



T.C

GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**AİLE PLANLAMASI YÖNTEMİ OLARAK EŞLERİ KOİTUS
İNTERRUPTUS UYGULAYAN KADINLARIN CİNSEL
DOYUMLARININ EVLİLİK UYUMLARI ÜZERİNE ETKİSİ**

Ece KAPLAN
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Doç. Dr. Simge ZEYNELOĞLU

GAZİANTEP

2015



T.C

GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**AİLE PLANLAMASI YÖNTEMİ OLARAK EŞLERİ KOİTUS
İNTERRUPTUS UYGULAYAN KADINLARIN CİNSEL
DOYUMLARININ EVLİLİK UYUMLARI ÜZERİNE ETKİSİ**

Ece KAPLAN
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

DANIŞMAN
Doç. Dr. Simgе ZEYNELOĞLU

GAZİANTEP

2015

GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS
PROGRAMI

AİLE PLANLAMASI YÖNTEMİ OLARAK EŞLERİ KOİTUS İNTERRUPTUS
UYGULAYAN KADINLARIN CİNSEL DOYUMLARININ EVLİLİK
UYUMLARI ÜZERİNE ETKİSİ

ECE KAPLAN

Tez Savunma Tarihi: 06.01.2015
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Onayı

Prof. Dr. Mehmet TARAKÇIOĞLU
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

Bu tez çalışmasının bir "Yüksek Lisans" derecesi için uygun ve yeterli bir çalışma olduğunu onaylıyorum.

Prof. Dr. Kıvanç GÜNGÖR
Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanı V.

Bu tez tarafımda okunmuş, kapsamı ve niteliği açısından bir "Yüksek Lisans" tezi olarak kabul edilmiştir.

Doç. Dr. Simge ZEYNELOĞLU
Tez Danışmanı

Bu tez tarafımda okunmuş, kapsamı ve niteliği açısından bir "Yüksek Lisans" tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Jürisi

İmzası

Doç. Dr. Simge ZEYNELOĞLU
Doç. Dr. Sezer KISA
Yrd. Doç. Dr. Rabia SOHBET

BEYAN

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

06/01/2015
Ece KAPLAN

TEŞEKKÜR

Tez danışmanım olarak değerli bilgi, görüş ve önerileriyle çalışmaya yol gösterici katkılar sağlayan saygıdeğer hocam Sayın Doç. Dr. Simgе ZEYNELOĞLU'na teşekkürlerimi borç bilirim.

Tez izleme komitesinde yer alarak bilgileri, görüş ve önerileriyle bu çalışmaya değerli katkılar sağlayan Sayın Doç. Dr. Sezer KISA'ya,

Gaziantep Binevler Aile Sağlığı Merkezi'nde veri toplama aşamasında desteklerini esirgemeyerek çalışmanın devamını sağlayan tüm hekim ve hemşirelere, çalışmamın veri tabanını oluşturan kadınlara,

Tüm eğitim hayatım boyunca desteğini esirgemeyen saygıdeğer hocam Sayın Doç Dr. Evşen Nazik'e,

Anneme, babama, kardeşime ve Damla ÇIRA'ya yüksek lisans eğitimim boyunca yanımda oldukları, sevgilerini ve desteklerini esirgemedikleri, bana güvendikleri ve vermiş oldukları bütün emekler için sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

SİMGELER ve KISALTMALAR	v
TABLO LİSTESİ	vi
ÖZET	1
ABSTRACT	2
1.GİRİŞ ve AMAÇ	3
1.1.Problemin Tanımı	3
1.2.Araştırmanın Amacı.....	7
1.3.Araştırmanın Hipotezi.....	7
2.GENEL BİLGİLER	8
2.1.Türkiye'nin Nüfus Politikası ve Aile Planlaması Durumu.....	8
2.2.Aile Planlamasının Tanımı ve Amacı.....	9
2.3.Aile Planlamasının Kadın Sağlığı Açısından Yararları	10
2.3.1.Aile Planlamasının Çocuk Açısından Yararları.....	10
2.3.2.Aile Planlamasının Topluma Yararları	11
2.4.Aile Planlaması Yöntemleri.....	11
2.4.1.Etkili Yöntemler	11
2.4.1.1. Hormonal Kontraseptifler	11
2.4.1.2. Rahim İçi Araçlar (RİA)	20
2.4.1.3. Bariyer Yöntemler	22
2.4.1.4.Cerrahi Kontrasepsiyon (Tüpligasyon ve Vazektomi)	26
2.4.2. Etkisi Sınırlı Yöntemler.....	28
2.4.2.1.Servikal mukus takibi.....	28
2.4.2.2.Servikal palpasyon yöntemi.....	28
2.4.2.3.Bazal vücut ısı takibi.....	28
2.4.2.4.Takvim veya ritimmetodu	29
2.4.2.5.Laktasyonel Amenore yöntemi.....	29
2.4.2.6.Geri çekme.....	30
2.4.2.7.Vajinal duş.....	31
2.5.Cinsel Doyum ve Cinsel Doyumu Etkileyen Faktörler.....	31
2.6.Cinsel Doyumun Evlilik Uyumu Üzerine Etkisi.....	32

2.7. Aile Planlaması Yöntemlerinin Cinsel Doyuma Etkisine Yönelik Danışmanlık Hizmetlerinde Hemşirenin Rolü.....	33
3. GEREÇ ve YÖNTEM	35
3.1. Araştırmanın Şekli	35
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri:	35
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	35
3.4. Verilerin Toplanması	36
3.4.1. Veri toplama araçlarının hazırlanması.....	36
3.4.1.1. Anket Formu.....	37
3.4.1.2. Glombook – Rust Cinsel Doyum Ölçeği.....	37
3.4.1.3. Evlilik Uyum Ölçeği.....	38
3.4.2. Anket formunun ön uygulaması	38
3.4.3. Veri toplama araçlarının uygulanması.....	39
3.4.4. Araştırmanın etik boyutu	39
3.4.5. Verilerin değerlendirilmesi	39
3.4.6. Araştırmanın sınırlılıkları	40
4. BULGULAR	42
5. TARTIŞMA	66
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	75
6.1. Sonuç	75
6.1.1. Kadınların sosyo-demografik özelliklerine ilişkin sonuçlar.....	75
6.1.2. Kadınların cinsel doyumlarını etkileyebilecek bazı bağımsız değişkenlere ilişkin sonuçlar.....	75
6.1.3. Kadınların GRCDÖ ve EUÖ'nden aldıkları puan ortalamaları ve GRCDÖ'nden aldıkları puan ortalamalarının cinsel doyumunu etkileyebileceği düşünülen faktörler ile ilişkisine yönelik sonuçlar	77
6.1.4. Kadınların GRCDÖ'nden aldıkları puan ortalamalarının EUÖ'ne ilişkin puan ortalamaları üzerindeki etkisine ilişkin sonuçlar.....	79
6.1.4.1. Kadınların Cinsel Doyum Toplam Ölçek Puanının Lineer Regresyon Analizine İlişkin Sonuçlar.....	79
6.2. Öneriler	80
KAYNAKLAR	81
EKLER	
Ek 1. Kadınların Sosyo-demografik Özelliklerini Belirlemeye Yönelik Anket formu..	91

Ek 2. Glombook - Rust Cinsel Doyum Ölçeği (GRCDÖ).....	96
Ek 3. Evlilik Uyum Ölçeği (EUÖ).....	100
Ek 4. Aile Planlaması Yöntemi Olarak Eşleri Koitus Interruptus Uygulayan Kadınların Cinsel Doyumlarının Evlilik Uyumlarına Etkisi Çalışması İçin Kadınları Bilgilendirme ve Olur Alma Formu.....	102
Ek 5. Gaziantep Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden Alınan Yazılı İzin Formu.....	103
Ek 6. Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Etik Kurul Başkanlığı'ndan Araştırmanın Uygulanabilmesi İçin Alınan Etik Kurul İzni.....	104
Ek 7. Cinsel Doyum Ölçeği'nin Uygulanabilmesi İçin Alınan Yazılı İzin Formu.....	106
Ek 8. Evlilik Uyum Ölçeği'nin Uygulanabilmesi İçin Alınan Yazılı İzin Formu.....	107
ÖZGEÇMİŞ	108

SİMGELER VE KISALTMALAR

ASM	: Aile Sağlığı Merkezi
CYBE	: Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EUÖ	: Evlilik Uyum Ölçeği
GRCDO	: Glombook – Rust Cinsel Doyum Ölçeği
OK	: Oral Kontraseptif
RIA	: Rahim İçi Araç
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

TABLO LİSTESİ

Tablo 4.1.1. Kadınların ve Eşlerinin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı.....	46
Tablo 4.2.1. Kadınların Evlenme ve Nikah Şekillerine İlişkin Özelliklerinin Dağılımı.....	47
Tablo 4.2.2. Kadınların Evlilik Uyumlarına İlişkin Özelliklerinin Dağılımı.....	48
Tablo 4.2.3. Kadınların Doğurganlığa İlişkin Özelliklerinin Dağılımları.....	49
Tablo 4.2.4 Kadınların Cinsel Yaşamlarına İlişkin Özelliklerin Dağılımı.....	50
Tablo 4.2.5. Kadınların Aile Planlaması Yöntemi Kullanımı İle İlgili Özelliklerinin Dağılımı.....	51
Tablo 4.3.1.1. Kadınların Cinsel Doyum ve Evlilik Uyum Ölçeği'nden Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	52
Tablo 4.3.2.1. Kadınların ve Eşlerinin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre GRCDÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	54
Tablo 4.3.2.2. Kadınların Evlenme Durumlarına İlişkin Özelliklerine Göre GRCDÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	57
Tablo 4.3.2.3. Kadınların Evlilik Uyumlarına İlişkin Özelliklerine Göre GRCDÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	59
Tablo 4.3.2.4. Kadınların Doğurganlığa İlişkin Özelliklerine Göre GRCDÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	61
Tablo 4.3.2.5. Kadınların Cinsel Yaşamlarına İlişkin Özelliklerine Göre GRCDÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	63
Tablo 4.3.2.6 Kadınların Aile Planlaması Yöntemi Kullanımına İlişkin Özelliklerine Göre GRCDÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	64
Tablo 4.4.1. Kadınların GRCDÖ ve EUÖ Puanları Arasındaki İlişkiye Yönelik Pearson Korelasyon Analizi	66
Tablo 4.4.2. Glombook-Rust Cinsel Doyum Toplam Ölçek Puanının Lineer Regresyon Analizi.....	64

