyolojisi, psikolojisi, ait olduğu kültür ve içinde yer aldığı toplumsal koşulların hepsi tarafından etkilenen ve onları etkileyen karmaşık bir bütündür. İnsanda cinsel fonksiyon, cinsel uyarana gösterilen fizyolojik, psikolojik ve sosyal tepki ya da süreçlerin bütünü olarak ifade edilebilir. Kısacası cinsel fonksiyonu iki insan arasındaki iletişimin bir parçasıdır (Yetkin, 1998; Ortaylı, 2001; Kulak, 2006). Cinsellik davranışı konusunda ilk geniş kapsamlı toplum araştırması, Amerikan Bilimler Akademisi' nin desteği ile Kinsey ve arkadaşları tarafından 1938 ile 1952 yılları arasında yapılan, insanın cinsel davranış biçimleri ile ilgili istatistiklerin derlenmesinden oluşmaktadır. Kinsey' in çalışması, her türlü cinsel davranışın biyolojik, ruhsal ve toplumsal etmenlerini daha iyi anlayarak, insanın cinsel doğası ile toplumun gereksinimleri arasında en iyi anlaşma ve uyumun oluşturulmasına, cinsel yargıların nesnel verilerle bir kez daha gözden geçirilmesine katkıda bulunmayı amaçlamıştır (Kinsey, 1948; Aksakal,1991; Temel, 2012).

Kinsey ve arkadaşlarının çalışmalarının ardından Masters ve Johnson tarafından yapılan ve 10 yılı aşkın süren araştırma, insan cinsel fizyolojisi ile ilgili bilgilerin temelini oluşturmaktadır. Masters ve Johnson bu çalışmada, deneklerin cinsel uyarılara verdikleri yanıtları doğrudan gözleyerek ve nesnel ölçüm yöntemlerini kullanarak cinsel tepki sürecinin bütün evrelerini kaydetmişlerdir. Her ne kadar kadın ve erkek cinselliğinin anatomi ve fizyolojisi kısmen birbirine paralellik gösterse de kadınlar ve erkekler arasında cinsellik ve cinsel fonksiyon anlamında belirgin farklılıklar bulunmaktadır (Aksoy, 2006; Tütüncü, 2009).

2.2.1. Cinsel işlev fizyolojisi

Masters ve Johnson 700 kadın ve erkekten oluşan cinsel açıdan normal olarak kabul edilen bir örneklem grubu üzerinde çalışma yapmış ve 1966 yılında “İnsanın Cinsel

Tepkisi (Human Sexual Response)” adlı kitapta cinsel yanıt döngüsünü tanımlamıştır. Bu kitaba göre cinsel yanıt döngüsü; uyarılma (heyecan) fazı, plato fazı, orgazm fazı ve çözülme fazı olmak üzere dört evreye ayrılmıştır. İkinci çalışmaları olan “İnsanın Cinsel Yetersizliği (Human Sexual Inadequency)” adlı kitapta ise cinsel fonksiyon bozukluklarının cinsel yanıt döngüsü fazlarının biri ya da birkaçının bozulması sonucunda meydana geldiğini belirtmişlerdir. Bu iki önemli çalışma birçok cinsel soruna yönelik modern seks terapisi yaklaşımının temellerini atmıştır (Çeri ve ark., 2008, Bilge, 2017).

1974 yılında Kaplan, Masters ve Johnson modelinde yaptığı değişimler ile bu alanın klinik temellerine önemli katkılar sağlamıştır. Kaplan cinsel yanıt evrelerini klinik açıdan yeniden sınıflandırarak, cinsel istek, uyarılma ve orgazm olmak üzere üç aşamalı bir model geliştirmiştir (İncesu C., 2004). Günümüzde ise Amerikan Ürolojik Hastalıklar Vakfı (American Foundation for Urologic Disease- AFUD) tarafından 2000 yılında cinsel istek, uyarılma, orgazm ve çözülme fazı olarak sınıflandırılmakta ve plato fazı kullanılmamaktadır.

Cinsel yanıt evreleri,

1. Cinsel istek
2. Uyarılma
3. Orgazm
4. Çözülme olmak üzere 4 evreden oluşmaktadır.

Erkeklerdeki cinsel yanıt döngüsü genellikle birbirine benzerken kadınlarda durum farklıdır. Kadındaki cinsel yanıt döngüsü, tepkinin hem yoğunluğu hem de süresiyle ilişkili olup, sayısız çeşitlilikte olabilir. (Kinsey, 1953; Farrel ve Kienes, 2000; Esmail ve ark., 2001; İncesu, 2004; Aksoy, 2006).

2.2.1.1. Cinsel istek evresi

Karşı cinse yönelik psikolojik olarak cinsel istek ve ilginin olduğu evredir. Kadının geçmişte yaşamış olduğu cinsel deneyimler ve fanteziler uyarıyı sağlar. Cinsel isteği serotonin inhibe ederken, buna karşın dopamin aktive eder. Cinsel istek fazı birkaç dakika ile birkaç saat arasında sürebilir (Tütüncü, 2012; Bilge, 2017).

2.2.1.2. Uyarılma evresi

Fizyolojik değişiklerin belirgin olarak görüldüğü evredir. Birkaç dakika ya da saatlerce sürebilir. Bu evrede temel olarak erotik duygu ve düşüncelerin belirmesi, kadında lubrikasyonun ve erkekte ereksiyon ortaya çıkması ve bedende yaygın olarak vazokonjesyon ve myotoni ile karakterizedir. Fizyolojik değişiklerin belirgin olarak görüldüğü evredir. Birkaç dakika ya da saatlerce sürebilir. Bu evrede kadınlarda taşikardi, hızlı nefes alma, kan basıncında artma, genel bir ısınma hissi, göğüslerde gerginlik, myotoni, göğüs uçlarında ereksiyon, deride renklenme ve koyulaşma gözlenir. Kadınların yaklaşık olarak 3/4'ü bu uyarılmayı yaşar (İncese, 2004; Bilge, 2017).

Ayrıca kadında yaygın olarak vajina çevresinde vazokonjesyon görülür. Vazokonjesyon sonrasında bartholin bezlerinden mukus salgılanır ve vajinal ıslanma meydana gelir. Bu ıslanmaya “lubrikasyon” denir. Salgının miktarı kadının cinsel isteğine, menstrual siklus durumuna ve fizyolojik özelliklerine göre değişir. Lubrikasyon koitus esnasında penisin vajinaya girişini kolaylaştırır. Vazokonjesyonun devam edip şiddetlenmesi durumunda, vajinanın alt kısmında ödem meydana gelerek daralır, üst kısmı ise uzar. Uterus küçük pelvis dışına doğru uzanır. Bu durumun, uyarının şekline göre, şiddeti hızlı ya da yavaş olarak değişir (Bradford ve Ark., 2015; Bilge, 2017). Uyarılma fazında ek olarak labia minörlerde ödem meydana gelir. Ayrıca labia minörler birbirinden uzaklaşır ve deri morumsu bir renk alır. Bunun yanında kadının uyarılması, cinsel gerilimin şiddetlenmesi ve orgazmın çözülmesi için önemli rol oynayan klitoriste ereksiyon meydana gelir. Klitoris uyarıları alır ve bu uyarıları cinsel tepkiye dönüştürür. Klitoris doğrudan temasla, meme ya da vajinaya dokunmayla, koitus yoluyla ya da fantezilerle uyarılabilir (Yılmaz, 2003; İşler, 2004; Bradford ve ark., 2015; Bilge, 2017).

2.2.1.3. Orgazm evresi

Cinsel yanıt döngüsünde en kısa süren buna karşın cinsel hazzın en yoğun hissedildiği evredir. Kadında meydana gelen vazokonjesyon sonucu büyüyen dokuların ritmik kasılmaları ile karakterize bir sinir gerilimi boşalmasıdır (Bradford ve Ark., 2015; Bilge, 2017). Orgazm fazı kadınlarda klitoris, uterus ve vajinada yoğunluk kazanır.

Uterus, vajina ve anal sfinkterde (genellikle 3-5, bazen 10-15 kez) 0,8 saniyelik (5-60 sn.) ritmik kasılmalar meydana gelir. Bu fazda cinsel aktivitedeki gerginlik aniden durur ve kadın rahatlar. Labia majörler incelip yassılaşıırken, labia minörlerde kırmızıya doğru renk değişimi görülür. Orgazm fazında görülen fizyolojik değişikliklere ek olarak solunum hızının yükselmesi, ateş basması, sırt ve göğüs bölgesinde terleme, boyun ve yüze yayılan kızarıklık, meme ucu duyarlılığında artış, boyun, yüz, kol ve bacaklarda kasılma meydana gelir. Kan basıncı ve kalp hızı orgazmın başlangıcında yüksek iken süreç ilerledikçe azalmaya başlar. Orgazmın süresi ve yoğunluğu bireysel farklılıklar gösterir (İncesu, 2004; CETAD, 2006; Aslan, 2008).

2.2.1.4. Çözülme evresi

Cinsel döngünün son evresidir. Uterus, klitoris ve vajina normal boyuta döner ve memeler ile meme uçları küçülür. Kan basıncı, kalp atımı ve solunum hızı normale döner. Kanın genital bölgeden çekilmesi ve cinsel gerilimin aniden boşalması ile gerçekleşir ve bütün vücudu dinlenme konumuna getirir. Bunun yanında gevşeme ve rahatlama ile birlikte mutluluk hissi yaşanır. Cinsel yanıtta önemli olan orgazmın meydana gelmesi değil, cinsel doyumun oluşmasıdır (Bradford ve ark., 2015, Garibova, 2015; Bilge,2017).

2.3 Kadın Cinsel Fonksiyon Bozuklukları

DSÖ'nün yayımladığı International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-11) kapsamında cinsel fonksiyon bozukluğu; 'Bireyin umduğu cinsel ilişkiyi yaşayamaması durumu' olarak tanımlanır (WHO, 2010; ACOG, 2014). Kadınlarda cinsel fonksiyon bozuklukları; cinsel yanıt sürecindeki istek, uyarılma ve orgazm evrelerindeki fizyolojik süreçlerden birinde oluşan aksamaya bağlı olarak gelişen bozukluklardır. Cinsel fonksiyon bozukluğu kadınların, yaşam kalitesini, fiziksel ve duygusal sağlığını, benlik saygısını ve kişiler arası ilişkilerini önemli şekilde etkileyebilmektedir. Kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu prevalansı %19-96,6 arasında görülmektedir (Shifren et al., 2008; Song et al., 2008; Kütmeç, 2009; Özerdoğan ve ark., 2009; Singh et al., 2009; Gracia et al., 2010;

Wallwiener, 2010; Jaafarpour et al., 2013; ACOG, 2014; Choi et al., 2014). Ülkemizde ise çalışmalara bakıldığında kadınların %19-70,7 'sinin CD yaşadığı görülmüştür (Demirezen ve ark., 2006; Öksüz ve Malhan, 2006; Kütmeç, 2009; Özerdoğan ve ark. 2009; Ege ve ark.,2010).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO)'nün, tanı sistemi (ICD-11) sınıflamasına göre cinsel disfonksiyon, 'farklı nedenlere bağlı olarak, kişinin istediği halde cinsel ilişkiye girememesi' olarak tanımlamıştır. Cinsel fonksiyon bozuklukları, yetişkinlerin kişisel olarak tatmin edici, zorlayıcı olmayan cinsel aktiviteleri deneyimlemekte zorluk yaşayabileceği çeşitli durumları içeren sendromlardır.(WHO, 2010; ACOG, 2014). Son sınıflamaya göre CD aşağıdaki başlıklarda incelenmektedir (Berman and Goldstein, 2001; İncesu, 2004; Çeri ve ark., 2008; ACOG, 2014).

Kadın cinsel fonksiyon bozukluklarının sınıflandırılması (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-11)

1. Cinsel istek bozuklukları

- Hipoaktif cinsel istek bozukluğu
- Cinsel tiksinti bozukluğu

2. Cinsel uyarılma bozuklukları

3. Kadında orgazm bozukluğu

4. Cinsel ağrı bozuklukları

- Disparoni
- Vajinismus

2.3.1 Cinsel İstek Bozuklukları

Cinsel istek bozuklukları birçok nedenle ortaya çıkabilir. Birincil cinsel istek bozukluğu, cinsel isteğin hiç olmaması durumudur. İkincil cinsel istek bozukluğu ise; cinsel isteğin daha önce olması fakat daha sonraki zamanlarda sürekli azalması ya da kaybedilmesidir. Fizyolojik nedenler olarak; hormon değişiklikleri, kronik hastalıklar, gebelik, tıbbi tedaviler gösterilirken; psikolojik nedenler arasında ilişkide sorunlar,

cinsel saldırı, kayıplar; kişisel problemler gösterilebilir (Holmes ve ark.,1998; Basson ve ark., 2005; Ayaz, 2007).

Hipoaktif (azalmış) cinsel istek bozukluğu:

Cinsel istek veya düşüncelerin, cinsel aktivite veya cinsel aktiviteye yanıt verme arzusunun sürekli ya da tekrarlayıcı bir şekilde kaybı ya da yokluğu olarak tanımlanmıştır. Genel olarak kadınlarda erkeklere oranla daha sık görülmektedir. Yapılan araştırmalarda erkeklerde %15 görülürken, kadınlarda görülme sıklığı %35'lere vardığı görülmüştür. Nedeni genel olarak psikolojiktir. Cinselliğin yasaklandığı ve tabu olarak görüldüğü toplum ve kültürlerde daha sık görülür. Küçük yaşlardan bu yana başlayan cinsel baskı ve yasakların doğal bir sonucu olarak, cinsellikle ilgili suçluluk hissedilmesi, duyguların baskılanması, stres, depresyon, eşle olan uyumsuzluklar, kronik hastalıklar ilaç, alkol ve uyuşturucu kullanımı neden olabilmektedir. Cinsel isteksizliğin tedavisi bireyin durumuna ve psikolojisine göre değişiklik gösterebilir. Tedavinin temeli altta yatan asıl sorunun çözümüyle olmaktadır. Bu bazen kullanılan bir ilacın muadili ile değiştirilmesi, altta yatan hastalığın tedavisi, bazen depresyon saptanarak tedavisinin yapılması ve partnerde saptanan cinsel **fonksiyon** bozukluğunun tedavisinin yapılmasıdır (Basson, 2000; İncesu, 2004; Kavuncu, 2004; Kızıltepe, 2006; Temel,2012).

Cinsel tiksinti bozukluğu:

Kalıcı ya da geçici olarak cinsel ilişki kurmaktan tiksinti duyma ve bu nedenle kişisel sıkıntıya neden olması halidir. Cinsel tiksinti duygusu olan bireyler kendilerine cinsel yönden yaklaşıldığında korku, kaygı ya da iğrenme ifade ederler. Bu bozukluk çocukluk çağında istismar ya da tecavüze uğrama gibi cinsel saldırıya maruz kalınan durumlarda, cinsel birleşmenin ağırlı olduğu durumlarda ortaya çıkabilir (Basson, 2000;Anastasiadis ve ark., 2002; Berman, 2003; İncesu, 2004; Wakley, 2005; Kızıltepe, 2006; Ayaz, 2007; Tütüncü, 2009; Temel, 2012; Garibova, 2015).

2.3.2. Cinsel uyarılma bozuklukları

Ön sevişme ve cinsel ilişki boyunca, kalıcı ya da tekrarlayıcı olarak, haz almaya yetecek kadar uyarının olmaması, uyarılamama nedeniyle yeterli cinsel heyecana ulaşamama ya da sürdürememe nedeniyle gerekli biyolojik dengeler sağlanamaz. Bu nedenle klitoris sertleşmesi, vajina ıslaklığı, cinsel haz ve orgazm zorluğu ortaya çıkar. Cinsel uyarılma duyularının olmaması ve çoğu erotik uyarana karşı tepkisiz kalma şeklinde kendini göstermektedir. Ana neden vajinal kuruluk veya ıslanma yetersizliğidir. Uyarılma bozukluğu olan kadınların cinsel istek ve fantezileri vardır, partnerleriyle ilgili bir sorunları yoktur. Kadınlar bu şekilde de ilişkiye girebilir, fakat vajinal nemlenme yeterli olmadığı için tahriş sonucu ağrı ve yanma meydana gelir. Kadınların %10-20' si cinsel uyarılma bozukluğu yaşamaktadır (Boyacıoğlu, 1999; Laumann, 1999; Basson et al., 2000; Basson, 2000; Kavuncu, 2004; Wakley, 2005, Kızıltepe, 2006).

2.3.3. Orgazm bozukluğu

Kadında orgazm bozukluğu: yeterli cinsel uyarıya karşılık çoğunlukla ya da her zaman orgazmın yaşanmaması, gecikmesi ya da güçlükle yaşanmasıdır. Kadınların yaklaşık 1/3.ü çeşitli derecelerde orgazm sorunları yaşamaktadırlar. Kadındaki orgazm bozukluğu, yaşamın önceki dönemlerinde yokken sonradan da ortaya çıkabilir. En sık rastlanan nedenleri arasında tutucu değer yargıları, suçluluk duyguları, cinsel travmalar, yetersiz cinsel bilgi ve deneyim, duygusal hazırlığın ya da eşle olan duygusal iletişimin yetersizliği, evlilik içi çatışma, yetersiz ön sevişme ve cinsel uyarı, çeşitli jinekolojik ve sistemik hastalıklar, kullanılan ilaçlar, alkol ya da uyuşturucu madde kullanımı, depresyon ve eşteki erken boşalma ya da ereksiyon güçlüğü nedeniyle yetersiz cinsel birleşme süresi sayılabilir. Orgazm bozukluklarının görülme sıklığı %18 - 41 arasında değişmektedir. Orgazm zorluğu yaşayan kadınların, cinsel yönden kendilerine daha az güvendikleri, uyarılma ve orgazmın fizyolojik belirtilerinin daha az farkında oldukları belirtilmektedir (Holmes et al., 1998; Basson, 2000; Anastasiadis et al., 2002; Çayan, 2004; İncesu, 2004; Basson, 2004; Althof, 2005; Salonia et al., 2006; Kızıltepe, 2006).

2.3.4 Cinsel Ağrı Bozuklukları

Disparoni: Kadının cinsel aktivite öncesinde, sırasında ya da sonrasında sürekli ya da tekrarlayıcı bir biçimde labia, vajina veya pelvis içinde ağrı hissetmesi olarak tanımlanmaktadır. Kadınların %10-20'inde cinsel ilişki sırasında ağrı olduğu bildirilmektedir. Disparoninin birçok nedeni vardır. Nedenler arasında; endometriozis, pelvik inflamatuvar hastalık (PİD), üretrit, enflamatuvar vajinit gibi fiziksel nedenler, seksüel anksiyete, hastalık, hamilelik gibi psikolojik nedenler sayılabilir. Disparoni sonucu kadınlarda azalmış lubrikasyon, kan akımı ve klitoral hassasiyet meydana gelebilir (Boyacıoğlu, 1999; Basson et al., 2000; Bernhard, 2002; Kızıltepe, 2006; Ayaz, 2007; Tütüncü, 2009; Doğan, 2009).

Vajinismus: Vajinanın dış üçte birini çevreleyen kasların yineleyici ya da sürekli bir biçimde spazmı sonucu şiddetli acı nedeniyle cinsel birleşmenin mümkün olmadığı ya da son derece ağrılı bir kas bozukluğu olduğu, bu kasılmayla beraber tüm bedenin kasılması, bacakların kapanması, korku, kaçınma tepkisi ve vajinal girişin olamayacağı inancında eşlik etmesidir. Bu kasılma istemsiz, yani kadının bilinçli kontrolü dışında gerçekleşen bir kasılmadır. Kadının kasılan kaslar üzerinde hiçbir kontrolü olmadığını düşündüğü için cinsel fonksiyon bozuklukları arasında kadını en çaresiz bırakma bozukluğun vajinismus olduğu söylenmektedir (Holmes, 1998; Basson, 2000; Anastasiadis et al., 2002; Bernhard, 2002; Karali, 2009).

Vajinismusun ortaya çıkmasına pek çok faktörün neden olduğu düşünülmektedir. Bunlar, yanlış ve yetersiz cinsel bilgiler, çocukluk ve gençlik dönemlerinden kalma korkular, suçluluk, ayıp ve günah duyguları, cinsel taciz ya da cinsel travmalar olarak açıklanmaktadır. Korkular; en çok kadının simgesel olarak zihninde aşırı büyüttüğü bir penis yüzünden çok acı çekme, aşırı kanama, vajinanın parçalanması, gebe kalma korkuları şeklinde açıklanmaktadır (Dawkins ve Taylor, 1961). Vajinismusun genelde herhangi bir ilaç ya da operasyonla tedavisi mümkün değildir, cinsel terapi ile bu sorunun, ortalama 2-4 ay sürede ve 6-10 seans süren %90'ı aşan bir başarı oranı ile tedavi edildiği ve buna rağmen vajinismusun, en kolay tedavi edilebilen cinsel fonksiyon bozukluğu olduğu bildirilmektedir (İncesu, 2004; Temel, 2012).

2.4. Kadın Cinsel Fonksiyon Bozukluklarının Nedenleri

Kadın cinsel fonksiyon bozukluklarının nedenlerinin organik (fiziksel), psikolojik, kültürel ve sosyal olarak çeşitli boyutları vardır. Kadınların yaşam kalitelerini olumsuz etkileyen cinsel fonksiyon bozukluklarının nedenleri şu şekilde sıralanabilir (Hulter ve Lundberg, 1994; İşler, 2004; Özdemir, 2004; Addis, 2006; Kulak, 2006; King ve ark., 2007; Garibova, 2015);

Vaskülojenik nedenler: Klitoral ve vajinal vasküler yetmezlik sendromu, pelvis kan akımının azalmasıyla vajinal duvar ve klitoral düz kas dokusunda fibrozis oluşumuna neden olur. Vajinal duvardaki düz kas fibrozisi ise vajinal kuruluk ve dispareni ile sonuçlanır. Ht, hiperkolestrolemi, sigara, pelvik cerrahi travma, myokard infarktüsü, kadın cinsel fonksiyon bozukluklarına neden olan vaskülojenik durumlardır .

Nörojenik nedenler: Erkeklerde erektil disfonksiyona neden olan nörojenik durumlar aynı mekanizma ile kadında cinsel fonksiyon bozukluğuna neden olur. Bunlar spinal kord travması, multipl skleroz, , disk hernisi, komplet üst motor lezyonu, alkolik nöropati, santral ve periferik hasar yapan hastalıklardır (örn diyabet). Spinal kord travmalı hastalarda orgazm çok daha olumsuz etkilenir ve bu hastalardaki orgazm gecikmesi normal kadınlara göre daha uzundur. Multipl Skleroz (MS) hem beyin hem de spinal kordun demiyelizasyonu sonucu nöral iletinin kesintiye uğramasına neden olan bir hastalıktır. MS'li kadınlarda vajinal duyarlılık, lubrikasyon, cinsel istekte azalma ve özellikle orgazm bozukluğu olmaktadır. MS'li hastalarda vajinanın duyuşal bozukluğı belirgindir.

Hormonal nedenler: Östrojen vajinal mukozal doku bütünlüğünü sağlar, vajinal sensasyonu , konjesyonu ve sekresyonu sonuç olarak cinsel uyarılmayı düzenler. CF fizyolojisini düzenleyen östrojen kan seviyelerinin azaldığı durumlarda klitoral kan akımının bozulmasına neden olur ve CD meydana gelir. Östrojen düşüklüğüne bağılı görülen en yaygın semptomlar; cinsel istek azlığı, vajinal kuruluk, seksüel uyarılma bozukluğudur. Kadın cinsel fonksiyon bozukluğuna en sık yol açan hormonal nedenler; cerrahi veya medikal kastrasyon, menapoz, hiperprolaktinemi, prematür over yetmezliğı, kronik doğum kontrol hapı kullanımı ve hipotroididir.

Diabetes mellituslu hastalarda nöropati, vasküler bozukluklar, azalmış libido ve buna bağlı psikolojik sorunlar, uyarılma bozukluğu, vajinal lubrikasyonda azalma, orgazm patolojileri ve ağırlı cinsel ilişki sıkça rastlanan sorunlardır. En sık görülen cinsel sorun azalmış cinsel uyarı ve yetersiz vajinal lubrikasyondur.

Müskülojenik nedenler: Pelvik taban kasları, levator ani ve perineal membran, kadın CF'a doğrudan katılır. Bulbokavernoz ve iskiokavernoz kasları bünyesinde bulunduran perineal membran istemli kasılabildiği gibi, orgazm sırasında ritmik istemsiz de kasılabilir. Levator ani kası orgazm ve vajinal penetrasyonda motor cevabı düzenlemekten sorumludur. Bu kasın hipertonisitesinde vajinismus, disparoni veya diğer ağırlı bozukluklarına neden olabilir. Hipotonisitesinde ise vajina hipoanestezi koital anorgazmi, koit ve orgazm sırasında inkontinans gelişebilir.

Psikolojik nedenler: Özellikle kadınlar açısından normal cinsel yanıtları etkileyebilecek sorunları ve cinsel fonksiyon bozukluğuna yol açabilecek psikolojik sebepleri şöyle sıralayabiliriz; cinsellikle ilgili bilgi eksikliği ve yanlış inançlar, cinsellik ve sonuçlarıyla ilgili olumsuz beklentiler, acı ve ağırlı duymaktan korkma, hamile kalmaktan korkma, ilişki sırasında çıkabilecek seslerin duyulmasından korkma ve ilişkinin yarım kalmasından korkma, ilişkiyi kurmak, sürdürmek ve sonlandırmak konusunda yetersiz kalmaktan korkma, eşinin kontrolünü kaybedeceğinden korkma, cinsel istismar ve travma yaşantıları, eşle ilişkide sorunlar, eşe güven duymama, evlilik öncesi ve evlilik dışı ilişkiler, kişinin kendisi ile ilgili olumsuz duyguları, kendisini değersiz ve zevk almaya layık görmeme, kendini çekici bulmama, benlik saygısında bozulma (ör; infertilite), eşinde CD varlığı, yorgun hissetme ve zihinsel meşguliyetler. Partnerler arasındaki yetersiz iletişim önemli derecede problem olup evli kadınların mutluluğunu %75 oranında etkilemektedir. En sık tanımlanan problemler başka cinsel tercihler, yetersiz ön sevişme ve partnerin kendi karısının cinsel ihtiyaçları hakkında bilgisiz olmasıdır.

İleri yaş: Kadınlarda yaşın ilerlemesiyle birlikte doku ve organların işlevlerinin azalması, özellikle genital organların ve pelvik taban kaslarının fonksiyonlarının bozulması, gebelik ve doğum sürecinin getirdiği fizyolojik ve hormonal değişiklikler, kronik hastalıkların görülme sıklığındaki artış ile toplumsal-kültürel değer yargılarının etkisi, kadının yaş ilerledikçe çekiciliğinin ve güzelliğinin azaldığını hissetmesi gibi

fizyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerin kadın CF' sini olumsuz etkilediği düşünülmektedir.

Alkol, tedavi ve ilaçlar: Alkol ve yasal olmayan ilaçlar da dâhil olmak üzere, pek çok ilaç kadınların cinsel yanıtını değiştirebilmektedir. Kişinin bu ilaçları kullanımı medikal hikâyesinin bir kısmı olarak değerlendirilmeli ve hastanın durumuna uygunsa dozajı ayarlanmalıdır. Cinsel fonksiyonla etkileşen ilaçların bazıları şunlardır; antihipertansifler, antidepresanlar, antihistaminikler, barbituratlar, narkotikler, amfetaminler, kokain, oral kontraseptifler, kemoterapötikler, antipsikotikler.

2.5. Aile Planlaması Hizmetleri ve Cinsellik

Ülkemizde temel sağlık göstergelerimizin istenen düzeyde olabilmesi için, anne ve çocuk sağlığı düzeylerini yükseltmek, istenmeyen gebelikleri önlemek, sık ve aşırı doğurganlık nedeniyle doğuma bağlı anne ve çocukların sağlığına olabilecek olumsuz etkilerini önlemek, doğurganlık çağındaki bireyleri üreme ile ilgili konularda bilgilendirmek, nüfus artışlarını dengede tutarak ülkenin ekonomik ve sosyal durumuna katkı sağlamak amacıyla aile planlaması hizmetlerine ağırlık verilmesi önem taşımaktadır (Yılmaz, 2003; Aksu, 2008; Taşkın, 2012; Gürbüz, 2019).

Aile planlaması ve cinsellik kavramları birbirinden bağımsız gibi görünse de kişinin kaliteli yaşam sürmesi bakımından birlikte yürütülmesi gereken konulardır. Bu bağlamda aile planlamasını cinsellikten ayırmak cinsellik ve cinsel sağlık kavramı içinde yok saymak mümkün değildir. Aile planlaması eğitimi toplumun her kesiminde uygulanırken cinsel sağlık ile ilişkisi mutlaka vurgulanmalıdır. Eskiden konuşulması tabu olarak görülen konular, eğitim programlarına alınarak topluma anlatılmalıdır (Yılmaz, 2003).

Üreme amacı olmadan özgür seçimleri doğrultusunda cinsel ilişkiye giren ve bu yöntemler sayesinde çocuk sahibi olmak istemeyen çiftler, herhangi bir korku yaşamadan cinselliklerini yaşama şansına sahip olurlar. Böylece cinsellik sadece üreme için bir fonksiyon olmaktan çıkarak yaşam fonksiyonu haline gelir (Yılmaz, 2003).

Üreme amacı taşımayan çift için gebelikten korunmada güvenli yöntem kullanılmaması ve bunun yaratacağı sonuçların giderek çift için cinsel sorunlar yaratabileceği unutulmamalıdır. Ayrıca gebe kalma korkusu ya da gebelik isteği özellikle kadınlarda cinsel istek ve performansı etkilediğinden önemli bir cinsel fonksiyon bozukluğuna neden olabilir. Örneğin çok çocuklu bir kadın, her ilişkiye girdiğinde yaşamını daha fazla yıkacak bir risk altına girdiğini düşünürken, infertil bir kadın gebe kalmaya çalıştığı her ay kadınlık kimliğini ortaya koyar ve duygusal açıdan yıpranır. Bu nedenle çiftlerin mutlu ve sağlıklı bir cinsel yaşama sahip olmalarında, kullanılan aile planlaması yöntemlerinin cinsel yaşamlarına olan olumlu ya da olumsuz etkilerinin değerlendirilmesi gerekmektedir (Yılmaz, 2003).

2.5.1. Kadınların Kullandığı Kontraseptif Yöntemler ve Cinsel Yaşama Etkisi

2.5.1.1. Kombine oral kontraseptifler (kok) ve cinsel yaşama etkisi

Hormonal yöntemler arasında önemli yere sahip olan KOK' lar ilk kez 1956 yılında Porto Rico' da kullanılmaya başlanmıştır. Dünya da birçok ülkede, son 30 yıl içinde kullanılan aile planlaması yöntemlerinden en etkili ve güvenilir yöntem olarak tanımlanmaktadır. Vücutta doğal hormonların yapısına çok benzeyen sentetik östrojen ve progesteron, FSH ve LH'ı baskılayarak ovulasyonu inhibe eder, servikal mukusu kalınlaştırarak spermilerin geçişini önler, uterusun endometriyum tabakasını incelterek implantasyonu güçleştirir ve ovumun transportunu yavaşlatarak gebeliği önlemektedir (Yılmaz, 2003; Kontraseptif Yöntemler, 2005; Özaydın ve Debay, 2007; Gabalcı, 2008; Serbest, 2008; Oltuluoğlu, 2008; Aksu, 2008; Çayan, 2009; Temel, 2012; Taşkın, 2012; Özdemir, 2014; Ayhan, 2016; Baydar, 2017).

KOK lar doğru kullanıldığında son derece etkili (%99,9) ve geri dönüşümlü bir yöntemdir. Kadın gebe kalmak istemediği sürece menarştan menopoza kadar her yaş grubunda kullanabilir, yöntem bırakıldığında doğurganlık geri döner, gebe kalma kuşkusu olmadan cinsel ilişkiye girmek ve ilişkiden bağımsız olması nedeniyle ilişkiden alınan zevki artırır. Adet kanamalarının daha kısa, az ve düzenli olmasını sağlayarak demir eksikliği anemisi riskini azaltır, endometrial kanser ve over kanseri riskini, pelvik inflamatuvar hastalık riskini, osteoporoz riskini ve romatoid artrit riskini azaltır, endometriyozise bağlı yakınmaları azaltır, benign meme hastalıklarını (kist,

fibroadenom vb,) azaltır, premenstrüel gerginlik ve endometriyozisle ilgili şikâyetler azalır, dismenoreyi tedavi eder, ektopik gebeliği önler, aknelere iyi gelebilir (Yılmaz, 2003; Kontraseptif Yöntemler, 2005; Özaydın ve Debay, 2007; Gabalcı, 2008; Serbest, 2008; Oltuluoğlu, 2008; Aksu,2008; Çayan, 2009; Temel, 2012; Taşkın, 2012; Özdemir, 2014; Ayhan, 2016; Baydar, 2017).

Her gün düzenli olarak hap almanın hatırlanması gerekir, vücut ağırlığında değişiklik ve kilo artışı olabilir, hipomenore, amenore, lekelenme veya ara kanamaları görülebilir, memelerde dolgunluk, ağrı ve hassasiyet, baş ağrısı, baş dönmesi olabilir, çok ender olmakla birlikte yüksek tansiyon olan, 35 yaş üstü, 20 ve üzeri sigara içen kadınlarda bacak venlerinde tromboz gibi dolaşım bozuklukları, kalp krizi görülebilir, depresyon ve cinsel istek azlığı gibi ruhsal değişiklikler olabilir, klamidy enfeksiyon riskini arttırır, anne sütünün miktarını ve kalitesini değiştirdiği için emziren kadınlar için uygun değildir (Yılmaz, 2003; Kontraseptif Yöntemler, 2005; Özaydın ve Debay, 2007; Gabalcı, 2008; Serbest, 2008; Oltuluoğlu, 2008; Aksu,2008; Çayan, 2009; Temel, 2012; Taşkın, 2012; Özdemir, 2014; Ayhan, 2016; Baydar, 2017).

Hormonal yöntemlerin hormonal olmayan yöntemlerle karşılaştırıldığı çalışmalarda, hormonal yöntemlerin cinsel fonksiyonlarında değişiklik yaptığı gözlenmiştir. Ülkemizde, Minareci ve arkadaşları tarafından 2008’ de Ankara’da, emzirme döneminde olan ve gebelikten korunmak için RİA veya DMPA kullanan 100 kadınla yapılan prospektif bir çalışmada DMPA grubunda bir kadında (%2) cinsel disfonksiyon gözleendiği belirtilmiştir (Minareci ve ark., 2008). 2006’da Manisa’da yapılan başka bir çalışmada kadınların sadece %15,1 inin oral kontraseptifleri güvenli buldukları, %56,3’nünse yan etkileri olduğunu düşünmekte olduğunu belirtmişlerdir. Ayrıca KOK’ların cinsel yaşamı olumsuz etkilediği belirtilmiştir (Yanikkerem ve ark., 2006).