ÖZET

AİLE PLANLAMASI YÖNTEMİ OLARAK EŞLERİ KOİTUS İNTERRUPTUS UYGULAYAN KADINLARIN CİNSEL DOYUMLARININ EVLİLİK UYUMLARI ÜZERİNE ETKİSİ

Ece KAPLAN

Yüksek Lisans Tezi, Hemşirelik Anabilim Dalı Doğum ve Kadın Hastalıkları
Hemşireliği Yüksek Lisans Programı

Danışman: Doç Dr. Simge ZEYNELOĞLU

2015, 108 sayfa

Araştırma, aile planlaması yöntemi olarak eşleri koitus interruptus uygulayan kadınların cinsel doyumlarını etkileyen faktörleri ve cinsel doyumlarının evlilik uyumları üzerine etkisini belirlemek amacıyla kesitsel olarak yapılmıştır. Araştırmanın evrenini oluşturan Binevler Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran 1422 kadından, örnekleme alınacak kadın sayısı 302 olarak hesaplanmıştır. Veri toplama aracı olarak, anket formu ile "Glombook-Rust Cinsel Doyum Ölçeği" (Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayısı 0.91) ve "Evlilik Uyum Ölçeği" (Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayısı 0.90) kullanılmıştır. Anket formu iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde; kadınların ve eşlerinin sosyo-demografik özellikleri; ikinci bölümde kadınların cinsel doyumlarını etkileyebileceği düşünülen faktörlere yönelik sorular yer almaktadır. Araştırmadan elde edilen veriler SPSS for Windows 18 bilgisayar programında; ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerler ile yüzdelik sayılar, t-testi, Oneway Anova testi, Pearson Korelasyon testi, Lineer Regresyon analizi kullanılarak değerlendirilmiştir. Kadınların cinsel doyumlarını belirleyen GRCDÖ puan ortalamaları ile kadınların yaşı, öğrenim düzeyi, çalışma durumları, evlilik yılı, eşlerinin öğrenim düzeyi, eşi ile duygu ve düşüncelerini paylaşması, eşi ile yaşamda yer alan değerlerinin benzer olması, önemli konularda eşi ile karar alması, çocuk sahibi olma durumları, gebelik sayısı, gebeliklerinin planlı olma durumu, cinsel ilişki sıklığı, geri çekme yöntemine karar verme durumu, geri çekme yöntemi tercih etme nedenleri, istenmeyen gebelik yaşama durumları ve cinselliğin doyuruculuğu arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$). Sonuç olarak, kadınların cinsel doyumlarının düşük olduğu (GRCDÖ puan ortalaması 83.07) saptanmıştır. Ayrıca cinsel doyumları düşük olan kadınların evlilik uyumlarının düşük olduğu belirlenmiştir ($r = 0.514$, $p = 0.001$).

Anahtar Kelimeler: aile planlaması, cinsel doyum, cinsellik, evlilik uyumu, geri çekme, kadınlar, ölçek, uyum

ABSTRACT

THE EFFECTS OF WOMEN’S SEXUAL SATISFACTION ON THEIR MARITAL ACCORDANCE, WHOSE SPOUSES IMPLEMENTING “COITUS INTERRUPTUS” AS THE FAMILY PLANNING METHOD

Ece KAPLAN

Master Thesis, Nursing Department

Obstetrics and Gynecology Nursing Program

Advisor: Assoc. Prof. Dr. Simge ZEYNELOĞLU

2015, 108 pages

The research has been conducted fractionally with the aim of the determination the factors, which affect the sexual satisfaction of women, whose spouses prefer the coitus interruptus as the family planning method and the effects of sexual satisfaction on their marital accordance. Out of 1422 women applying to the Binevler Family Health Center, the number of the women, who have been evaluated as the specimen, is calculated by 302 women. As the data collecting method with the questionnaire form, “Gloombook-Rust Sexual Satisfaction Scale” (Cronbach Alpha Reliability Coefficient 0.91) and “Marital Accordance Scale” (Cronbach Alpha Reliability Coefficient 0.90) have been utilized. The result data from the survey have been evaluated via the computer program “SPSS for Windows 18” with the calculations of average, standard deviation, percentage numbers with minimum and maximum values, t-test and Oneway Anova Test, Pearson Corralate Test, Lineer Regresyon. The average points of GRSSS, which determines the sexual satisfaction of women, the age of women, education level, working situation, age of marriage, the number of children they have, the number of pregnancy, the planned pregnancy, undesired pregnancy situations and the difference of sexual satisfactions between spouses have been found statistically important ($p < 0.05$). As a result, it is stated that the sexual satisfaction of women is low (The average point of GRSSS is 83.07). Additionally it is found out that women with less sexual satisfaction have also less marital accordance ($r = 0.514$, $p = 0.001$).

Key words: Coitus interruptus, family planning, harmony, marital harmony (accordance), scale, sexual satisfaction, sexuality, women

1. GİRİŞ ve AMAÇ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Üreme Sağlığı kavramı, ilk kez 1994 yılında Kahire’de yapılan Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı’nda gündeme gelmiş ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından “*Yalnızca üreme sistemi işlevleri ve süreci ile ilgili hastalık ya da sakatlığın olmaması değil, fiziksel, zihinsel ve sosyal yönden tam bir iyilik hali*” olarak tanımlanmıştır (1).

Üreme sağlığı; insanların tatmin edici ve güvenli bir cinsel yaşamlarının olması, üreme yeteneğine ve bunun ne zaman, nasıl olması gerektiği konusunda karar verebilme özgürlüğüne sahip olabilmeyi içermektedir (2, 3, 4). Üreme sağlığı kavramı içinde yer alan cinsel sağlık kavramı; cinsel yaşamın, bedensel, ruhsal, zihinsel ve sosyal açıdan bir bütün olarak ele alınarak, kişilik, iletişim ve sevginin güçlendirilmesi olarak tanımlanmaktadır (1, 2).

Literatürde aile planlaması üreme sağlığının bir parçası olarak çiftlerin ve bireylerin; istedikleri zamanda ve istedikleri sayıda çocuk sahibi olabilmeleri olarak tanımlanmaktadır (1). Aile planlaması; istenmeyen gebeliklerin önlenmesi, istenilen gebeliklerin sağlıklı olarak sona erdirilmesi, ailelerin istedikleri sayıda çocuk sahibi olmalarının sağlanması, gebelikler arasında yeterli zaman aralığının oluşturulması, gebeliğin aile açısından en iyi zaman ve olanaklarda olmasının sağlanması, annenin doğum için en uygun yaşta olmasının sağlanması, cinsel yaşamın sağlıklı sürdürülebilmesi ve cinsel doyumun artırılması gibi yararlar sağlamaktadır (5).

DSÖ verilerine göre çoğu gelişmekte olan ülkelerde olmak üzere dünyada yaklaşık 900 milyon çiftin üreme döneminde bulunduğu, bu çiftlerin %43.0’ünün herhangi bir aile planlaması yöntemi kullandığı, gelişmiş ülkelerde aile planlaması yöntemi kullanım oranının %42.0 iken gelişmekte olan ülkelere bu oranın Çin hariç %27.0 olduğu bildirilmektedir. Dünya nüfusunun yaklaşık %60.0’ı modern bir aile planlaması yöntemi kullanmaktadır. Aile planlaması yöntem kullanım oranları incelendiğinde; 154 milyon çift tüpligasyon, 60 milyon çift vazektomi, 110 milyon çift RİA, 95 milyon çift oral kontraseptif, 59 milyon çift kondom, 11 milyon çift ise enjektabl, spermisid, diyafram gibi modern aile planlaması yöntemleri ile korunduğu, 120 milyon çiftin takvim, geri çekme veya diğer geleneksel yöntemler ile (bazal vücut ısısı yöntemi, servikal mukus yöntemi, bazal vücut ısısı yöntemi, servikal palpasyon yöntemi) korunduğu

belirtilmektedir (1). Geleneksel aile planlaması yöntemleri içerisinde yer alan geri çekme yöntemi Türkiye, Romanya, Bulgaristan ve Moritanya gibi birçok ülkede yaygın olarak kullanılan bir yöntemdir. Geri çekme yöntemi; Türkiye’de %25.5, Bulgaristan’da %35.0, Moritanya’da %16.0 oranında kullanılmaktadır (6).

Ülkemizde Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması - 2013 (TNSA-2013) verilerine göre; toplam doğurganlık hızı 2.26’tir. Kadınların, %47.0’si modern ve %26.0’sı geleneksel bir yöntem olmak üzere toplam %73.0’ü herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanmaktadırlar. TNSA 2013 verilerine göre; modern yöntemler içinde RİA %16.8 ile birinci sırada, kondom %15.8 ile ikinci sırada, haplar %4.6 ile üçüncü sırada kullanılmaktadır. Geleneksel aile planlaması yöntemleri içerisinde ise en fazla kullanılan yöntemin %25.5 ile geri çekme yöntemi olduğu dikkati çekmektedir. Eşleri geri çekme yöntemini uygulayan kadınların yüzdesi 40-44 yaş grubunda en yüksek düzeye (%32.0) ulaşmaktadır. Modern aile planlaması yöntem kullanım oranı TNSA (1993) %34.5’den, TNSA (2013) de %47.4’e yükselmiştir. Modern aile planlaması yöntem kullanımını artarken, geleneksel aile planlaması yöntem kullanımında azalma olduğu belirlenmiştir. Ancak geri çekme yönteminin nerdeyse aynı oranda kullanıldığı dikkati çekmektedir. TNSA-1993 verilerine göre geri çekme yöntem kullanımı %26.0, TNSA-1998 verilerine göre %24.0, TNSA- 2003 verilerine göre %26.0, TNSA- 2008 verilerine göre %26.0 ve TNSA- 2013 verilerine göre %25.5’dir. TNSA- 2013 verilerine göre her dört evli çiftten biri aile planlaması yöntemi olarak geri çekme yöntemini kullanmaktadır (7).