Dünya da yapılmış çalışmalara bakıldığında; Oddens’in Almanya’da 1466 kadınla yaptığı çalışmasında, kadınların aile planlaması yöntemlerinden memnuniyet düzeyi ile fiziksel ve psikolojik yan etkileri değerlendirilmiştir. Oral kontraseptiflerin cinsel yaşama olumlu etkisi olduğu OK memnuniyet oranının (%68), cerrahi sterilizasyon memnuniyet oranından (%92) sonra ikinci sırada yer aldığı belirtilmiştir (Oddens, 1999). Amerika’ da yapılan başka bir çalışmada Sanders ve arkadaşları 79 kadınla

çalışmış ve 1 yıl içinde, kadınların %38'i OK kullanmaya devam ederken, %47'si kullanmayı bırakmış ve %14'ü de farklı bir OKS kullandığını belirtmiştir. Ayrıca OK'ların kadınların duygusal hassasiyetlerini arttırarak kendilerini duygusal anlamda kötü hissetmelerine neden olduğu, cinsel ilgi ve vajinal kayganlığı azaltabildiğini belirtmişlerdir (Sanders ve ark., 2001). Yine Amerika'da Schaffir ve arkadaşlarının 2010' da 50 kadınla yaptığı çalışmalarında da KOK kullanan kadınlar Depo-Provera (DMPA) kullanan kadınlara göre daha yüksek östrodiol seviyesi ve daha düşük serbest testosteron seviyesine sahip olurken; cinsel istek, uyarılma ve toplam Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi puanında farklılık bulunmamıştır (Schaffir ve ark., 2010). Raymond ve arkadaşlarının Hong Kong'da ilk kez kontraseptif yöntem kullanan 361 kadınla (KOK:87, enjekte edilen: 67, RİA:96, kadın sterilizasyonu) yaptığı, kullandıkları kontrasepsiyon yöntemleri ve bunların cinsellik üzerine etkilerinin araştırıldığı çalışmalarında, Derogatis Sexual Fonksiyon Envanteri (DSFI-Çin versiyonu) kullanılmış ve seksüel memnuniyet ve seksüel uyarım, en çok kadın sterilizasyonu, ikinci olarak oral kontraseptif yöntemi kullanan kadınlarda anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (Raymond, 2004). Sabatini ve arkadaşlarının 280 kadınla yaptığı başka bir çalışmada da oral kontraseptif kullanan kadınların cinsel yaşamının olumsuz etkilendiği, seksüel istek ve doyumun 3. 6. ve 12. aylarda azaldığı bildirilmiştir (Sabatini ve ark., 2006). Benzer şekilde Wallwiener ve arkadaşlarının 2010' da 1219 tıp fakültesinde okuyan üniversite öğrencisi ile yaptıkları çalışmalarında ise hormonal kontraseptif kullanan kadınların KCFİ cinsel istek, uyarılma skorları kontraseptif kullanmayan ve hormonal olmayan kontraseptif kullanan kadınlardan daha düşük bulunmuştur (Wallwiener ve ark., 2010).

Brezilya'da 97 kadınla yaptığı çalışmada, hormon düzeyi yüksek KOK kullanan grupta cinsel istekte değişim olmazken, hormon düzeyi düşük KOK kullanan kadınlarda cinsel istek puanı artış gözlenmiştir (Strufaldi ve ark., 2010). Caruso ve arkadaşları da 18-48 yaş arası, KOK kullanan 57 kadınla yaptığı çalışma da disparoninin azaldığı ve cinselliğin olumlu etkilendiği saptanmıştır (Caruso ve ark., 2011). Yine İtalya' da Battaglia ve arkadaşları tarafından 40 kadın üzerinde yapılan başka bir çalışmada ise tam aksine üç ay KOK kullanan kadınlarda cinsel ilişki ve orgazm sıklığında azalma ve cinsel ilişki sırasında yaşanan ağrı da artma bulunmuştur

(Battaglia ve ark., 2012). Benzer şekilde Smith ve arkadaşlarının 2014'te Amerika' da yaptığı çalışmada hormonal yöntem kullanan 535 kadın ve hormonal olmayan yöntem kullanan 566 kadın karşılaştırılmış. Hormonal yöntem kullanan kadınların cinsel ilişki sırasında daha fazla ağrı ve rahatsızlık yaşadıkları (hormonal yöntem:0,21; hormonal olmayan yöntem:0,06), daha fazla vajinal kuruluk yaşadıkları (hormonal yöntem:0,29; hormonal olmayan yöntem: 0,08) ve dolayısıyla daha sık kayganlaştırıcı kullandıkları (hormonal yöntem:0,31; hormonal olmayan yöntem: 0,19), saptanmıştır. Hormonal olmayan yöntem kullanan kadınlar, hormonal yöntem kullananlara göre daha sık cinsel ilişkide bulunduklarını (hormonal olmayan yöntem:0,59; hormonal yöntem:0,46) ve daha fazla uyarılma (hormonal olmayan yöntem:0,86; hormonal yöntem:0,67) ve orgazm (hormonal olmayan yöntem:1,18; hormonal yöntem:0,88) yaşadıklarını belirtmişlerdir (Smith ve ark., 2014). Yine Ozgoli ve arkadaşlarının İran'da DMPA ile Cyclofem kullanan 240 kadının cinsel fonksiyonlarının karşılaştırdığı çalışmalarında, iki grup arasında cinsel fonksiyon açısından anlamlı bir fark bulunmamış olup, istek puan ortalaması DMPA kullanan grupta yüksek, ağrı puan ortalaması Cyclofem kullanan grupta yüksek saptanmış ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır (Ozgoli ve ark., 2014). Wallwiener ve arkadaşlarının Almanya, Avusturya ve İsviçre'de okuyan 2,612 üniversite öğrencileri ile yaptığı kapsamlı çalışmada, öğrencilerin 1535'inin OK kullandığı ve bunların Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi skoru OK kullanan kadınlarda 28,5, oral olmayan hormonal kontraseptif kullanan kadınlarda 28,9 ve hormonal olmayan kontraseptif kullanan kadınlarda 29,2 olduğu belirtilmiştir (Wallwiener ve ark., 2015). Kariman ve arkadaşlarının İran'da yaptıkları çalışmada KOK ve DMPA kullanan kadınların cinsel fonksiyonları incelenmiş, KOK kullanan kadınların KCFİ puan ortalaması DMPA kullanan gruptan yüksek görülmüş ve iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (Kariman ve ark., 2017).

2.5.1.2. Enjekte edilen kontraseptifler ve cinsel yaşama etkisi

Enjekte edilen hormonal kontraseptifler, yalnız progesteron içeren ya da kombine olarak östrojen ve progesteron içeren yöntemlerdir. Endonezya, Sri Lanka, Tayland ve Meksika' da 40 yıldır kullanılmakta, ülkemizde ise kombine enjekte edilenler 1997,

sadece progesteron içerenler 2004'ten bu yana kullanılmaktadır. Kabul edilebilirliği hakkında en fazla çalışma yapılmış ve uzun etkili hormonal preparatlardır. Progesteronun etkisiyle ovulasyonun baskılanması, servikal mukusun kalınlaşmasıyla sperm geçişini önler, endometriyumu inceltip atrofik hale getirerek implantasyon için elverişsiz ortam yaratır ve gebelik oluşumunu engeller. Doğru kullanıldığında koruyuculuk oranı %100 e yakındır, başarısızlık hızı yaklaşık 0.01-0.02 arasındadır. Enjekte edilen kontraseptiflerin kullanımı kolay, cinsel ilişkiden bağımsızdır, emzirenler ve ileri yaştaki kadınlar tarafından rahatlıkla kullanılabilir, pelvik enfeksiyon ve over kanserlerine karşı koruyucudur, ektopik gebelik ve demir eksikliği anemisini önler, orak hücreli anemisi olanlarda rahatlıkla kullanılabilir ve cinsel ilişkiden bağımsızdır. Ancak adet düzensizliği neden olabilir, bırakıldığında adet gecikmesi yaşanabilir buna bağlı olarak fertilitenin dönmesi bir süre gecikebilir, kilo artışı, baş ağrısı, baş dönmesi ve memelerde hassasiyete neden olabildiği gibi düzenli olarak bir sağlık kuruluşunda yaptırılması gereklidir (Yılmaz, 2003; Kontraseptif Yöntemler, 2005; Özaydın ve Debay, 2007; Gabalcı, 2008; Serbest, 2008; Oltuluoğlu, 2008; Aksu, 2008; Çayan, 2009; Temel, 2012; Taşkın, 2012; Özdemir, 2014; Ayhan, 2016; Baydar, 2017).

Literatürde bakıldığında, enjekte edilen kontraseptif yöntemlerin cinsel yaşama etkileri hakkında yapılmış kapsamlı araştırma bulunamamış olup, bu yöntemle ilgili çalışmalara genel olarak diğer yöntemler içinde yer verilmiştir.

2.5.1.3. Rahim içi araç (RİA) ve cinsel yaşama etkisi

Rahim içi araç (RİA), genellikle bakır ya da hormon içeren ,rahim içine yerleştirilen, küçük plastik malzemeden yapılmış bir cisimdir. Bugün dünyada pek çok ülkede 100 milyondan fazla kadının kullandığı bu etkin yöntem, 1909 yılında Almanya da Richard Ritter tarafından tanımlanmış ve ipek böceği bağırsağından yapılmış halka şeklinde bir araçtı. Modern RİA 'ların kullanıma girmesi 1960' larda başlamış, 1970' lerde daha ufak ve bakır tel sargılı RİA lar, 1980' lerde TCu 380A ve TCu 220C gibi bakır miktarı arttırılmış RİA 'lar geliştirilmiştir. Koruyuculuk oranı bir yılda %99,3-%99,7 arasında değişmekte olup, günümüzde İnert (katkısız) RİA, bakırlı RİA ve hormonlu RİA olmak üzere üç tip RİA kullanılmaktadır. Bütün RİA 'lar etkilerini yerleştirildikleri

endometriyal kavitede spermisit etkili bir ortam yaratarak gösterirler. Spermin üst genitallere ulaşmasına, ovumun taşınmasını ve hormonal etkilerle fertilizasyonu baskılayarak gebeliği önlerler. Ayrıca progestin içeren hormonlu RİA lar servikal mukusu kalınlaştırarak spermin uterusu geçişini engelleyerek gebelik oluşumunu önler. Çok etkili bir yöntem olan RİA cinsel ilişkiden bağımsızdır, kullanımı kolaydır, uzun süre kullanılabilir, geri dönüşümlüdür, ucuzdur, sistemik herhangi bir etkisi yoktur ve emzirmeye hiçbir etkisi olmadığından emziren kadınlarda rahatlıkla bu yöntemi kullanabildikleri gibi herhangi bir sorun olmadığı sürece yılda bir kez sağlık kuruluşuna kontrole gitmek yeterlidir. Ancak uygulama ve çıkarılma esnasında ağrı duyulabilir, uygulamadan sonra birkaç ay adetlerde artma, ağrı ve ara kanama görülebilir, buna bağlı anemi görülebilir, CYBH riskinde olanlar için uygun bir yöntem değildir, uterustan servikse kayabilir ve vajinaya atılabilmesi nedeniyle istenmeyen gebelik, ektopik gebelik oluşabilir, nadirde olsa uterus perforasyonu ve pelvis inflamatuvar hastalık (PID) riski vardır (Yılmaz, 2003; Kontraseptif Yöntemler, 2005; Özaydın ve Debay, 2007; Gabalcı, 2008; Serbest, 2008; Oltuluoğlu, 2008; Aksu, 2008; Çayan, 2009; Temel, 2012; Taşkın, 2012; Özdemir, 2014; Ayhan, 2016; Baydar, 2017).

RİA kişiler üzerinde farklı etkilere sahiptir. Yapılan çalışmalar da bu yargıyı desteklemektedir. Eryılmaz ve arkadaşlarının RİA kullanan kadınlar ve eşlerinin cinsel yaşamlarının diğer yöntem kullananlara göre olumlu etkilendiği görülmüştür. Ayrıca cinsel ilişkinin yöntem nedeniyle olumlu etkilendiğini belirten kadınların en fazla RİA kullananlarda olduğu, eşlerin az olsa da (%9) olumsuz etkilendiği, fakat gebe kalma korkusu olmadığından cinsel ilişkilerinde rahat olduklarını belirtmişlerdir (Eryılmaz ve ark., 1999). Benzer şekilde, Oddens'in Almanya'da 1466 kadınla yaptığı kapsamlı araştırmasında RİA kullanan 119 kadının %55'inin cinsel yaşamlarını olumlu etkilediği ,kadınların cinsel ilişki sıklığında (%13,7) ve cinsel istekte (%5,2) artış olduğunu belirtilmiştir (Oddens, 1999). Yine Polonya'da hormonlu veya bakırlı RİA kullanan (n:100) ve hiç yöntem kullanmayan (n:100), 30-45 yaş arası 200 kadınla yaptığı çalışmasında, hiç yöntem kullanmayan kadınlarda (%34,7) daha fazla cinsel disfonksiyon görüldüğü, bunu (%20,8) bakırlı RİA kullananlar ve (%9,6) hormonlu RİA kullananların izlediği belirtilmiştir (Skrzypulec ve Drosdzol, 2008). Benzer

şekilde, Belçika’da Enzlin ve ark. tarafından çok merkezli kesitsel olarak yürütülen çalışmaya, 402’si (hormonlu RİA kullanan 353; bakırlı RİA kullanan 49) RİA kullanan toplam 845 kadın dahil edildi. Kadınların %95’i RİA kullanımından memnun olduğunu %90’ının bu yöntemi arkadaşına tavsiye ettiğini belirtmişlerdir. Hormonlu RİA kullanan kadınlar bakırlı RİA kullananlara göre yöntemden daha memnundu. Ayrıca her üç kadından biri cinsel fonksiyon değişikliği (%36’u cinsel istekte azalma, %29’u cinsel istekte artma, %20’si uyarılma bozukluğu,%10’u orgazm bozukluğu) yaşadığını belirtmiştir (Enzlin ve ark., 2012).

Yukarıda yapılan çalışmaların aksine, Çelik ve arkadaşlarının RİA taktıran kadınların RİA’yı bırakma nedenlerini ve RİA kullanımı sırasındaki yakınmalarını araştırdıklarını çalışmalarında, kadınların %42,8’sinin aşırı kanama, bel ve kasık ağrısı çektiği, %41,1’inin cinsel ilişki sırasında problem yaşadığı belirlenmiştir (Çelik ve ark., 2005). Benzer şekilde Balcı ve arkadaşlarının Kayseri’de yaptığı çalışmada da kadınların yaklaşık 1/3’ünün kullandıkları yöntemle ilişkin problemlerinin olduğu ve bu problemlerin RİA kullanan kadınlarda daha fazla görüldüğü (adet düzensizlikleri, ağrılı adet görme, ara kanama) belirtilmiştir (Balcı ve ark., 2005). Dilbaz’ın çalışmasında ise RİA ipliklerinin çok kısa bırakılması nedeniyle, erkeklerde cinsel ilişki sırasında irritasyona neden olabileceği belirtilmiştir (Dilbaz, 2005). Manisa da yapılan başka bir araştırmada ise en yaygın ve güvenilir yöntemin RİA (%26) olduğu saptanmıştır. Kadınların RİA ipliklerinin kendi ve eşi tarafından hissedileceği ,uterusu perfore edebileceği, abdomene ilerleyebileceği ve ağrı yapabileceği gibi endişeleri olduğu saptanmıştır (Yanikkerem, 2006).

Yılmaz’ın kullanılan aile planlaması yöntemlerinin kadınların cinsel fonksiyonu üzerinde etkisine baktığı çalışmasında, hormonal kontraseptifler dışında diğer yöntemlerin cinsel fonksiyonu çok fazla etkilemediği sonucuna ulaşmıştır (Yılmaz, 2003). Ayrıca, Yılmaz’ın (2003) aktardığına göre, Yardımcı ve arkadaşları (1995) ile Berkiten ve Aslan’ın (2001) yaptıkları çalışmalarda da RİA kullananlarda kanamanın artması, ağrı, enfeksiyon, ilişki sırasında eşe takılma, içe kaçma şikâyetlerinin varlığından ve RİA’nın libidoyu etkilemediğinden söz edilmiştir (Yılmaz ve ark., 2003). Temel’in Afyonkarahisar’da 54 çiftle yaptığı çalışmada RİA kullanan çiftlerin çoğunluğunun cinsel fonksiyonlarında bir değişiklik olmadığı bulunmuştur (Temel,

2012). Raymond ve arkadaşlarının kontraseptif yöntemleri ilk kez kullanan 361 Çinli kadınla yaptığı (KOK; n = 87, enjekte edilenler; n = 67, RİA; n = 96, kadın sterilizasyonu; n = 111) çalışmada RİA'nın yaşam kalitesi ve cinsel fonksiyonlar üzerine anlamlı etkisinin olmadığını belirtmişlerdir (Raymond ve ark., 2004).

2.5.1.4. Kondom ve cinsel yaşama etkisi

Kondom cinsel ilişkiden önce ereksiyon halindeki penise takılan, erkeğin spermlerinin vajinaya girmesini engelleyen bir kılıftır. 18 yy. da hayvan bağırsağından yapılan ilk kondomlar zamanla yerini günümüzde poliüretan, lastik ya da lateksten yapılmış kondomlara bırakmıştır.

Kondom, her cinsel ilişkide doğru kullanıldığında çok etkili bir yöntemdir. Doğum kontrolüne erkek katılımının sağlar, CYBH' lara karşı korur, erkeklerde erken boşalmayı önler, penisin etrafını sararak hafif turnike etkisi yapar ve ereksiyonu kolaylaştırır, ucuzdur, kolay bulunur, sağlık kuruluşları, eczaneler ve topluma dayalı dağıtım programları ile dağıtımı sağlanabilir, reçete ve tıbbi izlem gerektirmez ve hormona yan etkisi yoktur. Ancak bazı çiftlerde (özellikle erkekte) duyarlılığı azaltabilir, cinsel ilişkiyi kesintiye uğratabilir, bazı erkeklerde ereksiyonu güçleştirebilir, buna bağlı olarak cinsel doyum azalabilir, her ilişkide yeni bir kondom kullanmak gerekir, yeterli miktarda kondom bulundurulması gerekir ve kullanımdan sonra yok edilmesi sorun olabilir. Kondom kullanan erkeklerde ereksiyonun daha uzun sürmesi nedeniyle kadınların orgazma ulaşmasını kolaylaştırmaktadır. Ayrıca kondom, kadının eşinin penisine dokunma fırsatı vererek, çiftler tarafından bir ön oyun olarak görülebilir ve bu da çiftlere cinsel gereksinimleri ve arzuları için konuşma fırsatı verir (Yılmaz, 2003; Kontraseptif Yöntemler, 2005; Özaydın ve Debay, 2007; Gabalcı, 2008; Serbest, 2008; Oltuluoğlu, 2008; Aksu, 2008; Çayan, 2009; Temel, 2012; Taşkın, 2012; Özdemir, 2014; Ayhan, 2016; Baydar, 2017).

Çiftlerin kondom hakkında görüşleri farklılık gösterir. Ülkemizde ve dünyada yapılan çalışmalar bunu desteklemektedir. 1999' da Eryılmaz'ın kontraseptif yöntemlerin eşler üzerindeki etkisine baktığı çalışmada kadınların cinselliklerini RİA dan sonra ikinci sırada en fazla kondomun olumlu etkilediği bildirilmiştir (Eryılmaz ve ark., 1999). Benzer şekilde Norveç' te 16-24 yaş arası 871 heteroseksüel yetişkinle

yapılan çalışmada, yetişkinlerin %20' si son cinsel ilişkisinde kondom kullanmış, kadınların % 9' u erkeklerin %15' i ilişki sırasında daha temiz hissettiklerini, kadınların % 23' ünün erkeklerin ise %18' inin ilişki sırasında kirliliği önlemek için kondom kullandıklarını bildirmişler ayrıca kadın ve erkeklerin %2' sinin zevk için kondom kullanmayı seçtikleri ve kadınların %7' si erkeklerin %9' unun cinsel ilişkiyi uzatmak için kondom kullandıklarını bildirmişlerdir (Træen ve Gravningen, 2011). İran' da OK, kondom, RİA, vazektomi, tüpligasyon, doğal aile planlaması ve enjekte edilen kontraseptif yöntem kullanan ve hiçbir yöntem kullanmayan 15-49 yaş arası 608 evli kadınla yapılan başka bir çalışmada da cinsel disfonksiyon görülme sıklığı en az kondom kullanan ($22,9 \pm 4,5$) grupta görülmüştür (Fataneh ve ark., 2013).

Yukarıdaki çalışmaların aksine, Dündar ve arkadaşlarının Samsun il merkezinde sağlık ocağında çalışan evli ebelerle yaptığı çalışmada ise daha önceden kondom kullanan ve sorun yaşayan kadınların %42,2' sinin eşlerinin kondom kullanmak istemedikleri, %10,2' sinin kondomdan tiksindiğini ve kadınların %72,7' sinin eşlerinin kondom kullanmaktan memnun kalmadıklarını bildirmiştir (Dündar ve ark.,2005). Benzer şekilde Amerika ve Kanada' da 2009' da Higgins ve arkadaşları tarafından 5600 yetişkinle yaptığı kapsamlı çalışmalarında kondom ile hormonal yöntemler karşılaştırılmış ve kondom kullanan katılımcılarda cinsel istekte azalmanın daha fazla olduğu görülmüştür. Aynı çalışmada uyarılma kaybı nedeni ile korunmasız cinsel ilişki yaşama kadınlarda daha yaygın bulunmuştur (Higgins ve ark., 2009). Yine Amerika ve İngiltere' de Ehrhardt ve arkadaşları tarafından aile planlaması danışmanlığına gelen 360 kişi ile yapılan çalışmalarda, kondom kullanımının kadınlarda cinsel doyumu azalttığı gerekçesiyle kullanılmadığı bildirilmiştir (Ehrhardt ve ark., 2002). Toorzani ve arkadaşlarının da İran' da yaptığı çalışmada kondom, geri çekme, vazektomi, tüpligasyon, oral kontrasepsiyon, RİA ve enjekte edilen kontraseptif yöntemleri kullanan 140 çiftle çalışmış ve kadınlar arasında kullanılan yöntem ile cinsel doyum arasında ilişki bulunmamışken, erkeklerde cinsel memnuniyetin kondom kullanımında en düşük olduğu bulunmuştur (Mehdizadeh Toorzani ve ark., 2010).

Yanikkerem ve arkadaşlarının Manisa' da yaptığı çalışmada, kondom kullanan erkeklerin yöntemden memnun olmaması nedeniyle yöntemi kullanmayı bıraktıkları

ve kadınlar ise vajinada kuruluk ve tahriş yaşadıkları gerekçesiyle kondomun iyi bir yöntem olmadığını bildirmişlerdir (Yanikkerem ve ark. 2006). Amerika’ da Crosby ve arkadaşlarının 949 katılımcı ile yaptığı bir çalışmada katılımcıların %38,3’ ü kondom kullanırken en az bir kere sorun yaşadığını, kondom kullananlar en çok his kaybı, doğal olmama, kondomun büyüklüğü ilgili sorunları olduğunu, cinsel zevki azaltma, ağrı ve rahatsızlığa sebep olma gibi problemlerle karşılaştıklarını söylemişlerdir (Crosby ve ark. 2013). Aynı şekilde Amerika’ da 2014’ te Fennel tarafından yapılan araştırmada ise 30 çift ile görüşülmüş ve çiftler en çok kondomun his kaybına neden olduğunu ve cinsel ilişkiyi kesintiye uğratması nedeniyle bu yöntemi kullanmak istemediklerini bildirmişlerdir (Fennell, 2014).

2.6. Aile Planlamasında Danışmanlık Hizmetleri ve Danışmanlık Hizmetlerinde Hemşirenin Rolü

Ülkemizde son yıllarda aile planlamasının gelişmesi, iyi yetişmiş sağlık personelinin varlığına bağlıdır. Bu bağlamda hemşireler aile planlaması hizmetlerinde giderek daha aktif rol almaktadır. Sağlık ekibinin önemli bir üyesi olan hemşirelerin, kaliteli bir AP danışmanlık hizmeti sunmaları büyük önem taşımaktadır. AP yöntemlerine ilişkin danışmanlık hizmetleri, kişilerin AP gereksinimlerinin karşılanmasının yanında, yöntemlerin cinsel yaşamlarına olan olumsuz etkilerinin azaltılması ve cinsel yaşam kalitesinin artırılması açısından da önemli fırsatlar sağlar (Baykan, 2004; Altay, 2009; Kurtuluş, 2009; Yurdakul, 2015; Kocaöz, 2013).

Genelde yaşadığımız toplumda, kişiler birçok konuda olduğu gibi aile planlaması yöntemleri ve cinsellik konusunda bilgileri genellikle profesyonel olmayan kaynaklardan (akraba, gazete, tv, dergi, internet vs.) almaktadır. Böylece kulaktan dolma bilgilerle hareket etmekte ve yanlış kararlar verebilmektedir. Bu nedenle danışmanlık hizmetlerinde danışana verilen doğru, yeterli ve kaliteli bilgi, iyi ve doğru karar vermeyi sağlaması açısından önemlidir.

Ülkemizde AP hizmetlerinin yaygınlaştırılması için yardımcı sağlık personelinin uygulamalara aktif katılımı amaçlanmış ve buna yönelik olarak, DSÖ iş birliği ile 1975 yılında Hacettepe Halk Sağlığı Anabilim Dalı tarafından Ankara Çubuk Eğitim Merkezi’nde çalışma başlatılmıştır. 1983 tarih ve 2827 sayılı nüfus planlaması

kanununa göre; bu alanda hizmet verecek sağlık çalışanları, özel sertifika programlarından geçirilerek danışmanlık bilgi ve becerisi kazanması sağlanmaktadır. Bu eğitimi alan sağlık personelinin görev tanımı, yetki ve sorumlulukları şöyle sıralanmıştır;

- Toplumda tek tek veya gurup eğitimi yoluyla her yerde ve her yaştaki kişilere aile planlaması eğitimi vermek,
- Yöntemleri açıklamak, kişinin kendisi için en uygun olanı seçmesine yardım etmek,
- Seçilen aile planlaması yöntemine uygun muayene ve testleri yapmak,
- Seçilen korunma yönteminin nasıl kullanılacağı, olası yan etkileri ve kontrol ziyaretleri hakkında bilgi vermek,
- Kondom dağıtmak, kondom ve spermisitlerin doğru kullanılması için halkı eğitmek,
- Hap kullanacaklarda uygun vakayı seçmek, kullananları yan etkileri açısından izlemek,
- Pelvik muayene yapmak, normal vakalara RİA uygulamak ve belli aralıklarla kontrolünü yapmak,
- Cerrahi yöntem tercih edenleri cerrahi girişimlere hazırlayıp, bakım vermek,
- İnfertil çiftlerin eğitimini, danışmanlığını ve takibini yapmak,
- Çalıştığı kurumda gerekli araç, gereç, ilaç ve tıbbi malzemeyi kullanmaya hazır bulundurmak,
- Yürüttüğü aile planlaması hizmetleri ile ilgili bilgileri toplamak, kaydetmek ve zamanında yetkililere ulaştırmak,
- Toplumumuzda aile planlaması sorunları ve buna ilişkin girişimleri ele alan araştırmalarda ekip içinde yer almaktır (Oltuluoğlu, 2008; Temel, 2012; Yağmur, 1996; Sergek, 2005)

AP danışmanlığı , doğrudan ve dolaylı olarak, cinsellik ile yakından ilgilidir ve bu yüzden cinsel danışmanlığı da kapsar. Bireyi cinsel yaşamında doyumlu kılmak, kendine ve topluma karşı sorumluluk duygusu taşıyan olumlu cinsel davranışlar geliştirmek, cinsel yetersizlik ve hastalıkların oluşmasını önlemek amacıyla bireye, aileye ve topluma cinsel eğitim yapılır. Cinsel eğitim, bireylerin yanlış inanış ve görüşlerden arınmasını sağlar ve bilgi eksikliğinden kaynaklanan cinsel sorunlara engel olur (Temel, 2012).

AP danışmanlığı yapan hemşire, AP için başvuran bireye, uygun hizmeti sunabilmek için bireyin, cinsel geçmişi, ilişkileri, deneyimleri, davranışları ile ilgili cinsel fonksiyonlara ilişkin öykü alarak hem AP hizmeti için hem de koruyucu sağlık hizmeti verme fırsatını değerlendirmiş olur. Böylece bireyin genel sağlık düzeyine ve kişisel mutluluğuna katkıda bulunmuş olur (Temel 2012).

Sağlık elemanlarının cinsel eğitim/danışmanlık rollerini yerine getirebilmeleri için, konuya ilişkin yeterli bilgi düzeyine sahip olmaya ek olarak, cinsellikle ilgili toplumsal normları, sağlıklı cinsel yaşam biçimini, toplumda sık görülen cinsel fonksiyon bozukluklarını ve terapötik yaklaşımları bilmeleri ve ayrıca, bu hizmeti yerine getirirken kendi değer sisteminin, cinsel eğilimlerinin, cinsel davranış hakkındaki inançlarının farkında olmaları son derece önemlidir. Anlattığı konuya hâkim olan sağlık personeli, hizmet alanlarda karar verme mekanizmalarını etkiler, Hangi yöntemi kullanmak istediğine karar vermesi, kendilerine duydukları güveni artırır. Karşılıklı ve samimi ortamda verilen hizmetler, hizmet alanların, sormak istedikleri tüm konuları sorabilme fırsatı verir. Danışmanlık hizmetlerinin ihtiyaç duyulduğunda, her zaman verilebilecek bir hizmet olması, AP hizmetlerini kullananlarda devamlılık sağlar (TC., SB., Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi, 2005; Temel, 2012).

AP bağlı CD görülmesinde verilen aile planlaması danışmanlık eğitiminde hemşirenin rolü büyüktür. Hemşire AP danışmanlığı yaparken aynı zamanda cinsel danışmanlık becerilerini de kullanmalıdır. Bu un için AP hizmetleri dışında cinselliğe bağlı sorunlar hakkında da yeterli bilgi ve beceriye sahip olmalıdır.

2.6.1. Cinsel danışmanlık-eğitimi ve tedavisinde kullanılan bazı modeller

Cinsel sağlığın değerlendirilmesinde sağlık profesyonellerine rehberlik ederek öykü alımını kolaylaştıran ve cinsel yakınmaların belirlenmesinde olanak sağlayan birçok model vardır. Cinselliği değerlendirme amacı taşıyan ALARM, Schover ve Kaplan Modelleri; cinsel sorunlarının çözümünü amaçlayan PLISSIT ve Ex- PLISSIT modelleri ile hem cinselliği değerlendirme hem de çözüm önerileri bulan ALLOW, BETTER ve PLEASURE modelleri bulunmaktadır. Bunlar;

ALARM Cinsel Yanıt Modeli: Anderson ve Lamb tarafından geliştirilen bu model, problemin cinsel yanıtın hangi aşamasında meydana geldiğini belirlemek için sağlık profesyonellerine rehberlik etmek amacıyla geliştirilmiştir. Bu model A- Activity (Cinsel Aktivite), L- Libido/Desire (Libido/Cinsel İstek), A- Arousal/Orgazm (Uyarılma/Orgazm), R- Resolution (Çözülme), M- Medical History (Tıbbi Öykü) şeklinde uygulanan basamakların ilk harflerinin birleşmesiyle oluşmuştur.

Schover Modeli: Schover (1998) tarafından geliştirilen bu model de bireylerin cinsel öykülerini değerlendirerek şu anki cinsel yakınmalarını belirlemek amacıyla kullanılmaktadır. Cinsel yanıt döngüsünde belirlenen sorunlara yönelik duygu, düşüncelerin meydana çıkmasına olanak sağlar.

Kaplan Modeli: Cinsel öykü alma ile çözüm ve öneriler olmak üzere iki kısımdan oluşan bu modelde, sağlık profesyonellerine cinsel yanıt döngüsünde meydana gelen sorunların belirlenmesinde ve bu sorunun çözümü için öneri geliştirmede rehberlik etmek için geliştirilmiştir. Cinsel öykü alma kısmı ‘hastanın genel sağlık durumu, geçmişteki sağlık durumu, geçmişteki cinsel deneyimleri, ilişkileri, cinsel sorunları, cinselliği etkileyebilecek ilaç kullanımı, cinselliğe ilişkin gelenek-görenek-tutumlar, aile yapısı, sosyokültürel özellikler, cinsel davranış ve eğilimleri (heteroseksüel, homoseksüel) ile çocuk sahibi olma durumu’ oluşmaktadır. Özet ve öneriler kısmı ise cinselliğin kapsamlı şekilde değerlendirilmesinden sonra ‘tedaviye gerek yok, tekrar görüşme, spesifik öneriler ile sevk’ şeklinde karar verme aşamalarını içermektedir.

ALLOW Cinsel Sağlık Modeli: Bu modelde cinsel sağlığın değerlendirilmesi ve sorunun çözümünde sonraki aşamalarda eylem planlarının yapılmasını amaçlamaktadır. Bu planlar, eğitim-danışmanlık gibi çözüme yönelik girişimler olabileceği gibi, yoğun tedavi programlarını içeren cinsel tedaviyi de kapsayabilir (Gölbaşı, 2013; Çelik DB., 2012; Büyükdancı Duman N., 2019).

BETTER Modeli: Mick ve arkadaşları tarafından 2004'te geliştirilen bu model, sağlık profesyonellerinin onkoloji hastalarının bakımına cinsel değerlendirmeyi dahil etmelerine yardımcı olmak amacı ile geliştirilmiştir. Hastaların cinsel sorunlarıyla ilgili eğitim planlaması ve uygulaması, gerektiğinde danışmanlık hizmetlerine yönlendirilmesi ile cinsel sağlığın sürdürülmesine katkı sağlanacaktır. "BETTER modeli bazı kelimelerin baş harflerinin bir araya gelmesinden oluşan bir modeldir.

B- Bringing up the topic (Ana konuyu gündeme getirmek): Değerlendirme yapılırken hasta ile cinsellik konusunda konuşulması fırsatı yaratılır. Tartışmaya, hastanın isteği doğrultusunda eşi ile birlikte görüşülmelidir. Bu görüşmede, paylaşılanların özel olduğunu ve bu nedenle gizli kalacağı açıklanarak güvenli bir ortam oluşturulmalıdır.

E- Explain you are concerned with quality-of-life issues, including Sexuality (Cinsel Hayatın Önemli bir Parçası Olduğunu Açıklamak): Hastalarla cinselliğin kaliteli hayatın bir parçası olduğu ve bu konuyu sağlık çalışanları ile konuşabilecekleri açıklanarak, tedavinin etkilerine ilişkin kaygılarını ifade etmelerine olanak sağlanmalıdır. Bu şekilde hastalar cinsel öykü alma süreci içinde daha rahat olurlar ve yalnız hissetmezler.

T- Telling patients that resources will be found to adres their concerns (Hastalara kaygıları ile ilgili yeni kaynaklar bulacağını söyleme): Belirlenen cinsel sorunların çözümünde özel önerilerde bulunma, çözülemeyen kompleks sorunların varlığında da yeni kaynaklar bulma ve sevk etme basamağıdır. Hasta tedavi gerektiren durumlarda veya ihtiyacı olan konularda danışmanlık alması için uygun kaynaklara yönlendirilmelidir.

T- Timing of intervention (Görüşmenin zamanlanması): Hastaya görüşmelerin amacı ve görüşmelerde ele alınacak konular hakkında açıklama yapılır. Bu görüşmeler, özellikle ağrı, bulantı gibi rahatsızlık verici semptomların en az olduğu zamanlarda planlanmalıdır. Bu nedenle onkoloji tedavisi gören hastalara taburculuk öncesi cinsel danışmanlık için randevu verilebilir. Hastanın beklentileri ve gereksinimleri doğrultusunda görüşmelerde ele alınacak konuların önceliğinde ve görüşmeye ayrılacak sürede değişiklik yapılabilir.

E- Educate patients about the side effects of their cancer treatments (Tedavinin yan etkileri konusunda eğitim): Hastaları tedavinin cinselliğe yan etkileri hakkında

bilgilendirme aşamasıdır. Hastayla hastalık, ilaç tedavisi ve stres nedeniyle cinsel yaşamın değişebileceği hakkında konuşulur.

R- Recording (Kaydetme): Yapılan tüm değerlendirmeler, konuşmalar ve girişimler hastanın dosyasına kayıt edilmelidir (Mick ve ark. 2004; Açıkgöz, 2011; Çelik DB., 2012; Büyükdanacı Duman N.,2019; Ölçer, 2019).

PLEASURE Cinsel Sağlık Modeli: Schain tarafından 1988’de geliştirilen bu modelde bireylerin cinselliğe yönelik duygu, düşünce, yaklaşım, davranışlar ve mitleri ile cinsel öykü ve yakınmalarını ve cinsel doyum ile memnuniyetlerini belirlemeyi amaçlar (Gölbaşı, 2013; Çelik DB., 2012; Büyükdanacı Duman N., 2019).

Hemşireler genellikle cinsel disfonksiyon olan kadınlara danışmanlık verirken PLISSIT modelini kendilerine model alabilmektedirler (Taylor ve Davis, 2006; Tuğut ve Gölbaşı, 2013).

2.7 PLISSIT Modeli

PLISSIT Modeli cinsellik konusunda bireyin mevcut problemlerini saptayabilmek için, yaygın olarak kullanılan ve uygulaması kolay kavramsal bir şemadır (Annon, 1976; Roovers ve ark.,2003; Katz, 2005a; Katz, 2005b; Dixon ve Dixon, 2006; Taylor ve Davis, 2006; Srivastava, 2008). Bu model 1976 yılında Annon tarafından bireylerin cinsellik ve cinsel sağlık ile ilgili bakım gereksinimlerinin karşılanması amacıyla geliştirilmiştir ve 2006 yılında Davis ve Taylor tarafından revize edilmiştir.

PLISSIT modeli, bireyin cinselliğini değerlendirmek, hasta bakımı girişimlerini geliştirmek, hemşire ve hasta arasında diyalogu başlatmak için bir yaklaşım tarzıdır ve açık uçlu sorular içerir. Bu model hasta ile iş birliğini sağlar, hastanın inançları, değer sistemi ve kararlarını anlama ve bunlara saygı duyma kuralını destekler. Bu modelin her aşaması, farklı düzeyde eğitim almış hemşireler için cinselliği değerlendirme ve müdahale için iyi bir rehber oluşturur (Reis, 2003; Katz, 2005a; Dixon ve Dixon, 2006; Taylor ve Davis, 2006; Melo, 2007; Ayaz, 2007; Wallece,2008; Tütüncü, 2009; Tuğut ve Gölbaşı, 2014).

PLISSIT model, 4 basamaktan oluşur;

P : Permission – İzin Verme

LI : Limited Information – Sınırlı Bilgi

SS : Specific Suggestions – Özel Öneriler

IT : Intensive Therapy – Yoğun Bakım

P: Permission – İzin Verme: İzin verme modelin ilk basamağıdır. Bireyin cinsel sağlık ihtiyaçlarının karşılandığı basamaktır. Hasta birey ve eşinin cinselliğe yönelik duygu, düşünce, kaygılarını ve cinsel aktivitelerinin önemini ifade etmeleri için izin vermeyi kapsamaktadır. Hastalar cinsellikleriyle ilgili olarak ne anlatıp neyi anlatmamaları gerektiğine karar veremedikleri için izin verme sınırları açıkça belirlenmelidir. Endişeleri, kaygıları, neler hissettikleri ile tartışma konusunda hasta konuşmaya cesaretlendirilmeli, yapıcı tartışma için hasta ile yargılayıcı ve tehdit edici olmayan, hastaya güven veren bir ilişki kurulmalıdır. Birey ilgi ile dinlenmeli, düşüncelerine saygı duyulmalı, yargılanmamalı ve etiketlenmemelidir. Açık uçlu sorular sorularak, konuşmanın sürekliliği sağlanır ve hemşirenin sürekli desteği ve ilgisi ile bireyin sıkıntılarını azaltmaya yeterli olabilmektedir. İzin verme basamağı koruyucudur, problemlerin hepsini çözme de bazılarını çözebilmektedir. İzin verme, bireyin endişesini çözmede yeterli olmazsa ikinci basamağa geçilmelidir (Sprunk ve Alteneder, 2000; McIlInnes, 2003; Katz, 2005c; Taylor ve Davis, 2006; Dixon ve Dixon, 2006; Kaplan, 2011).

LI : Limited Information – Sınırlı Bilgi: Modelin ikinci basamağıdır. İzin verme basamağında tespit edilen gereksinimlerine ya da cinsel problemlerine yönelik doğru ve sınırlı bilgi verme aşamasıdır. Bu aşamadaki hemşirelik girişimleri bireyin konu hakkında bilgisini arttırmayı amaçlamaktadır. Bu basamakta hastalığının cinselliği üzerine etkisi, tedavinin cinsel fonksiyonlarını nasıl etkileyebileceği konusunda bilgi verilir. Doğru bilgi kaynağı olarak hemşireler bu aşamada, hastaların kulaktan dolma yanlış bilgilerinin düzeltilmesi, sınırlı, doğru ve gerçekçi bilgilerin verilmesi açısından önemli bir role sahiptir. Verilen doğru bilgi ile hemşireler, bireyin cinsel yaşamı ile

ilgili endişelerini daha iyi anlamasına ve baş etmesine yardım edebilir. Eğer bu aşamada problemin çözümü için yeterli değilse, birey başka bir yere yönlendirilmeli ya da daha yeterli bilgi, beceri, tecrübe ve yer ile modelin üçüncü aşamasına geçilmelidir (Sprunk ve Alteneder, 2000; McIlInnes, 2003; Katz, 2005b; Taylor ve Davis, 2006; Dixon ve Dixon, 2006; Kaplan, 2011).

SS : Specific Suggestions – Özel Öneriler: Modelin üçüncü aşamasıdır. Bu aşamada bireye özgü sorunların çözülmesi, cinsel yaşamın daha doyum verici olması için, bireye ya da eşine önerilen özel bilgileri içermektedir. Özel öneriler bireyin gereksinimine göre farklılıklar göstermelidir. Sağlık profesyoneli olarak hemşireler, bireye özel öneriler vermeden önce ilgili özel bilgiyi edinmeli, gerekirse bu konuda özel eğitimler almalıdır. Özel öneriler de bulunma cinsel yaşamı kolaylaştırabilir, başarısızlık korkusunu azaltabilir. Cinsel sorunların çoğu bu aşamada özel yaklaşımla, başarı ile tedavi edilebilmektedir. Ancak bu yaklaşımla çözilemeyen bazı problemler son basamağa kalmaktadır (McIlInnes, 2003; Taylor ve Davis, 2006; Dixon ve Dixon, 2006).

IT : Intensive Therapy – Yoğun Bakım: Modelin son basamağıdır. Modelin diğer 3 basamağının başarılı olmadığı durumda yoğun terapi aşaması kullanılır. Bireyin ciddi kronik sorunları için uzmanlık alanı cinsellik olan bir terapist ya da konu ile ilgili özel eğitim almış bir uzmana (psikolog, psikiyatrist) yönlendirildiği aşamadır (Alteneder ve Hartzell, 1997; McIlInnes, 2003; Taylor ve Davis, 2006; Dixon ve Dixon, 2006; Kaplan, 2011).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın amacı

Bu araştırma, kontraseptif yöntem kullanan kadınların cinsel fonksiyonlarının değerlendirilmesi ve cinsel fonksiyon bozukluğu yaşayanlara PLISSIT modeli doğrultusunda verilen eğitim-danışmanlığın cinsel fonksiyon bozukluklarında etkinliğinin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirildi.

3.2. Araştırmanın Tasarımı-Tipi

Bu çalışma prospektif olarak dizayn edilmiş olup, randomize ve çalışma-kontrol gruplu tasarımı olan deneysel bir çalışmadır.

3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zamanı

Araştırma Diyarbakır SBÜ Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesinin, Kadın Hastalıkları Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Aile Planlaması Polikliniği'ne aile planlaması hizmeti almaya gelen kadınlarla yürütüldü. Araştırma Ekim 2018–Mayıs 2019 tarihleri arasında yapılmıştır. Diyarbakır SBÜ Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Diyarbakır ve çevre illerde bu alanda hizmet veren en büyük ve en kapsamlı hastanedir. Hastane servislerde toplam 650 yatakla hizmet vermektedir. Buna ek olarak, yoğun bakım üniteleri ve ayaktan tedavi ünitelerinde de (acil servis, onkoloji, günlük tedavi merkezi ve hemodiyaliz üniteleri) toplam 681 tedavi yatağı bulunmaktadır. Hastanenin toplamda 1.793 kadrolu sağlık çalışanı mevcuttur. Hastanenin Aile Planlaması Polikliniği'nde 1 hekim, 2 ebe, 1 tıbbi sekreter görev almaktadır. Ebeler hafta içi her gün aile planlaması/ yöntemlere ilişkin danışmanlık ile RİA, Mesigyna, Depo provera-DMPA uygulamaları ve KOK, kondom dağıtımı gibi AP hizmetlerini yürütmektedir.

Araştırmanın bu kurumda yapılmasının nedeni; bu kuruma aile planlaması hizmeti almaya gelen kadın sayısının yüksek olması ve kayıtların düzenli tutulması, araştırmacının bu kurumda görev yapıyor olması ve bu nedenle araştırmacı için iş birliğinin ve ulaşımın kolay olmasıdır.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

3.4.1. Araştırmanın evreni

Çalışmanın yürütüleceği süre içerisinde Diyarbakır Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Aile Planlaması Polikliniği' ne başvuran kadınların tümü araştırmanın evrenini oluşturdu.

3.4.2. Araştırmanın örnekleme

Çalışmada 2 aşamalı olarak örneklem belirlendi.

1. Aşamada:

3.4.2.1. Örneklem sayısı:

İlk aşama için örneklem sayısını belirlemede, çalışmanın yürütüleceği merkezde bir önceki yıla ait verileri istendi ve kurumun verdiği sonuca göre Ocak-Aralık 2017 tarihleri arasında AP polikliniğe başvuran hasta sayısının 14555 olduğu görüldü. Buna göre, evreni bilinen örneklem formülü ile yapılan analizde toplamda en az 303 vakanın alınması gerektiği saptandı ancak sayı biraz daha yüksek tutuldu ve başlangıçta çalışmaya 352 kadın alındı.

3.4.2.2. Örneklem seçimi

Örnekleme yöntemi: Örnekleme alınacak kadınların seçiminde herhangi bir yöntem kullanılmadı. Çalışma süreci kapsamında örnekleme alma kriterlerine uyan ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan tüm kadınlar örnekleme dahil edildi.

Örneklem kriterleri (araştırmaya dahil edilme kriterleri):

- Çalışmanın yapıldığı tarihler arasında, yukarıda belirtilen kurumun AP ünitesine başvuran,
- ≤ 45 yaş olan ve peri/postmenopozal dönemde olmayan (menopoza girmemiş olan),
- Cinsel partneri mevcut olup, aktif cinsel yaşamı olan,
- Etkin kontraseptif yöntemlerden birini (RİA, KOK, Kondom; Enjeksiyon yöntemi, implanaon) ≥ 3 aydır kullanmakta olan,
- Türkçe dil sorunu olmayan,

- Okuduklarını anlayıp sorulara yanıt verebilecek düzeyde eğitimi olan,
- Cinsel sağlığı etkileyebilecek kronik hastalık (Kanser, diabet, hipertansiyon, hiperkolesterolemi, kalp hastalığı, ateroskleroz, kronik pulmoner ve hepatik hastalıklar, kronik böbrek yetmezliği vb.) ya da ilaç (Antihipertansif, diüretik, lipid düşürücü ajan, H2 reseptör antagonisti, antihistaminik, antikolinerjik, kemoterapik ajan, antikonvülsan, antidepresan, antipsikotik, narkotik, sedatif) kullanımı olmayan ve
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olan kadınlar araştırmanın örnekleme alındı.

Örnekleme dışında bırakma kriterleri:

- İlk defa/yeni bir yöntem kullanmak için başvuran,
- ≥ 46 yaşında olan ya da menopoza girmiş olan,
- Kullandığı mevcut yöntemle yeni başlamış olan (< 3 aydır kullanan),
- Aktif cinsel yaşamı olmayan ya da eşinin işi vb. gereği çok seyrek cinsel ilişkide bulunan,
- Cinselliği etkileyebilecek kronik hastalık ya da ilaç kullanımı olan,
- Türkçe bilmeyen,
- Okuduklarını anlayıp sorulara yanıt verebilecek düzeyde eğitimi olmayan,
- Çalışmaya katılmak istemeyen kadınlar örnekleme alınmadı.

⇒ Çalışmanın herhangi bir aşamasında kendi isteğiyle çalışmadan çıkmak isteyen/ çalışma sırasında sorulan sorulardan rahatsızlık hisseden, yarıda bırakan kadınlar da çalışma kapsamı dışında tutuldu.

İlk aşamada örnekleme alınan 352 kadına anket formu ve Female Sexual Function Index (FSFI) uygulandı. Uygulama sonrası tüm kadınların FSFI total puan ortalamaları hesaplandı. Ardından FSFI cut-off değerine (≤ 26.55) göre cinsel disfonksiyonu olan ve olmayanlar belirlendi. FSFI cut-off göre cinsel disfonksiyonu olan kadınların sayısı $N=100$ dü. Çalışmanın ilk aşaması 352 kadına ulaşınca kadar toplamda 3 ay sürdü.

2. Aşamada;

3.4.2.3. Çalışma ve kontrol grubu için örneklem sayısı:

Çalışma ve kontrol grubu olarak her bir gruba alınması gereken örneklem sayısını belirlemek için G-Power analizi kullanıldı. Örneklem büyüklüğünü tahmin etmek için Chun (2011) ve Rostamkhani'nin (2015) PLISSIT modeli üzerine yaptığı çalışmaların sonuçları baz alındı. Çalışmalarda cinsel danışmanlık verildikten sonra, grupların FSFI puanları arasında minimum 4 puanlık farkın klinik olarak anlamlı olacağı varsayıldı. Bu çalışmada örneklem sayısını artırmak amacıyla etki büyüklüğünde çalışmanın %95 güce sahip olması için $d=0.95$ kabul edildi. $\alpha: 0.05$, $\beta=0.05$, etki büyüklüğü kat sayısı $(1-\beta)$ $(1-0.05=0.95)$ göre $d= 0.95$ ve $p<0.05$ düzeyine göre yapılan hesaplama sonucunda **her bir gruba alınması gereken sayının en az 40 olması gerektiği bulundu.**

3.4.2.4. Örneklemde çalışma ve kontrol grubu- randomizasyonu:

FSFI cut-off göre cinsel disfonksiyonu olan kadınlar ($N=100$) randomize edilerek çalışma ve kontrol grubu olmak üzere iki gruba ayrıldı. Randomizasyonda, kadınların hastaneye başvurularında verilen protokol numaralarından yararlanıldı. Protokol numaralarının sonu çift rakamlı olanlar çalışma grubuna, tek rakamlı olanlarda kontrol grubuna alındı. Sonuç olarak randomizasyona göre, çalışma grubu $n=49$ ve kontrol grubu $n=51$ kadın olmak üzere toplamda cinsel disfonksiyonu olan 100 kadın ile çalışma yürütüldü. (*Çalışma grubuna PLISSIT modeline göre eğitim-danışmanlık verildi, kontrol grubuna çalışma sürecinde herhangi bir uygulama yapılmadı ancak çalışma bittikten sonra onlara da eğitim verildi*). Çalışma sürecinde çalışmayı yarıda bırakan/ayrılmak isteyen kadın olmadı.

3.5. Veri Toplama Araçları

Çalışma verilerinin toplanmasında 2 form ve çalışma grubuna verilecek cinsel eğitim-danışmanlık için PLISSIT modeli doğrultusunda geliştirilen materyal kullanıldı.

3.5.1. Anket Formu (EK-1)

Kadınların tanıtıcı özelliklerinin sorgulandığı çoktan seçmeli ve açık uçlu sorulardan oluşan anket formunun birinci bölümünde demografik özelliklerin (*yaş, evlilik süresi, aile tipi, eğitim durumu, eşin eğitim durumu, çalışma durumu, eşin çalışma durumu, ailenin aylık geliri, evlilik süresi, evlenme şekli*) sorgulandığı 9 soru, ikinci bölümünde obstetrik özelliklerin (*gebelik sayısı, doğum sayısı, düşük sayısı, istenmeyen gebelik deneyimi, kürtaj sayısı, gebeliği isteme durumu, yaşayan ve istenilen çocuk sayısı*) sorgulandığı 8 soru ve AP uygulamalarına ilişkin özelliklerinin (*kullandıkları ap yöntemi, kullanma süresi, yöntem tercih etme nedeni, neden gebelikten korunmadığı, aile planlaması yöntem kullanmaya kimin karar verdiği, kullandığı yöntemden memnun olma-olmama durumu, ap kullanmasına engel durum varlığı, yöntemi temin edememe durumu, yöntemle ilişkin bilgi-eğitim alma durumu*) sorgulandığı 13 soru mevcuttur.

3.5.2. Yaşam Dönemlerine Göre Cinselliğin Değerlendirilmesi Formu (EK-2)

Kadınların cinsel yaşamlarına ait özellikleri (*cinselliğin neyi ifade ettiği, belli yaşam dönemlerinde cinselliğin değerlendirilmesi, cinsel disfonksiyon yaşama durumu*) belirlemeye yönelik 5 sorudan oluşmaktadır. Kadınların belli yaşam dönemlerinde (*evliliğin ilk yılları, gebelik, doğum sonrası, yöntem kullanmadan önce, yöntem kullanırken ve mevcut dönemdeki*) cinselliklerini değerlendirmelerinde ve kendisi ile kadına göre eşi için cinselliğin önem düzeyinin değerlendirilmesinde 1—10 arasında puanlama yönteminden yani sayısal derecelendirme ölçeğinden (Numeric Rating Scale) yararlanılmıştır. Burada 1: çok kötü—10: çok iyi, mükemmel olarak derecelendirilmiştir.

3.5.3. Kadın Cinsel İşlev Ölçeği -The Female Sexual Functioning Index (FSFI) (EK-3)

Rosen ve arkadaşları tarafından 2000 yılında, kadın cinsel fonksiyonunun değerlendirilmesi amacı ile 19 maddelik çok boyutlu bir ölçek olarak geliştirilmiştir.

Bu ölçek son 4 haftadaki cinsel sorunları veya fonksiyonu değerlendirmektedir. Ölçeğin yapısında; istek, uyarılma, lubrikasyon (kayganlaşma) orgazm, doyum ve ağrı olmak üzere altı alt boyut bulunmaktadır. Her bir madde 0'dan 5'e kadar puanlanmaktadır. Toplam skor ölçeği 2 ile 36 arasında değişmektedir ve FSFI toplam puanı cinsel fonksiyonun genel durumunu göstermektedir. FSFI cut-off değeri 26.55 dir. Puanın ≤ 26.55 olması cinsel fonksiyon bozukluğunu, >26.55 olması da normal cinsel fonksiyonu tanımlamaktadır. Rosen'in çalışmasında ölçeğin iç tutarlılığında her alt boyut için Cronbach Alpha katsayılarının .89 ile .97 arasında değiştiği bildirilmiştir (Rosen et al., 2000). FSFI'nin Türkçe geçerlilik- güvenirliği 2005 yılında Aygin ve Eti Aslan tarafından yapılmıştır. Geçerlilik çalışmasında Cronbach Alpha katsayısı .89 ile .98 arasında bildirilmiştir (Aygin, Arslan 2005). Bu çalışmada FSFI'nin Türkçe versiyonu kullanıldı ve çalışmada tüm ölçeğe ilişkin Cronbach Alpha değeri .86 bulundu. Alt gruplara ait Cronbach Alpha değerlerinin .91 ile .93 arasında değiştiği belirlendi.

3.5.4. PLISSIT Modeli Eğitim Paketi (EK-4)

PLISSIT Modeli doğrultusunda hazırlanan cinsel eğitim-danışmanlık materyali, PLISSIT modeline göre araştırmacı tarafından oluşturulmuştur. PLISSIT Modeli; 1976 yılında Annon tarafından, cinsellik ve cinsel sağlık bakım gereksinimlerinin karşılanması amacı ile geliştirilmiştir ve 2006 yılında Davis & Taylor tarafından revize edilmiştir (Taylor ve Davis, 2006). PLISSIT Modeli, cinsel değerlendirme için bir yaklaşım tarzıdır ve açık uçlu sorular içerir. Model; hasta ile iş birliğini sağlar, hastanın inançları, değer sistemi ve kararlarını anlama, saygı duyma kuralını destekler (Reis 2003; Taylor ve Davis, 2006; Wallace, 2008). PLISSIT modelin açılımı: P: Permission – izin verme, LI: Limited Information – sınırlı bilgi, SS: Specific Suggestions – özel öneriler, IT: Intensive Therapy – gereksinimi doğrultusunda gerekirse terapidir. Araştırmacının terapi yetkisi olmadığından burada FSFI göre ciddi cinsel disfonksiyonu olan ve tedavi gereksinimi olan kadın/ların varlığında danışmanlık verilerek uygun kurumlara sevkı sağlanacaktır. PLISSIT modeline göre oluşturulan eğitim ve danışmanlık materyalinde, kadınların cinselliğe ilişkin paylaşımda bulunması, kaygı, sorun, gereksinimlerin belirlenmesi, konuya özgü spesifik bilgi ve

önerilerin aktarımı ve ihtiyaçlarının karşılanması amaçlanmıştır. FSFI'a göre cinsel disfonksiyonu olan ve çalışma grubu kapsamına alınan kadınlara uygulanmıştır. Araştırmacı eğitim vermeden önce, Cinsel Sağlık Enstitüsü Derneği (CİSED) tarafından düzenlenen 10-11 Kasım 2018 'Cinsel Terapiye Giriş' ve 08-09 Aralık 2018 'Kadın Cinselliği' workshopuna katılmıştır (EK-5).

(NOT : *PLISSIT Modeline göre hazırlanan eğitim-danışmanlık materyali ayrı bir PDF te eklenmiştir.*)

3.6 Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yürütüleceği kurumdan çalışmanın yapılabilmesi için kurum izni ve Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik kurul onayı (Ek-5) alınmıştır. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayanmıştır. Polikliniklere başvuran kadınlara araştırmacının kimliği, hangi kurumda çalıştığı, ne amaçla geldiği, bu araştırmanın amacını, kadınlardan alınan bilgilerin nerede ve nasıl kullanılacağı ve herhangi bir aşamada çalışmadan ayrılabilmesi bilgisi ayrıntılı olarak verildikten sonra çalışmaya katılmayı kabul edenlerden yazılı onam alınmıştır.

3.7 Araştırma Verilerinin Toplanması (Çalışmanın Uygulanması)

Araştırmaya gerekli izin ve etik kurul onayı alındıktan sonra başlandı. Önce 10 kadında bu toplama formlarının anlaşılabilirliği ve uygulanabilirliğini test etmek için ön çalışma yapıldı. Daha sonra çalışmanın asıl uygulamasına geçildi. Çalışmada vaka alımı ve çalışma iki aşamalı olarak gerçekleştirildi. Birinci aşamada, örneklem kriterlerine uyan ve çalışmaya katılmayı kabul eden kadınlara araştırmacının kimliği, hangi kurumda çalıştığı, ne amaçla geldiği, yapılan araştırmanın amacı, katılımcılardan alınan bilgilerin nerede ve nasıl kim tarafından kullanılacağı, çalışmaya katılımın gönüllülük esasına dayandığı ve herhangi bir aşamada çalışmadan çekilebileceği bilgisi ayrıntılı olarak verildi, kendilerinin neden seçildiği anlatıldı, katılmayı kabul edenlerden yazılı onam alındı. Bu aşamada örneklem kapsamına alınan 352 kadına anket formu ve Kadın Cinsel Fonksiyon Ölçeği-FSFI uygulandı (**1. FSFI değerlendirmesi**). Formlar araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği ile

dolduruldu. Çalışmanın 1. Aşaması toplamda 3 ay sürdü. İlk aşamaya ait örneklem sayısına ulaştıktan sonra veriler SPSS girildi ve FSFI ait analizler yapıldı. FSFI cut-off değerine göre ($\leq 26,55$) cinsel fonksiyon bozukluğu olan ve olmayanlar belirlendi. 3 ay sonra çalışmanın 2. Aşamasına geçildi. Daha önce G-Power analizine göre belirlenen örneklem sayısına göre bu aşamada FSFI cut-off'a göre cinsel disfonksiyon belirlenen kadınlar (N=100) hastaneye başvuru sırasında aldıkları protokol numarasına göre randomize edildi. Protokol numarasının sonu çift rakam olan kadınlar çalışma grubuna, tek rakam olanlar kontrol grubuna ayrıldı.

Randomizasyona göre ÇG alınan kadınlarla telefonla ulaşıldı ve hastaneye davet edildi. Çağrılan tüm kadınlar randevuya geldi. ÇG alınan kadınlarla ilki yüz yüze sonrakiler telefonla olmak üzere toplamda 4 kez görüşme yapıldı. KG alınan kadınlarla ise sadece bir kez telefonla görüşme yapıldı. Bu görüşme ÇG kadınlarla yapılan son görüşme ile aynı zamnalarla denk gelen sürede gerçekleştirildi.

ÇG alınan kadınlarla yapılan görüşmeler:

1.Görüşme: Bu görüşme çalışmanın ilk aşamasında yapılan değerlendirmeden 3 ay sonra yapıldı. Telefonla kurulan iletişim sonrası randevuya gelen bu kadınlara; araştırmacı kendini hatırlattıktan sonra ifade ettikleri cinsel sorunları, kaygıları ve endişelerine yönelik bilgiler paylaşıldı ve PLISSIT modeline göre oluşturulan materyal doğrultusunda ortalama 10 ile 20 dk süren eğitim-danışmanlık verildi. Bir sonraki görüşme için randevu alınarak görüşme sonlandırıldı.

2.Görüşme: ÇG ile yapılan bu görüşme 1. Görüşmeden 1 ay sonra ve telefonla gerçekleştirildi. PLISSIT modeli doğrultusunda kadınlar ile son 1 ay içinde yaşadıkları cinsel sorunlar hakkında konuşuldu ve gereksinimlerine göre 2. eğitim verildi. Ardından FSFI uygulandı (**2. FSFI değerlendirmesi**). Görüşme 10 ile 20 dk sürdü.

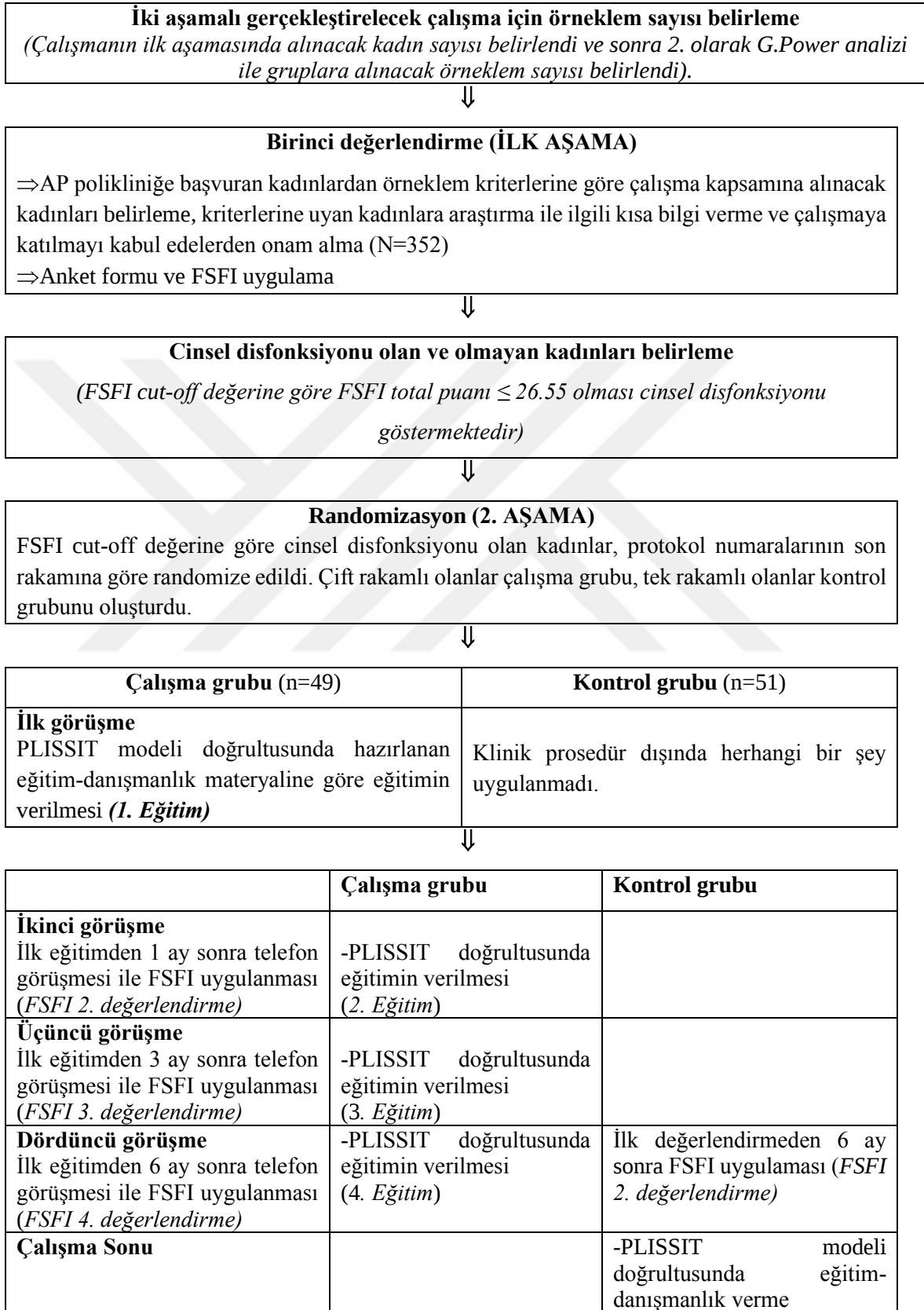
3.Görüşme: Bu görüşme PLISSIT modeli doğrultusunda verilen 1. eğitimden 3 ay sonra ve telefon ile gerçekleştirildi. Bunda da kadınların son 1 aydır yaşadıkları cinsel sorunları ve gereksinimlerine göre 3. eğitim verildi. Ardından FSFI uygulandı (**3. FSFI değerlendirmesi**). Görüşme 10 ile 20 dk sürdü.

4.Görüşme: Bu görüşme PLISSIT modeli doğrultusunda verilen 1. eğitimden 6 ay sonra ve telefon ile gerçekleştirildi. Kadınların cinsel sorunlar, gereksinimleri vb. konuşuldu. Ardından FSFI uygulandı (**4. FSFI değerlendirmesi**).

Cinsel disfonksiyon yaşayan ve randomizasyonla kontrol grubuna alınan kadınlara eğitim verilmedi. Bu kadınlarla, ÇG alınan kadınların 4. Görüşmelerine denk gelen süreçte, telefonla ve sadece 1 kez görüşüldü. Araştırmacı tarafından yapılan telefon görüşmesinde araştırmacı kendini tanıtip hatırlattıktan sonra, kadınlara ilk görüşmeden bu yana yaşadıkları cinsel sorunlar, şikayetler ve gereksinimler soruldu. Görüşmenin ardından FSFI uyguladı (**Bu kadınlar için FSFI 2. Değerlendirmesi**). Kontrol grubundaki kadınlara da çalışma sonunda PLISSIT modeli doğrultusunda eğitim-danışmanlık verildi.

Görüşmelerin tümü araştırmacı tarafından kayıt altına alındı. Böylece verilen eğitimin zamana göre değişimleri ve cinsel problemin ne kadar sürdüğü değerlendirildi. Telefonla yapılan görüşmelerde verilerin hızla toplanması sağlansa da kadınların bir kısmı ya eşlerinin telefonlarını ya da birlikte yaşadıkları aile bireylerinin telefonlarını verdikleri için, görüşme yapılacak olan kadınlara ulaşmada zorluk yaşandı. Çalışmada FSFI cut-off göre cinsel disfonksiyon belirlenen ÇG ve KG kadınların tamamına ulaşıldı.

Şekil 1: Örneklem alınmadan itibaren çalışmanın uygulanmasının akış şeması



3.8. Araştırmanın Hipotezleri

Cinsel disfonksiyon görülme sıklığı:

Hipotez: H₀: Kontraseptif yöntem kullanan ve kullanmayan kadınlar arasında cinsel disfonksiyon görülme sıklığı açısından fark yoktur.