Geleneksel aile planlaması yöntemleri içerisinde yer alan geri çekme yöntemi; insanlık tarihi boyunca kullanılmış olan en eski yöntemlerden biridir. İlk kez İbraniler tarafından kullanıldığı, daha sonra Müslümanlar tarafından “azl” adı altında kullanıldığı bilinmektedir (8). Kur’an ve İncil’de de bu yöntemden söz edilmektedir. Erkek kontrollü olan bu yöntem yüzyıllardır kullanılmasına karşın bilimsel olarak çok ayrıntılı şekilde incelenmemiştir (9, 10). Geri çekme yöntemi, eşler arasında uyum, disiplin ve motivasyon gerektiren bir yöntemdir (11). Yöntemin çiftler tarafından sık tercih edilme nedenleri arasında; yan etkisinin olmaması, erkeğin aile planlaması sorumluluğunu paylaşması, eşlerin kontrolü altında olması, ilaç kullanımını gerektirmemesi, ucuz ve kullanımının kolay olması, dini yönden günah olmaması, sağlık kuruluşuna gitme zorunluluğunun olmaması gibi faktörler yer almaktadır. Geri çekme yönteminin çiftler

tarafından sık tercih edilmesinin yanısıra yöntemi kullanırken cinsel ilişkiyi kesintiye uğratması, evlilik uyumunu ve cinsel doyumunu olumsuz etkilemesi, gebe kalma riskinin olması, cinsel isteği azaltması gibi olumsuz yönleri de bulunmaktadır.

Kadınların aile planlaması yöntemi kullanma durumlarını inceleyen çalışmalarda, kadınların dörtte birinin partnerlerinin geri çekme yöntemi kullandığı belirtilmiştir (12, 13, 14, 15, 16). Kadınların aile planlaması yöntemi olarak geri çekme yönteminin kullanma nedenlerinin incelendiği çalışmalarda; kadınların, yöntemin sağlıklı olması, kullanımının kolay olması ve ekonomik olması nedeniyle geri çekme yöntemini tercih ettiği belirlenmiştir (17, 18, 19, 20). Geri çekme yöntem kullanımı üzerine yapılan çalışmalarda kadınların bu yöntemi kullanırken, gebe kalma korkusu yaşadıklarını ve cinsel doyumlarının düşük olduğunu belirtmişlerdir (12, 13, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27).

Ülkemizde geri çekme üzerine yapılan çalışmalarda geri çekme yönteminin tercih edilmesinin en önemli nedeninin kullanımının kolay ve sağlıklı olması, eşlerinin tercihi olması, güvenli olması, ekonomik olması olarak belirlenmiştir (28, 29, 30, 31). Yapılan çalışmalarda herhangi bir kontrasepsiyon yöntemi kullanırken gebe kalan kadınların geri çekme yöntemini kullandıkları bildirilmiştir (28, 30, 32, 33). Yapılan çalışmalarda, geri çekme yöntemini uygulayan kadınların cinsel doyumlarının olumsuz etkilediği belirlenmiştir (28, 29, 30, 34).

Ülkemizde özellikle kadınlar açısından cinsellik ve ilk cinsel deneyim evlilik kurumu içerisinde yaşanmaktadır. Literatürde evlilik, bir erkek ve bir kadın arasında toplum tarafından onaylanmış ilişki; karşılıklı dayanışma, toplumsal onaylama sonucunda gerçekleşen bir sözleşme ve toplumsal yasaklamaların tamamen dışında tutulan cinsel ihtiyaçların doyuma ulaştırıldığı bir kaynaşma durumu olarak tanımlanmaktadır (35). Evlilik, kadın ve erkek arasındaki ilişkinin cinsel ve sosyal yönünü de içinde barındıran bir birlikteliktir (36). Evlilik içerisinde cinselliğin temel görevi, yakınlığın pekişmesi ve derinleşmesi, hazzın paylaşılması, yaşamın ve evliliğin güçlüklerine karşı baş etmede gerilimi azaltmasıdır. Bütün evliliklerin amacı bireylerin mutluluğudur. Evlilikte uyum, farklı kişiliğe sahip eşlerin mutluluğu elde etmek ve müşterek hedeflere ulaşmak için bir bütün olarak birbirlerini tamamlaması olarak tanımlanabilir (37, 38, 39).

Evlilik uyumu evlilikte isteklerin, beklentilerin, ihtiyaçların karşılanma derecesidir (37). Evlilik uyumunda, beklentilerin gerçekleşmesi, mutluluk ve cinsel doyumun sağlanması beklenir (40). Literatürde cinsel doyum, bireyin cinsel ilişkisinden memnuniyetinin ve aldığı hazzın düzeyi olarak tanımlanmaktadır (41). Literatürde cinsel doyumun sorunsuz olması durumunda, evlilik uyumunuolumlu yönde etkilediği belirtilmektedir. Ancak cinsel doyuma sorun yasadığında bunun evlilik üzerinde oldukça olumsuz ve güçlü bir etkisinin bulunduğu, olumlu duyguları ve evlilik içerisindeki yakınlığı tükettiği bilinmektedir (42, 40, 41, 37, 43, 39). Cinsel doyum etkileyen faktörlerden birisi de geri çekme yöntemidir. Literatürde geri çekme yöntemini uygulayan çiftlerin cinsel doyumlarının azaldığı, cinsel doyum yetersizliğinin ise eşler arasındaki iletişim, değer ve amaçlar, karar verme, evle ilgili faaliyetlerin yürütülme biçimi, yakın akraba ilişkileri, serbest zamanın değerlendirilmesi, ekonomik konular ve cinsellik gibi birçok evlilik uyumunu etkileyen faktörlerin olumsuz yönde etkilediği vurgulanmaktadır (10, 44, 35, 45, 46).

Bu açıdan kadınların cinsel doyumlarının ve evlilik uyumlarının artırılmasında sağlık ekibi içerisinde yer alan hemşirelerin önemli sorumlulukları bulunmaktadır. Hemşirelerin kadınların sağlığını korumak, yükseltmek ve hastalıkları önlemek için kadın yaşam dönemleri boyunca kapsamlı bir sağlık hizmeti sunmaları gerekmektedir. Çünkü hemşireliğin temel amaçlarından biri bireyin, ailenin ve toplumun ihtiyaç duyduğu konularda eğitim ve danışmanlık hizmeti vermektir.

Aile planlaması yöntemi olarak eşleri geri çekme yöntemini uygulayan kadınların cinsel doyumlarının evlilik uyumları üzerine etkisinin belirlenmesinin önemli olduğu düşünülmektedir. Bu açıdan sağlık ekibi içerisinde yer alan hemşirelere hem cinsiyetleri, hem de bakım verici rolleri nedeniyle birçok sorumluluk düşmektedir. Hemşireler çiftlerin doğru aile planlaması yöntemi seçmelerini ve seçtikleri yöntemi doğru kullanmalarına rehberlik etmektedir (47). Böylece hemşireler kadınların cinsel doyumlarını ve cinsel doyumlarının evlilik uyumları üzerine etkisini artırmaya yönelik eğitim ve danışmanlık programları düzenleyebileceklerdir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmada, eşleri geri çekme yöntemi uygulayan kadınların cinsel doyumlarını etkileyen faktörleri ve cinsel doyumlarının evlilik uyumları üzerine etkisini belirlemek amaçlanmıştır.

1.3. Araştırmanın Hipotezleri

H₁: Eşleri koitus interruptus (geri çekme) yöntemi uygulayan kadınların cinsel doyumları düşüktür.

H₀: Eşleri koitus interruptus (geri çekme) yöntemi uygulayan kadınların cinsel doyumları yüksektir.

H₁: Eşleri koitus interruptus (geri çekme) yöntemi uygulayan kadınların cinsel doyumlarının evlilik uyumu üzerine etkisi vardır.

H₀: Eşleri koitus interruptus (geri çekme) yöntemi uygulayan kadınların cinsel doyumlarının evlilik uyumu üzerine etkisi yoktur.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Ülkemizde Nüfus Politikaları ve Aile Planlaması Yöntemlerinin Kullanımı

Cumhuriyet döneminden önce Osmanlı İmparatorluğu döneminde, nüfus sorunu bu günkü anlamda üzerinde durulan bir konu olmamıştır. Bu dönemde imparatorluk sınırlarının genişletilmesi ve korunması için askeri güce ihtiyaç vardı ve fazla nüfus istenmekteydi. Ülkemizde nüfus sorununu ulusal bir politika olarak ilk ele alan kişi Mustafa Kemal Atatürk'tür (48, 49).

Cumhuriyet dönemindeki nüfus politikaları iki farklı başlıkla incelenmektedir; Pronatalist (nüfus arttırıcı) dönem (1920-1965), Antinatalist (nüfus artısını önleyici) dönemdir (1965 ve sonrası). Ülkemiz 1923 yılından sonra doğurganlığı özendirici (pronatalist) bir politika izlemiştir. Savaşlar ve hastalıklar nedeni ile ölüm oranının yüksek olması, pronatalist bir politika izlemeyi zorunlu kılmıştır. Pronatalist politika, gebeliği önleyici ilaç ve araçların satılmasının kullanılmasının ve bu konuda eğitim ve propaganda yapılmasının, isteyerek çocuk düşürmenin yasaklanması, altıdan fazla çocuğu olan annelere madalya ile ikramiye verilmesi, çok çocuklu ailelerin yol vergisinden muaf tutulması gibi yasalarla yürütülmüştür (50). 1955-1960 yılları arasında nüfus artış hızının % 3'e ulaşması, isteyerek yapılan düşüklere artışı ve anne ölümlerindeki artışı beraberinde getirmiştir. Özellikle isteyerek düşüklere bağlı anne ölümlerinin artması, anne ölümlerini de azaltabilmek için nüfus politikalarının doğurganlığın azaltılması yönünde değiştirilmesi gereğini ortaya koymuştur (8, 51).