H₁: Kontraseptif yöntem kullanan ve kullanmayan kadınlar arasında cinsel disfonksiyon görülme sıklığı açısından fark vardır..

Kontraseptif yönteme göre cinsel disfonksiyon yaşama:

Hipotez: H₀: Kullanılan kontraseptif yönteme göre yaşanan cinsel disfonksiyonda fark yoktur.

H₁: Kullanılan kontraseptif yönteme göre yaşanan cinsel disfonksiyonda fark vardır.

PLISSIT Modeline göre eğitim danışmanlığın etkisi:

Hipotez: H₀: Kontraseptif yöntem kullanan ve cinsel disfonksiyonu olan kadınlarda PLISSIT modeline göre eğitim-danışmanlık vermek problemi çözmede etkili değildir.

H₁: Kontraseptif yöntem kullanan ve cinsel disfonksiyonu olan kadınlarda PLISSIT modeline göre eğitim-danışmanlık vermek problemi çözmede etkilidir.

Hipotez: H₀: Eğitim-danışmanlık verilen ve verilmeyen kadınların cinsel fonksiyonlarında farklılık yoktur.

H₁: Eğitim-danışmanlık verilen ve verilmeyen kadınların cinsel fonksiyonlarında farklılık vardır.

3.9. Verilerin Değerlendirilmesi (İstatistiksel analiz)

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 23 programı kullanılarak analiz edildi. Değişkenlere ait verilerin normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemek üzere Kolmogorov-Smirnov testi uygulandı ve verilerin normal ($p>0.05$) dağılım gösterdiği belirlendi.

Tanımlayıcı verilerin değerlendirilmesinde frekans ve ortalama değerler kullanılırken, analizlerde independent t-testi, ki-kare testi ve fisher ki-kare testi kullanıldı. Tekrarlayan cinsel fonksiyon izlemleri arasında anlamlı farklılık olup olmadığı

Repeated Measures Anova (Tekrarlı Ölçüm Anova) testi ile belirlendi. Tüm sonuçlar %95 güven aralığında, 0,05 anlamlılık düzeyinde değerlendirildi.

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Güçlükleri

- Çalışmamız belli bir zaman diliminde ve belli bir kurumda yapılması,
- Çalışmanın kesitsel yapılması ve disfonksiyon yaşayan kadınların yalnız eğitime alınması, eşlerin eğitim sürecine katılmamış olması,
- Çalışma konusunun cinsel sağlık gibi toplumumuzda mahrem kabul edilen bir konu olması sebebiyle bazı sorunların gizlenmiş olma ihtimali,
- Görüşme başladığında kadınların sorulan soruları mahrem bulduğu için cevap vermek istememesi, strese girmeleri, sorulan soruları anlamakta zorlandıklarının gözlenmesi araştırmanın sınırlılığını oluşturdu.

4. BULGULAR

Çalışmadan elde edilen bulgular aşağıda belirtilen başlıklar altında sunuldu.

4.1. İlk Değerlendirme Sonucunda Elde Edilen Bulgular

Kadınların;

4.1.1 Tanımlayıcı ve obstetrik özelliklerine,

4.1.2 Kontrasepsiyon kullanımlarına ve

4.1.3 Cinsel yaşamları ile FSFI'a (*1. Değerlendirme*) ait özelliklerine göre 3 başlık altında verildi.

4.2. Çalışma ve Kontrol Grubuna Alınan Kadınlara Ait Bulgular

Çalışma ve kontrol gruplarındaki kadınların;

4.2.1 Tanımlayıcı, obstetrik özelliklerine,

4.2.2 Kontrasepsiyon kullanımlarına ve

4.2.3 Cinsel yaşamları ile FSFI sonuçlarına (*FSFI 2., 3. ve 4. Değerlendirmeleri*) ait özelliklerine göre 3 başlık altında verildi.

4.1. İlk Değerlendirme Sonucunda Elde Edilen Bulgular

Bu bölümde genel olarak çalışmanın ilk aşamasında alınan 352 kadına ait bulgular verildi.

4.1.1. Kadınların tanımlayıcı ve obstetrik özelliklerine ait bulgular

Bu bölümde 352 kadının sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerine ait bulgulara yer verildi.

Tablo 4.1.1.1 Kadınların tanımlayıcı özellikleri

Tanımlayıcı özellikler	N=352		
	N	%	
Yaş grupları			
≤ 19	3	0.9	
20-24	60	17.2	
25-35	202	60.8	
36-45	82	23.3	
Eğitim durumu			
Okur-yazar	42	11.9	
İlköğretim	282	80.2	
Lise	26	7.4	
Üniversite	2	6.0	
Eşin eğitim durumu			
Okur-yazar	25	7.1	
İlköğretim	283	80.4	
Lise	37	10.5	
Üniversite	7	2.0	
Çalışma durumu			
Çalışan	24	6.8	
Çalışmayan	328	93.2	
Algılanan ekonomik durum			
Gelir giderden az	5	1.4	
Gelir gidere denk	347	98.6	
Evlilik süresi			
1-5 yıl	94	26.7	
6-10 yıl	99	30.1	
11-15 yıl	77	21.9	
16 yıl ve üzeri	82	23.3	
Evlenme şekli			
Görücü usulü	161	45.8	
Tanışarak	191	54.2	
	(min-max.)	Ort. ± SD	Median
Yaş ortalaması/yıl	(19-45)	30.46±6.02	30.00
Evlilik süresi ortalaması/yıl	(2-28)	10±6.36	10.00

Kadınların çoğunlukla (%60,8) 25-35 yaş grubunda yer aldıkları, yaş ortalamalarının 30.46 ± 6.02 ve medyanının 30 yaş olduğu, kadınların ve eşlerinin çoğunluğunun (Kadın: %80,2; Eş: %80,4) ilköğretim mezunu olduğu, %93,2'sinin gelir getiren bir işte çalışmadığı, neredeyse tamamının (%98,6) ekonomik durumlarını “gelir gidere denk” olarak ifade ettikleri, yarıdan fazlasının (%54,2) tanışarak evlendiği ve evlilik süre ortalamalarının 10 ± 6.36 ve medyanının 10 yıl olduğu belirlendi (Tablo 4.1.1.1).

Tablo 4.1.1.2 Kadınların obstetrik özellikleri

Özellikler	N:352		
	n	%	
Gebeliklerinin planlı olma durumu			
Hepsi	235		66.8
Bazısı	117		33.0
Başka çocuk düşünme			
Düşünen	62		17.6
Kararsız olan	91		25.9
Hiç düşünmeyen	199		56.5
Tekrar gebelik planlama zamanı(n=62)			
1-2 yıl sonra	3		0.9
3-4 yıl sonra	34		9.7
≥ 5 yıl sonra	25		7.1
İstemediği halde gebeliğe/doğurmaya zorlama			
Zorlanan	24		6.8
Zorlanmayan	328		93.2
Düşük deneyimi			
Var	19		5.4
Yok	333		94.6
Kürtaj deneyimi			
Var	5		1.4
Yok	347		98.6
	(min-max)	Ort ± SD	Median
Gebelik sayısı	(1-7)	3 ± 1.42	3.00
Doğum sayısı	(1-6)	3 ± 1.34	3.00
Yaşayan çocuk sayısı	(1-6)	3 ± 1.32	3.00

Kadınların gebelik sayısı ortalamasının 3 ± 1.42 , doğum sayısı ortalamasının 3 ± 1.34 , yaşayan çocuk sayısı ortalamasının 3 ± 1.32 olduğu, düşük (%5,4) ve kürtaj (%1,4) deneyimleme oranının düşük olduğu, gebeliklerinin çoğunun (%66,8) planlı olduğu, yarıdan fazlasının (%56,5) başka çocuk düşünmediği, büyük çoğunluğunun (%93,2) istemediği halde gebeliğe/doğurmaya zorlanmadığı belirlendi (Tablo 4.1.1.2).



4.1.2. Kadınların kontraseptif kullanımlarına ait bulgular

Bu bölümde çalışmanın ilk aşamasında alınan 352 kadının kontraseptif kullanımlarına ait bulgulara yer verildi.

Tablo 4.1.2.1 Kadınların kontrasepsiyon kullanımlarına ilişkin özellikleri

Özellikler	N=352	
	n	%
Daha önce herhangi bir yöntem kullanma durumu		
Kullanan	59	16.7
Kullanmayan	293	83.2
Daha önce kullandığı kontraseptif yöntem (n=59) *		
RİA**	97	27.6
KOK***	120	34.1
Kondom	45	12.8
Enjektabl yöntem	8	2.3
Geri çekme	60	17
Kontraseptif yöntemi bırakma nedenleri (n=59) ****		
•Gebelik	207	58.8
•Ağrılı adet görme	11	3.1
•Adet miktarında artma	31	8.8
•Adet miktarında azalma	3	0.9
•Sinirlilik	35	9.9
•Kilo alma	36	10.2
•Tüylene	12	3.4
•Bel ve sırt ağrısı	9	2.6
Kontraseptif yöntemi seçme nedenleri****		
•Gebelikten koruyuculuğunun yüksek /güvenli olması	338	96.0
•Yan etkisinin olmaması	341	96.9
•Sağlığını etkilememesi /zarar vermemesi	335	95.2
•Kullanımın kolay olması	341	96.9
•Ücretinin uygun olması	340	96.6
•Kolay ulaşılabilir, elde edilebilir olması	327	92.9
•Cinselliği etkilememesi	181	51.4
•Cinsellikten bağımsız olması	176	50.0
•Uzun süre kullanılabilir olması	304	86.2
•Her gün/her cinsel ilişkide kullanılmak zorunda olmama	219	62.2
•İstenildiği zaman bırakılabilmesi	248	70.5
•Üretkenliği (gebe kalma, doğurma) etkilememesi	218	61.9
Yöntem kullanmayı engelleyen durum varlığı		
Var	22	6.2
Yok	330	93.8
Yöntem kullanımını engelleyen durumlar (n=22)		
Eşin izin vermemesi	19	5.4
Eşin ailesinin izin vermemesi	3	0.8

*: Kadınlar 'daha önce kullandığı kontraseptif yöntem' birden fazla cevap verdiği için "n" katlanmıştır.

** : RİA; Rahim içi araç

***:KOK; Kombine oral kontraseptif

****: Kadınlar 'kullandığı kontraseptif yöntemi bırakma nedeni ve kontraseptif yöntemi seçme nedenleri' için birden fazla cevap verdiği için "n" katlanmıştır.

Araştırmaya katılan kadınların büyük çoğunluğunun (%83,2) daha önce herhangi bir kontraseptif yöntem kullanmadığı, yöntem kullananların en çok KOK (%34,1) ve RİA (%27,6) ile geri çekme yöntemini (%17) kullandıkları, yarıdan fazlasının (%58,8) kullandığı yöntemi gebelik nedeniyle bıraktığı belirlendi. Kadınların yöntem tercihlerinin çoğunlukla gebelikten koruyuculuğunun yüksek /güvenli olması (%96), yan etkisinin olmaması (%96,9), sağlığını etkilememesi /zarar vermemesi (%95,2), kullanımın kolay olması (%96,9), ücretinin uygun olması (%96,6), kolay ulaşılabilir/ elde edilebilir olması (%92,9) olduğu, çok azının (%6,2) yöntem kullanmalarının engellendiği, engelleyen durumların da eş (%19) ve eşin ailesinin (%3) izin vermemesi olduğu saptandı (Tablo 4.1.2.1).

Tablo 4.1.2.2 Kadınların kullandığı mevcut kontraseptif yönteme ilişkin özellikleri

Özellikler	N=352	
	n	%
Kullanılan mevcut kontraseptif yöntem		
RİA	276	78.4
KOK	6	1.7
Kondom	20	5.7
Enjektabl yöntemler	50	14.2
Yöntemini tercih etme nedeni*		
•Daha önce kullandım	36	10.2
•Kullanımı kolay	101	28.7
•Güvenilir	144	40.9
•Kullanımı rahat	63	17.9
•Yan etkisi yok	132	37.5
•Diğer yöntemler iyi gelmedi	18	5.1
•Uzun süre kullanılabilir	120	34.1
Yöntemi kullanmaya karar veren		
Kendi	181	51.4
Kendi ve eşi	126	35.8
Sağlık personeli	45	12.8
Yöntemden memnun olma durumu		
Evet	214	60.8
Kısmen	138	39.2
Yöntemden memnun olunan yönler*		
•Koruyuculuğu yüksek	49	13.9
•Yan etkisi yok	122	34.7
•Zarar vermiyor	101	28.7
•Kullanımı kolay	150	42.6
•Sorumluluk eşimde	16	4.5
•Uzun süre kullanılıyor	133	37.8
•Güveniyorum	83	23.3
•İlişki sırasında rahatım	45	12.8
Yöntemden memnun olunmayan yönler*		
•Kanamalarım arttı	19	5.7
•Lekelenmelerim oluyor	26	7.4
•Bel ağrım oluyor	13	3.7
•Her ay hastaneye gelmek zorundayım	35	9.9
•Cinsel ilişkide ağrım oluyor	88	25.0
•Kasık ağrım oluyor	47	13.4
•Akıntım oluyor	15	4.3
•Adet düzensizliği yaşıyorum	21	6.0
Yöntem kullanım süresi/ay	(min-max)	Ort ± SD
	3-96	26.52±21.61

*: Kadınlar yöntemini tercih etme nedeni, yöntemden memnun olunan yönler, yöntemden memnun olunmayan yönler için birden fazla cevap verdiği için “n” katlanmıştır.

Kadınların mevcut olarak en fazla RİA (%78,4) yöntemini kullandıkları, mevcut yöntemi kullanım sürelerinin ortalama 26.52 ± 21.61 olduğu, kullandıkları yöntemi çoğunlukla (%40,9) güvenilir olması nedeniyle tercih ettikleri, yöntem kullanımına %51,4'nün kendisinin karar verdiği ve %60,8'inin kullandıkları mevcut yöntemden memnun oldukları, memnun olma nedenleri arasında en fazla (%42,6) kullanımının kolay olması, memnun olmama nedenleri arasında da en fazla (% 25) 'cinsel ilişkide ağrı' yı belirttikleri saptandı (Tablo 4.1.2.2).

Tablo 4.1.2.3 Kadınların aile planlamasına ilişkin danışmanlık alma durumları

Bilgi-danışmanlık durumu	N=352	
	n	%
Daha önce bilgi-danışmanlık alma durumu		
Evet	274	77.8
Hayır	78	22.2
Daha önce bilgi-danışmanlığı kimden/ nereden aldığı (n=274)*		
Ebe/hemşire	181	51.4
Doktor	12	3.4
Arkadaş/komşu/akraba (çevremden)	50	14.2
İnternet/kitap/dergi/gazete (kitle iletişim)	74	21
AP yöntemini nereden temin edeceğini bilme		
Bilen	100	100
Bilmeyen	-	0.0
AP temin edilen yer*		
Hastane	351	99.7
Sağlık ocağı	116	33
Eczane	28	8
Mevcut yöntemle ilgili bilgi alma durumu		
Evet	324	92.0
Hayır	28	8.0
Mevcut yöntemle ilişkin bilgi-danışmanlığı aldığı kişi (n=324)		
Ebe/hemşire	323	91.8
Doktor	1	0.3

*: Kadınlar 'Daha önce bilgi-danışmanlığı kimden/ nereden aldığı ve AP temin edilen yer' için birden fazla cevap verdiği için "n" katlanmıştır.

Kadınların büyük çoğunluğu (%77,8) aile planlamasına ilişkin daha önce bilgisinin olduğu, bu bilgiyi en fazla (%51,4) ebe/hemşireden aldıkları, tamamının yöntemi temin edeceği yeri bildiği, %99,7'sinin yöntemi hastaneden temin ettiği, büyük çoğunluğunun (%92) mevcut yöntemle ilişkin bilgi aldığı ve bilginin %91,8 oranıyla ebe/hemşireden alındığı belirlendi (Tablo 4.1.2.3).

4.1.3 Kadınların cinsel yaşamlarına ve FSFI 1. Değerlendirmesine ait bulgular

Bu bölümde ilk aşamada alınan 352 kadının cinsel yaşamlarına ve FSFI 1.değerlendirmesine ait sonuçlara yer verildi.

Tablo 4.1.3.1 Kadınların ve eşlerinin cinselliğe ilişkin görüşleri

Özellikler	N=352		
	n	(%)	
Kadınların cinselliği algılama şekli			
•Doğal, olması gereken bir durum	321	91.2	
•Fizyolojik gereksinim, ihtiyaç	337	95.7	
•Üreme için gerekli	349	99.1	
•Kadınlık görevi	347	98.6	
•Haz alınan bir duygu	177	50.3	
	(min. —max.)	Ort.±SD	Median
Kadınlara göre cinselliğin önem düzeyi*	1—10	7.66±1.30	8
Kadınlara göre eşlerinin cinselliği önemseme düzeyi*	7—10	9.47±0,81	10

*: Kadınlar ‘cinselliği algılama şekli’ için birden fazla cevap verdiğiinden “n” katlanmıştır.

**:Kadınların ve kadınlara göre eşlerinin cinselliği önemseme düzeyleri görsel analog skala ile 1 - 10 puan arasında puanlandırıldı.

Kadınların tamamına yakını cinselliği ‘üreme için gerekli’ (%99,1) ve ‘kadınlık görevi’ (%98,6) olarak algıladıkları, kendilerinin cinselliği önemseme düzeyine ortanca olarak 8 puan verirken, eşlerinin cinselliği önemseme düzeyine tam puan (10) verdikleri belirlendi (Tablo 4.1.3.1).

Tablo 4.1.3.2 Kadınların bazı yaşam dönemlerindeki cinselliklerini değerlendirme sonuçları

Yaşam dönemleri	N=352		
	Cinselliklerine verdikleri puan ortalamaları		
	(min.—max.)	Ort.±SD	Median
•İlk evlendiği yıllar	7—10	9.61±0.715	10
•Gebelik dönemi	5—9	6.87±0.90	7
•Doğumlarından sonraki dönem	4—9	6.83±0.96	7
•Hiç yöntem kullanmadığı zamanlar	3—10	5.17±1.00	5
•Yöntem kullandığı dönem	6—10	7.88±1.06	8
•Şu an mevcut cinsel yaşamı	5—10	7.79±1.19	8

NOT: Kadınların bazı yaşam dönemlerindeki cinselliklerini 1 ile 10 puan arasında değerlendirmeleri istenmiştir (1:çok kötü, 10: çok iyi/mükemmel)

Kadınların bazı yaşam dönemlerinde cinselliklerini değerlendirmeleri istendiğinde; ortalanca puan olarak ilk evlendikleri yıllara 10 puan, gebelik ve doğum sonrası dönemlerine 7 puan, yöntem kullanmadıkları döneme 5 puan, yöntem kullandıkları döneme ve şu andaki mevcut cinselliklerine 8 puan verdikleri belirlendi (Tablo 4.1.3.2).

Tablo 4.1.3.3 Kadınların FSFI (1. Değerlendirme) alt boyut ve total puan ortalamaları

FSFI	N=352		
	Min — Max	Ort.± SD	Median
İstek	1.2 — 5.4	2.87±0.85	2.94
Uyarılma	2.4 — 6.0	4.93±0.74	5.02
Lubrikasyon	3.0 — 6.0	5.38±0.70	5.61
Orgazm	1.2 — 6.0	5.23±0.69	5.38
Doyum	2.4 — 6.0	4.90±0.69	4.87
Ağrı	1.6 — 6.0	5.17±1.14	5.74
TOTAL	15.8 — 35.4	28.52±4.24	29.69

FSFI’ a göre kadınların cinsel istek puan ortalamalarının düşük (2.87±0.85), uyarılma, lubrikasyon, orgazm ve doyum puan ortalamalarının iyi düzeyde, ağrının puan ortalamasının ise yüksek olduğu (5.17±1.14, Median=6) bulundu (Tablo 4.1.3.3).

Tablo 4.1.3.4 Kadınlarda FSFI cut-off değerine göre cinsel disfonksiyon durumu

FSFI cut-off değeri*	N=352	
	n	%
≤ 26.55	100	28.4
>26.55	252	71.6

**: ≤ 26.55 cinsel disfonksiyonu, > 26.55 normal cinsel fonksiyonu göstermektedir.*

FSFI cut-off değerine göre kadınların %28,4'ünde cinsel disfonksiyon olduğu belirlendi (Tablo 4.1.3.4).

4.2. Çalışma ve Kontrol Grubuna Alınan Kadınlara Ait Bulgular

Bu bölümde FSFI cut-off değerine göre cinsel disfonksiyonu olduğu belirlenen çalışma grubu (ÇG) n=49 ve kontrol grubu (KG) n=51 olmak üzere toplamda 100 kadına ait bulgulara yer verildi.

4.2.1. Gruplara göre tanımlayıcı ve obstetrik özelliklere ait bulgular

Bu bölümde çalışma ve kontrol grubuna alınan kadınların sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerine ait bulgulara yer verildi.

Tablo 4.2.1.1 Çalışma ve kontrol grubundaki kadınların tanımlayıcı özellikleri

Özellikler	Çalışma grubu n=49		Kontrol grubu n=51		Total N=100		χ^2 , p
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
Eğitim Durumu							
Okur-yazar	7	14.3	17	33.3	24	24.0	χ^2 :10.36 p:0.03
İlköğretim	36	73.5	33	64.7	69	69.0	
Lise	5	10.2	-	0.0	5	5.0	
Üniversite	1	2.0	1	2.0	2	2.0	
Eşin eğitim durumu							
Okur-yazar	2	4.1	10	19.6	12	12.0	χ^2 :12.6 p: 0.01
İlköğretim	34	69.4	38	74.5	72	72.0	
Lise	8	16.3	1	2.0	9	9.0	
Üniversite	5	10.2	2	3.9	7	7.0	
Çalışma Durumu							
Çalışan	6	12.2	3	5.9	9	9.0	χ^2 :1.23 p: 0.26
Çalışmayan	43	87.8	48	94.1	91	91.0	
Algılanan Ekonomik Durum							
Gelir giderden az	3	6.1	1	2.0	4	4.0	χ^2 : 1.12 p: 0.28
Gelir gidere denk	46	93.9	50	98.0	96	96.0	
Evlenme Şekli							
Görücü usulü	35	71.4	29	56.9	64	64	χ^2 : 2.30 p: 0.12
Tanışarak	14	28.6	22	43.1	36	36	
	(min-max.) Ort.±SD		(min-max.) Ort.±SD		(min-max.) Ort. ±SD		t, p
Yaş ortalaması/yıl	(20-44) 29.30±5.32		(19-45) 33.25±7.80		(19-45) 31.32 ±6.96		t:-2.94 p:0.03
Evlilik süresi ort./yıl	(3-25) 9.97±5.16		(2-28) 14.43±8.10		(2-28) 12.25±7.14		t:-3.26 p:0.03

Kadınların yaş ($33,25 \pm 7,80$; $p=0,037$) ve evlilik süresi ortalamasının ($14,43 \pm 8,10$; $p=0,035$) KG anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edildi. Eğitim durumu açısından bakıldığında ÇG ilköğretim mezunu olan kadınların sayısı (%73,5; $p=0,03$), KG ilköğretim mezunu olan eşlerin sayısı anlamlı olarak yüksek (%74,5; $p=0,01$) bulundu. Ancak çalışma durumu, algılanan ekonomik durum ve evlenme şekli açısından gruplar arasında istatistiksel anlam taşıyan bir farklılık olmadığı belirlendi ($p>0,05$) (Tablo 4.2.1.1).

Tablo 4.2.1.2 Çalışma ve kontrol grubundaki kadınların obstetrik özellikleri

Özellikler	Çalışma grubu n=49		Kontrol grubu n=51		Total N=100		χ^2 , p
	n	%	n	%	n	%	
Gebeliklerinin planlı olma durumu							
Hepsi	25	51.0	35	68.6	60	60	$\chi^2:3.88$ p:0.14
Bazısı	24	49.0	16	31.4	40	40	
Başka çocuk düşünme							
Düşünen	2	4.1	11	21.5	13	13	$\chi^2:6.95$ p:0.03
Kararsız olan	10	20.4	7	13.7	17	17	
Hiç düşünmeyen	37	75.5	33	64.7	70	40	
Tekrar gebelik planlama zamanı(n=13)							
3-4 yıl sonra	1	50.0	5	45.5	6	46.1	$\chi^2:6.95$ p:0.03
≥ 5 yıl sonra	1	50.0	6	54.5	7	53.9	
Gebe kalmaya zorlanma durumu							
Zorlanan	14	28.5	2	3.9	16	16	$\chi^2:11.29$ p:0.000
Zorlanmayan	35	71.5	49	96.1	84	84	
Düşük deneyimi							
Deneyimleyen	12	24.5	4	7.8	16	16	$\chi^2:5.15$ p:0.02
Deneyimlemeyen	37	75.5	47	92.2	84	84	
Kürtaj deneyimi							
Deneyimleyen	4	8.2	1	1.9	5	5	$\chi^2:2.02$ p:0.15
Deneyimlemeyen	45	91.8	50	98.1	95	95	
	Ort.SD		Ort.SD		Ort.SD		t/p
Gebelik sayısı	3.67 $\pm$ 1.54		3.52 $\pm$ 1.77		2.82 $\pm$ 1.32		t: 0.40 p:0.66
Doğum sayısı	3.26 $\pm$ 1.31		3.35 $\pm$ 1.71		2.83 $\pm$ 1.34		t:-0.28 p:0.77
Yaşayan çocuk sayısı	3.35 $\pm$ 1.30		3.35 $\pm$ 1.71		2.92 $\pm$ 1.42		t:-0.49 p: 0.62

Her iki gruptaki kadınların gebelik sayısı (ÇG:3,67±1,54; KG:3,52±1,77), doğum sayısı (ÇG: 3,26±1,31; KG:3,35±1,71) ve yaşayan çocuk sayısı (ÇG:3,35±1,30; KG: 3,35±1,71) ortalamalarının benzer olduğu saptandı ($p>0,05$). Her iki grupta da gebeliklerin hepsinin planlı olduğu (ÇG:%51;KG:%68,6) ve kürtaj deneyimlemedikleri (ÇG:%91,8; KG:98,1) belirlendi. Belirtilen bu özellikler açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ($p>0,05$). Ancak, başka çocuk düşünme (ÇG:75,5; KG:64,7), tekrar gebelik planlama zamanı (≥ 5 yıl sonra; ÇG:%50; KG:54,5), gebeliğe zorlanma (ÇG:%71,5; KG:96,1) ve düşük deneyimleme (ÇG:%91,8; KG:98,1) özellikleri açısından gruplar arası anlamlı fark olduğu bulundu ($p<0.01$ - $p<0.05$) (Tablo 4.2.1.2).

4.2.2. Çalışma ve kontrol grubundaki kadınların kontrasepsiyon kullanımına ait bulgular

Bu bölümde çalışma ve kontrol grubuna alınan kadınların kontrasepsiyon kullanımına ait bulgulara yer verildi.

Tablo 4.2.2.1 Çalışma ve kontrol grubundaki kadınların kontrasepsiyon öyküsü

Kontrasepsiyon öyküsü	Çalışma grubu n=49		Kontrol grubu n=51		Total N=100		χ^2	p
	n	%	n	%	n	%		
Daha önce kullandığı kontraseptif yöntem								
RİA	8	16.3	22	43.1	30	30.0	8.55	0.000
KOK	14	28.6	15	29.4	29	29.0	0.00	0.92
Kondom	5	10.2	6	11.8	11	11.0	0.06	0.80
Enjektabl yöntemler	5	10.2	2	3.9	7	7.0	1.51	0.21
Geri Çekme	15	30.6	8	15.7	23	23.0	3.14	0.07
Kontraseptif yöntemi bırakma nedenleri*								
Gebelik	30	61.2	24	47.1	54	54.0	2.02	0.15
Ağrılı adet görme	2	4.1	1	2.0	3	3.0	0.38	0.53
Adet miktarında artma	1	2.0	8	15.7	9	9.0	5.68	0.01
Adet miktarında azalma	2	4.1	-	0.0	2	2.0	2.12	0.14
Sinirlilik	7	14.3	5	9.8	12	12.0	0.47	0.49
Kilo alma	1	2.0	9	17.6	10	10.0	6.76	0.000
Tüylene	1	2.0	2	3.9	3	3.0	0.30	0.58
Kontraseptif yöntemi seçme nedenleri*								
Gebelikten koruyuculuğunun yüksek olması/güvenli olması	43	87.8	48	94.1	91	91.0	1.23	0.26
Yan etkisinin olmaması	42	85.7	48	94.1	90	90.0	1.96	0.16
Sağlığını etkilememesi /zarar vermemesi	39	79.6	46	90.2	85	85.0	2.20	0.13
Kullanımın kolay olması	49	100.0	46	90.2	95	95.0	5.05	0.02
Ücretinin uygun olması	49	100.0	49	96.1	98	98.0	1.96	0.16
Kolay ulaşılabilir, elde edilebilir olması	42	85.7	43	84.3	85	85.0	0.03	0.84
Cinselliğini etkilememesi	17	34.7	7	13.7	24	24.0	6.02	0.01
Cinselliğinden bağımsız olması	15	30.6	7	13.7	22	22.0	4.15	0.04
Uzun süre kullanılabilir olması	45	91.8	34	68.0	79	79.0	8.72	0.000
Her gün/her cinsel ilişkide kullanılmak zorunda olmaması	20	40.8	14	27.5	34	34.0	1.98	0.15
İstediğim zaman bırakabilmem	23	46.9	28	54.9	51	51.0	0.63	0.42
Üretkenliğimi (gebe kalma, doğurma) etkilememesi	23	46.9	12	23.5	35	35.0	6.02	0.01
Yöntem kullanamama durumu								
Var	12	24.5	2	3.9	14	14.0	8.78	0.000
Yok	37	75.5	49	96.1	86	86.0		
Yöntem kullanımını engelleyen nedenler								
Çocuk istediği için eşim izin vermedi	11	22.4	3	3.9	13	13	7.58	0.000
Çocuk istedikleri için eşimin ailesi istemedi	9	18.4	-	0.0	9	9	10.29	0.000

*Kadınlar 'kontraseptif yöntemi bırakma ve seçme nedeni' için birden fazla yanıt verdiği için "n" katlanmıştır.

ÇG kadınların daha önce en çok geri çekme yöntemi ile (%30,6), KG kadınların ise RİA ile korunduğu (%43,1) belirlendi. Kadınların kontraseptif bırakma nedenleri açısından gruplar arasında anlamlı fark olmadığı tespit edildi ($p>0,05$). Her iki grupta da kadınların kullandığı yöntemi gebelik nedeniyle (ÇG:%61,2; KG:%47,1; $p=0,15$) bıraktığı bulundu. Kadınların yöntem tercihlerinin çoğunlukla her iki grupta da ‘kullanımının kolay olması’ (ÇG:%100; KG:%90,2) ve ‘ücretinin uygun olması’ (ÇG:%100; KG:%96,1) nedeniyle tercih ettikleri belirlendi. Yöntemi kullanamama durumu ve yöntem kullanımını engelleyen nedenler açısından gruplar arasında anlamlı fark olduğu ($p<0,05$), ÇG %24,5’ inin, KG ise %3,9’unun yöntemi kullanmalarının engellendiği, engelleyen nedenler arasında en çok eşin izin vermemesi (ÇG:%22,4; KG:%3,9) olduğu saptandı (Tablo 4.2.2.1).

Tablo 4.2.2.2 Çalışma ve kontrol grubundaki kadınların kullandıkları mevcut kontraseptif yönteme ilişkin özellikler

Mevcut yönteme ilişkin özellikler	Çalışma grubu n=49		Kontrol grubu n=51		Total N=100		χ^2	p
	n	%	n	%	n	%		
Şu an kullandığı kontraseptif yöntem								
RIA	47	95.9	33	64.7	80	80.0	16.32	0.000
KOK (hap)	-	0.0	1	2.0	1	1.0		
Kondom (kılıf)	1	2.0	6	11.8	7	7.0		
Enjektabl yöntemler	1	2.0	11	21.5	12	12.0		
Yöntem kullanım süresi								
< 5 yıl	4	8.1	2	3.9	6	6.0	19.25	0.37
≥ 5 yıl	45	91.9	49	96.1	54	54.0		
Yöntemini tercih etme nedeni*								
Daha önce kullandım	4	8.2	7	13.7	11	11.0	0.79	0.37
Kullanımı kolay	16	32.7	19	37.3	35	35.0	0.23	0.63
Güvenilir	28	57.1	19	37.3	47	47.0	3.96	0.04
Kullanımı rahat	12	24.5	7	13.7	19	19.0	1.88	0.17
Yan etkisi yok	7	14.3	10	19.6	17	17.0	0.50	0.47
Diğer yöntemler iyi gelmedi	3	6.1	8	15.7	11	11.0	2.33	1.12
Uzun süre kullanılabilir	19	38.8	10	19.6	29	29.0	4.45	0.03
Yöntemi kullanmaya karar veren								
Kendi	21	42.9	25	54.3	46	46.0	2.32	0.50
Kendi ve eşi	14	28.6	17	33.3	31	31.0		
Sağlık personeli	13	26.5	9	17.6	22	22.0		
Yöntemden memnun olma durumu								
Evet	2	4.1	4	7.8	6	6.0	0.62	0.42
Kısmen	47	95.9	47	92.2	94	94.0		
Yöntemden memnun olunan yönler*								
•Koruyuculuğu yüksek	22	44.9	6	11.8	28	28.0	13.6	0.000
•Yan etkisi yok	11	22.4	12	23.5	23	23.0	0.01	0.89
•Zarar vermiyor	4	8.2	6	11.8	10	10.0	0.36	0.54
•Kullanımı kolay	33	67.3	24	47.1	57	57.0	4.19	0.04
•Sorumluluk eşimde	1	2.0	6	11.8	7	7.0	3.63	0.05
•Uzun süre kullanılıyor	18	36.7	12	23.5	30	30.0	2.07	0.15
•Güveniyorum	14	28.6	10	19.6	24	24.0	1.10	0.29
•İlişki sırasında rahatım	7	14.3	7	13.7	14	14.0	0.00	0.93
Yöntemden memnun olunmayan yönler*								
•Kanamalarım arttı	9	18.4	4	7.8	13	13.0	2.44	0.11
•Lekelenmelerim oluyor	12	24.5	10	19.6	22	22.0	0.34	0.55
•Bel ağrım oluyor	10	20.4	2	3.9	12	12.0	6.43	0.01
•Her ay hastaneye gelmek zorundayım	-	0.0	6	11.8	6	6.0	6.13	0.01
•Cinsel ilişkide ağrım oluyor	43	87.8	42	82.4	85	85.0	0.57	0.44
•Kasık ağrım oluyor	23	46.9	22	43.1	45	45.0	0.14	0.70
•Akıntım oluyor	5	10.2	10	19.6	15	15.0	1.73	0.18
•Adet düzensizliği yaşıyorum	12	24.5	2	3.9	14	14.0	8.78	0.000

*Kadınlar 'yöntemi tercih etme nedeni, yöntemden memnun olunan yönler ve yöntemden memnun olunmayan yönler' için birden fazla yanıt verdiği için "n" katlanmıştır.