1965 yılında doğurganlığın azaltılması yönünde (antinatalist) bir politika benimsenmiş ve 557 no'lu ilk nüfus planlaması yasası kabul edilmiştir. Bu yasaya göre; aile planlaması yöntemleri ile ilgili bilgi ve eğitim verilmesi, cerrahi sterilizasyon yöntemleri hariç tüm aile planlaması yöntemlerin sunulması ve yalnızca tıbbi nedenlerle isteyerek düşüklere ve cerrahi sterilizasyona izin verilmesi konuları yasal hale gelmiştir. Bu yasadan sonra aile planlaması yöntemi kullanımı artmıştır. Ancak yasal olmamasına karşın isteyerek düşüklere giderek arttığı görülmüş ve provoke düşüklere bağlı anne ölümleri görülmeye devam etmiştir. 1965'te yürürlüğe giren yasanın ülkemizde isteyerek düşüğü önlemekte yetersiz kaldığı düşünülerek 1983'te 2827 no'lu İkinci Nüfus Planlaması Yasası kabul edilmiştir. Halen günümüzde bu yasa geçerlidir. Bu yeni

yasa; on haftaya kadar olan gebelikleri isteğe bağılı olarak sona erdirme, on haftanın üzerindeki gebeliklere tıbbi nedenlerle sona erdirme ve uzman denetimi altında eğitimli pratisyenlere menstüral regülasyon, hemşire ve ebelere RİA uygulaması, erkek ve kadınlara gönüllü cerrahi sterilizasyon izni verilmiştir. Yasada, aile planlaması konusunda sektörler arası işbirliği sağlanmasının önemi vurgulanmaktadır (8, 44, 48, 49, 52).

1983 yılında kabul edilen İkinci Nüfus Planlaması Yasası'nın gereği olarak ülkemizde aile planlaması hizmetleri çeşitli kurumlarca verilmeye başlanmıştır. Aile planlaması hizmetleri Sağlık Bakanlığı kapsamında ana çocuk sağlığı ve aile planlaması (AÇSAP) merkezleri tarafından 2005 yılına kadar hizmet vermekteydi. 2005 yılından itibaren aile planlaması hizmetleri aile sağlığı merkezlerinde, hastane ve doğum evlerinin aile planlaması poliklinikleri tarafından verilmektedir (53).

Ülkemizde aile planlaması yöntemleri kullanımına bakıldığında Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması - 2013 (TNSA-2013) verilerine göre; toplam doğurganlık hızı 2.26'tir. Kadınların, %47.0'si modern ve %26.0'sı geleneksel bir yöntem olmak üzere toplam %73.0'ü aile planlaması yöntemi kullanmaktadırlar. TNSA 2013 verilerine göre modern yöntemler içinde RİA %16.8 ile birinci sırada, kondom %15.8 ile ikinci sırada, haplar %4.6 ile üçüncü sırada kullanılmaktadır. Geleneksel aile planlaması yöntemleri içerisinde ise en fazla kullanılan yöntemin %25.5 ile geri çekme yöntemi olduğu dikkati çekmektedir. Modern aile planlaması yöntem kullanım oranı TNSA (1993) %34.5'den, TNSA (2013) de %47.4'e yükselmiştir. Modern aile planlaması yöntem kullanımı artarken, geleneksel aile planlaması yöntem kullanımında azalma olduğu belirlenmiştir (7).

2.2. Aile Planlamasının Tanımı ve Amacı

Aile planlaması, bütün çiftlerin ve bireylerin istedikleri zaman ve sayıda çocuğa sahip olmaya, doğumların arasını belirlemeye serbestçe ve sorumluca karar vermeleri ve bu amaçla bilgi, eğitim ve araçlara sahip olmaları diğeri bir deyişle doğurganlığın düzenlenmesi için sunulan hizmetlerin tümüne verilen isimdir (1). Aile planlaması; "Doğum Kontrolü" ve "Kontrasepsiyon (gebeliğin önlenmesi)" ile aynı anlamda kullanılan terimlerdir. Ancak aile planlaması terimi gebeliği önleyen, infertiliteye çözüm arayan, gebelik zamanını düzenleyen ve eşlerin çocuk sahibi olmalarını etkileyen

sosyal, psikolojik, ekonomik, fiziksel ve dini durumları değerlendiren daha geniş kapsamlı bir kavramdır. Kontrasepsiyon ve doğum kontrolü ise sadece gebelikten korunmayı açıklayan terimlerdir (5).

Aile planlaması ya da kontrasepsiyon, gebeliklerin planlanması, çocuk sayısının düzenlenmesi ve gebeliğin geçici olarak önlenmesi kavramlarını içermektedir ve bu durum ancak etkili ve özel yöntemlerin kullanılmasıyla başarılabilir (54).

Aile planlaması uygulamalarının 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 (53).

2.3. Aile Planlamasının Kadın Sağlığı Açısından Yararları

Tarihte kadınların gebeliği önleyici çeşitli yöntemler kullandıkları bilinmektedir. Bunlar ilişki sonrası vajenin yıkanması, vajenin parmakla silinmesi, semenin dışarı çıkarılmasına yönelik çeşitli bedensel hareketlerin yapılması gibi uygulamalardır. Literatürde bu uygulamalar sonucunda birçok kadının enfeksiyonlar sebebiyle sağlıklarının tehlikeye girdiği belirtilmektedir (10, 48, 55).

Aile planlaması çiftlerin gebelik arasındaki süreyi özgürce ve bilinçli olarak planlamalarını, düşüklerin önlenmesini, kadının ileri annelik yaşında ve yüksek sayıda gebelikten kaynaklanan anne ölümlerinin azaltılmasını sağlar. Annelerin üreme organlarına ait sağlık sorunları ortadan kalkar. Doğum uygun zaman ve yaşlarda yapılacağı için komplikasyon sorunu ortadan kalkar. Düşük ve kürtaj sayısı azalır. Ayrıca anemi ve buna bağlı gelişen hastalıkları, zor ve güç doğuma bağlı gelişen komplikasyonları, annenin tükenme sendromunu, gebeliğe bağlı hipertansiyon ve diyabet ile jinekolojik yakınmaları önler. Çok genç veya çok ileri yaşta çocuk sahibi olmayı azaltır (56, 57).

2.3.1. Aile Planlamasının Çocuk Açısından Yararları

Aile planlaması ile kadının ileri yaş gebelikleri engelleneceğinden bebeklerde görülen konjenital anomalileri azalır. Prematür ve gelişme geriliği ile düşük doğum ağırlıklı bebek doğumları insidansı düşer, bebek ölümleri azalır. Gebelik aralığı uzadığı için

doğum sayıları azalır ve sağlıklı doğan bebek sayısı artar. Bebeğin yeterli süre anne sütü ile beslenmesi sonucu beslenme bozuklukları ile enfeksiyon azalır ve zekâ düzeyini geliştirir. Aile çocuklarına yeterince ilgi sevgi ve şefkat gösterebileceği için çocukların ruhsal yönden daha sağlıklı gelişmesini ve çocukların eğitim olanaklarından daha çok yararlanmalarını sağlar (5, 56).

2.3.2. Aile Planlamasının Topluma Yararları

Planlanmamış ve istenmeyen gebeliklerden ve bu gebelikler sonucunda doğan çocuklardan kaynaklanan masrafları engelleyerek ekonomik katkı sağlar ve toplumun yaşam niteliği yükselir. Bedensel ve ruhsal olarak sağlıklı anne sayısı ile sağlıklı çocuk sayısını artırır. Hızlı nüfus artışının, ekonomik gelişmeye, beslenme, konut durumu, eğitim ve çevre koşullarına olumsuz etkilerini azaltır (5).

2.4. Aile Planlaması Yöntemleri

2.4.1. Etkili Yöntemler

2.4.1.1. Hormonal Kontraseptifler

2.4.1.1.A. Kombine Oral Kontraseptifler (KOK)

Östrojenin (etinilestradiol) ve progesteronun (norgestrol) sentetik formlarından oluşmaktadır (58). Oral kontraseptifler, hormonal kontrasepsiyon kavramı içinde en geniş yeri tutan, geri dönüşümü kolay olan bir yöntemdir. İlk kez 1956 yılında Porto Riko’ da denenmiş ve çok etkili olduğu görülerek 1960 lara kadar yaygın olarak kullanılmıştır. 1960 yılında ilk tromboflebit vakasının bildirilmesi ile östrojen miktarı çok düşük tutulup, progesteron ön plana çıkarılmaya çalışılmıştır. 1975-85 yıllarında hapların over kistini ve kanserini, endometrial kanseri, uterin fibroidleri, ektopik gebelik ve dismenoreyi önlemesi gibi kontraseptif olmayan yararları da belirlenmiştir(2, 5, 59). Ülkemizde TNSA 2003 verilerinde kadınların KOK kullanımı %4,7 iken, TNSA 2013 verilerinde bu oranın %4.6 olduğu rapor edilmiştir (7).

21, 22 ve 28 günlük paketler halinde hazırlanmıştır. Ülkemizde 22 tablet içeren preparatlar da vardır. Günümüzde 30-35 mikrogram östrojen içeren düşük dozlu haplar kullanılmaktadır. Ülkemizde bulunan tüm KOK’lerin içinde ethinil estradiol vardır ve doz 20-50 mikrogram arasındadır (62). Ülkemizde 30 mikrogram etinil östradiol içeren ve 21 günlük tabletler Sağlık Bakanlığı kurumlarında ücretsiz olarak verilmektedir (Lo oval, microgynon, lofemenal) (58).