Kadınların mevcut kullandığı yöntem açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark ($p=0,00$) olmasına rağmen, her iki grupta en fazla RİA (ÇG:%95,9; KG:%64,7) yöntemini kullandıkları tespit edildi. Gruplar arasında yöntemi kullanma süresi (≥ 5 yıl; ÇG:%91,9; KG:%96,1; $p=0,37$) açısından anlamlı fark bulunamadı. Kadınların ÇG %57,1'inin KG %37,3'ünün kullandıkları yöntemi 'güvenilir olması' ve ÇG %38,8'inin KG %19,6'sının 'uzun süre kullanılıyor olması' nedeniyle tercih ettikleri belirlendi. Ayrıca yöntemi kullanmaya karar verme, mevcut yöntemden memnun olma, yöntemden memnun olunan yönler ve yöntemden memnun olunmayan yönler açısından gruplar arasında istatistiksel anlamlılık açısından fark yoktu ($p>0,05$). Kadınların bu yöntemi kullanmaya kendisinin (ÇG:%42,9; KG:%54,3; $p=0,50$) karar verdiği ve kullandıkları mevcut yöntemden 'kısmen memnun' (ÇG:%95,9; KG:%92,2; $p=0,42$) oldukları, memnun olma nedenleri arasında en fazla 'kullanımının kolay olması' (ÇG:%67,3; KG:%47,1) ve 'güvenilir olması' (ÇG:%28,6; KG:%19,6), memnun olmama nedenleri arasında da en fazla (ÇG:%87,8; KG:%82,4; $p=0,44$) 'cinsel ilişkide ağrı'yı belirttikleri saptandı (Tablo 4.2.2.2).

Tablo 4.2.2.3 Çalışma ve kontrol grubundaki kadınların aile planlamasına ilişkin bilgi/danışmanlık alma durumları

Bilgi/danışmanlık durumu	Çalışma grubu n=49		Kontrol grubu n=51		Total N=100		χ^2	p
	n	%	n	%	n	%		
Daha önce bilgi-danışmanlık alma durumu								
Evet	25	51.0	35	68.6	60	60.0	3.22	0.07
Hayır	24	49.0	16	31.4	40	40.0		
Daha önce bilgi-danışmanlığı kimden/ nereden aldığı								
Ebe/hemşire	16	32.7	28	54.9	44	44.0	5.02	0.02
Doktor	5	10.2	3	5.9	8	8.0	0.63	0.42
Arkadaş/komşu/akraba (çevremden)	3	6.1	5	9.8	8	8.0	0.46	0.49
İnternet/kitap/dergi/gazete (kitle iletişim)	6	12.2	6	11.8	12	12.0	0.00	0.94
AP yöntemini nereden temin edeceğini bilme								
Bilen	49	100.0	51	100.0	100	100.0	0.00	0.65
Bilmeyen	-	0.0	-	0.0	-	0.0		
AP temin edilen yer*								
Hastane	48	98.0	51	100.0	99	99.0	1.05	0.30
Sağlık ocağı	13	26.5	18	35.3	31	31.0	0.89	0.34
Eczane	2	4.1	2	3.9	4	4.0	0.00	0.96
Şu anda kullandığı yöntemle ilgili bilgi alma durumu								
Evet	43	87.8	45	88.2	88	88.0	0.00	0.94
Hayır	6	12.2	6	11.8	12	12.0		
Mevcut yönteme ilişkin bilgi-danışmanlığı aldığı kişi (n=88)								
Ebe/hemşire	42	85.7	45	88.2	87	87.0	1.06	0.58
Doktor	1	2.1	-	0.0	1	0.0		

*Kadınlar AP temin edilen yer için birden fazla yanıt verdiği için "n" katlanmıştır.

Daha önce bilgi-danışmanlık alma durumu, AP yöntemini nereden temin edeceğini bilme, AP temin edilen yer ve şu anda kullandığı yöntemle ilgili bilgi alma durumu açısından gruplar açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p>0,05$). ÇG kadınların %51'i KG %68,6'sının aile planlamasına ilişkin daha önce bilgisinin olduğu, bu bilgiyi en fazla (ÇG:%32,7; KG:54,9) ebe/hemşireden aldıkları tespit edildi. Ayrıca her iki grupta da kadınların tamamının yöntemi temin edeceği yeri

bildiği, ÇG %98'inin, KG tamamının yöntemi hastaneden temin ettiği, büyük çoğunluğunun (ÇG:%87,8; KG:%88,2; p=0,94) mevcut yönteme ilişkin bilgi aldığı ve bilginin en çok (ÇG:%85,7; KG:%88,2; p=0,58) ebe/hemşireden alındığı belirlendi (Tablo 4.2.2.3).

4.2.3. Çalışma ve kontrol grubundaki kadınların cinsel yaşamları ve FSFI 2., 3., 4. Değerlendirme sonuçlarına ait bulgular

Bu bölümde çalışma kapsamına alınan (ÇG=49, KG=51) kadınların; genel olarak cinselliğe bakış açıları, bazı yaşam dönemlerine ilişkin cinselliklerini değerlendirme sonuçları ile çalışma grubuna alınan kadınlarda PLISSIT Modeli' ne göre yapılan eğitim sonrası FSFI 2. Değerlendirmesi (*Eğitimden 1 ay sonra*) ve FSFI 3. Değerlendirme (*eğitimden 3 ay sonra*) sonuçları ve hem çalışma hem de kontrol grubunda FSFI 4. Değerlendirme (*eğitimden 6 ay sonra*) sonuçlarına ilişkin bulgulara yer verildi.

Tablo 4.2.3.1 Çalışma ve kontrol grubundaki kadınların ve eşlerinin cinsellik algıları ve önemlilik düzeyi

Özellikler	Çalışma grubu n=49		Kontrol grubu n=51		Total N=100		χ^2 ,p
	n	%	n	%	n	%	
Kadınların cinselliği algılama şekli*							
•Doğal, olması gereken bir durum	35	71.4	47	92.2	82	82.0	χ^2 :7.27/p:0.000
•Fizyolojik gereksinim, ihtiyaç	41	83.7	48	94.1	89	89.0	χ^2 :2.78/p:0.09
•Üreme için gerekli	48	98.0	51	100.0	99	99.0	χ^2 :1.05/p:0.30
•Kadınlık görevi	47	95.9	51	100.0	98	98.0	χ^2 :2.12/p:1.14
•Haz alınan bir duygu	9	18.4	17	33.3	26	26.0	χ^2 :2.90/p:0.08
	Ort.±SD		Ort.±SD		Ort.±SD		t, p
Kadınlara göre cinselliğin önem düzeyi**	6.89±0.79		7.01±1.17		6.95±0.98		t:-0.60/p:0.54
Kadınlara göre eşlerinin cinselliği önemseme düzeyi**	9.20±0.79		9.01±0.92		9.11±0.85		t:1.06/p:0.28

*: Kadınlar 'cinselliği algılama şekli' için birden fazla cevap verdiği için "n" katlanmıştır.

**.:Kadınların ve kadınlara göre eşlerinin cinselliği önemseme düzeyleri görsel analog skala ile 1 - 10 puan arasında puanlandırıldı.

Her iki grupta da kadınların tamamına yakını cinselliği ‘üreme için gerekli’ (ÇG:%98; KG:%100) ve ‘kadınlık görevi’ (ÇG:%95,9; KG:%100) olarak algıladıkları saptandı. Ayrıca ÇG kadınların cinselliği önemseme düzeyi ortalaması 6,89±0,79 iken KG 7,01±1,17 ve eşlerinin cinselliği önemseme düzeyi ortalaması ÇG 9,20±0,79 iken KG 9,01±0,92 olarak tespit edildi. Belirtilen bu özellikler açısından gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p>0,05$) (Tablo 4.2.3.1).

Tablo 4.2.3.2 Çalışma ve kontrol grubundaki kadınların ifadelerine göre bazı yaşam dönemlerindeki cinselliklerine verdikleri puan düzeyi

Yaşam dönemleri	Cinselliklerine verdikleri puan			medyan	t	p
	Çalışma grubu n=49	Kontrol grubu n=51	Total N=100			
	Ort.±SD	Ort.±SD	Ort.±SD			
•İlk evlendiğiniz yıllarda	9.04±1.01	9.66±0.62	9.61±0.71	10	t=-3,72	p=0,000
•Gebeliğinizde	6.42±0.84	6.62±0.93	6.87±0.90	7	t=-1,11	p=0,26
•Doğumlarınızdan sonra	6.28±0.88	6.56±0.96	6.83±0.96	7	t=-1,52	p=0,13
•Hiç yöntem kullanmadığınız zamanlarda	5.40±1.15	5.00±0.97	5.17±1.00	5	t=1,91	p=0,06
•Yöntem kullanırken	7.42±0.70	7.41±0.77	7.88±1.06	8	t=0,10	p=0,91
•Şu andaki cinsel yaşantınızda	7.16±0.85	7.09±1.00	7.79±1.19	8	t=0,35	p=0,72

NOT: Kadınların bazı yaşam dönemlerindeki cinselliklerini 1 ile 10 puan arasında değerlendirmeleri istenmiştir (1:çok kötü, 10: çok iyi/mükemmel)

Kadınların bazı yaşam dönemlerinde cinselliklerini değerlendirilmeleri istendiğinde; kadınlar ilk evlendikleri yıllara ÇG:9,04±1,01; KG:9,66±0,62 puan, yöntem kullandıkları döneme ÇG:7,42±0,70; KG:7,41±0,77 puan, hiç yöntem kullanmadıkları döneme ÇG:5,40±1,15; KG:5,00±0,97 puan, şu andaki cinsel yaşantılarına ÇG:7,16±0,85; KG:7,09±1,00 puan verdi. Kadınların ilk evlendiği yıllardaki cinselliklerine verdikleri puan açısından gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ($p=0,000$) fakat diğer dönemler açısından gruplar arasında istatistiksel anlam taşıyan bir farklılık olmadığı belirlendi ($p>0,05$) (Tablo 4.2.3.2).

Tablo 4.2.3.3 Çalışma grubundaki kadınların 4 değerlendirmesine göre FSFI alt boyut ve total puan ortalamaları

FSFI	Değerlendirmelere göre FSFI Alt Boyut ve Total puan ortalamaları				F*	p	Fark
	1.değerlendirme	2.Değerlendirme	3.Değerlendirme	4. Değerlendirme			
	Ort.±SD	Ort.±SD	Ort.±SD	Ort.±SD			
İstek	2.11±0.64	2.14±0.62	2.42±0.50	2.81±0.46	22.08	0.000	1<2<3<4; p=0.000
Uyarılma	4.05±0.66	4.05±0.95	4.23±0.53	4.61±0.38	19.84	0.000	1=2<3<4 p=0.000
Lubrikasyon	4.50±0.54	4.53±0.54	4.72±0.34	4.90±0.29	14.43	0.000	1<2<3<4; p=0.000
Orgazm	4.35±0.49	4.37±0.46	4.49±0.43	4.73±0.30	12.63	0.000	1<2<3<4; p=0.000
Doyum	4.27±0.55	4.29±0.55	4.48±0.46	4.76±0.13	13.73	0.000	1<2<3<4; p=0.000
Ağrı	3.38±0.74	3.46±0.68	3.96±0.57	4.69±0.44	109.86	0.000	1<2<3<4; p=0.000
FSFI Total	22.73±2.46	22.93±2.29	24.41±1.58	26.53±1.15	59.50	0.000	1<2<3<4; p=0.000

* Repeated Measures Anova (Tekrarlı Ölçüm Anova Testi)

Çalışma grubundaki kadınların ilk FSFI değerlendirmesinden 1 ay sonrası 2. değerlendirme, 3 ay sonrası 3. Değerlendirme ve 6 ay sonrası 4. değerlendirmeleri yapıldı. Totalde yapılan her değerlendirme sonrası PLISSIT modele göre eğitim-danışmanlık verildi. Yapılan değerlendirmeler sonucunda; ÇG kadınların cinsel fonksiyonlarında özellikle 3.ay ve 6. ayda yapılan değerlendirmelerinde 1. değerlendirme sonuçlarına göre cinsel fonksiyonların her bir alt grubunda ve totalde genel cinsel fonksiyonlarında iyileşme olduğu, puanların anlamlı düzeyde yükseldiği ($p<0.001$) saptandı (Tablo 4.2.3.3).

Tablo 4.2.3.4 Çalışma ve kontrol gruplarının ilk (1.) ve son (4.) değerlendirmede FSFI alt boyut ve total puan ortalamaları

FSFI	İlk ve son değerlendirmelere göre FSFI Alt Boyut ve Total puan ortalamaları					
	1. Değerlendirme (İlk değerlendirme)			4. Değerlendirme (Son değerlendirme)		
	ÇG	KG	t, p	ÇG	KG	t, p
	Ort.±SD	Ort.±SD		Ort.±SD	Ort.±SD	
İstek	2.11±0.64	1.80±0.61	t:2.52, p:0.01	2.81±0.46	1.92±0.52	t:8.93, p:0.000
Uyarılma	4.05±0.66	4.13±0.54	t:-0.57, p:0.56	4.61±0.38	4.18±0.56	t:4.43, p:0.000
Lubrikasyon	4.50±0.54	4.44±0.49	t:0.54, p:0.58	4.90±0.29	4.52±0.45	t:4.92, p:0.000
Orgazm	4.35±0.49	4.35±0.66	t:0.05, p:0.95	4.73±0.30	4.42±0.50	t:3.77, p:0.000
Doyum	4.27±0.55	4.14±0.59	t:1.18, p:0.23	4.76±0.13	4.15±0.58	t:7.13, p:0.000
Ağrı	3.38±0.74	3.74±0.60	t:-2.60, p:0.01	4.69±0.44	4.08±0.59	t:5.70, p:0.000
FSFI Total	22.73±2.46	22.59±2.44	t:0.29, p:0.76	26.53±1.15	23.26±2.47	t:8.41, p:0.000

t: Independent-Samples T Test.

Çalışma ve kontrol grubundaki kadınların FSFI 1. değerlendirmelerinde aldıkları uyarılma, lubrikasyon, orgazm ve doyum alt boyutları ve FSFI total puan ortalamalarında gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0,05$), istek ve ağrı alt boyutlarında gruplar arasında anlamlı fark olduğu tespit edildi. ($p<0,05$). 6 Ay sonra yapılan 4. değerlendirmede ise FSFI tüm alt boyut ve total puan ortalamalarının ÇG kadınların cinsel fonksiyonlarında iyileşme yönünde lehine olacak düzeyde farklılık olduğu bunun ileri düzeyde anlamlılık gösterdiği ($p<0.001$) saptandı (Tablo 4.2.3.4).

Tablo 4.2.3.5 Çalışma ve kontrol gruplarının kullandıkları kontraseptif yöntemle göre FSFI cut-off değerleri

FSFI Cut-off Değeri		KONTRASEPTİF YÖNTEMLER										χ^2 ,p
		RİA		KOK		KONDOM		ENJEKTABL YÖNTEMLER		Total		
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
CİNSEL DİSFONKSİYON	ÇG	47	96.0	-	0.0	1	2.0	1	2.0	49	100.0	$\chi^2=2.21$ p=0.33
	KG	33	64.7	1	2.0	6	11.8	11	21.5	51	100.0	$\chi^2=0.64$ p=0.88
	Total	80	80.0	1	1.0	7	7.0	12	12.0	100	28.4	$\chi^2=6.10$ p=0.10

χ^2 : Ki-Kare Test.

Çalışma ve kontrol grubundaki kadınların kullandıkları kontraseptif yöntemle göre FSFI cut-off değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı (p>0,05) tespit edildi. Cinsel disfonksiyon yaşayan kadınların büyük çoğunluğunun RİA kullandığı (ÇG:%96,0; KG:%64,7), gruplar arası istatistiksel olarak fark olmadığı (p>0,05) saptandı (Tablo 4.2.3.5).

Tablo 4.2.3.6 Çalışma grubundaki kadınların 4 Değerlendirmede FSFI cut-off değeri bağlamında cinsel disfonksiyon düzeyleri

Değerlendirmeler	FSFI Cut-off Değerleri			
	Cinsel disfonksiyon (≤ 26.55)		Normal cinsel fonksiyon (> 26.55)	
	n	%	n	%
1.Değerlendirme	49	100.0	-	0.0
2.Değerlendirme	49	100.0	-	0.0
3.Değerlendirme	46	93.9	3	6.1
4.Değerlendirme	29	59.8	20	40.8

PLISSIT Modeli eğitim-danışmanlık uygulama öncesi tüm kadınların %28,4'ünün FSFI a göre $\leq 26,55$ puan ve altında olduğu ve cinsel disfonksiyon yaşadığı saptandı. Çalışma grubundaki kadınların 1., 2., 3. ve 4.değerlendirmelerinde FSFI cut-off değeri bağlamında cinsel disfonksiyon yaşama düzeylerine bakıldığında; çalışma grubuna alınan kadınların eğitim-danışmanlık öncesi cut-off değerlerinin eğitimden 1 ay sonrasında yapılan 2. değerlendirme değerleri ile benzer olduğu, ilk eğitimden 3 ay sonra yapılan 3. değerlendirmede kadınların %6,1'i normal cinsel fonksiyona sahip olurken,6 ay sonra yapılan 4. değerlendirmede kadınların %40,8'inin normal cinsel fonksiyon yaşadığı saptandı (Tablo 4.2.3.6).

Tablo 4.2.3.7 ÇG ve KG kadınların 1. ve 4. değerlendirme sonrası cinsel disfonksiyon oranları

Değerlendirmeler	FSFI Cut-off değerleri								χ^2 ,p
	Çalışma Grubu				Kontrol Grubu				
	Cinsel disfonksiyon		Normal cinsel fonksiyon		Cinsel disfonksiyon		Normal cinsel fonksiyon		
	(≤26.55)		(>26.55)		(≤26.55)		(>26.55)		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
1.Değerlendirme	49	100.0	-	0.0	51	100.0	-	0.0	χ^2 =34.61 p= 0.000
4.Değerlendirme	29	59.2	20	40.8	45	88.2	6	11.7	

χ^2 : Ki-Kare Test

PLISSIT Modeli eğitim- danışmanlığı sonrası ÇG kadınların CD yaşama oranları %59,2' ye düşerken KG grubundaki kadınların sadece %11,7'si normal cinsel fonksiyon gösterdiği tespit edildi. Her iki grupta 6 Ay sonra yapılan 4. değerlendirmede ise FSFI cut-off değerlerinin ÇG kadınların cinsel fonksiyonlarında iyileşme yönünde lehine olacak düzeyde farklılık olduğu, bunun ileri düzeyde anlamlılık gösterdiği (p<0.001) saptandı (Tablo 4.2.3.7).

5. TARTIŞMA

Bu çalışma PLISSIT Modeline göre etkin aile planlaması kullanan ve cinsel disfonksiyon yaşayan kadınlara verilen eğitimin cinsel fonksiyonlarına etkisini belirlemek amacı ile prospektif ve deneysel olarak planlanıp gerçekleştirilmiştir. Örneklem grubunu, çalışma grubunda 49, kontrol grubunda 51 olmak üzere toplam 100 kadın oluşturmaktadır. Elde edilen veriler literatür doğrultusunda tartışılacaktır.

5.1. Kadınların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Çalışmada her iki gruptaki kadınların yaş ($33,25 \pm 7,80$; $p=0,037$) ve evlilik süresi ortalamasının ($14,43 \pm 8,10$; $p=0,035$) KG anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edildi. Eğitim durumu açısından bakıldığında ÇG ilköğretim mezunu olan kadınların sayısı (%73,5; $p=0,03$), KG ilköğretim mezunu olan eşlerin sayısı anlamlı olarak yüksek (%74,5; $p=0,01$) bulundu. Ancak çalışma durumu, algılanan ekonomik durum ve evlenme şekli açısından gruplar arasında istatistiksel anlam taşıyan bir farklılık olmadığı belirlendi ($p>0,05$) (Tablo 4.2.1.1).

Kadınların cinsel fonksiyonlarının kullandıkları kontraseptif yöntemlerle ilişkisine bakılan çalışmalarda, kadınların sosyodemografik özelliklerine bakıldığında Almanya'da Wallwiener ve arkadaşları OK kullanan 1086 kadın öğrencide EE ve progesterinin cinsel fonksiyonlardaki etkisi incelemiş, 856 kadın 25 yaşın altında, 223 kadın 25-35 yaş aralığında, yedi kadının da 35 yaş üstünde olduğu bulunmuştur (Wallwiener ve ark. 2010). İtalya'da ($n=57$) KOK kullanan kadınların cinsel davranışlarının ve yaşam kalitelerinin incelendiği başka bir araştırmada ise kadınların yaş ortalamaları $28,7 \pm 3,3$ olarak belirlenmiştir (Carusa ve ark. 2011). Belçika'da 55 çiftle yapılan araştırmada hormonal kontraseptif kullanan kadınların yaş ortalaması $23,01 \pm 4,3$ saptanmıştır (Elaut ve ark. 2012). Almanya'da yapılan başka bir çalışmada çalışmaya dahil olan 24 kadının yaş grubu 20-29 yaş aralığında olup yaş ortalamaları $24,0 \pm 2,0$ bulunmuştur (Abler ve ark. 2013). Smith ve arkadaşlarının hormonal ve hormonal olmayan yöntem kullanan kadınların cinsel fonksiyonlarını inceledikleri çalışmalarında ($n=1101$), kadınların %52,4'ü 18-24 yaş arasında, %34,3'ü 25-34 yaş grubunda, %11,1'i 35-44 yaş grubunda ve %2,2'si 45-51 yaş aralığında olduğu bulunmuştur (Smith ve ark. 2014).

Ülkemizde, Mersin ‘de Aktoprak’ın yaptığı çalışmada kadınların yaş ortalaması 34,96 bulunmuştur (Aktoprak, 2012). Temel’in geri çekme yönteminin cinsel fonksiyonlara etkisini incelemek amacıyla yaptığı çalışmasında kadınların yaş ortalaması $32,7 \pm 7,3$ ’dür (Temel, 2012). Erkeğin kullandığı kontraseptif yöntemlerin kadın cinsel yaşamına etkisini belirlemek amacıyla Aydın’da yapılan başka bir çalışmada kadınların yaşları 15 ile 49 arasında olup, yaş ortalamaları $35,0 \pm 6,5$ ’dur (Özdemir, 2014). Tekin ve arkadaşlarının Doğu Karadeniz bölgesinde yaşayan kadınlarda KCFİ kullanılarak yürüttüğü çalışmada kadınların %44’ü 31-40 yaş arasında olup, kadınların yaş ortalaması $33,6 \pm 7,3$ olarak belirlenmiştir (Tekin ve ark. 2014). Çalışmamızda kadınların yaş ortalamalarının ÇG. Da 29,30, KG. da 33,25 olduğu ve çoğunluğunun 25-35 yaş grubunda bulunmuştur (ÇG. %37, KG. %15).

İlgili literatüre bakıldığında kadın ve eşlerin yaşı ile CD görülmesi arasında önemli bir ilişki bulunmaktadır (Öksüz ve Malhan, 2006; Karakoyunlu, 2007, Song et al., 2008; Özerdoğan ve ark., 2009; Singh et al., 2009, Jaafarpour et al., 2013; Yaralı, 2013). Jaafarpour et al., (2013)’ın 18-50 yaşlarında 400 kadınla yaptıkları araştırmada CD oranı 22 yaşta %22, 40-50 yaş grubunda %75,7 bulunurken, Song et al., (2008) 40 yaş altında %43,1 bulmuşlardır. En yüksek CFİ puanına 15-24, en düşük puana ise 40 yaş ve üzeri (26.75) grubun sahip olduğu, ayrıca 15-34 yaşındaki kadınların 40 yaş ve üzerindeki kadınlara göre daha iyi cinsel fonksiyona sahip oldukları belirtilmektedir (Karakoyunlu 2007). Öksüz ve Malhan (2006) 18-30 yaş grubunda %41, 31-45 yaş grubunda %53,1 ve 46-55 yaş grubunda %67,9 olarak saptamıştır. Buna karşın Ege ve ark (2010) ile Tashbulatova ve ark (2013) yaş faktörünün CF üzerine olumsuz etkisi bulunmadığını belirtmişlerdir.

TNSA 2013 sonuçlarına göre, kadınların %53’ü en az ortaokul mezunu, %31’i ise en az lise mezunu olup %35’i son bir sene içerisinde bir işte çalıştığını belirtmiştir (TNSA, 2013). Çalışmamızda ise eğitim durumuna ait veriler incelendiğinde; kadınların çoğunun (%80) ilköğretim mezunu olduğu; kadınların eğitim seviyeleri açısından ÇG. ve KG. arasında anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ($p > 0,05$).

Ülkemizde Afyon ‘da yapılan bir çalışmada kadınların %77,8’i ilköğretim mezunu, büyük çoğunluğu (%96,3) çalışmaktadır (Temel, 2012). Doğu Karadeniz bölgesinde yapılan başka bir çalışmada kadınların yarısından fazlası (%53,7) lise mezunudur

(Tekin ve ark., 2014). Aydın’da ise bir çalışmada kadınların %58,3’ü lise ve üzerinde eğitim almış ve %33,8’inin çalışmadığı bildirilmiştir (Özdemir., 2014). Evli kadınlar ve eşlerinin aile planlaması yöntemlerine yönelik tutumlarını ve ilişkili faktörleri incelemek amacıyla Mersin’de yapılan bir çalışmada kadınların %37,3’ü ilköğretim, %19,9’u lise ve %42,8’i üniversite ve üstünde eğitim almış, %47’si çalışmaktadır (Aktoprak, 2012). Gabalcı’nın çalışmasında kadınların %17,2’sinin çalıştığı saptanmıştır (Gabalcı, 2008).

Amerika’da yapılan bir çalışmada KOK kullanan kadınların %76.sı, DMPA kullanan kadınların %44.ü lise mezunu olup iki grupta da kadınların %16’sının üniversite mezunu olduğu bulunmuştur (Schaffir ve ark., 2010). Amerika’da yapılan diğer bir çalışmada kadınların %84,3’ü lise ve üzerinde eğitime sahiptir (Smith ve ark. 2014). Çalışmamızda eşlerin eğitim durumlarına bakıldığında her iki grupta da istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamış olup, büyük çoğunluğu kadınlarla benzer şekilde (%80) ilköğretim mezunu olduğu saptanmıştır. Yapılan birçok çalışma kadın ve eşlerin eğitim düzeyi yükseldiğinde cinsel disfonksiyonunun azaldığını ortaya koymaktadır (Safarinejad et al., 2006; Karakoyunlu, 2007; Özerdoğan, 2009; Singh, 2009; Ege ve ark., 2010; Uluyol, 2010; Tashbulatova et al., 2013; Yaralı, 2013). Sadece bir çalışmada eğitimin etkili olmadığı bildirilmiştir (Güvel ve ark., 2003).

Özerdoğan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada CD oranını yüksekokul mezunlarında %38,7, ilkokul ve altında %81,9 bulmuştur. Karakoyunlu (2007) da en yüksek puanı yüksekokul (33.23), en düşük puanı ise okur yazar ve ilkokul eğitimi (27.75) olan kadınların aldığını, benzer durumun eşlerin eğitimi için de geçerli olduğunu saptamıştır (Özerdoğan, 2009). Başka bir çalışmada ise lise mezunu olanların (31.01) okur yazar-ilkokul (27.28) ve yüksekokul olanların (32.39) okuryazar-ilkokul ve ortaokul olanlara (28.77) göre CFİ puanı daha yüksek bulunmuştur. Eğitim düzeyi arttıkça cinsel istek, tatmin ve orgazmda artma görülmektedir (Tashbulatova 2007). TNSA 2013 verilerine göre kadınların %22.si 18 yaşından önce, %41’i de 20 yaşından önce evlenmiştir (TNSA, 2013). Çalışmamızda literatürdeki çalışmalara benzer şekilde cinsel fonksiyon problemi yaşayan kadınların yarıdan fazlasının (%64) görücü usulü evlendikleri bulunmuştur. Özdemir’in Aydın’ da yaptığı çalışmasında kadınların %54,2’si görücü usulü ile %45,8’i isteyerek

evlenmiş olup %46,5'i 1-10 yıllık evlidir (Özdemir, 2014). Mersin'de yapılan bir çalışmada kadınların %82,5'i 19 yaşından sonra evlenmiştir (Aktoprak, 2012). Çalışmamızda elde ettiğimiz verilere dahilinde her iki grupta da benzer şekilde kadınların tamamına yakınının (%96) gelir durumlarını 'gelir gidere denk' şeklinde ifade ettikleri saptanmıştır. Çalışmamızda benzer şekilde, Aydın'da yapılan bir çalışmada kadınların %62,2'si ekonomik durumlarını gelir gidere denk veya gelir giderden az olarak (Özdemir, 2014), Aydın'da bir diğer çalışmada kadınların %71,4'ü (Çayan, 2009), Ordu'da kadınların %73,2'si gelir düzeylerini orta olarak ifade etmişlerdir (Gabalıcı, 2008).

Kadının gelir düzeyi arttıkça CD görülme oranı azalmaktadır (Özerdoğan., 2009; Singh et al., 2009, Ege ve ark., 2010, Tashbulatova et al., 2013; Yaralı, 2013). Gelir durumu kötü olanların (81.9) iyi olanlara (47.8) göre CD oranı daha yüksektir (Özerdoğan, 2009). Singh ve arkadaşlarının Hindistanlı kadınlarda CD oranını normalden çok daha yüksek bulmaları, sosyoekonomik düzeyin etkisini göstermesi bakımından önemlidir (Singh et al., 2009). Özdemir'in çalışmasında ise araştırmada ise gelir durumu, kadınların sadece cinsel ilişkide rahatsızlık yaşama durumunu etkilememiştir (Özdemir, 2014).

Evlilik süresi cinsel problem yaşayan kadınlarda önemli bir faktördür. Çalışmamızda 1-5 yıl evli olanlar %24, 6-10 yıl %24, 11-15 yıl %23, 16 yıl ve üstü %29 'luk dilimi gösterirken, literatürle benzer şekilde her iki grupta da fark olmaksızın 16yıl ve üstü evlilik yaşayan kadınlarda daha sık (%29) görülmektedir. İlgili literatüre bakıldığında Çayan'ın çalışmasında kadınların %33,7'sinin 10–19 yıl arasında, %24,6'sının 5–9 yıl arasında evli oldukları saptanmıştır (Çayan, 2009). Gabalıcı'nın Ordu'da yaptığı çalışmada kadınların %72,2'sinin 19 yaş ve üzerinde evlendiği ve %47'sinin 11 yıldan daha uzun süredir evli olduğu bulunmuştur (Gabalıcı, 2008). Evlilik süresi arttıkça CD görülme oranı arttırdığı (Özerdoğan ve ark., 2009; Jaafarpour et al., 2013; Yaralı 2013). Jaafarpour et al., (2013) 10 yıl ve üzeri evli olanlar, Özerdoğan (2009) ise 30 yıl ve üzerinde evli olanların (%91,4) 19 yıl ve altında evli olanlara (%50) göre daha fazla CD yaşadıklarını bulmuşlardır. Uluyol (2010), 15 yıl ve üzerinde evli olan kadınların 15 yıldan daha az süredir evli olanlara göre FSFI skorunu düşük bulmuştur. Karakoyunlu (2007), 1-5 (32.31), 6-10 (31.15)

ve 11-15 (31.03) yıldır evli olanların 21 yıl ve üzerinde evli olanlara (25.27) ve 1-5 yıldır evli olanların (32.31) 16-20 yıldır evli olanlara (28.32) göre FSFI puanlarını daha yüksek bulmuştur.

5.2. Kadınların Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Parite sayısı, kadın cinsel disfonksiyonu için risk faktörleri arasında önemli bir yere sahiptir. Doğum sırasında kadın cinsel organlarında meydana gelen değişiklikler doğum sayısının artması ile birlikte cinsel disfonksiyona neden olabilmektedir.

Çalışmamızda kadınların gebelik sayısı ortalamasının 3 ± 1.42 , doğum sayısı ortalamasının 3 ± 1.34 , yaşayan çocuk sayısı ortalamasının 3 ± 1.32 olduğu, düşük (%5,4) ve kürtaj (%1,4) deneyimleme oranının düşük olduğu, gebeliklerinin çoğunun (%66,8) planlı olduğu, yarıdan fazlasının (%56,5) başka çocuk düşünmediği, büyük çoğunluğunun (%93,2) istemediği halde gebeliğe/doğurmaya zorlanmadığı belirlenmiştir (Tablo 4.1.1.2).

TNSA verilerine göre kadınların %23'ünün düşük, %14'ünün kürtaj, %3'ünün ölü doğum öyküsü bulunmaktadır (TNSA, 2013). Bizim çalışmamızda kadınların çoğunun (%84; ÇG:37; KG:47) hiç düşük yapmadığı, düşük yapanların da en çok (%12) bir kez düşük yaptığı, kadınların tamamına yakınının (%95) kürtaj yaptırmadığı bulunmuştur. Ayrıca çalışmamıza katılan kadınların yarıdan fazlasının (%60) gebeliklerinin hepsinin planlı olduğu; çok azının (%1) plansız olduğu; kadınların çoğunun (%84,1) 1-2 yıl sonra tekrar gebelik planladığı; %69'unun başka çocuk düşünmediği; büyük çoğunluğunun (%84) da kendisi isteyerek gebe kaldığı belirlenmiştir. Her iki gruptaki kadınların gebelik sayısı (ÇG:3,67 $\pm$ 1,54; KG:3,52 $\pm$ 1,77), doğum sayısı (ÇG: 3,26 $\pm$ 1,31; KG:3,35 $\pm$ 1,71) ve yaşayan çocuk sayısı (ÇG:3,35 $\pm$ 1,30; KG: 3,35 $\pm$ 1,71) ortalamalarının benzer olduğu saptandı ($p>0,05$). Her iki grupta da gebeliklerin hepsinin planlı olduğu (ÇG:%51;KG:%68,6) ve kürtaj deneyimlemedikleri (ÇG:%91,8; KG:98,1) belirlendi. Belirtilen bu özellikler açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ($p>0,05$). Ancak, başka çocuk düşünme (ÇG:75,5; KG:64,7), tekrar gebelik planlama zamanı (≥ 5 yıl sonra; ÇG:%50; KG:54,5), gebeliğe zorlanma (ÇG:%71,5; KG:96,1) ve düşük

deneyimleme (ÇG:%91,8; KG:98,1) özellikleri açısından gruplar arası anlamlı fark olduğu bulundu ($p<0.01$ - $p<0.05$) (Tablo 4.2.1.2).