Folikülü stimüle edici hormon ve lüteinize edici hormonu baskılayarak ovulasyonu önler. Tüplerin motilitesini arttırarak ovumun taşınmasını hızlandırır. Uterus içindeki endometriumun fonksiyonlarını değiştirerek ödem alanlarının oluşmasına neden olur. Servikal mukusun geçirgenliğini azaltır, progesteronun servikal gland salgısını kolaylaştırarak spermlerin uterus içine geçmesini önler (5, 44, 48, 60).

Kombine oral kontraseptifler, son derece etkili, geri dönüşü olan kontraseptif yöntemlerdir. Geri dönüşü kolay ve doğru kullanımında %99.9 etkilidir. Olağan kullanımındaki başarısızlık nedenlerinin başında kullanıcı uyumsuzluğu gelmektedir. Kullanıcılar hap alma konusunda iyice bilgilendirilir ve hap alma alışkanlıklarını güçlendirmeye yönelik danışmanlık hizmeti alırlarsa, yöntemi daha başarılı şekilde ve uzun süre kullanırlar (2, 44, 60).

KOK'lar 28 günlük, 21 veya 22 günlük paketler halindedir. Hap kullanmaya başlamak için en uygun zaman, adet ilk günüdür. Haplar, her gün aynı saatte, yatmadan hemen önce ya da tercihen akşam yemeğiyle birlikte alınmalıdır. Adetin birinci veya beşinci günü başlanan 28 günlük paketlerde, her siklusun son haftasında alınan 7 hap demir içerir, hormon içermez. Bu 7 hapın temel amacı kadının hergün hap alma alışkanlığını kaybetmemesidir. 21 veya 22 haplık paketlerdeki her hap hormon içerir. Paketteki haplar bitene dek hergün bir hap alınır. Daha sonra 6 veya 7 gün hap almaya ara verilir. Bu süre içinde menstrüel kanama olur. Menstrüel kanama olmasa bile 21 günlük haplarda 7 gün 22 günlük haplarda 6 gün sonra yeni pakete başlanmalıdır.

1 hap unutulduğunda, unutilan günün hapi hatırlanır hatırlanmaz alınır. Ayrıca o güne ait hap da normal zamanında alınmalıdır. 2 hap unutulduğunda; ilk iki hafta içinde: üst üste iki gün ikişer hap olarak eksik günler tamamlanır. Bu durumda bir hafta süreyle ek bir yöntem (kondom, vajinal spermisit vb.) kullanılmalıdır. Üç haftada: paket atılıp aynı gün yeni bir pakete başlanmalıdır. Bir hafta süreyle ek bir yöntem kullanılmalıdır. 3 hap unutulduğunda, paket atılıp aynı gün yeni bir pakete başlanmalıdır. Bir hafta süreyle ek bir yöntem kullanılmalıdır (5, 44, 61, 62, 63, 64).

Son derece etkilidir (% 99.9). Kullanımı kolay, cinsel ilişki zamanından bağımsızdır. Adet kanamalarının miktarını azaltır, süresini kısaltır ve düzenli hale getirir.

Dismenoreyi tedavi eder. Demir eksikliği anemisi riskini azaltır. Bening meme ve over kistlerinin oluşumunu azaltır. Endometriyal kanser ve over kanseri riskini, pelvik inflamatuvar hastalık riskini, osteoporoz riskini ve romatoid artrit riskini azaltır. Bırakıldığı zaman fertilité kısa sürede geri döner. Akneye iyi gelebilir. Gebe kalma korkusu olmadan cinsel ilişkiye girmek, ilişkiden alınan zevki artırır. Yöntemi bırakmak için sağlık personeline gerek yoktur. Korunmasız bir cinsel ilişkiden sonra acil kontrasepsiyon amacıyla kullanılabilir. Ektopik gebeliği önler. Beklenen yaşam süresini uzatır. Etkileri ve yan etkileri çok iyi incelenmiştir (5, 58, 59, 65, 66).

Her gün hap alımının hatırlanması, bazı kadınlarda kilo alımı, bazen ara kanaması ve lekelenme, bazı ilaçlarla (barbituratlar, fenitoin, fenilbutazon, rifampisin ve bazı antibiyotiklerle) etkileşim, çok nadiren özellikle sigara içen kadınlarda dolayım bozuklukları, kan basıncında yükselme, klamidya enfeksiyonu riskinde artma, pıhtılaşma riskini artırması gibi olumsuz özellikleri vardır. Emziren kadınlar için uygun değildir. Cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı korumaz. Ruhsal değişikliklere neden olabilir (5, 51, 58, 59, 62, 65, 66).

Çok etkili ve geriye dönebilen kontraseptif yöntem kullanmak isteyenler, aşırı adet kanaması nedeniyle anemisi olanlar, adet ağrısı olanlar, benign over kisti öyküsü olanlar, adet düzensizliği olanlar, ektopik gebelik öyküsü olanlar, premenstrüel yakınmaları ya da siklus ortası (ovulasyon ağrısı) ağrısı olanlar, ailesinde endometriyal veya over kanseri öyküsü olanlar, benign meme hastalıkları olanlar, tekrarlayan pelvik enfeksiyon öyküsü olanlar için kombine oral kontraseptifler uygun yöntemlerdir (44, 61).

Meme kanseri veya meme kanseri öyküsü olanlar, geçmişte veya halen tromboembolik ya da diğer vasküler hastalığı olanlar, genital organ kanseri olanlar, gebelik veya gebelik şüphesi olanlar, kalp hastalığı veya şüphesi olanlar, tanı almamış vajinal kanamalar, vasküler tutum gösteren tip-1 diyabet, karaciğer parankim tutulumu ile seyreden karaciğer fonksiyon bozukluğu, geçici iskemik atak veya anjina pektoris öyküsü, hipertansiyon, aşırı sigara içme, oral kontraseptiflere karşı hipersensitivite varlığı, epilepsi, gebelikte tıkanma sarılığı, orak hücre hastalığı, safra kesesi hastalığı, hareketi engelleyen büyük ameliyat geçirme veya 4 hafta içerisinde böyle bir ameliyat geçirecek olanlar kullanmamalıdır (2, 59, 5, 44, 62).

Ara kanamaları ve lekelenme, mide bulantısı, amenore, kilo artışı, memelerde hassasiyet ve dolgunluk, depresyon ve diğer ruhsal değişiklikler, deri değişiklikleri, diyabet üzerine etkisi, karaciğer üzerine etkisi, akne, baş ağrısı, baş dönmesi gibi yan etkileri bulunmaktadır (44, 67, 5, 61, 68, 69, 70).

Tehlike belirtileri; şiddetli karın ağrısı, şiddetli göğüs ağrısı, nefes darlığı, şiddetli baş ağrısı, kuvvet ya da his kaybı, şiddetli uyluk ya da bacak ağrısı, ani görme kaybı ya da bulanık görme, konuşma bozukluğu, deride ve sklerada sarılıktır. Tüm bu uyarı işaretlerinin özenle değerlendirilmesi özellikle de trombo-embolik olaylar yönünden incelenmesi gerekir, bu nedenle kombine oral kontraseptif kullananlarda bu belirtilerden herhangi biri ya da gebelik kuşkusu varsa veya depresyon, sarılık, memede kitle gelişirse, kullanıcı mutlaka bir sağlık kuruluşunda incelenmelidir (5, 44, 58, 61,71).

İlk kez OK başlandığında birinci izleme yönteme başlamayı izleyen ilk 3 ay içerisinde yapılmalıdır (2-4 hafta). Bundan sonra, kullanıcının 6-12 aylık aralıklarla kontrolü yeterlidir. OK kullananlarda yılda bir kez pelvik muayene ve meme muayenesi yapılması tercih edilen uygulamalardır (5, 85).

2.4.1.1.B. Mini Haplar

Yalnız progestin içeren haplar (mini hap) KOK'lara alternatif olarak geliştirilmişlerdir. Mini haplarda KOK'lara oranla daha az progestin bulunur ve östrojen içermeyizler. Noretisteron, norgestrel, levonorgestrol, etinodiol diasetat ve lynetrenol gibi farklı progestinleri içeren çok sayıda preparat mevcuttur. Mini haplar gerek östrojenin kontrendike olduğu durumlarda, gerekse acil kontrasepsiyon amacıyla kullanılabilen preparatlardır (5, 72, 44, 61, 56).

Mini haplar gebeliği;

Servikal mukusu kalınlaştırarak spermlerin geçişini engelleyerek, sperm penetrasyonunu önleyerek,% 40-60 oranında ovulasyonu engelleyerek, tubal motiliteyi etkileyerek, endometriyumunu incelterek implantasyonu engelleyerek önlerler (2, 48, 72, 73).

Kombine OK'lere göre etkileri biraz daha düşüktür. Yine de emzirenlerde %98.5 oranında, emzirmeyenlerde %96 oranında gebeliği önler.

Mini hap adetın 1.günü başlanır ve her gün aynı saatte bir hap alınarak sürdürülür. Yani adet döneminde ara verilmez. İlk 7 gün ek bir koruma yöntemi kullanılır. OK'lerde 1 hap unutulması genellikle sorun yaratmadığı halde mini haplarda, hap almadaki 3 saatten fazla süredeki gecikme bile yöntemin etki derecesini azaltır. Bu nedenle mini hap kullanacaklara bu durum danışmanlık yapılırken iyi anlatılmalıdır. Mini haplar emzirenler için de çok uygun yöntemdir (62, 44, 61, 69).

Emzirenler için uygundur, anne sütünün miktarını azaltmaz, niteliğini değiştirmez. Dokuz aydan kısa bir süre önce doğum yapmış emziren kadınların çoğu için en uygun yöntemlerden biridir. Östrojen içermedikleri, progestin miktarıda çok düşük olduğu için endikasyonları daha geniştir. Kombine oral kontraseptiflere göre yan etkileri daha azdır. KOK'ları kullanamayan kadınlar için uygundur. İleri yaş grubu kadınlara daha çok uygundur. Adet kanamasının miktarını azaltır. Pıhtılaşma riskini artırmaz. Metabolizma (özellikle karbonhidrat metabolizması) üzerinde etki yapma olasılığı azdır. Bu nedenle, diyabetik kadınların güvenle kullanabileceği düşünülmektedir. Cinsel ilişkiyi kesintiye uğratmaz. Bırakıldığında fertilitte hemen geri döner (73, 63, 48, 51).

Kombine haplara göre kontraseptif etkisi daha azdır. Ara kanama, lekelenme, amenore ve adet düzensizlikleri olabilir. Mini hapların alınması gecikir veya unutulursa gebelik olasılığı artar. Emzirme azaldıkça ya da sona erdikçe etkisi azalır. Cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı koruyuculuğu yoktur. Dış gebelik (enderdir). Fonksiyonel over kisti ve akne olumsuz yönleri olarak belirtilmektedir (44, 48, 60, 61, 63, 73).

Emzirenler, östrojen'in yan etkisi nedeni ile hap kullanamayanlar, ileri yaş kadınlar mini hap kullanabilmektedirler.

Fonksiyonel over kisti tanısı olanlar, gebelik, aktif karaciğer hastalığı, tanı konulmamış vajinal kanama, meme kanseri tanısı olan kadınlar, mini hap kullanmamalıdır.

Amenore, kanama/lekelenme, başağrısı, alt karın/pelvik ağrı (dış gebelik ekarte edilmeli), memede duyarlık, göğüs ağrısı (kardiyo-vasküler hastalık yönünden araştırılmalı), sarılık (aktif karaciğer veya safra kesesi hastalığı araştırılmalı), bulantı/baş dönmesi gibi yan etkileri bulunmaktadır (belirtiler, pelvik muayene ve test ile gebelik ekarte edilmelidir).

Ülkemizde halen içerisinde etinodiol diasetat (0.5 mg) bulunan tek bir preparat bulunmaktadır. Başvuran bu yöntemi istiyor ise, herhangi bir kontrendikasyon da yoksa ilk gelişte 3 aylık daha sonra da 3'er aylık mini hap verilebilir. Danışmanlıkta özellikle adet düzensizliği ile ilgili yan etkilerin başvurana daha başlangıçta iyi açıklanması gerekir. Bu etkinin sağlık yönünden bir sakınca teşkil etmediği iyi anlatılmalıdır (2, 44, 61, 68).

2.4.1.1.C. Postkoital Kontraseptifler

Post koital haplar acil kontrasepsiyon gerektiren durumlarda kullanılırlar. Kontraseptif amaçlı sürekli kullanılmamalıdır. Kondom yırtılması, diyaframın yer değiştirmesi, RİA'nın düşmesi, hap alınmanın unutulması, planlanmamış bir cinsel ilişki veya cinsel tecavüz gibi durumlarda acil kontrasepsiyona gereksinim duyulmaktadır. Günümüzde çeşitli post koital rejimler denenmişse de halen üzerinde durulan üç uygulama vardır.

Post koital haplar

RU-486.

Post koital RİA

Post koital haplar; Korumasız koitusu izleyen ilk 72 saat içerisinde halen sık kullanılan kombine OK'lardan ethinyl estradiol 50 mcg ve norgestrol 1 mg içeren 2 hap alınır. 12 saat sonra aynı doz tekrarlanır. Tedavi ilk 12-24 saat içerisinde başlatılırsa daha etkilidir. 72 saatten sonra başlandığında ise etkisizdir. Bu yöntem 'yüzpe' rejimi olarak bilinmektedir ve günümüzde en sık kullanılan post koital uygulamadır.

RU-486; Antiprogesteron ajan olan RU-486'da post koital kontrasepsiyon amaçla kullanılabilir.

Post koital RİA; korumasız koitusun olduğu bir siklusta ovulasyonu izleyen 5- 7 gün içerisinde, RİA uygulaması gebeliği önlemede çok etkilidir. Post koital uygulanan gerek

hormon, gerekse RIA, fertilizasyonu etkileyebilir veya endometriyumu implantasyona uygunsuz hale getirerek gebeliği önlerler (5, 60, 62, 76, 85).

2.4.1.1.D. Yalnız Progesterin İçeren Enjekte Edilen Kontraseptifler

Yalnız progesterin içeren iki tip enjekte edilen kontraseptif vardır; Depo Medroksi Progesteron Asetat (DMPA); 3 ayda bir 150 mg IM. uygulanır, Noretisteron Enantat (NET-EN); 2 ayda bir 200mg IM. uygulanır. Ülkemizde Depo Provera kullanılmaktadır.

Servikte sperm penetrasyonunu ve implantasyonu kalın bir mukus tabakası oluşturarak engeller. Endometriumun progesteron etkisi ile inaktif ve atrofik hale gelmesi implantasyona uygunsuz bir zemin oluşturur. Dolaşımdaki progesteron miktarının yüksek olması ovulasyon öncesi LH yükselmesini etkin olarak engeller ve ovulasyon olması muhtemel değildir; bu nedenle DMPA uygulanan kadınlarda ovulasyon nadirdir.

Enjektabl progesterinler etkin kontraseptif yöntemlerdir. Etkinlikleri cerrahi sterilizasyondaki gibidir. Başarısızlık %0.1' den düşüktür.

Efektif kontrasepsiyon sağlanması için ilk enjeksiyon adet kanamasının ilk 5 günü içinde yapılmalıdır. Bu dönemde yapılmamış ise 2 hafta süre ile ek korunma yöntemi kullanılmalıdır. Bir sonraki enjeksiyon DMPA kullanımı için 3 ay, Noretisterat'ta ise 2 ay sonradır.

Doğum sonrası kadın emziriyorsa ilk enjeksiyon 6. hafta sonunda yapılmalıdır; emzirmiyorsa ilk enjeksiyon doğumdan 3-4 hafta sonra yapılabilir. Düşükten hemen sonra ya da ilk 7 gün içinde enjeksiyon yapılabilir. Gebelik isteği ile yöntemi bırakan kadınlardaki gebe kalma hızları, yöntem kullanmayan kadınlarla aynı sınırlardadır (2, 10, 60, 62, 68, 75).

2.4.1.1.E. Enjekte Edilen Hormonal Kontraseptifler

En yaygın kullanılan, enjekte edilen kontraseptifler progesterin içerirler. 1960'lardan beri kullanılan depo progesterinlerin özellikle son 15 yılda klinik incelemeleri ve saha uygulamaları uluslararası sağlık kuruluşlarınca iyi değerlendirilmiş, emniyetli ve etkili olarak nitelendirilmişlerdir. Depo medroksi progesteron asetat her dozu 150 mg DMPA

içerir; 3 ayda bir uygulanır. Noretisteron enantat her dozu 200 mg NET-EN içerir 2 ayda bir uygulanır.

Progesteronun etkisiyle ovulasyonu önler, servikal mukusu kalınlaştırarak sperm geçişini engeller ve endometriyumu inceltirler, kombine enjekte edilen hormonal kontraseptifler sadece progesteron içeren kontrasetiflere göre ovulasyonu daha fazla baskırlar (61, 76). Doğru kullanıldığında koruyuculuğu %100'e yakındır (61, 76).

Kombine enjekte edilen kontraseptifleri tercih eden kadınlarda yöntemi ilk uygulama: adet gören kadınların adetinin ilk 7 günü içerisinde, doğum sonrası dönemde: emziriyorsa, doğum sonrası 6.aydan sonra, emzirmiyorsa, doğum sonrası 3-4. haftada, düşük sonrası: Hemen yada ilk 7 gün içinde ilk enjeksiyon yapılmalıdır. İlk enjeksiyondan sonraki adet kanaması beklenen adet kanamasından önce (enjeksiyondan 10-15 gün sonra) oluşacaktır. Bunun olabileceği danışmanlık sırasında kullanıcıya belirtilmelidir.

Son derece etkilidir, uygulaması kolaydır. Emzirenler ve ileri yaş kadınlar da kullanabilirler. Pelvik enfeksiyonlar ve over kanserine karşı koruyucu etkileri vardır. Ektopik gebelik ve demir eksikliği anemisini önler. Cinsel ilişki sürecinden bağımsızdır. Bırakıldığı zaman fertilitite geri döner. Orak hücreli anemisi olanlarda kullanılabilir (48, 51, 76, 85).

Adet düzensizliğine neden olabilir. Yöntem bırakıldığında fertilitenin dönmesi bir süre gecikebilir. Kilo aldırabilir. Uygulanması için sağlık kuruluşuna gitmek gerekir. Enjeksiyon yaptırma gereği vardır (76, 44).

Gebelikler arasında uzun süre isteyenler, artık çocuk istemeyenler ama cerrahi sterilizasyon da istemeyenler, cinsel ilişki zamanından bağımsız yöntem isteyenler, emzirenler, ileriki yaştaki kadınlar, östrojen kullanma kontrendikasyonu olanlar kullanılabilir.

Gebelik, akut veya kronik karaciğer hastalığı, aktif tromboembolik olay, tanı konulmamış vajinal kanama, meme kanseri, genital kanal neoplazisi olan kadınlarda kontrendikedir.

Adet düzensizlikleri, başağrısı, kilo alma, memede duyarlılık gibi yan etkiler görülebilir (85, 5).

2.4.1.1.F. Deri Altı İmplantlar

Deri altı implantlarıyla ilgili çalışmalar 1960'lardan beri sürmektedir. Yapılan çalışmalar sonucu en yaygın kullanılan implant Norplant'tır. Norplant, 5 yıl süreyle korunma sağlayan etkili, uzun süreli ve geri dönüşlü bir kontraseptiftir. Bu özellikleri nedeniyle cerrahi sterilizasyona alternatif bir yöntem olarak düşünülebilir. Sentetik hormon içeren 6 ince ve esnek kapsülden oluşan bir kontraseptiftir. Küçük bir cerrahi girişimle, üst kolun iç kısmına, derinin hemen altına yerleştirilir. Ayrıca tek kapsül içeren implantlarda vardır. İmplantlar sadece progesterin içermekte ve koruyuculuğu 3 yıl sürmektedir. İmplantların uygulanması norplantlarla aynıdır (48, 85, 61, 75, 77, 78).