İlgili literatürde çalışmalarla karşılaştırdığımızda, Mersin’de Aktoprak’ın çalışmasında kadınların %39,2’sinin gebelik sayısının iki olduğu, %55.inin canlı doğum sayısının iki olduğu ve %55,6’sının iki çocuğa sahip olduğu bulunmuştur (Aktoprak, 2009). Afyon’da Temel’in yaptığı çalışmada ise kadınların %29,6’sının gebelik sayısının üç olduğu, %46,3’ünün iki doğum yaptığı ve %48’inin yaşayan iki çocuğu olduğu saptanmıştır (Temel, 2012). Özdemir’in çalışmasında kadınların %60,1’inin iki ve üzerinde çocuğu olduğu bulunmuştur (Özdemir, 2014). Ayrıca Aktoprak’ın çalışmasında kadınların %15,7’sinin düşük, %16,3’ünün küretaj ve %6’sının ölü doğum öyküsü bulunmaktadır (Aktoprak 2009). Özdemir’in çalışmasında kadınların 18,6’sı k bir araştırmada kadınların %25,9’u düşük yapmış. ve %22,3’ü kürtaj olmuştur (Temel, 2012). Çimen ve Tok, çalışmalarında olguların yaşayan çocuk sayılarını 2.65 (± 1.03) olarak, Saylam ve Terzioğlu çalışmalarında, kadınların yaşayan çocuk sayısını genellikle 1-2 (ÇH:%55,6, KG: %51,7) olarak bildirmişlerdir.

Ege ve arkadaşları çalışmalarında doğum ve çocuk sayısının cinsel fonksiyonlar üzerine etkili olmadığı belirtilirken (Ege ve ark 2010), diğer araştırmalarda genellikle çocuk sayısının önemli bir faktör olduğu vurgulanmaktadır (Karakoyunlu ,2007; Özerdoğan ve ark., 2009; Jaafarpour et al., 2013). IFSF puanı bir çocuğu olan kadınlarda 31.42, iki çocuğu olanlarda 29.77 ve üç ve üzerinde çocuğu olanlarda 26.27 bulunmuştur (Karakoyunlu 2007). Jaafarpour ve ark. (2013), CD olanların üç ve üzeri çocuğa sahip olduklarını saptamıştır.

5.3. Kadınların Kontraseptif Yöntem Kullanımına İlişkin Bulguların Tartışılması

TNSA 2013 verilerine göre evli kadınların %92'si daha önce en az bir yöntem kullanmış olup, en fazla kullanılan doğum kontrol yöntemleri sırasıyla geri çekme (%64), kondom (%46), RİA (%39), ve haptır (%31) (TNSA, 2013). Kadınların %47'si modern bir yöntem kullanırken %26'sı geleneksel yöntemlerle korunmaktadır. Yöntemlerin kullanım oranları sırasıyla geri çekme (%26), RİA (%17), kondom (%16), tüpligasyon (%9) ve haptır (%5) (TNSA, 2013).

Araştırmamıza katılan kadınların mevcut kullandığı yöntem açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark ($p=0,00$) olmasına rağmen, her iki grupta en fazla RİA (ÇG:%95,9; KG:%64,7) yöntemini kullandıkları tespit edildi. Gruplar arasında yöntemi kullanma süresi (≥ 5 yıl; ÇG:%91,9; KG:%96,1; $p=0,37$) açısından anlamlı fark bulunamadı. Kadınların ÇG %57,1'inin KG %37,3'ünün kullandıkları yöntemi 'güvenilir olması' ve ÇG %38,8'inin KG %19,6'sının 'uzun süre kullanılıyor olması' nedeniyle tercih ettikleri belirlendi. Ayrıca yöntemi kullanmaya karar verme, mevcut yöntemden memnun olma, yöntemden memnun olunan yönler ve yöntemden memnun olunmayan yönler açısından gruplar arasında istatistiksel anlamlılık açısından fark yoktu ($p>0,05$). Kadınların bu yöntemi kullanmaya kendisinin (ÇG:%42,9; KG:%54,3; $p=0,50$) karar verdiği ve kullandıkları mevcut yöntemden 'kısmen memnun' (ÇG:%95,9; KG:%92,2; $p=0,42$) oldukları, memnun olma nedenleri arasında en fazla 'kullanımının kolay olması' (ÇG:%67,3; KG:%47,1) ve 'güvenilir olması' (ÇG:%28,6; KG:%19,6), memnun olmama nedenleri arasında da en fazla (ÇG:%87,8; KG:%82,4; $p=0,44$) 'cinsel ilişkide ağrı'yı belirttikleri saptandı (Tablo 4.2.2.2).

Kontrasepsiyon ile ilgili literatürde, Afyon'da yapılan çalışmada kadınların %80'inin RİA (spiral), %9'unun aylık iğne, %7'sinin kondom (kılıf), %1'inin KOK (hap), %3'ünün 3 aylık iğne ile korunmakta olduğu saptanmış, istatistiksel olarak her iki grup karşılaştırıldığında gruplar arası anlamlı fark bulunamamıştır. Yöntem kullanım süreleri incelendiğinde 5 yıl ve daha az kullanan kadın sayısı %86 iken, 5 yıl ve daha uzun süre kullanan kadın sayısı grubun %14'ünü oluşturduğu bulunmuştur (Temel, 2012).

Mersin’de yapılan çalışmada kadınların çoğunun (%89,8) doğum kontrol yöntemi kullanmakta olduğu, %47,3’ü kondom, %25,2’si RİA, %9,1’i geleneksel yöntem, %8,4’ü tüpligasyon, %6,4’ü hap ve %3,7’si enjeksiyon yöntemi ile korunduğu saptanmıştır (Aktoprak, 2012). Erkeğin kullandığı aile planlaması yönteminin kadın cinsel yaşamına etkisini inceleyen bir araştırmada kondom kullanım oranı %58,1, geri çekme kullanım oranı %41,8 olarak bulunmuştur (Özdemir, 2014). Amerika’da yapılan bir çalışmada kadınların %48,6’sı hormonal ve %54,1’i hormonal olmayan doğum kontrol yöntemi kullanmaktadır (Smith, 2014). Gabalcı’nın çalışmasında da geri çekme, RİA, kondom ve OK kullanan kadınların %61’i yöntemi beş yıldan fazla suredir kullanmakta olduğu bildirilmiştir (Gabalcı, 2008).

TNSA verilerine göre kullanılan AP yöntemini bırakma nedenleri olarak ilk 4 sırada gebe kalmak isteme (%25,6), kullanırken gebe kalma (%20,7), yan etkiler (%13,7) ve daha etkili yöntemle geçme (%10,0) yer almaktadır. Çalışmamızda kadınların kontraseptif bırakma nedenleri açısından gruplar arasında anlamlı fark olmadığı tespit edildi ($p>0,05$). Her iki grupta da kadınların kullandığı yöntemi gebelik nedeniyle (ÇG:%61,2; KG:%47,1; $p=0,15$) bıraktığı bulundu. Kadınların yöntem tercihlerinin çoğunlukla her iki grupta da ‘kullanımının kolay olması’ (ÇG:%100; KG:%90,2) ve ‘ücretinin uygun olması’ (ÇG:%100; KG:%96,1) nedeniyle tercih ettikleri belirlendi. Yöntemi kullanamama durumu ve yöntem kullanımını engelleyen nedenler açısından gruplar arasında anlamlı fark olduğu ($p<0,05$), ÇG %24,5’ inin, KG ise %3,9’unun yöntemi kullanmalarının engellendiği, engelleyen nedenler arasında en çok eşin izin vermemesi (ÇG:%22,4;KG:%3,9) olduğu saptandı (Tablo 4.2.2.1).

Aktoprak’ın çalışmasında çiftlerin %75,8’i kullandıkları yöntemin güvenli ve kullanımının kolay olduğunu belirtmiştir (Aktoprak, 2012). Aydın’da yapılan bir çalışmada geri çekme ve kondom kullanım süresi 1-10 yıl (%73,9) olup, kadınların %66,1’i kondomu tercih etmesinin nedenini güvenilir ve etkili bir yöntem olduğunu düşünmesi nedeniyle, geri çekme yöntemini ise yan etkisinin olmaması (%60,8) nedeniyle tercih etmişlerdi (Özdemir, 2014).

Literatürde; Ordu’da yapılan bir çalışmada OK kullanan kadınların %62,5’i adet düzensizliği (ara kanama) yapması, kondom kullanan kadınların %72,2’si eşinin

yöntemden memnun olmaması, RİA kullanan kadınların %55,6'sı menoraji yaşaması ve geri çekme ile korunanların %54,9'u cinsel ilişkinin kesintiye uğraması gibi şikayetler yaşadıklarını ifade etmiştir (Gabalcı, 2008). Yanıkkerem 'in Manisa'da yaptığı çalışmada geri çekme yönteminden memnun olan kadınların %84,4'ü gebelik korkusu yaşadığını belirtmiştir (Yanıkkerem ve ark., 2008). Aydın'da yapılan başka bir çalışmada geri çekme yönteminden memnun olmayan kadınların tamamı ile kondom kullanan kadınların %57,9'u kullandıkları yöntemi güvenilir bulmadıklarını ifade etmişlerdir (Özdemir 2014). Mersin'de de kadınların %75,7'si geri çekme yöntemini güvenilir bulmadığı için, RİA kullananların %60,0'ı, hap kullananların %43,6'sı ve enjeksiyon ile korunanların %66,7'si yan etkilerinden dolayı kullandıkları yöntemi bıraktığını bildirmiştir (Aktoprak 2012). Temel'in çalışmasında çiftlerin %80' inden fazlası geri çekme yöntemini 1-10 yıldır kullanmakta olduğunu bildirmiş, kadınların %40,5'i diğer yöntemlerin yan etkilerinden dolayı bu yöntemi seçtiğini ifade etmişlerdir (Temel,2012).

Kadınların mevcut kullandığı yöntem açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark ($p=0,00$) olmasına rağmen, her iki grupta en fazla RİA (ÇG:%95,9; KG:%64,7) yöntemini kullandıkları tespit edildi. Gruplar arasında yöntemi kullanma süresi (≥ 5 yıl; ÇG:%91,9; KG:%96,1- $p=0,37$) açısından anlamlı fark yoktu. Kadınların ÇG %57,1'inin KG %37,3'ünün kullandıkları yöntemi 'güvenilir olması' ve ÇG %38,8'inin KG %19,6'sının 'uzun süre kullanılıyor olması' nedeniyle tercih ettikleri belirlendi. Ayrıca yöntemi kullanmaya karar verme, mevcut yöntemden memnun olma, yöntemden memnun olunan yönler ve yöntemden memnun olunmayan yönler açısından gruplar arasında istatistiksel anlamlılık açısından fark bulunamadı ($p>0,05$). Kadınların bu yöntemi kullanmaya kendisinin (ÇG:%42,9; KG:%54,3- $p=0,50$) karar verdiği ve kullandıkları mevcut yöntemden 'kısmen memnun' (ÇG:%95,9; KG:%92,2- $p=0,42$) oldukları, memnun olma nedenleri arasında en fazla 'kullanımının kolay olması' (ÇG:%67,3; KG:%47,1) ve 'güvenilir olması' (ÇG:%28,6; KG:%19,6), memnun olmama nedenleri arasında da en fazla (ÇG:%87,8; KG:%82,4- $p=0,44$) 'cinsel ilişkide ağrı' yı belirttikleri saptandı (Tablo 4.2.2.2).

Fataneh ve ark. (2013)'ünün İranlı kadınlarda kontraseptif yöntemin ile CFB ile ilişkisini inceledikleri çalışmada, CF'nin kondom kullananlarda en az, eşleri

vazektomi ile korunanlarda en çok etkilendiğini saptamışlardır. Buna karşın Jaafarpour ve ark. (2013), kontraseptif yöntemin CF'a önemli bir etkisini olduğunu saptayamamışlardır. Temel (2012), kadınların %40,5'inin GÇ'yi diğer yöntemlerin cinselliklerini olumsuz etkilemesi nedeniyle seçtiklerini belirtmiştir. Yanıkkerem ve ark. (2006) GÇ yöntemini kullanan kadınların 1/4'ünün cinsel yaşamlarının olumsuz etkilendiği saptamışlardır (Yanıkkerem ve ark 2006).

5.4. Kadınların cinsel yaşamına ait özelliklerine ilişkin bulguların tartışılması

Kadın cinsel fonksiyonu, yaşam kalitesinin önemli bir parçasıdır ve birçok çeşitli fizyolojik, psikolojik ve sosyokültürel faktörler tarafından etkilenmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) yayınladığı International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems' da (ICD-11) CFB, bireyin beklediği cinsel ilişkiyi yaşayamaması durumu olarak tanımlanmaktadır.

Çalışmamızda her iki grupta da kadınların tamamına yakını cinselliği 'üreme için gerekli' (ÇG:%98; KG:%100) ve 'kadınlık görevi' (ÇG:%95,9; KG:%100) olarak algıladıkları saptandı. Ayrıca ÇG kadınların cinselliği önemseme düzeyi ortalaması $6,89 \pm 0,79$ iken KG $7,01 \pm 1,17$ ve eşlerinin cinselliği önemseme düzeyi ortalaması ÇG $9,20 \pm 0,79$ iken KG $9,01 \pm 0,92$ olarak tespit edildi. Belirtilen bu özellikler açısından gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p > 0,05$) (Tablo 4.2.3.1).

Kadınların bazı yaşam dönemlerinde cinselliklerini değerlendirilmeleri istendiğinde; kadınlar ilk evlendikleri yıllara ÇG: $9,04 \pm 1,01$; KG: $9,66 \pm 0,62$ puan, yöntem kullandıkları döneme ÇG: $7,42 \pm 0,70$; KG: $7,41 \pm 0,77$ puan, hiç yöntem kullanmadıkları döneme ÇG: $5,40 \pm 1,15$; KG: $5,00 \pm 0,97$ puan, şu andaki cinsel yaşantılarına ÇG: $7,16 \pm 0,85$; KG: $7,09 \pm 1,00$ puan verdi. Kadınların ilk evlendiği yıllardaki cinselliklerine verdikleri puan açısından gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ($p = 0,00$) fakat diğer dönemler açısından gruplar arasında istatistiksel anlam taşıyan bir farklılık olmadığı belirlendi ($p > 0,05$) (Tablo 4.2.3.2). Olguların ve eşlerinin geçmişte cinsel disfonksiyon öyküleri sorgulandığında hem çalışma grubunda hem de kontrol grubunda hiçbir kadının ve eşinin cinsel disfonksiyon öyküsü bulunmadığı tespit edildi.

5.5. Çalışma ve kontrol grubundaki kadınların FSFI 2., 3. ve 4. Değerlendirme sonuçlarına ait bulguların tartışılması

Kadınların cinsel disfonksiyon (CD) yaşama durumları, yaşıyorsa ne düzeyde yaşadığı ve hangi boyutlarda olduğu FSFI ile saptanmaktadır. FSFI, çok maddeli ama kısa bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Ölçeğin yapısında; istek, uyarılma, lubrikasyon, orgazm, doyum ve ağrı olmak üzere altı alt boyut bulunmaktadır. Alt boyutların faktör yükleri ile çarpılması ve hepsinin toplanması sonucu ölçekten alınabilecek en yüksek puan 36,0 en düşük puan 2,0 dir. İstek, uyarılma, lubrikasyon, orgazm ve doyum alt boyutları ile FSFI total puanındaki artış fonksiyonlarda iyileşmeyi, ağrı alt boyutu puanının artması ise ağrının azaldığını işaret etmektedir. Ölçeğin tanısal değerlendirme amacıyla kullanılabilmesi için bir minimum puan belirlenmeye çalışılmış, yapılan çalışmalar sonucunda toplam puanın 26,55 ve altında olması halinde kadın cinsel disfonksiyonu açısından dikkatli olunması gerektiği tespit edilmiştir. FSFI tüm alt boyutları puanlarının toplamı FSFI total puanını ortaya çıkartmakta olup, kadınların alabileceği en yüksek puan 36'dır. FSFI için cut-off değeri 26.55 tir. Kadınların aldıkları FSFI total puanın >26.55 olması cut-off değerinin üzerinde olduğunu ve cinsel disfonksiyon yaşanmadığını gösterir.

Kontraseptif yöntemlerin çiftlerin cinsel yaşamlarını olumlu etkilediği çalışmalar olduğu gibi (Strufaldi et. all, 2010, Caruso et. all, 2011) olumsuz etkilediği (Battaglia et. all 2014) ve hiçbir etkisinin olmadığını belirten çalışmalar da bulunmaktadır (Gabalci, 2008, Ege ve ark., 2010). İtalya'da yapılan bir çalışmada üç ay KOK kullanan kadınlarda cinsel ilişki ve orgazm sıklığında azalma ve cinsel ilişki sırasında yaşanan ağrı da artma bulunmuş (Battaglia et. all, 2012) İtalya'da KOK kullanan kadınlarla yapılan başka bir çalışmada dispareninin azaldığı ve cinselliğin olumlu etkilendiği saptanmıştır (Caruso et. all, 2011). Brezilya'da yapılan başka bir çalışmada hormon düzeyleri yüksek KOK kullanan grupta cinsel istekte değişim olmazken hormon düzeyi düşük KOK kullanan kadınlarda cinsel istek puanı artış göstermiştir (Strufaldi et. all, 2010). Üniversite öğrencileri ile yapılan diğer bir araştırmada hormonal olmayan kontraseptif kullanan kadınlarda FSFI puanı (29,2) OK kullanan kadınların puanından (28,5) yüksek bulunmuştur (Wallwiener et. all, 2015). İran'da OK, kondom, RİA, vazektomi, tüpligasyon, doğal aile planlaması ve enjekte edilen kontraseptif yöntem kullanan kadınların FSFI puan ortalaması 26,5, hiçbir yöntem kullanmayan kadınların 18,1 olduğu

CD'nun en yüksek vazektomi yöntemi ile korunan grupta ($14\pm4,1$), en düşük kondom kullanan ($22,9\pm4,5$) grupta olduğu belirlenmiştir (Fataneh et. all, 2013). Ülkemizde yapılan çalışmalarda ise, Konya' da Ege ve arkadaşlarının (2010) yaptığı bir çalışmada kullanılan yöntem ile CD arasında bir ilişki bulunamamış; Ordu' da yapılan başka bir çalışmada ise OK' lerin cinsel doyum ve cinsel isteği baskılamadığı bulunmuştur (Gabalıcı, 2008). Çalışmamızda ise çalışma ve kontrol grubundaki kadınların kullandıkları kontraseptif yöntemlere göre FSFI cut-off değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0,05$) tespit edildi. Cinsel disfonksiyon yaşayan kadınların büyük çoğunluğunun RİA kullandığı (ÇG:%96,0; KG:%64,7), gruplar arası istatistiksel olarak fark olmadığı ($p>0,05$) saptandı (Tablo 4.2.3.5).

Çalışma ve kontrol grubundaki kadınların FSFI 1. değerlendirmelerinde aldıkları uyarılma, lubrikasyon, orgazm ve doyum alt boyutları ve FSFI total puan ortalamalarında gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0,05$), istek ve ağrı alt boyutlarında gruplar arasında anlamlı fark olduğu tespit edildi. ($p<0,05$). 6 Ay sonra yapılan 4. değerlendirmede ise FSFI tüm alt boyut ve total puan ortalamalarının ÇG kadınların cinsel fonksiyonlarında iyileşme yönünde lehine olacak düzeyde farklılık olduğu bunun ileri düzeyde anlamlılık gösterdiği ($p<0.001$) saptandı (Tablo 4.2.3.4).

Literatürde İran'daki bir çalışmada OK ve kondom kullanan kadınların cinsel fonksiyonu karşılaştırılmış; istek, uyarılma, orgazm, doyum ve FSFI toplam puan ortalaması kondom kullanan grupta daha yüksek saptanmıştır (Casey et. all, 2016). Atlanta'da yapılan başka bir çalışmada kondom, OK ve RİA kullanan kadınlar arasında kondom kullanımında cinsel istekte azalmanın hormonal yöntem kullanımından daha fazla olduğu saptanmıştır (Higgins et. all, 2008). Ordu'da yapılan bir çalışmada kondom kullanan kadınların %86,9'unun cinsel istek, %89,1'inin cinsel ilişki sıklığı ve %66,3'ünün cinsel doyumlarının etkilenmediği, %27,1'inin doyumlarının ise olumsuz etkilendiği belirtilmiştir (Gabalıcı, 2008). Aydın'da yapılan başka bir çalışmada kondomla korunan kadınların geri çekme ile korunan kadınlara göre cinsel doyum dışında daha iyi cinsel fonksiyon puanına sahip oldukları saptanmıştır (Özdemir, 2014). Afyon'da yapılan diğer bir çalışmada kondom kullanan kadınların cinsel istek ve doyum açısından farklılık yaşamadığı bulunmuştur (Temel, 2012).

2003 yılında Yılmaz ve 2004 yılında Raymond ve ark. tarafından yapılan çalışmalarda da RİA'nın cinsel fonksiyonlar üzerine anlamlı bir etkisi olmadığı sonucuna varılmıştır. 1999 yılında Eryılmaz tarafından yapılan çalışmada ise RİA kullanan kadınlarda ve eşlerinde cinsel yaşamlarının diğer yöntemlere göre olumlu etkilendiği belirtilmiştir. Polanya''da yapılan bir çalışmada hormonlu veya bakırlı RİA kullanan ve hiçbir yöntem kullanmayan kadınlar CD açısından incelenmiş ve CD'nun en az hormonlu RİA kullanan grupta (%10) olduğu bulunmuştur. Bakırlı RİA kullanan grupta CD %35 iken yöntem kullanmayan grupta %21'dir (Skrzypulec, Drosdzol, 2008). Belçika'da yapılan bir çalışmada üç kadından biri cinsel fonksiyonlarında değişiklik olduğunu bildirmiş; kadınların %36'sı cinsel istekte azalma, %29'u cinsel istekte artma, %20'si uyarılma sorunu ve %10'u orgazm problemi yaşadığını belirtmiştir (Enzlin et. all., 2012). Ordu'da yapılan bir çalışmada RİA kullanan kadınların cinsel yaşamlarında (cinsel doyum, cinsel istek ve cinsel ilişki) önemli bir değişiklik olmadığı saptanmıştır (Gabalıcı, 2008). Afyonkarahisar'da bir çalışmada RİA kullanan çiftlerin çoğunluğunun cinsel fonksiyonlarında bir değişiklik olmadığı bulunmuştur (Temel, 2012).

PLISSIT Modeli eğitim-danışmanlık uygulama öncesi tüm kadınların %28,4'ünün FSFI'a göre $\leq 26,55$ puan ve altında olduğu ve cinsel disfonksiyon yaşadığı saptandı. Çalışma grubundaki kadınların 1., 2., 3. ve 4.değerlendirmelerinde FSFI cut-off değeri bağlamında cinsel disfonksiyon yaşama düzeylerine bakıldığında; çalışma grubuna alınan kadınların eğitim-danışmanlık öncesi cut-off değerlerinin eğitimden 1 ay sonrasında yapılan 2. değerlendirme değerleri ile benzer olduğu, ilk eğitimden 3 ay sonra yapılan 3. değerlendirmede kadınların %6,1'i normal cinsel fonksiyona sahip olurken, 6 ay sonra yapılan 4. değerlendirmede kadınların %40,8'inin normal cinsel fonksiyon yaşadığı saptandı (Tablo 4.2.3.6).

PLISSIT Modeli eğitim- danışmanlığı sonrası ÇG kadınların CD yaşama oranları %59,2' ye düşerken KG grubundaki kadınların sadece %11,7'si normal cinsel fonksiyon gösterdiği tespit edildi. Her iki grupta 6 Ay sonra yapılan 4. değerlendirmede ise FSFI cut-off değerlerinin ÇG kadınların cinsel fonksiyonlarında iyileşme yönünde lehine olacak düzeyde farklılık olduğu, bunun ileri düzeyde anlamlılık gösterdiği ($p<0.001$) saptandı (Tablo 4.2.3.7).

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Sonuçlar:

➤Çalışma kapsamına alınan kadınların yarısından fazlası (%60,8) 25-35 yaş grubunda yoğunlaştığı ve yaş ortalamasının 30.46 ± 6.02 olduğu, eğitimlerininse ilköğretim düzeyinde (%80,2) olduğu, eşlerde ise bu oranın %80,2 olduğu belirlendi. Kadınların yaş (33.25 ± 7.80 ; $p=0.037$) ortalamasının (14.43 ± 8.10 ; $p=0.035$) KG anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edildi. Eğitim durumu açısından bakıldığında ÇG ilköğretim mezunu olan kadınların sayısı (%73,5; $p=0.03$), KG ilköğretim mezunu olan eşlerin sayısı anlamlı olarak yüksek (%74,5; $p=0.01$) bulundu.

➤Olguların büyük çoğunluğu (%93,2) çalışmıyordu ve tamamına yakını (%98,6) gelirlerinin giderlerine denk olduğunu ifade etti. Çalışma durumu ve algılanan ekonomik durum açısından gruplar arasında istatistiksel anlam taşıyan bir farklılık olmadığı belirlendi ($p>0.05$).

➤Kadınların tamamı evliydi ve evlilik süreleri ortalaması 10 ± 6.36 yıldır. Yaklaşık yarıya yakını görücü usulü evlendiği belirlendi. KG evlilik süresi ortalamasının (14.43 ± 8.10 ; $p=0.035$) anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edildi.

➤Her iki gruptaki kadınların gebelik sayısı (ÇG: 3.67 ± 1.54 ; KG: 3.52 ± 1.77), doğum sayısı (ÇG: 3.26 ± 1.31 ; KG: 3.35 ± 1.71) ve yaşayan çocuk sayısı (ÇG: 3.35 ± 1.30 ; KG: 3.35 ± 1.71) ortalamalarının benzer olduğu saptandı ($p>0.05$).

➤Her iki grupta da gebeliklerin hepsinin planlı olduğu (ÇG: %51; KG: %68,6) ve kürtaj deneyimlemedikleri (ÇG: %91,8; KG: 98,1) belirlendi. Belirtilen bu özellikler açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ($p>0.05$).

➤Başka çocuk düşünme (ÇG: 75,5; KG: 64,7), tekrar gebelik planlama zamanı (≥ 5 yıl sonra; ÇG: %50; KG: 54,5), gebeliğe zorlanma (ÇG: %71,5; KG: 96,1) ve düşük deneyimleme (ÇG: %91,8; KG: 98,1) özellikleri açısından gruplar arası anlamlı fark olduğu bulundu ($p<0.01$ - $p<0.05$).

➤ÇG kadınların daha önce en çok geri çekme yöntemi ile (%30,6), KG kadınların ise RİA ile korunduğu (%43,1) belirlendi.

➤Kadınların kontraseptif bırakma nedenleri açısından gruplar arasında anlamlı fark olmadığı tespit edildi ($p>0.05$). Her iki grupta da kadınların kullandığı yöntemi gebelik nedeniyle (ÇG: %61,2; KG: %47,1; $p=0.15$) bıraktığı bulundu. Kadınların yöntem tercihlerinin çoğunlukla her iki grupta da 'kullanımının kolay olması'

(ÇG:%100; KG:%90,2) ve ‘ücretinin uygun olması’ (ÇG:%100; KG:%96,1) nedeniyle tercih ettikleri belirlendi.

➤Yöntemi kullanamama durumu ve yöntem kullanımını engelleyen nedenler açısından gruplar arasında anlamlı fark olduğu ($p<0,05$), ÇG %24,5’inin, KG ise %3,9’unun yöntemi kullanmalarının engellendiği, engelleyen nedenler arasında en çok eşin izin vermemesi (ÇG:%22,4; KG:%3,9) olduğu saptandı.

➤Kadınların mevcut kullandığı yöntem açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark ($p=0,00$) olmasına rağmen, her iki grupta en fazla RİA (ÇG:%95,9; KG:%64,7) yöntemini kullandıkları tespit edildi.

➤Gruplar arasında yöntemi kullanma süresi (≥ 5 yıl; ÇG:%91,9; KG:%96,1; $p=0,37$) açısından anlamlı fark bulunamadı. Kadınların ÇG %57,1’inin KG %37,3’ünün kullandıkları yöntemi ‘güvenilir olması’ ve ÇG %38,8’inin KG %19,6’sının ‘uzun süre kullanılıyor olması’ nedeniyle tercih ettikleri belirlendi.

➤Ayrıca yöntemi kullanmaya karar verme, mevcut yöntemden memnun olma, yöntemden memnun olunan yönler ve yöntemden memnun olunmayan yönler açısından gruplar arasında istatistiksel anlamlılık açısından fark yoktu ($p>0,05$).

➤Kadınların bu yöntemi kullanmaya kendisinin (ÇG:%42,9; KG:%54,3; $p=0,50$) karar verdiği ve kullandıkları mevcut yöntemden ‘kısmen memnun’ (ÇG:%95,9; KG:%92,2; $p=0,42$) oldukları, memnun olma nedenleri arasında en fazla ‘kullanımının kolay olması’ (ÇG:%67,3; KG:%47,1) ve ‘güvenilir olması’ (ÇG:%28,6; KG:%19,6), memnun olmama nedenleri arasında da en fazla (ÇG:%87,8; KG:%82,4; $p=0,44$) ‘cinsel ilişkide ağrı’yı belirttikleri saptandı.

➤ÇG kadınların %51’i KG %68,6’sının aile planlamasına ilişkin daha önce bilgisinin olduğu, bu bilgiyi en fazla (ÇG:%32,7; KG:54,9) ebe/hemşireden aldıkları tespit edildi. Ayrıca her iki grupta da kadınların tamamının yöntemi temin edeceği yeri bildiği, ÇG %98’inin, KG tamamının yöntemi hastaneden temin ettiği, büyük çoğunluğunun (ÇG:%87,8; KG:%88,2; $p=0,94$) mevcut yönteme ilişkin bilgi aldığı ve bilginin en çok (ÇG:%85,7; KG:%88,2; $p=0,58$) ebe/hemşireden alındığı belirlendi.

➤Her iki grupta da kadınların tamamına yakını cinselliği ‘üreme için gerekli’ (ÇG:%98; KG:%100) ve ‘kadınlık görevi’ (ÇG:%95,9; KG:%100) olarak algıladıkları saptandı.

➤ÇG kadınların cinselliği önemseme düzeyi ortalaması $6,89 \pm 0,79$ iken KG $7,01 \pm 1,17$ ve eşlerinin cinselliği önemseme düzeyi ortalaması ÇG $9,20 \pm 0,79$ iken KG $9,01 \pm 0,92$ olarak tespit edildi. Belirtilen bu özellikler açısından gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p > 0,05$).

➤Kadınların bazı yaşam dönemlerinde cinselliklerini değerlendirilmeleri istendiğinde; kadınlar ilk evlendikleri yıllara ÇG: $9,04 \pm 1,01$; KG: $9,66 \pm 0,62$ puan, yöntem kullandıkları döneme ÇG: $7,42 \pm 0,70$; KG: $7,41 \pm 0,77$ puan, hiç yöntem kullanmadıkları döneme ÇG: $5,40 \pm 1,15$; KG: $5,00 \pm 0,97$ puan, şu andaki cinsel yaşantılarına ÇG: $7,16 \pm 0,85$; KG: $7,09 \pm 1,00$ puan verdi. Kadınların ilk evlendiği yıllardaki cinselliklerine verdikleri puan açısından gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ($p = 0,00$) fakat diğer dönemler açısından gruplar arasında istatistiksel anlam taşıyan bir farklılık olmadığı belirlendi ($p > 0,05$).

➤FSFI cut-off değerine göre kadınların %28,4'ünde cinsel disfonksiyon olduğu belirlendi. FSFI cut-off değerlerine göre RİA kullanan kadınların %29' u cinsel disfonksiyon yaşarken, KOK kullanan kadınların çok azının (%1,7) cinsel disfonksiyon yaşadığı saptandı.

➤ÇG kadınların cinsel fonksiyonlarında özellikle 3.ay ve 6. ayda yapılan değerlendirmelerinde 1. değerlendirme sonuçlarına göre cinsel fonksiyonların her bir alt grubunda ve totalde genel cinsel fonksiyonlarında iyileşme olduğu, puanların anlamlı düzeyde yükseldiği ($p < 0,001$) saptandı.

➤Çalışma ve kontrol grubundaki kadınların FSFI 1. değerlendirmelerinde aldıkları uyarılma, lubrikasyon, orgazm ve doyum alt boyutları ve FSFI total puan ortalamalarında gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p > 0,05$), istek ve ağrı alt boyutlarında gruplar arasında anlamlı fark olduğu tespit edildi. ($p < 0,05$).

➤6 Ay sonra yapılan 4. değerlendirmede ise FSFI tüm alt boyut ve total puan ortalamalarının ÇG kadınların cinsel fonksiyonlarında iyileşme yönünde lehine olacak düzeyde farklılık olduğu bunun ileri düzeyde anlamlılık gösterdiği ($p < 0,001$) saptandı

➤Çalışma ve kontrol grubundaki kadınların kullandıkları kontraseptif yönteme göre FSFI cut-off değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p > 0,05$) tespit edildi. Cinsel disfonksiyon yaşayan kadınların büyük çoğunluğunun RİA

kullandığı (ÇG:%96,0; KG:%64,7), gruplar arası istatistiksel olarak fark olmadığı ($p>0,05$) saptandı.

➤FSFI cut-off değeri bağlamında cinsel disfonksiyon yaşama düzeylerine bakıldığında; çalışma grubuna alınan kadınların eğitim-danışmanlık öncesi cut-off değerlerinin eğitimden 1 ay sonrasında yapılan 2. değerlendirme değerleri ile benzer olduğu, ilk eğitimden 3 ay sonra yapılan 3. değerlendirmede kadınların %6,1'i normal cinsel fonksiyona sahip olurken, 6 ay sonra yapılan 4. değerlendirmede kadınların %40,8'inin normal cinsel fonksiyon yaşadığı saptandı

➤PLISSIT Modeli eğitim- danışmanlığı sonrası ÇG kadınların CD yaşama oranları %59,2' ye düşerken KG grubundaki kadınların sadece %11,7'si normal cinsel fonksiyon gösterdiği tespit edildi.

➤Her iki grupta 6 Ay sonra yapılan 4. değerlendirmede ise FSFI cut-off değerlerinin ÇG kadınların cinsel fonksiyonlarında iyileşme yönünde lehine olacak düzeyde farklılık olduğu, bunun ileri düzeyde anlamlılık gösterdiği ($p<0.001$) saptandı.