Ovulasyonu süprese ederek, servikal mukusu kalınlaştırarak, spermelerin geçişini engelleyerek, endometriyumu incelterek tüm bu etkilerin kombinasyonunu ile gebeliği çok etkili olarak önler (77, 63,10).

Norplant mevcut kontraseptiflerin en etkililerinden biridir. Beş yıllık bir sürede yıllık ortalama gebelik hızı %1 'den azdır. Etkinliği %99.95 civarındadır ve koruyuculuğu 5 yıl sürer. Kontraseptif etki, uygulama sonrasındaki birkaç saat içinde başlar ve çıkarıldıklarında etkisi hemen sonra başlar (85).

Geriye dönüşümlü, uzun süreli ve çok etkili bir yöntemdir. Kullanımı kolay ve rahattır. Hatırlatmayı gerektirmez. Uygulandıktan sonra üç yıl gebelikten korur. Cinsel ilişkiyi kesintiye uğratmaz. Çıkarıldığında üç ay içinde doğurganlık geri döner (77, 58).

Uygulanması ve çıkartılması için cerrahi girişim ve eğitimli sağlık personeli gereklidir. Adet kanaması miktarında azalma, gecikme veya ara kanamalar görülebilir. Baş ağrısı, baş dönmesi, bulantı yapabilir. Kilo artışı görülebilir. Cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korumaz. Küçük cerrahi girişimlerde görülebilecek, enfeksiyon, hematoma, kanama gibi küçük riskler taşır (77, 58).

Gebelikler arasında uzun süre isteyenler veya artık çocuk istemeyen ancak cerrahi sterilizasyon da istemeyenler, cinsel ilişki zamanından bağımsız yöntem isteyenler,

östrojen kullanma kontrendikasyonu olanlar, emzirenler, ileri yaştaki kadınlar kullanabilir.

Gebelik, akut ve kronik karaciğer hastalığı, tanı konulmamış anormal vajinal kanama, Tromboembolik olay, koroner arter veya serebro vasküler hastalık, orak hücreli anemi, meme ve diğer hormon bağımlı kanserleri olanlar kullanmamalıdır.

Menstrüel siklus değişiklikleri, fonksiyonel over kisti, baş ağrısı, kilo değişiklikleri (artma ya da azalma) , akne, saç dökülmesi, hirsutizm, ilk aylarda bulantı, baş dönmesi, memelerde duyarlılık, vajinal sekresyon artış gibi yan etkiler görülebilir (58).

2.4.1.2. Rahim İçi Araçlar (RİA)

Ülkemizde en çok kullanılan modern yöntemler RİA'dır, ancak son yıllarda RİA kullanımında düşüş gözlenmektedir. TNSA–2013 verilerinde kadınların %16.8'inin TNSA–2003 yılında %20.2 RİA kullandığı bildirilmiştir. (79, 80). Avrupa ülkeleri arasında yapılan karşılaştırmada RİA'yı en çok kullanan ülke (%27) Norveç, en az ise İngiltere (%2) olduğu bildirilmiştir (81).

RİA, uzun etkisi, etkinliği, güvenli oluşu, cinsel ilişkiden bağımsız olması, emzirmeye engel olmayışı, yöntem bırakıldıktan sonra doğurganlığın hızla geri dönüşü gibi özellikleri nedeni ile milyonlarca kadın tarafından tercih edilmektedir (82). RİA, dünyada 187 milyon kadın, diğer bir ifadeyle ise üreme çağındaki kadınların % 18'i tarafından tercih edilen, sterilizasyonu takiben ikinci sıklıkta kullanılan modern bir yöntemdir (83).

RİA rahim içine yerleştirilen, genellikle bakır ya da hormon içeren, küçük plastik bir cisimdir. Rahim içi araçların 3 türü bulunmaktadır. Bunlar,

İnert (katkısız) RİA'lar: Polietilen (Lippes Loop) veya paslanmaz çelikten (Çin'de kullanılan ring'ler) yapılmışlardır. Bakırlı RİA'lar: Cu T-380 A, Cu T 200 C, Multiload (ML Cu 250 ve 375) ve Nova T gibi. Hormonlu RİA'lar (progesteron veya levonergestrol içerirler). Ülkemizde hormonlu RİA olarak Mirena piyasada bulunmaktadır (8, 84, 63).

Üst genital kanala spermin migrasyonunu önleyerek, ovumun transportunu inhibe ederek, fertilizasyonu inhibe ederek gebeliği önlerler. Progestin içeren RİA'lar ayrıca servikal mukusu kalınlaştırarak spermilerin uterusu geçmesine engel olur (61, 84, 2, 5).

RİA en etkili kontraseptif yöntemlerden biridir. Genelde gebelik hızı her 100 kadında yılda 1'den azdır (67, 61, 84).

Gebelik yoksa menstrual siklusun herhangi bir gününde, gebelik şüphesini ekarte etmek için, menstruasyon sırası veya menstruasyon sonrası ilk 10 gün, doğum sonrası plasentanın ayrılmasından sonraki ilk 10 dakika içinde, doğumdan 6 hafta, sezeryandan 8 hafta sonra, enfeksiyon belirtisi yoksa düşükten hemen sonra veya ilk hafta içinde postpartum ikinci günde uygulanabilir (2,5).

Güvenli ve çok etkili, geriye dönüşümlü yöntemlerdir. Yöntemin kullanımı cinsel ilişki zamanlamasından bağımsızdır. Kullanımı kolaydır. Uygulandıktan sonra uzun süre etkilidir. Emzirenler için uygundur. Çıkarıldığında fertilitenin dönmesi gecikmez (61, 85, 2, 58,77).

Uygulaması ve çıkarılmasında konu ile ilgili eğitilmiş sağlık personeli gerektirir. Doğru teknik uygulanmazsa uterusu perforasyona neden olabilir. Uygulama ve çıkarılma işlemi biraz ağrılı olabilir. Cinsel yolla bulaşan hastalık riskinde olanlar için uygun bir yöntem değildir. RİA'nın atılma riski vardır. Uygulamadan sonra birkaç ay adetlerde artma, ağrı ve ara kanamaları yapabilir (77, 84, 8).

Gebelikleri arasında uzun süre isteyenler veya artık çocuk istemeyenler, hormonal kontraseptifler için uygun olmayanlar, emzirenler, koitustan bağımsız yöntem isteyenler, acil postkoital kontrasepsiyona gerekinimi olanlar için uygundur.

Uterus, serviks, over veya diğer pelvik organ kanseri olanlar, uterin kaviteyi ilgilendiren şekil bozukluğu olanlar, gebelik, akut veya tekrarlayan pelvik enfeksiyonu olanlar, tanı konulmamış vajinal kanaması olanlara kesin olarak uygulanmamalıdır.

Menstrüel kanamanın miktar ve süresinde artış olması ile menstrüel düzenin bozulması en sık görülen yan etkilerdir.

RİA'ya bağlı olası komplikasyonlar; RİA yerindeyken oluşan gebelik, ekstrauterin (ektopik) gebelik, pelvik inflamatuvar hastalık, uterus perforasyonudur (2, 85, 5).

2.4.1.2.1. Vajinal Halkalar (Vajinal Ringler)

İnce, transparan (renksiz) ve kişinin kendi vajinasına yerleştirebileceği bükülebilen yumuşak bir halkadır. Östrojen ve progesteron içerir ve bu hormonlar vajinal mukozadan emilir. Sadece progesteron içeren tipleri de bulunmaktadır. Vajinal halkalar; Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD), Food and Drug Administration (FDA) tarafından 2001 yılında onaylanmıştır. Günümüzde ABD, Kanada ve birçok Avrupa ülkesinde kullanılmaktadır. Ülkemizde yaygın kullanılan yöntemler arasında değildir (86, 58).

İki değişik tip halka geliştirilmiştir. Birincisi 150–180 mgr/gün hızında estradiol ve 250–300 mgr/gün hızında levonorgestrelin salındığı estrajen ve progestajen içeren karışık tiptir. Bu halkalar özellikle üç hafta içerde, bir hafta dışarıda tutulduklarından ovulasyonu düzenlerler. İkinci tip genellikle 20mgr/gün levonorgestrelin salındığı, yalnızca progestajen içeren tiptir. Bu halkalar menstruel siklusun ilk 5 günü vajene yerleştirildikten sonra 3 hafta boyunca kullanılır, daha sonra çıkarılır. İkinci uygulama için 7 gün beklenir ve yeni vajinal halka uygulanır. Etkinliği %98–99 'dur (60, 75, 87).

2.4.1.3. Bariyer Yöntemler

Cinsel ilişki sırasında spermin kadının vajina veya uterusuna geçmesini engelleyen yöntemlerdir. Gebelikten korumanın yanında CYBE'a karşı koruyucu etkileri de vardır (58). Kontraendikasyonları yok denecek kadar azdır. Reçetesiz alınıp kullanılabilir (8).

2.4.1.3.A. Kondom

Kondom çok eskiden beri gebeliği önleme amacı ile kullanılmaktadır. Erkek ya da kadın cinsel organına takmaya uygun, içerisinde genellikle spermisid maddeler bulunan, gebelikten ve giderek yaygınlaşan AİDS ve CYBE'den korunma araçlarıdır (88, 8, 5, 62). Kondom cinsel ilişkiden önce ereksiyon halindeki penise geçirilen lateks kauçuktan yapılmış ince bir kılıftır (63). Yaygın olarak kullanılan kondomlar; lateks, poliüretan ya da koyun bağırsağından yapılır (44). Lateks kondomlar, CYBE'ye karşı en iyi korumayı sağlamaktadır, ancak poliüretan veya lastik olanlar son zamanlarda önem kazanmıştır. Çünkü bunlar latekse oranla daha ince, dayanıklı ve esnekler, ayrıca cinsel temas

sırasında duyarlılığı da azaltmadığı anlaşılmıştır. Koyun barsağından yapılmış olan kondomlar ise gözenekli olduklarından mikroorganizmaların geçişini tam olarak engellemezler (89).