Çalışma hipotezlerine göre bulgulardan elde edilen sonuçların değerlendirilmesi ise aşağıdaki gibidir:

Cinsel disfonksiyon görülme sıklığı:

H₀: Kontraseptif yöntem kullanan ve kullanmayan kadınlar arasında cinsel disfonksiyon görülme sıklığı açısından fark yoktur.

H₁: Kontraseptif yöntem kullanan ve kullanmayan kadınlar arasında cinsel disfonksiyon görülme sıklığı açısından fark vardır.

Sonuç ve karar: Çalışmamızda FSFI cut-off değerine göre kadınların %28,4'ünde cinsel disfonksiyon olduğu belirlendi ÇG olan ve CD yaşayan kadınların %96' sı RİA kullanırken, %2'si kondom ve yine %2'si enjektabl yöntem kullanmaktadır. Kontrol grubunda ise cinsel disfonksiyon yaşayan kadınların %64,7'si RİA kullanırken, %2'si KOK, %11,8'i kondom ve %21,5'i enjektabl yöntemleri kullanmaktadır. Çalışma ve kontrol grubundaki kadınların kullandıkları kontraseptif yönteme göre FSFI cut-off değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0,05$) tespit edildi. Cinsel disfonksiyon yaşayan kadınların büyük

çoğunluğunun RİA kullandığı (ÇG:%96,0; KG:%64,7), gruplar arası istatistiksel olarak fark olmadığı ($p>0,05$) saptandı.

Kontraseptif yöntemle göre cinsel disfonksiyon yaşama:

H₀: Kullanılan kontraseptif yöntemle göre yaşanan cinsel disfonksiyonda fark yoktur.

H₁: Kullanılan kontraseptif yöntemle göre yaşanan cinsel disfonksiyonda fark vardır.

Sonuç ve karar: Çalışmamızda çalışma ve kontrol grubundaki kadınların kullandıkları kontraseptif yöntemle göre FSFI cut-off değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0,05$) tespit edildi. Cinsel disfonksiyon yaşayan kadınların büyük çoğunluğunun RİA kullandığı (ÇG:%96,0; KG:%64,7), gruplar arası istatistiksel olarak fark olmadığı ($p>0,05$) saptandı.

PLISSIT Modeline göre eğitim danışmanlığın etkisi:

H₀: Kontraseptif yöntem kullanan ve cinsel disfonksiyonu olan kadınlarda PLISSIT modeline göre eğitim-danışmanlık vermek problemi çözmede etkili değildir.

H₁: Kontraseptif yöntem kullanan ve cinsel disfonksiyonu olan kadınlarda PLISSIT modeline göre eğitim-danışmanlık vermek problemi çözmede etkilidir.

Sonuç ve karar: Çalışmamızda PLISSIT Modeli eğitim-danışmanlık uygulama öncesi tüm kadınların %28,4'ünün FSFI'a göre $\leq 26,55$ puan ve altında olduğu ve cinsel disfonksiyon yaşadığı saptandı. Çalışma grubundaki kadınların 1., 2., 3. ve 4.değerlendirmelerinde FSFI cut-off değeri bağlamında cinsel disfonksiyon yaşama düzeylerine bakıldığında; çalışma grubuna alınan kadınların eğitim-danışmanlık öncesi cut-off değerlerinin eğitimden 1 ay sonrasında yapılan 2. değerlendirme değerleri ile benzer olduğu, ilk eğitimden 3 ay sonra yapılan 3. değerlendirmede kadınların %6,1'i normal cinsel fonksiyona sahip olurken,6 ay sonra yapılan 4. değerlendirmede kadınların %40,8'inin normal cinsel fonksiyon yaşadığı, ilk değerlendirmede %100 olan cinsel disfonksiyon oranının %59.8 indiği görüldü. KG kadınlarda cinsel disfonksiyon oranı aynı düzeyde devam ediyordu ve iki grup arasındaki fark ileri düzeyde anlamlıydı ($p<0.001$). Bu nedenle Kontraseptif yöntem

kullanan ve cinsel disfonksiyonu olan kadınlarda PLISSIT modeline göre eğitim-danışmanlık vermek problemi çözmede etkilidir diyebiliriz.

H₀: Eğitim-danışmanlık verilen ve verilmeyen kadınların cinsel fonksiyonlarında farklılık yoktur.

H₁: Eğitim-danışmanlık verilen ve verilmeyen kadınların cinsel fonksiyonlarında farklılık vardır.

Sonuç ve karar: Çalışma ve kontrol grubundaki kadınların FSFI 1. değerlendirmelerinde aldıkları uyarılma, lubrikasyon, orgazm ve doyum alt boyutları ve FSFI total puan ortalamalarında gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0,05$), istek ve ağrı alt boyutlarında gruplar arasında anlamlı fark olduğu tespit edildi. ($p<0,05$). Eğitim-danışmanlık verilen ve verilmeyen kadınların 6 ay sonra yapılan 4. değerlendirmelerinde ise FSFI tüm alt boyut ve total puan ortalamalarının ÇG kadınların cinsel fonksiyonlarında iyileşme yönünde lehine olacak düzeyde farklılık olduğu bunun ileri düzeyde anlamlılık gösterdiği ($p<0.001$) saptandı.

Öneriler:

- Bu çalışmada; cinsel disfonksiyon yaşayan kadınlara hemşire tarafından verilen danışmanlık hizmetinin, hastaların cinsel yaşam kalitesini olumlu yönde etkilediği belirlenmiştir. Bu nedenle, cinsel disfonksiyon yaşayan kadınların poliklinikte saptanması ve çalışmamız kapsamında PLISSIT Modeline uygun olarak geliştirilen eğitim paketinin uygulanması, hemşirelerin bu konuda aktif rol alması sağlanmalıdır.
- Kontraseptif kullanan ve buna bağlı cinsel disfonksiyon yaşayan kadının, kontraseptif yöntemin cinsel yaşam kalitesine ve cinsel sorunlara etkisini belirlemek amacı ile, kadınların operasyon yakınmalarının olmadığı ve yakınmaları sürecinde 3-6-12 ay gibi uzun süreli dönemlerde cinsellikleri ve cinsel fonksiyonlarının değerlendirilmelidir.
- Çalışmamızda kullandığımız eğitim materyali PLISSIT Modeli doğrultusunda hazırlanmıştır. Cinsel sağlık değerlendirmesinde kullanılabilecek diğer eğitim modelleri ile kullandığımız PLISSIT Modelin kullanıldığı çalışma sonuçları karşılaştırılmalı, eğitimde modellerin etkinliği konusunda bilgi edinilebilir.
- Sağlık kuruluşlarında cinsel danışmanlık- aile planlaması eğitim birimlerinin yaygınlaştırılmalı, daha kolay ulaşılabilecek yerlerde cinsel sorunlarını rahatlıkla ifade edebilmelerini sağlayacak uygun ve güvenli ortamların yaratılması sağlanmalı ve polikliniklerde normal prosedür kapsamında eğitimler verilmelidir..
- Çalışmamızda cinsel danışmanlık eğitimi mesai saatleri içinde sadece kadınlara uygulanmış olması nedeniyle, eşlerle konuşmak mümkün olamamıştır. Fakat literatürlerde kadınların eşleri ile birlikte bilgilendirilmesinin daha verimli sonuçlara ulaşılacağı konusunda vurgulanmaktadır. Bu nedenle uygulanan eğitim paketleri kadınlara ve eşleriyle birlikte verilmelidir.
- Aile planlaması hizmetleri ve cinsel danışmanlık ile ilgili hizmet içi programlar düzenlenmeli ve tüm sağlık personelinin katılımı sağlanmalıdır.
- Kadınların kontraseptif yöntem almak için en çok kullandıkları birimlerin 1. basamak sağlık kuruluşlarının olması ve AP yöntemi kullanan kadınların yüksek oranda cinsel fonksiyon bozukluğu yaşamaları nedeniyle, bu merkezlerde nitelikli cinsel danışmanlık hizmeti verebilecek sağlık personelinin istihdam edilmesi ya da

zaten bu kliniklerinde hizmet veren sağlık personelinin geliştirilmesi, eğitim almasını sağlanması ve sunacakları hizmete yönelik rehberler geliştirilmelidir

➤Araştırmada sadece modern kontraseptif yöntemlerin cinsel fonksiyonlara etkisi ele alınmıştır. Bu nedenle kadın ve erkek AP yöntemlerinin tümünün cinsel yaşama etkilerinin karşılaştırıldığı çalışmalar yapılmalıdır.

➤özellikle nişanlı ya da yeni evlenecek çiftlere modern kontraseptif yöntemleri, cinselliklerine etkisi, cinsel sağlıkları ve cinsel fonksiyon bozuklukları ile ilgili konularda eğitim danışmanlık yapılmalı ve eğitim broşürleri-eğitim materyalleri verilmelidir.



KAYNAKLAR

1. ACOG. Obstetrics and gynecology. 7nd Ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, Lippincott William&Wilkins; 2014.
2. Açıkgöz, F. (2011). Cinsel sağlığa yönelik hemşirelik yaklaşım modelleri. Androloji Bülteni, 305-307.
3. Althof, S. Psychological Treatment Strategies For Rapid Ejaculation: Rationale, Practical Aspects And Outcome. World J Urol, 2005; 23, 89-92.
4. Altay B., Gönener D. Evli Erkeklerin Aile Planlaması Yöntemlerini Bilme ve Kullanma Durumları ve Etkileyen Faktörler. Fırat Tıp Dergisi, 2009; 14(1): 56-64
5. Aile Planlaması Danışmanlığı Katılımcı Kitabı. T.C Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Ankara, 2005.
6. Anastasiadis AG, Davis AR, Ghafa M, Burchardt M, Shabsigh R. The Epidemiology And Definition Of Female Sexual Disorders. World Journal Of Urology, 2002; 20(2):74-78.
7. Aksu H. Kontraseptif Yöntemler. Şirin A, Editor. Kadın Sağlığı, 1. baskı, Bedray Basın Yayıncılık. İstanbul, 2008;288-330.
8. Annon J.S. The PLISSIT Model: A Proposed Conceptual Scheme For The Behavioral Treatment Of Sexual Problems. Journal Of Sex Education 1976; 4(6):81–88.
9. Aksakal (Kızıltuğ) A. (1991). Kadın Cinselliği ve Cinsel Sorunları Cinsel işlev Bozukluğu-Nörotik Bozukluk ve Normal Kontrol Gruplarında Genel Ruhsal- Cinsel ve Evlilik Sorunlarının Değerlendirilmesi. İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Uzmanlık Tezi, İstanbul, (Danışman: Prof. Dr. Ş. Yüksel)
10. Aksoy UM. Obsesif Kompulsif Bozukluk Ve Panik Bozukluğu Hastalarındaki Cinsel İşlev Bozukluklarının Karşılaştırılması. T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Ord. Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Ve Sinir Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2006.
11. Aslan E, Beji NK, Güngör I, Kadioğlu A, Dikencik BK. Prevalence and risk factors for low sexual function in women: A study of 1,009 women in an outpatient clinic of a university hospital in İstanbul. J Sex Med 2008; 5: 2044-52.

12. Ayaz S. Stomalı Bireylerin Cinsel Sorunlarının Çözümünde PLISSIT Modelinin Etkinliğinin Değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Ankara, 2007.
13. Addis IB, Van Den Eden SK, Wassel-Fyr CL. Sexual activity and function in middle-aged and older women. Reproductive Risk Factors for Incontinence Study at Kaiser Study Group. Obstetrics and Gynecology, 2006;107(4):755-764.
14. Alteneder RR, Hartzell D. Addressing couples' sexuality concerns during the childbearing period: use of the PLISSIT model. Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing, 1997; 26: 651-658.
15. Boyacıoğlu GS. Kadın Cinsel İşlev Bozuklukları. Psikiyatri Dünyası, 1999; 2:54-59.
16. Bernhard LA. Sexuality And Sexual Health Care For Women. Clinical Obstetrics And Gynecology, 2002; 45(4), 1089-1098.
17. Berman, J.R., Berman, L.A., Kanaly, K.A. Female Sexual Dsyfunction: New Perspectives On Anatomy, Physiology, Evaluation And Treatment. EAU Update Series, 2003; 1, 166-177.
18. Berman JR, Goldstein I. Female sexual dysfunction. Urologic Clinics of North Amerika, 2001; 28(2):404-416.
19. Basson, R., Brotto, L.A., Laan, E., Redmond, G., Utian, W.H. Assesment And Management Of Women's Sexual Dsyfunctions: Problematic Desire And Arousal. J Sex Med, 2005; 2, 291-300.
20. Basson R, Weijmar Shultz WCM. Seksüel Tıp, Bölüm 22, Kadınlarda Cinsel İstek Ve Uyarılma Bozuklukları Ve Cinsel Ağrı 2004: S 860
21. Basson R, Berman J, Bunnet A. Report Of The İnternational Consensus Development Conference On Female Sexual Dysfunction: Definitions And Classification. J. Urol, 2000; 163: 888-893
22. Bektaş K., 2018, Gebe Kadınlarda Cinsel Fonksiyon Bozukluklarının Araştırılması. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD., Uzmanlık Tezi, Mersin Demircan K., 2003, Cinsel zekâ. Focus, Popüler Bilim ve Kültür Dergisi, 6 (12):4-14

23. Bernhard, L.A. Sexuality And Sexual Health Care For Women. *Clinical Obstetrics And Gynecology*, 2002; 45(4), 1089-1098.
24. Balcı E, Öztürk A, Gün İ, Öztürk Y. (2005). Kayseri ili Talas ilçesindeki 15-49 yaş kadınların kullandıkları aile planlaması yöntemiyle ilgili şikayetlerinin değerlendirilmesi. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2005; 17(1):54-62.
25. Baykan Z., Özkan S., Maral I. Ana-Çocuk Sağlığı Aile Planlaması Merkezine Başvuran Kadınların Hizmetten Memnuniyet Durumları. *Erciyes Tıp Dergisi (Erciyes Medical Journal)*, 2004;26 (3) 98-104
26. Bilge Ç. Jinekolojik Kanserli Kadınlarda Plüssit Modeli Doğrultusunda Yapılan Cinsel Danışmanlığın Etkinliği. İstanbul Üniversitesi; Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Doktora Tezi, İstanbul, 2017.
27. Bozdemir N., Özcan S. (2011), *Turkish Journal Of Family Medicine And Primary Care (TJFMPC)* ▪ www.tjfmpe.com ▪ VOL. 5, NO. 4 ▪ December 2011.
28. Battaglia C, Morotti E, Persico N, Battaglia B, Busacchi P, Casadio P, Paradisi R, Venturoli S. Clitoral vascularization and sexual behavior in young patients treated with drospirenone-ethinyl estradiol or contraceptive vaginal ring: a prospective, randomized, pilot study. *J Sex Med.* 2014. 11(2):471-80.
29. Büyükdanacı Duman N., Cinsel Sağlık, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2019; 59-66.
30. Büyükbayrak E.E., Kars B. Karşıdağ A.Y. Dabak R., Kurtuluş H. Pirimoğlu Z.M., Turan C. Aile Planlaması Yöntemleriyle İlgili Tutumların Etkin Aile Planlaması Danışmanlık Hizmeti Öncesi ve Sonrasında Karşılaştırılması. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi, (TJOD Derg)*, 2010; Cilt: 7 Sayı: 3 Sayfa: 228- 34
31. CETAD (Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği). Kadın Cinselliği 2006, http://www.cetad.org.tr/CetadData/Book/26/269201116550bilgilendirme_dosyasi_5.pdf. Erişim Tarihi: 12.08.2018.
32. Caruso S, Agnello C, Romano M, Cianci S, Lo Presti L, Malandrino C, Cianci A. Preliminary study on the effect of four-phasic estradiol valerate and dienogest (E2V/DNG) oral contraceptive on the quality of sexual life. *J Sex Med.* 2011b; 8(10): 2841-50

33. Crosby R, Milhausen R, Mark KP, Yarber WL, Sanders S, Graham CA. Understanding problems with condom fit and feel: An important opportunity for improving clinic-based safer sex programs. *J Prim Prev.* 2013; 34:109-115.
34. Chun N. Effectiveness of PLISSIT model sexual program on female sexual function for women with gynecologic cancer. *J Korean Acad Nurs* 2011;41:471-80.
35. Choi H, Kim J-H, Park J-Y, Shim J-S, Lee J-G, Yoon H-Y, Bae J-H. Assessment of sexual dysfunction and determination of its risk factors in the Republic of Korea. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2014;125(1):60-64.
36. Çayan S, Akbay E, Bozlu M, Canpolat B, Acar D, Ulusoy E. The Prevalence Of Female Sexual Dysfunction And Potential Risk Factors That May İmpair Sexual Function İn Turkish Women. *Urol Int*, 2004; 72(1):52-57.
37. Çeri Ö, Yılmaz A, Soykan A. Cinsel İşlev Bozuklukları. *Türkiye Klinikleri*, 2008;1(2):71-78.
38. Çelik DB., Kadında Cinsel Fonksiyonların Değerlendirilmesi. *Türk Androloji Dergisi*, 2012; (50): 211-215.
39. Çelik M, Yıldırım G, Gerçek S, Arkalı R, Nur N. Ria Taktıran Kadınların Ria Bırakma Nedenlerinin Belirlenmesi. 4. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongre Kitabı, Ankara, 2005.
40. Dawkins S, Taylor R. Non-Consummation Of Marriage: A Survey Ofseventy Cases. 1961; *Lancet* 2: 1029-1033.
41. Demirezen E., Erdoğan S., Önem K. Birinci basamak sağlık merkezine başvuran kırk yaşın altındaki kadınlarda cinsel fonksiyonun değerlendirilmesi. *Androloji Bülteni*, 2006; 177–180.
42. Dilbaz B. IUD Use in Turkey and in the world: From past to future. 4. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongre Kitabı, Ankara, 2005.
43. Doğan S, Saraçoğlu GV. Yaşam Boyu Vajinismusu Olan Kadınlarda Cinsel Bilgi, Evlilik Özellikleri, Cinsel İşlev ve Doyumun Değerlendirilmesi. *Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2009; 26(2):151-8
44. Dünder C, Kaynar E, Pekşen Y. Samsun ili merkez sağlık ocaklarında çalış an evli ebelerin aile planlaması yöntemi kullanma durumları. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2005; 12 (4):243-246.

45. Dixon KD, Dixon NP. The PLISSIT model: Care and management of patients' psychosexual needs following radical surgery. Lippincott's Case Management, 2006; 11(2): 101-106.
46. Ege E, Akın B, Yaralı Arslan S, Bilgili N. Sağlıklı kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu sıklığı ve risk faktörleri. TÜBAV Bilim Dergisi 2010; 3: 137-44.
47. 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.
48. Enzlin P, Weyers S, Janssens D, Poppe W, Eelen C, Pazmany E, Amy JJ. Sexual functioning in women using levonorgestrel-releasing intrauterine systems as compared to copper intrauterine devices. J Sex Med. 2012 ;9(4): 1065-1073.
49. Eryılmaz H. ve ark. Kullandıkları Kontraseptif Yöntemlerin Eşler Üzerindeki Etkileri Ve Kullanım Hataları. Hemşirelik Forumu, Kadın Doğum Sayısı, 1999; 2 (3).
50. Ehrhardt A, Exner TM, Hoffman S, Silberman I, Yingling S, Adams-Skinner J, et al. HIV/STD risk and sexual strategies among women family planning clients in New York: Project FIO. AIDS Behav. 2002; 6(1):1-12.
51. Elaut E, Buysse A, De Sutter P, De Cuypere G, Gerris J, Deschepper E, T'Sjoen G. Relation of androgen receptor sensitivity and mood to sexual desire in hormonal contraception users. Contraception. 2012; 85(5):470-479.
52. Fennell J. "And Isn't that the point?": pleasure and contraceptive decisions. Contraception. 2014; 89(4): 264-270.
53. Farrell AS, Kienes K. (2000). Sexuality after the hysterectomy. Obstetrics and Gynecology, 95(6): 1045-1051.
54. Fataneh G, Marjan MH, Nasrin R, Taraneh T. Sexual function in Iranian women using different methods of contraception. J Clin Nurs. 2013; 22: 3016-3023.
55. Garibova N., 2015, Türk Popülasyonunda Postmenopozal Kadınlarda Kadın Cinsel Disfonksiyon Prevelansının Belirlenmesi Ve Kadın Cinsel Disfonksiyonu İle Depresyon İlişkisinin Araştırılması. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD., Uzmanlık Tezi, İstanbul.

56. Gabalcı E. (2008). Üreme Çağındaki Kadınların Kullandıkları Aile Planlaması Yöntemlerinin Cinsel Yaşamlarına Etkisi. H.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Danışman: Doç. Dr. F. Terzioğlu).
57. Gracia CR, Sammel MD, Charlesworth S, Lin H, Barnhart KT, Creinin MD. Sexual function in first-time contraceptive ring and contraceptive patch users. *Fertility and Sterility* 2010;93(1):21-28.
58. Hulter B, Lundberg PO, Sexual function in women with hypothalamo – pituitary Disorders. *Arch Sex Behav* 1994; 23: 171 -183).
59. Higgins JA, Tanner AE, Janssen E. Arousal loss related to safer sex and risk of pregnancy: implications for women's and men's sexual health. *Perspect Sex Reprod Health*. 2009; 41(3):150–7.
60. Holmes, M.M, Letourneau, E.J, Vermillion, S.T.A (1998). Psychiatrist's Guide To Sexual Dysfunction In Women. *Medical Update For Psychiatrists*, 3 (4), 105-112.
61. İncesu C. Cinsel İşlevler Ve Cinsel İşlev Bozuklukları. *Klinik Psikiyatri* 2004; 3: 3- 13.
62. İşler CA. 2004. Diabetin Kadın Cinsel Yaşamı Üzerine Etkisinin Belirlenmesi. Marmara Üniversitesi; Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2004.
63. Jaafarpour M, Khani A, Khajavikhan J, Shurabi Z. Female sexual dysfunction: prevalence and risk factors. *Journal of Clinical and Diagnostic Research* 2013;7(12):2877-2880.
64. Kaplan M. The Sexuality Discussion: Tools For The Oncology Nurse. *Clinical Journal of Oncology Nursing* 2011; 15 (1):15-19.
65. Kalak, Ö. Aydın Doğum Evi Aile Planlaması Polikliniğine Başvuran Kişilerin Aile Planlaması Hakkında Bilgi, Tutum Ve Davranışlarının Ve Aile Planlaması Danışmanlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Aydın, 2008.
66. Kavuncu, N. Kadında Cinsel İşlev Bozuklukları. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Dergisi*, 2004; 5 (1), 18-25.
67. Karali NT. Kadınlarda Tıbbi Hastalıklar Ve Cinsel Sorunlar, *Türkiye Klinikleri* 2009; 2: 77.

68. Kariman N, Sheikhan Z, Simbar M, Zahiroddin A, Akbarzadeh Bahgban A. Sexual dysfunction in two types of hormonal contraception: combined oral contraceptives versus depot medroxyprogesterone Acetate. JMRH, 2016; 5 (1): 806-813.
69. Katz A. The sounds of silence: Sexuality information for cancer patients. Journal of Clinical Oncology, 2005a; 23(1): 238-241.
70. Katz A. Sexuality and hysterectomy: Finding right words. AJN, 2005b; 105(12): 65-68.
71. Katz A. Do Ask, Do Tell, Why Do So Many Nurses Avoid The Topic Of Sexuality? Am J Nurs. 2005c; 105:66-68.
72. Kızıltepe A. Total Histerektomili Kadınların Benzer Yaş Grubundaki Histerektomi Olmayan Kadınlarla Cinsel İşlevler Açısından Karşılaştırılması. T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2006.
72. King M, Holt V, Nazareth I. Women's Views Of Their Sexual Difficulties: Agreement And Disagreement With Clinical Diagnoses. Archives Of Sexual Behavior 2007;36(2):281-288./
73. Kinsey AC (1953). Sexual Behavior In The Human Female. W.B. Saunders, Philadelphia.
74. Kütmeç C. Kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu ve hemşirelik bakımı. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2009;4(12):111-136.
75. Kurtuluş H., Büyükbayrak E., Aile Planlaması Danışmanlığı Verilmesinin Yöntem Seçimine Etkileri, T.C. Sağlık Bakanlığı Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği, Uzmanlık Tezi, İstanbul ,2009.
- 76.Kocaöz S, Peksoy S, Atabekoğlu C. Kadınların gebelikten önce kullandığı ve doğum sonrasında tercih ettiği kontraseptif yöntemler. Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi, 2013; 2 (1):1-8.
77. Kaplan M. The Sexuality Discussion: Tools For The Oncology Nurse. Clinical Journal of Oncology Nursing, 2011; 15 (1):15-19
78. Kulak H. Cinsel İşlev Bozukluğu Görülen Kadınlarda Geçmiş Travmatik Deneyimler. İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü Sosyal Bilimler Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İstanbul, 2006.

79. Küçük Gürbüz T. 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, Uzmanlık Tezi, İzmir, 2019)
80. Lau, J.T.F., Kim, J.H., Tsui, H.Y. (2005). Mental Health And Lifestyle Correlates Of Sexual Problems And Sexual Satisfaction In Heterosexual Hong Kong Chinese Population. *Urology*, 66, 1271-1281.
81. Laumann ED, Paik A, Rosen RC. Sexual Dysfunction İn The United States, Prevalance And Predictors, *JAMA*, 1999; 281 (6): 5537 – 5544
82. Mehdizadeh Toorzani Z, Hasan Zahraei R, Ehsanpour S, Nasiri M, Shahidi S, Soleimani B. A study on the relationship of sexual satisfaction and common contraceptive methods employed by the couples. *IJNMR*. 2010; 15 (3): 115-119.
83. Meydanlıoğlu A, Emiroğlu O. Kadınların Sağlık Ocağı Hizmetlerini Bilme Durumu ve Bu Hizmetlerden Beklentileri. *HEMAR-G*, 2004; 6 (1,2): 42–56.
84. Melo ASM, Carvalho EC, Pela NTR. Proposed revisions for the nursing diagnoses sexual dysfunction and ineffective sexuality patterns. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 2007; 18(4): 150-155
85. Minareci Y, Minareci PÇ, Karaku. S, Aktün H, Moröy P, Mollamahmutoğlu L. Emziren kadınlarda kontrasepsiyon amacıyla kullanılan rahim içi araç ve depo-medroksiprogesteron asetatın (depo-provera(r)) karşılaştırılması. *C.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi*. 2008; 30 (1): 8-13.
86. Mick, J., Hughes, M. ve Cohen, M.Z. (2004). Using the better model to assess sexuality. *Clinical Journal Of Oncology Nursing*, 8(1), 84-86.
87. McInnes, R.A. Chronic Illness And Sexuality. *MJA*, 2003; 179 (5), 263-266.
- Sprunk, E., Alteneder, R.R. The Impact of An Ostomy on Sexuality. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 2000; (2), 85-88
88. Naçar M, Öztürk A, Öztürk Y. Doğum Sonrası Dönemde Verilen Aile Planlaması Eğitiminin Yöntem Kullanmaya Etkisi, *Erciyes Tıp Fakültesi*, 2003; 25 (3) 122- 130.
89. Oddens BJ. Women's satisfaction with birth control: a population survey of physical and psychological effects of oral contraceptives, intrauterine devices,

condoms, natural family planning, and sterilization among 1466 women. *Contraception*. 1999; 59 (5): 277-286.

90. Ozgoli G, Sheikhan Z, Dolatian M, Simbar M, Bakhtyari M, Nasiri M. Comparison of Sexual Dysfunction in Women Using Depo-Medroxyprogesterone Acetate (DMPA) and Cyclofem. *J Reprod Infertil*. 2014;16(2): 102-108.

91. Özdemir H. Erkeğin Kullandığı Aile Planlaması Yöntemlerinin Kadın Cinsel Yaşamına Etkisi. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Aydın, 2014.

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

93. Özerdoğan N, Sayiner FD, Köşgeroğlu N, Ünsal A. 40-65 yaş grubu kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu prevalansı, depresyon ve diğer ilişkili faktörler. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2009; 2: 46-58.

94. Özaydın NG, Debay M. Aile Planlaması Danışmanlığı Katılımcı Kitabı, Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı, Türkiye Üreme Sağlığı Programı, Ankamat Matbaacılık Sanayi Ltd. Şti, Ankara, 2007.

95. Raymond, H. W. Li., Sue, S. T. Lo., Dawn, K. G., Tong, N., Tsui, M. H. Y., Cheung, K., Chung, T. K. H. Impact of common contraceptive methods on quality of life and sexual function in Hong Kong Chinese women. *Contraception*, 2004;70, s:474-482.

96. Roovers JPWR, Bom JG, Vaart CH, Heintz APM. Hysterectomy and sexual wellbeing: Prospective observational study of vaginal hysterectomy, subtotal abdominal hysterectomy and total abdominal hysterectomy. *BMJ*, 2003; 327: 774-778

97. Reis N. Jinekolojik Kanserler Ve Tedavilerinin Kadın Cinsel Sağlığına Etkileri. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 2003; 7(2): 35-40.

98. Srivastava R, Thakar R, Sultan A. Female sexual dysfunction in obstetrics and gynecology. *Obstetrical and Gynecological Survey*, 2008; 63(8): 527-537.

99. Rostamkhani F, Jafari F, Ozgoli G, Shakeri M. Addressing the sexual problems of Iranian women in a primary health care setting: A quasi experimental study. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research* 2015;20:139-46.

100. Sprunk, E., Alteneder, R.R. The Impact of An Ostomy on Sexuality. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 2000; 4 (2), 85-88
101. Shifren JL, Monz Bu, Russo PA, Segreti A, Johannes CB. Sexual problems and distress in United States woman. *Obstetrics &Gynecology* 2008;112(5):970-978.
102. Song SH, Jeon H, Kim SW, Paick JS, Son H. The prevalence and risk factors of female sexual dysfunction in young korean women: an internet-based survey. *Journal Sexual Medicine* 2008;5(7):1694-1701.
103. Singh JC, Tharyan P, Kekre NS, Singh G, Gopalakrishnan G. Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction in women attending a medical clinic in south India. *Journal of Postgraduate Medicine* 2009;55(2):113-120.
104. Salonia, A., Briganti, A., Deho, F., Zanni, G., Rigatti, P. Women's Sexual Dsyfunction: A Review of The "Surgical Landscape". *European Urology*, 2006; 50, 44-52.
105. Sanders, S. A., Graham, C. A., Bass, J. L., Bancroft, J. A prospective study of the effects of oral contraceptives on sexuality and well-being and their relationship to discontinuation. *Contraception*, 2001; 64, s:51-58.
106. Smith NK, Jozkowski KN, Sanders SA. Hormonal contraception and female pain, orgasm and sexual pleasure. *J Sex Med*. 2014; 11(2): 462-70.
107. Sabatini, R., Cagiano, R. Comparison profiles of cycle control, side effects and sexual satisfaction of three hormonal contraceptive. *Contraception*, 2006; 74, s: 220-223.
108. Schaffir JA, Isley MM, Woodward M. Oral contraceptives vs injectable progestin in their effect on sexual behavior. *Am J Obstet Gynecol*. 2010; 203(6): 545.e1-5.
109. Strufaldi R1, Pompei LM, Steiner ML, Cunha EP, Ferreira JA, Peixoto S, Fernandes CE. Effects of two combined hormonal contraceptives with the same composition and Different doses on Female Sexual function and plasma androgen levels. *Contraception*. 2010; 82(2):147-54
110. Skrzypulec V, Drosdzol A. Evaluation of quality of life and sexual functioning of women using levonorgestrel-releasing intrauterine contraceptive system mirena. *Coll Antropol*. 2008; 32: 1059–1068

111. Sergek E. Kadınların Sezaryen Sonrası Seçtikleri Aile Planlaması Yöntemleri ve Bu Yöntemleri Seçme Nedenlerinin Dağılımı. G.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep, 2005.
112. Saygılı P. Üreme Sağlığı Danışmanlığı Neleri Kapsar. 5. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongre Kitabı, Ankara, 2007; 132.
113. Saydam B.K., Sevil Ü. Aile Planlaması Hizmetlerinden Ve Progesteron İçeren Kontraseptif Kullanımından Memnuniyet. *Anatol J ClinInvestig*, 2010; 4(2):90-98
114. Taylor B, Davis S. Using the extended PLISSIT model to address sexual healthcare needs. *Nursing Standard*, 2006; 21(11): 35-40.
115. Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması, 2013, (Erişim Tarihi: 16.06.2018) Erişim adresi: www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013
116. Taşkın L. Aile Planlaması\ Gebeliğin Önlenmesi, Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, 11. baskı, Sistem Ofset Matbaacılık, 2012, Ankara, 527-545.
117. T.C Sağlık Bakanlığı, Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi Kontraseptif Yöntemler. Ankara, 2005; 2: 370
118. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. (2000a). Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi. Cilt 1, Damla Matbaacılık, Reklamcılık ve Yayıncılık Tic. Ltd. Şti., Ankara, s.1-84.
119. Taylor B, Davis S. Using The Extended PLISSIT Model To Address Sexual Healthcare Needs. *Nursing Standard*, 2006; 21(11):35-40.
120. Træen B, Gravningen K. The use of protection for sexually transmitted infections (STIs) and unwanted pregnancy among Norwegian heterosexual young adults 2009. *Sexuality and Culture*. 2011; 15: 195–212.
121. Temel S. Geri Çekme Yöntemi İle Korunan Çiftlerin Cinsel Fonksiyonlarının Değerlendirilmesi. M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2012.
122. Tekin YB, Ural ÜM, Üstüner I, Balık G, Güven, ESG. Evaluation of female sexual function index and associated factors among married women in North Eastern Black Sea region of Turkey. *Obstet Gynecol*. 2014; 3: 153-8.

123. Tokuç B, Eskiocak M, Ekuklu G, Saltık A, Edirne Merkezinde 15–49 Yaş Evli Kadınların Aile Planlaması Yöntemleri Konusundaki Bilgi Düzeyleri ve Yöntem Kullanım Oranları, *Sted*, 2001, 14(1):8–14.
124. Tütüncü B. PLISSIT Modeli Doğrultusunda Kadınlara Verilen Eğitimin Histerektomi Sonrası Cinselliklerine Etkisi. M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2009
125. Tuğut N. ve Gölbaşı Z. Cinselliğin Değerlendirilmesinde Plıssıt Modeli’ nin Kullanımı Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2013;2(4) .
126. Wallwiener CW, Wallwiener LM, Seeger H, Schönfisch B, Mueck AO, Bitzer J, Zipfel S, Brucker SY, Taran FA, Wallwiener Are hormonal components of oral contraceptives associated with impaired female Sexual function? A questionnaire-based online survey of medical students in Germany, Austria, and Switzerland. *Arch Gynecol Obstet*. 2015; 292: 883-890.
127. Wakley, G. Sexual Dysfunction. *Current Obstetrics & Gynaecology*, 2005; 15, 38-45.
128. WHO 1975, Education And Treatment İn Human Sexuality: The Training Of Health Professional. Technical Report Series No. 572. Geneva.
129. WHO. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders Clinical descriptions and diagnostic guidelines. 2010, <http://www.who.int/classifications/icd/en/bluebook.pdf?ua=1>. Erişim tarihi: 14.07.2018.
130. Wakley, G. (2005). Sexual Dysfunction. *Current Obstetrics & Gynaecology*, 15, 38-45.
131. Wallwiener CW, Wallwiener LM, Seeger H, Mück AO, Bitzer J, Wallwiener M. Prevalence of sexual dysfunction and impact of contraception in female German medical students. *J Sex Med*. 2010; 7(6): 2139-2148.
132. Wallace MA. Assesment of sexual health in older adults : Using the PLISSIT model to talk about sex. *AJN*, 2008; 108(7): 52-60.
133. Yanikkerem E, Acar H, Elem E. Withdrawal users. perceptions of and experience with contraceptive methods in Manisa, Turkey. *Midwifery*. 2006; 22(3): 274-284.

134. Yağmur Y. İstanbul İli Devlet Hastanelerindeki Aile Planlaması Polikliniklerine Kontrasepsiyon Amacıyla Başvuran Kadınların Kullandıkları Kontraseptif Yöntemler ve Tercihlerini Etkileyen Faktörler. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 1996; 13–15.).
135. Yılmaz 2003. Kullanılan Kontraseptif Yöntemlerin Kadınların Cinsel Fonksiyonu Üzerine Etkisi. Marmara Üniversitesi; Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2003.
136. Yurdakul M., Çobaner AA. Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Hizmetlerinde Sağlık Eğitimi, İletişim ve Danışmanlık, Türkiye Klinikleri J Obstet Women Health Dis Nurs-Special Topics 2015;1(2).
137. Zeren F., Gürsoy E., 2018, Neden Cinsel Sağlık Eğitimi? Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi; 8(1): 29-33.

EKLER

EK-1: ANKET FORMU

Değerli katılımcı;

Kontraseptif yöntem kullanan kadınların cinsel fonksiyonlarının değerlendirilmesi ve cinsel problem yaşayanlara PLISSIT modeli doğrultusunda verilen eğitim-danışmanlığın cinsel fonksiyon bozukluklarında etkisinin belirlenmesi amacıyla bir araştırma yapmaktayız. Sizi de bu araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmamakta özgürsünüz. Çalışmaya katılım gönüllülük esastır. Size çalışmaya katılmayı kabul etmeniz durumunda araştırmacı tarafından, araştırma kapsamında yer alan bazı anket ve değerlendirme formları planlanan zamanlarda uygulanacaktır. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz bu formu imzalayınız.

Araştırmaya katılmayı;

Kabul ediyorum

Kabul etmiyorum

Protokol No:

Telefon No:

SORU NO:	BÖLÜM 1 (SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER)
1	Yaşınız?
2	Eşinizin yaşı?
3	Eğitim durumunuz? () 1. Okuryazar değil/ Okur yazar () 2. İlkokul () 3. Ortaokul () 4. Lise () 5. Üniversite () Ön lisans () Lisans () Y. Lisans
4	Eşinizin Eğitim durumu nedir? () 1. Okuryazar değil/ Okur yazar

	☐ 2. İlkokul ☐ 3. Ortaokul ☐ 4. Lise ☐ 5. Üniversite ☐ Ön lisans ☐ Lisans ☐ Y. Lisans
5	Çalışıyor musunuz? 1.Evet (ne iş yapıyorsunuz?.....) 2.Hayır
6	Eşiniz Çalışıyor mu? 1.Evet (ne iş yapıyor?.....) 2. Hayır
7	Sizce ekonomik durumunuz nasıl? 1.Gelirim giderimden az 2.Gelirim giderime denk 3.Gelirim giderimden fazla
8	Kaç yıldır evlisiniz:
9	Eşinizle evlenme şekliniz nedir? 1. Görücü usulü 2. Tanışarak 3. Diğer.....

SORU NO:	2. BÖLÜM (OBSTETRİK ÖZELLİKLER)
1	Kaç kez gebe kaldınız?
2	Doğum sayınız.....
3	Hiç düşük yaptınız mı? 1. Evet (Sayı.....) 2. Hayır
4	İstemediğiniz bir gebeliğiniz kürtaj ile sonlandırdınız mı? 1. Evet (Sayı.....) 2. Hayır
5	Halen yaşayan kaç çocuğunuz var?.....

6	Yaşadığınız tüm gebelikler planlı/ istenen gebelik miydi? 1. Evet hepsi 2. Bazısı 3. Çok azı 4. Hiçbiri
7	Başka çocuk düşünüyor musunuz? 1. Evet (Ne zamana planlıyorsunuz.....) 2. Kararsızım 3. Hayır/hiç
8	İstemediğiniz halde eşiniz ya da ailesi tarafından gebe kalma/doğurma konusunda baskı yaşadınız mı? /zorlandınız mı? () 1. Evet () 2. Hayır

SORU NO:	3. BÖLÜM (AİLE PLANLAMASINA İLİŞKİN ÖZELLİKLER)
1	Bugüne kadar kullandığınız aile planlaması yöntemleri nelerdir? 1. Hiç kullanmadım 2. Kullandım (Belirtiniz.....) Bırakmışsanız bırakma nedeniniz neydi? <u>Yöntem</u> <u>Bırakma nedeni</u>
2	Gebelikten korunmak için şu an herhangi bir yöntem kullanıyor musunuz? 1. Evet (Hangi yöntem belirtiniz..... Ne kadar süredir kullanıyorsunuz? Bu yöntemi tercih etme nedeniniz nedir?.....) 2. Hayır

3	Gebelikten korunmuyorsanız nedeni nedir? 1. Gebelik 2. Emzirme 3. Eşim istemiyor 4. Çocuk sahibi olma isteğim var 5. Aile büyükleri istemiyor 6. Sağlık sorunlarım sebebiyle 7. Söylentiler 8. Dini inançlar 9. Diğer.....
4	Aile planlaması yöntemi kullanmanıza kim karar verdi? /verir? 1. Kendim 2. Eşim 3. Kendim ve eşim 4. Aile büyükleri 5. Sağlık personeli 6. Diğer
5	Kullandığınız aile planlaması yönteminden memnun musunuz? 1. Evet 2. Kısmen 3. Hayır (7. Soruya geçiniz)
6	Memnun olduğunuz yönleri/ durumlar hakkında ne söylersiniz?
7	Memnun olmama nedeniniz nedir?
8	Gebelikten korunmak için bir yöntem seçerken üzerinde durduğunuz, seçme nedeni/nedenleriniz nelerdir? (Birden fazla seçenek yanıtlayabilirsiniz) () Gebelikten koruyuculuğunun yüksek olması/güvenli olması () Yan etkisinin olmaması () Sağlığımı etkilememesi /zara vermemesi () Kullanım kolaylığının olması () Ücretinin uygun olması () Kolay ulaşılabilir, elde edilebilir olması

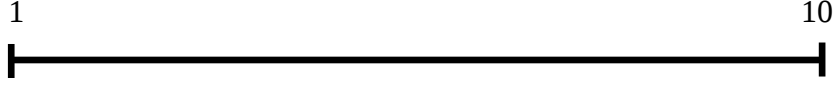
	☐ Cinselliğimi etkilememesi ☐ Cinselliğimden bağımsız olması ☐ Uzun süre kullanılabilir olması ☐ Her gün/her cinsel ilişkide kullanılmak zorunda olmaması ☐ İstedğim zaman bırakabilmem ☐ Üretkenliğimi (gebe kalma, doğurma) etkilememesi ☐ Diğer (belirtiniz.....)
9	Aile planlaması, yöntemlerle ilgili daha önce bilgi danışmanlık aldınız mı? Kimden/nereden aldınız? 1.Evet (Kim/Nereden?.....) 2.Hayır
10	Gebelikten korunmak istediğinizde nereye başvurmanız gerektiğini/ kullanacağınız aile planlaması yöntemini nereden temin etmeniz gerektiğini biliyor musunuz/ nereye başvurduunuz/ nereden temin ettiniz? 1. Evet (Neresi?.....) 2. Hayır
11	Gebelikten korunmak için bir yöntem kullanmak istediğiniz halde kullanmanızı etkileyen ya da kullanamamanıza neden olan bir durumunuz oldu mu? 1. Evet oldu (neydi belirtiniz.....) 2. Hayır olmadı
12	Gebelikten korunmak için bir yöntem kullanmak istediğiniz halde yöntem için başvurduğunuz da temin edemediğiniz oldu mu? 1. Evet (Kaç kez) Size söylenen neydi..... 2. Bazen (Kaç kez)..... 3. Hayır hiç olmadı
13	Şu anda kullanmakta olduğunuz yönteme ve cinselliğinize ilişkin size bilgi verildi mi?/ bilgi aldınız mı? ☐ 1. Evet (Kim.....) ☐ 2. Hayır

EK-2:YAŞAM DÖNEMLERİNE GÖRE CİNSELLİĞİN DEĞERLENDİRİLMESİ FORMU

CİNSEL YAŞAMIN DEĞERLENDİRİLMESİ	
Bu güne kadar ki cinsel yaşamınız değerlendirdiğinizde aşağıdaki dönemlerinizi dikkate alarak 1’den 10’a kadar puanlasanız kaç puan verirsiniz? (1: çok kötü, 10: çok iyi, mükemmel)	
İlk evlendiğiniz yıllarda	1 10
Gebeliğinizde	1 10
Doğumlarınızdan sonra	1 10
Hiç yöntem kullanmadığınız zamanlarda	1 10
Yöntem kullanırken	1 10
Şu andaki cinsel yaşantınızda	1 10

CİNSELLİĞİN ÖNEM DÜZEYİ

1.Cinselliğin sizin için önem düzeyi nedir? 1'den 10 kadar puanlasanız kaç puan verirsiniz? (1: Önemsiz/Hiç önemi yok 10: Çok önemli)



2.Size göre eşiniz için cinselliğin önem düzeyi nedir? 1'den 10 kadar puanlasanız kaç puan verirsiniz?

(1: Önemsiz/Hiç önemi yok 10: Çok önemli)



3. Size göre cinsellik neyi ifade etmektedir? Görüşünüz nedir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- () Doğal, olması gereken bir durum
- () Fizyolojik gereksinim, ihtiyaç
- () Üreme için gerekli
- () Kadınlık görevi
- () Haz alınan bir duygu
- () Diğer (Belirtiniz.....)

4.Geçmişte cinsel disfonksiyon yaşama ve tedavi olma durumu

a.Kendisi 1. Evet Ne:

Tedavi olma durumu.....

2. Hayır

b.Partner 1.Evet Ne:

Tedavi olma durumu.....

2. Hayır

EK-3: KADIN CİNSEL FONKSİYON İNDEKSİ (FSFI)

MADDELER	1.Değ.	2.Değ.	3.Değ.	4.Değ.
1- Son bir hafta içinde ne sıklıkta cinsel istek ve ilgi duyduunuz? (X 0.6) 5. Hemen her zaman veya her zaman 4. Çoğu zaman (geçen sürenin yarısından fazlasında) 3. Bazen (Geçen sürenin yarısında) 2. Birkaç kez (Geçen sürenin yarısından azında) 1. Hemen hemen hiç veya hiçbir zaman	☐ 5 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1	☐ 5 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1	☐ 5 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1	☐ 5 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1
2- Son 4 hafta içinde, cinsel istek veya ilgi düzeyinizi (derecenizi) nasıl değerlendirirsiniz? (x 0.6) 5. Çok yüksek 4. Yüksek 3. Orta 2. Düşük 1. Çok düşük veya hiç	☐ 5 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1	☐ 5 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1	☐ 5 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1	☐ 5 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1
3- Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite veya cinsel ilişki sırasında ne sıklıkta uyarıldığınızı hissettiniz? (x 0.3) 0. Hiç cinsel aktivitede bulunmadım 5. Hemen her zaman veya her zaman 4. Çoğu zaman (Geçen sürenin yarısından fazlasında) 3. Bazen (Geçen sürenin yarısında) 2. Birkaç kez (Geçen sürenin yarısından azında) 1. Hemen hemen hiç veya hiçbir zaman	☐ 0 ☐ 5 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1	☐ 0 ☐ 5 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1	☐ 0 ☐ 5 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1	☐ 0 ☐ 5 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1
4- Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite veya cinsel ilişki sırasında uyarılma düzeyinizi nasıl derecelendirirsiniz? (x 0.3) 0. Hiç cinsel aktivitede bulunmadım 5. Çok yüksek 4. Yüksek 3. Orta 2. Düşük 1. Çok düşük veya hiç	☐ 0 ☐ 5 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1	☐ 0 ☐ 5 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1	☐ 0 ☐ 5 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1	☐ 0 ☐ 5 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1
5- Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite veya cinsel ilişki sırasında uyarılacağınız konusunda ne kadar rahattınız (emindiniz)? (x 0.3) 0. Hiç cinsel aktivitede bulunmadım 5. Çok rahattım (Emindim) 4. Rahattım (Emindim) 3. Oldukça rahattım (Emindim) 2. Az rahattım (Emindim) 1. Çok az veya hiç rahat değildim	☐ 0 ☐ 5 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1	☐ 0 ☐ 5 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1	☐ 0 ☐ 5 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1	☐ 0 ☐ 5 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1

6- Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite veya cinsel ilişki sırasında uyarılma dereceniz sizin için ne sıklıkta tatminkardı? (x 0.3) 0. Hiç cinsel aktivitede bulunmadım 5. Hemen her zaman veya her zaman 4. Çoğu zaman (Geçen sürenin yansından fazlasında) 3. Bazen (Geçen sürenin yarisında) 2. Birkaç kez (Geçen sürenin yarisından azında) 1. Hemen hemen hiç veya hiçbir zaman	☐ 0 ☐ 5 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1	☐ 0 ☐ 5 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1	☐ 0 ☐ 5 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1	☐ 0 ☐ 5 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1
7- Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite veya cinsel ilişki sırasında vajinanız (hazneniz) ne sıklıkta ıslandı (kayganlaştı)? (x 0.3) 0. Hiç cinsel aktivitede bulunmadım 5. Hemen her zaman veya her zaman 4. Çoğu zaman (Geçen sürenin yarisından fazlasında) 3. Bazen (Geçen sürenin yarisında) 2. Birkaç kez (Geçen sürenin yarisından azında) 1. Hemen hemen hiç veya hiçbir zaman	☐ 0 ☐ 5 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1	☐ 0 ☐ 5 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1	☐ 0 ☐ 5 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1	☐ 0 ☐ 5 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1
8- Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite veya cinsel ilişki sırasında vajinanızın (haznenizin) ıslanması, kayganlaşması ne kadar zordu? (x 0.3) 0. Hiç cinsel aktivitede bulunmadım 1. Çok çok zorlandım 2. Çok zorlandım 3. Zorlandım 4. Biraz zorlandım 5. Hiç zorlanmadım	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
9- Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite veya cinsel ilişkiniz bitene kadar vajinanızın (haznenizin) ıslaklığını (kayganlığını) ne sıklıkta koruyabildiniz? (x 0.3) 0. Hiç cinsel aktivitede bulunmadım 5. Hemen her zaman veya her zaman 4. Çoğu zaman (geçen sürenin yarisından fazlasında) 3. Bazen (Geçen sürenin yansında) 2. Birkaç kez (Geçen sürenin yarisından azında) 1. Hemen hemen hiç veya hiçbir zaman	☐ 0 ☐ 5 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1	☐ 0 ☐ 5 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1	☐ 0 ☐ 5 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1	☐ 0 ☐ 5 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1
10- Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite veya cinselliğiniz bitene kadar vajinanızın (haznenizin) ıslaklığını (kayganlığını) koruyabilmeniz ne kadar zordu? (x 0.3) 0. Hiç cinsel aktivitede bulunmadım 1. Çok çok zor veya imkânsız 2. Çok zor 3. Zor 4. Biraz zor 5. Hiç zorluk çekmedim	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

11- Son 4 hafta içinde, cinsel uyarılma veya cinsel ilişki sırasında ne sıklıkta orgazma (doyma) ulaştınız? (x 0.4) 0. Hiç cinsel aktivitede bulunmadım 5. Hemen her zaman veya her zaman 4. Çoğu zaman (Geçen sürenin yansından fazlasında) 3. Bazen (Geçen sürenin yarısında) 2. Birkaç kez (Geçen sürenin yansından azında) 1. Hemen hemen hiç veya hiçbir zaman	☐ 0 ☐ 5 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1	☐ 0 ☐ 5 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1	☐ 0 ☐ 5 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1	☐ 0 ☐ 5 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1
12- Son 4 hafta içinde, cinsel uyarılma veya cinsel ilişki sırasında orgazma (doyma) ulaşmak sizin için ne kadar zordu? (x 0.4) 0. Hiç cinsel aktivitede bulunmadım 1. Çok çok zor veya imkânsız 2. Çok zor 3. Zor 4. Biraz zor 5. Hiç zorluk çekmedim	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
13- Son 4 hafta içinde, cinsel uyarılma veya cinsel ilişki sırasında orgazma (doyma) ulaşmanız sizi ne kadar tatmin etti? (x 0.4) 0. Hiç cinsel aktivitede bulunmadım 5. Çok tatminkardı 4. Genellikle tatminkardı 3. Yarısında tatminkardı yansında tatminkâr değildi 2. Genellikle tatminkâr değildi 1. Hiç tatminkâr değildi	☐ 0 ☐ 5 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1	☐ 0 ☐ 5 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1	☐ 0 ☐ 5 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1	☐ 0 ☐ 5 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1
14- Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite veya cinsel ilişkiniz sırasında siz ve eşiniz (partneriniz) arasındaki duygusal yakınlık ne kadar tatminkardı? (x 0.4) 5. Çok tatminkardı 4. Genellikle tatminkardı 3. Yarısında tatminkardı yarısında tatminkâr değildi 2. Genellikle tatminkâr değildi 1. Hiç tatminkâr değildi	☐ 5 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1	☐ 5 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1	☐ 5 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1	☐ 5 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1
15- Son 4 hafta içinde, eşinizle (partnerinizle) cinsel ilişkiniz sizin için ne kadar tatminkardı? (x 0.4) 5. Çok tatminkardı 4. Genellikle tatminkardı 3. Yarısında tatminkardı yarısında tatminkâr değildi 2. Genellikle tatminkâr değildi 1. Hiç tatminkâr değildi	☐ 5 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1	☐ 5 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1	☐ 5 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1	☐ 5 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1

16- Son 4 hafta içinde, genel olarak cinsel hayatınız sizin için ne kadar tatminkardı? (x 0.4) 5. Çok tatminkardı 4. Genellikle tatminkardı 3. Yarısında tatminkardı yarısında tatminkar değildi 2. Genellikle tatminkar değildi 1. Hiç tatminkar değildi	☐ 5 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1	☐ 5 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1	☐ 5 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1	☐ 5 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1
17- Son 4 hafta içinde, vajinal giriş (duhul) sırasında ne sıklıkta ağrı veya rahatsızlık duydunuz? (x 0.4) 0. Hiç cinsel aktivitede bulunmadım 1. Hemen her zaman veya her zaman 2. Çoğu zaman (Geçen sürenin yarısından fazlasında) 3. Bazen (Geçen sürenin yarısında) 4. Birkaç kez (Geçen sürenin yarısından azında) 5. Hemen hemen hiç veya hiçbir zaman	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
18- Son 4 hafta içinde, vajinal girişi (duhulü) takiben ne sıklıkta ağrı veya rahatsızlık duydunuz? (x 0.4) 0. Hiç cinsel aktivitede bulunmadım 1. Hemen her zaman veya her zaman 2. Çoğu zaman (Geçen sürenin yarısından fazlasında) 3. Bazen (Geçen sürenin yarısında) 4. Birkaç kez (Geçen sürenin yarısından azında) 5. Hemen hemen hiç veya hiçbir zaman	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
19- Son 4 hafta içinde, vajinal giriş (duhul) sırasında veya sonrasında duyduğunuz ağrı veya rahatsızlığınızın derecesini nasıl değerlendirirsiniz? (x 0.4) 0. Hiç cinsel aktivitede bulunmadım 1. Çok yüksek 2. Yüksek 3. Orta 4. Düşük 5. Çok düşük veya hiç	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
SKORLAMA Alt Boyutları iSTEK (1,2): × 0.6 UYARILMA (3,4,5, 6): ×0.3 LUBRİKASYON (7,8,9,10): × 0.3 ORGAZM (11,12,13): × 0.4 DOYUM (14,15,16): × 0.4 AĞRI (17,18,19): × 0.4 Toplam Skor (2-36) Cut-Off Değeri: ≤ 26.5				



EK-4: PLISSIT MODELİ DOĞRULTUSUNDA HAZIRLANAN EĞİTİM-DANIŞMANLIK MATERYALİ

İZİN VERME (Permission): Kadına kullandığı kontraseptif yöntemin cinsel yaşamına etkisi konusunda konuşma fırsatı veriniz.

Kontraseptif kullanan kadınların bu yöntemi kullandıkları süre boyunca cinsel yaşamları ile ilgili kaygıları ya da sorunları olabilmektedir. Sizin bu konu hakkında paylaşmak istedikleriniz var mı



EVET

1. Cinsel disfonksiyon nedir?
2. Kullandığım kontraseptif yöntem cinsel yaşamımı etkiler mi?
3. Kontraseptif yöntem kullanımına bağlı oluşabilecek cinsel sorunlar nelerdir?
4. Diğer kadınlar kontraseptif kullanımına bağlı cinsel yaşamlarında nasıl sorunlar yaşıyorlar?
5. Diğer



HAYIR

1. Kullandığınız kontraseptif yöntemin cinsel yaşamınızı etkileyeceğini/etkilediğini düşünüyor musunuz?
Ne yönde?
2. Kontraseptif yöntem kullanırken cinsel yaşamınızla ilgili değişiklik/sorunlarınız oldu mu? / yaşıyor musunuz? Açabilir misiniz?
3. Cinsel sorun yaşamamanız cinselliğinizi, eşinizle ilişkinizi etkiler mi?
Nasıl? ne yönde?
4. Kullandığınız yöntem ve cinselliğe etkisi açısından bilmek istedikleriniz var mı?

SINIRLI BİLGİ (Limited Information): Kadının sorduğu sorulara cevap olarak ya da sizin sorduğunuz sorulara aldığınız cevap doğrultusunda gerçekçi bilgiler veriniz.

Cinsel fonksiyon bozuklukları; yetişkinlerin kişisel olarak tatmin edici, zorlayıcı olmayan cinsel aktivitelerini yaşayabilecekleri çeşitli durumları içeren sendromlardır. Cinsel tepki psikolojik, fizyolojik, sosyal, kültürel ve kişilerarası süreçlerin karmaşık bir etkileşimidir ve bu faktörlerden bir veya daha fazlası cinsel tepkinin herhangi bir aşamasını etkileyebilir.

Cinsel fonksiyon bozukluğu olarak kabul edilebilmesi için disfonksiyonun;

1. Sık görülmesi gerekir, ancak bazı durumlarda bulunmayabilir.
2. En az birkaç aydır mevcut olması gerekir.

Kadınlarda Cinsel Fonksiyon Bozuklukları;

→ Cinsel İstek Bozuklukları

1. Hipoaktif (azalmış) Cinsel İstek Bozukluğu

- Kendiliğinden arzunun (cinsel düşünceler veya fanteziler) azaltılması veya olmaması,
- Erotik ipuçlarına ve uyarılmaya karşı duyarlı arzunun azalması veya olmaması,
- Cinsel fonksiyon başlatıldıktan sonra cinsel faaliyette arzu ve ilgiyi sürdürememe ile ortaya konan cinsel aktiviteye girme arzusu veya motivasyonunda yokluk veya belirgin bir azalma ile karakterize edilir.

2. Cinsel Tiksinti Bozukluğu

- Kalıcı ya da geçici olarak cinsel ilişki kurmaktan tiksinti duyma, bu nedenle cinsellikten uzak durma ve bu durumun kişisel sıkıntıya neden olması halidir.
- Cinsel tiksinti duygusu olan bireyler cinsel aktivitelerden uzak dururlar, kendilerine cinsel yönden yaklaşıldığında korku, kaygı ya da iğrenme ifade ederler.

→ Kadın Cinsel Uyarılma Bozukluğu,

- Vulvovajinal ıslaklık, cinsel organın isteği, cinsel organın hassasiyetini içeren genital yanıtta yokluk veya belirgin azalma,
- Meme uçlarının sertleşmesi, cildin kızarması, kalp atım hızının artması, kan basıncının artması ve solunum hızının artması gibi genital olmayan yanıtlarda yokluk veya belirgin azalma,
- Herhangi bir cinsel uyarımdan, cinsel uyarılma duygularında (cinsel heyecan, cinsel zevk) yokluk veya belirgin azalma ile ortaya konan kadınlarda cinsel uyarılmaya cevaben yokluk veya belirgin bir azalma ile karakterize edilir.

→ Orgazm Bozukluğu/Orgazm Olamama,

- Kadınlarda orgazm bozukluğu, orgazmın öznel deneyimi ile ilgili zorluklara işaret eder.
- Orgazm deneyiminin yokluğu veya belirgin bir şekilde görülmemesi veya belirgin olarak azalan orgazmik duyumların yoğunluğu ile karakterizedir.
- Cinsel aktivite ve orgazm arzusu da dahil olmak üzere yeterli cinsel uyarımın yokluğuna, gecikmesine veya azalmasına neden olan sıklık ve gecikme, en az birkaç ay boyunca aralıklarla veya sürekli olarak ortaya çıkmış olmalıdır.

→ Cinsel ağrı bozuklukları

Cinsel ağrı bozuklukları, yetişkin kişilerde cinsel aktivite sırasında ağrının yaşanmasıyla ilgili belirgin kalıcı veya tekrarlayan zorluklara işaret etmektedir. Bu durum temel bir tıbbi duruma, kadınlarda yetersiz vajinal ıslaklığa, yaşa bağlı değişikliklere veya menopozla ilgili değişikliklere tamamen bağlı değildir.

- **Cinsel ilişkide ağrı (disparonia):** Fiziksel belirleyicilerin neden olduğu kadınları etkileyen bir genital sistem semptomudur. Bu semptom cinsel ilişki sırasında esnasında veya sonrasında ortaya çıkan vajinal ıslaklığın eksikliğini içermeyen, fiziksel bir sebeple ilişkili olan, yüzeysel veya derin vajinal girişle ortaya çıkan, tekrarlayan genital ağrı ve rahatsızlık ile tanımlanabilir.

Kadın cinsel organları veya idrar yoluna ait enfeksiyon, genital bölgedeki eski operasyon skarları, doğum sırasında oluşan laserasyonlar, endometriozis, alt batında bulunan tümörler, radyoterapi, barsak hastalıkları, uterusun retrovert olması disparoniye yol açabilir. Diğer cinsel sorunlara bağlı ya da psikolojik nedenlerle de Disparoni olabilir. Tecavüz ve cinsel saldırılar gibi travmatik yaşantılar cinsel ağrı bozukluklarına sebep olabilir.

- **Vajinismus:** Vajinismus cinsel birleşme denendiğinde, vajinanın dış üçte birini çevreyen kaslarda yineleyici ya da sürekli bir biçimde oluşan kasılmalar ve sürekli acı nedeni ile cinsel birleşmenin gerçekleşmemesi ya da ağrılı/sıkıntılı olarak gerçekleşmesidir. Bu kasılma istemsiz, yani kadının bilinçli kontrolü dışında gerçekleşen bir kasılmadır. Bu kasılmaya tüm bedendeki kasılmalar, bacakların kapanması, adeta bir kilitlenme, korku, cinsel birleşmeden kaçınma, girişin olmayacağı inancı eşlik eder.

SPESİFİK ÖNERİLER (Specific Suggestion): Yaptığınız görüşmede saptadığınız ya da kadının size dile getirdiği cinsel sağlık sorunlarına bireysel ihtiyaçlarını göz önüne alarak ona özel önerilerde bulununuz.

PROBLEM

ÖNERİ

Cinsel İstek Bozukluğu

⇒

- ♥Eşler birbirlerine cinsel istek ve tercihlerini iletebilmeli, sabırlı ve anlayışlı olmalı, cinsellik dışında da uyumlu bir birliktelik sağlanmalı yani aynı zamanda iki iyi arkadaş olmalıdırlar.
- ♥Eşler birlikte zaman geçirmek için fırsat yaratmalı, birbirlerine zaman ayırmak bu süreçte problemin çözümünde yararlı olacaktır.
- ♥Yakınlaşma, sarılma, öpüşme davranışlarını arttırmalı, birbirlerine nazik, anlayışlı ve sabırlı davranmaları yararlı olacaktır.
- ♥Cinsel isteği arttırabilecek tarzda giysiler tercih etmelerinin yararlı olabileceği belirtmek yararlı olacaktır.
- ♥Psikoseksüel terapistte başvurabilecekleri konusunda yönlendirmek yararlı olacaktır.

**Orgazm bozukluğu/
Orgazm olamama:**



♥Kadınların yaklaşık 1/3'ünün çeşitli derecelerde orgazm sorunları yaşamaktadırlar.

En önemli psikolojik nedenleri arasında tutucu değer yargıları, suçluluk duyguları, cinsel travmalar, yetersiz cinsel bilgi ve deneyim, duygusal hazırlığın ya da eşle olan duygusal iletişimin yetersizliği, yetersiz ön sevişme ve cinsel uyarı, eşteki erken boşalma ya da ereksiyon güçlüğü nedeniyle yetersiz cinsel birleşme süresi olabileceğini açıklamak yararlı olacaktır.

♥Çoğu kadında orgazmın için gerekli olan klitoral uyarının sağlanması açısından cinsel ilişkide doğru pozisyonun seçilmesi önemlidir. Kadının eşine en çok uyarıldığı pozisyonu söylemesinin ya da hissettirmesinin önemini belirtmek yararlı olacaktır.

♥Kadının orgazma ulaşması için geçen süre erkeğe oranla daha uzun sürer. Bu nedenle erkeğin eşi için gereken süreyi bilmesinin ve o süre boyunca uyarıyı sağlamanın gerekliliğini açıklamak yararlı olacaktır.

**Cinsel İlişkide Ağrı
(Disparonia)/
Vajinismus:**



- ♥ Cinsel ilişkide ağrının enfeksiyon, kitle, vajinal kuruluk, operasyon geçirme gibi birçok nedeni olabileceği açıklanmalıdır.
- ♥ Ağrıya neden olan faktörleri belirlemek sorunun çözümünde yararlı olacaktır.
- ♥ Yeterli vajinal ıslaklık sağlanmadan cinsel ilişkiye başlamanın zararlı olabileceği açıklanmalıdır.
- ♥ Cinsel birleşme sırasında kasların rahat bırakılması gerekliliği anlatılmadığı. Aksi takdirde ağrı duyabileceği açıkça anlatılmalıdır.

YOĞUN BAKIM (Intensive Therapy): Bazı durumlarda kadınlarda cinsel sorunlar ve disfonksiyon ile ilgili hemşirelik bakımları yetmeyebilir ve daha ileri bakım gereksinimi olabilir. Ciddi ve kronikleşen sorunlar için kadını bir uzmana yönlendiriniz.

İfadeleriniz doğrultusunda sorunlarınızı sağlıklı bir şekilde çözebilmeniz için, size faydalı olacak tedaviler açısından bu konuyu rahatlıkla paylaşabileceğiniz bir uzmana yönlendirmek istiyorum.



Yönlendirilen birim	Yönlendirilme sebebi

EK-5: ETİK KURUL ONAY YAZISI

T.C
DIYARBAKIR VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı: 71 **Tarih:** 27.04.2018

Konu: Onay yazısı

Sayın: Doç.Dr.Hatice YILDIZ

**" Kontraseptif Yöntem Kullanan Kadınlarda Cinsel Problemler ve
Çözümünde PLISSIT Modeli Doğrultusunda Verilen Eğitim-Danışmanlığın Etkisi
"adlı çalışmanızın gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına"oy birliği ile
karar verilmiştir.**

Doç Dr. Mehmet Nuri ÖZBEK
Etik Kurul Başkanı

ÖZGEÇMİŞ

Adı	Özlem	Soyadı	Bakan Demirel
Doğum Yeri	İzmir	Doğum Tarihi	09/08/1984
Uyruğu	TC	Tel	5336243634
E-mail	ozlemdemirel35@gmail.com		

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Doktora/Uzmanlık		
Yüksek Lisans	Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	2014-2019
Lisans	Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu	2002-2007
Lise	Hoca Ahmet Yesevi Süper Lisesi	1997-2002

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
Yoğun bakım Hemşire	Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Erişkin Nrš Yoğun Bakım Ünitesi	2007-2008
Hemşire	Özel İrenbe Tüp Bebek Merkezi	2008-2009
Hemşire	İzmir Beydağ Tsm	2009-2010
Sorumlu Hemşire	Eskişehir Devlet Hastanesi	2010-2016
Yoğun bakım Hemşire	Diyarbakır SBÜ Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2016-2017
Sorumlu Hemşire	Diyarbakır Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Pediatrik Kardiyoloji-Pediyatrik KVC-Anjiyo ünitesi	2017-...

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*
İngilizce	iyi	iyi	iyi

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	74		
(Diğer) Puanı			

Yabancı Dil Sınav Notu								
YDS	YÖKDİL	IELTS	TOEFL IBT	TOEFL PBT	TOEFL CBT	FCE	CAE	CPE
	72.5							

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
MS Word	Çok iyi
MS Excel	Çok iyi
MS Powerpoint	Çok iyi
SPSS	İyi

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendiriniz.

Ulusal ve Uluslararası Bilimsel Toplantılarda Sunulan ve Bildiri Kitaplarında Basılan Bildiri

1. Bakan Demirel Özlem, Yüksel Emine, Sak Ece, Demirsoy Gözde, Akdolun Balkaya Nevin, “Gizli Kahramanlar Aile Büyükleri; Emzirmeye Etkileri”, “1. Ulusal Doğum Sonu Bakım Kongresi”, poster bildiri, İzmir, 2013.
2. Bakan Demirel Özlem, Yıldız Hatice, “Modern Kontraseptif Yöntemlerin Kadın Cinsel Fonksiyonlarında Etkisi”, “37.Zeynep Kâmil Jineko-Patoloji Kongresi”, sözel bildiri, İstanbul, 2019.

EK-6: Diğer Bilimsel faaliyetler