Halen dünyada yaklaşık 50 milyondan fazla çift kontraseptif amaçla kondom kullanmaktadır. Doğru kullanıldığında çok etkili olduğu halde kullanım etkililiği çok daha düşüktür. İlk kullanım yılı için başarısızlık hızı %12 olarak bildirilmektedir (61, 48). Türkiye Nüfus Sağlık Araştırmalarına göre kondom kullanımı giderek artmaktadır. TNSA–2003 verilerinde %10,8, 2013 verilerinde ise %15.8 olarak bildirilmiştir. RİA'dan sonra kullanılan ikinci modern yöntemdir (79, 80).

Kondom, cinsel ilişkiden önce ereksiyon halindeki penise geçirilen kauçuk bir kılıftır. Erkeğin sperminin vajinaya girmesini engeller (44).

Aile planlamasına erkeklerin katılmasını sağlar, ucuzdur ve kolay bulunur, güvenlidir ve hormonal yan etkisi yoktur, erken boşalmanın önlenmesine yardımcı olabilir, reçete veya tıbbi izlem gerektirmez, AİDS ve CYBE'ye karşı koruma sağlar (88,77).

Bazı çiftlerde (özellikle erkekte) duyarlılığı azaltabilir. Cinsel ilişkiyi kesintiye uğratabilir. Bazı erkeklerde ereksiyonu güçleştirir. Yeterli miktarda kondom bulundurulması önceden planlanmalıdır. Cinsel ilişkiye bağımlıdır. Lateks materyal yırtılabilir ya da sıyrılabılır. Her cinsel ilişkide yeni bir tane kullanmak gereklidir. Bu da ek maliyet getirmektedir. Kondom kullanımına bağlı yan etkiler ve sağlık sorunları ciddi değildir. En önemli yan etkisi lateks alerjisidir (8,77).

Erkeklerde ereksiyonla ilgili bir sorun varsa, eşlerden birinde kauçuk alerjisi varsa kondom kullanılmamalıdır.

2.4.1.3.B. Kadın Kondomu

1993 yılından günümüze kadar kullanılmakta olan kadın kondomu, cinsel ilişkinin kontrolünü kadınlara sunan bariyer yöntemlerden birisidir (1). Kadın kondomu, erkek kondomuna alternatif bir yöntem olup, kadınların kendilerini CYBE'lara karşı korumalarına neden olmaktadır. Güney Afrika, Brezilya, Ghana ve Zimbabve gibi bazı ülkelerde kullanım oranları daha iyi düzeyde olup, etkin hükümet programlarıyla talep

oluşturulması ve satışlarının artması sağlanmaktadır (91). İlk kez Avrupa'da piyasaya sürülen kadın kondomu günümüzde çeşitli markalarla (Femidom, Reality, Women's Choice) bulunmaktadır (8). Ülkemizde Femidom ismiyle bulunmaktadır. Kadın kondomu 17 cm. uzunluğunda, şeffaf, ince ve yumuşak bir poliüretan tabakasından yapılmış, vajinanın içini tümüyle kaplayan, tek tarafı kapalı silindir bir kılıftır. Poliüretan özelliği nedeni ile vajinanın içine yerleştirildiğinde kısa zamanda vajina duvarına sıkı bir şekilde tutunur ve vücut ısısı ile uyum sağlar. Kılıfın açık olan ucunun etrafında sabit ve kapalı olan ucun içinde ise serbest olarak bulunan bükülebilir iki halkası vardır. Kapalı olan kısımdaki halka serviksi sararken, açık uçtaki halka kadının dış genital sisteminde kalır (92, 93).

İstenmeyen gebelikleri önler. Dış genital kısmın en dışından tüm vajinanın iç yüzeyini kaplayarak yukarı doğru uzanan kondom, serviksi de tümüyle kaplayarak CYBE'lerden korunma sağlaması ve kontrolün kadının elinde olması en önemli olumlu yönleridir. Kadın kondomunu ilişkiden saatlerce önce takabilmektedir. Güvenlidir, hormonal yan etkisi yoktur. Reçete ve tıbbi izlem gerektirmez (88, 8, 92, 93).

Kadın takmakta zorlanabilir. Bu kondomu kullanmak için kadının kendi anatomisini iyi bilmesi gerekir. Tek kullanımlık olarak üretildiği için pahalıya mal olabilir (8, 92, 93).

2.4.1.3.C. Diyafram

Serviksi mekanik olarak kapatan diyaframlar, kubbe şeklinde, kenarları bükülebilen kauçuktan ya da silikondan yapılmış araçlardır (5). Diyafram vajen ve servikal kanal arasında mekanik bir engeldir. Daha etkili olması için spermidlerle birlikte kullanılması önerilir (8). Çeşitli türleri geliştirilmiştir, çapları farklı ölçülerde diyaframlar mevcuttur (61). Popülaritesi giderek azalan bu gebeligi önleyici yöntem ülkemizde %0.8 oranında kullanılmaktadır (7). Amerika'da yapılan bir çalışmada diyafram kullanımı %3,6 olarak bildirilmiştir (91).

Sperme karşı fiziksel bir bariyer oluşturur, servikal mukusun vajinal asiditeyi nötralize etmesini engelleyerek spermlerin vajende barınmasını önler ve spermisit kremlerin ve jellerin doğru kullanılabilmesini sağlar (48, 61, 44).

Doğru olarak kullanıldığında etkili bir yöntemdir.

Diyafram kullanmak isteyenleri değerlendirmek için kısa bir tıbbi öykü alınmalı. Pelvik muayene yapılmalıdır. İncelemeler sonucunda diyafram kullanımını engelleyecek ya da güçleştirecek etkenler olup olmadığı belirlenir (44).

İstenmeyen gebeliklerden korunma konusunda kontrolü kadına verdiğiinden özgüveni artırır. Kadınların genital organlarını tanımalarına yardımcı olur ve genital organlardaki değişikliğin erken tanısında yardımcı olur. Hiçbir sistemik yan etkisi yoktur, herkes kullanabilir. Serviks kanserinden koruyabilir. Az olarak da CYBE'dan korur (88, 63, 44, 48, 62).

Cinsel ilişkiden sonra en az altı saat yerinde bırakılması gerekir. Uygun boy diyaframın belirlenmesi için pelvik muayene gerekir. Kadının kullanmayı öğrenmesi zaman alır. Nadiren alerjik reaksiyon yapabilir. Temiz koşullarda takılmaması, temiz saklanmaması ve vajende uzun süre kalması vajinal ve üriner sistem enfeksiyon riskini artırır. Bu nedenle diyaframın çok genç ve sosyo-ekonomik düzeyi düşük gruplara önerilmemesi gerekmektedir. Yerleştirilmesini öğrenmek zaman alabilir. Vulva ve vajinanın ellenmesi bazı kadınlar için yerleştirme işlemini itici hale getirebilir (5, 63, 44, 88).

2.4.1.4. Spermisitler

Vajinal spermisidler, sperm hücre membranını tahrip ederek, spermelerin motilitesini azaltan kimyasal ajanlardır (8). Krem, köpük, köpük tablet, fitil, film tablet, sünger ya da jel gibi değişik çeşitleri vardır. Genelde tüm formları nonoxsinol 9 gibi spermisidi içerir (58, 63). Tek başlarına da etkilidirler. Ancak kondom veya diyaframla birlikte kullanıldıklarında istenmeyen gebeliklerden koruma başarısı daha da artmaktadır (88, 58, 63).

Modern yöntemlerle hazırlanan kimyasal preparatlar dışında günümüzde bile yöresel olarak uygulanan, sirke, oksijenli pamuk, aspirin, sabun, limon bu yöntem için hala kullanılan örneklerdir (48).

Spermisid, servikse olabildiğince yakın yerleştirilmelidir. Serviks ve üst vajene dağılması için, koitustan önce, önerilen süre kadar beklenilmelidir. Her koitus için bir miktar daha spermisid uygulanmalıdır. Koitustan, en az 6 saat sonrasına kadar duş alınmamalıdır (62).

Spermisidin kolay veya zor kullanılabilirliğine ve çiftin bunu düzenli olarak her koitte kullanma motivasyonuna bağlı olarak değişir. 1 yılda başarısızlık oranı köpük suppozutuvar için %0.3 iken, köpük için %31 civarındadır (62).

Hiçbir sistemik etkisi yoktur. Hemen etkilidir. Emziren veya premenopozal dönemde olan kadınlardaki vajinal kuruluğu azaltır. Bazı CYBE'den koruma sağlar. Reçete ve muayene gerektirmez. Kayganlık sağlayıcı etkisi vardır. Antiviral etkilerinden dolayı serviks kanseri riskini azaltır (58).

Genital organlarda yanma ya da irritasyona neden olabilir. Gebeliği önlemedeki etkinliği her cinsel ilişkide ve doğru kullanılmasına bağlıdır. Etkinliği diğer modern yöntemlerden çok daha azdır. Uyguladıktan sonra 7–19 dakika beklenmesi gerekir. Bazı kadınlar, vajinalarına, parmaklarıyla tablet/ovül yerleştirmek istemeyebilirler. Islaklık hissi hoşta gitmeyebilir. Spermisid kolaylıkla ve ucuz olarak temin edilemeyebilir (8, 44).

2.4.1.4. Cerrahi Kontrasepsiyon

Gönüllü cerrahi sterilizasyon dünya üzerinde hem erkekler hem de kadınlar arasında yaygın olarak kabul gören aile planlaması yöntemlerindedir (94). Cerrahi sterilizasyon kadında ovumun, erkekte spermin geçtiği kanalların cerrahi bir yöntemle kapatılması işlemidir. Kadınlarda tüp ligasyonu, erkeklerde vazektomi yöntemidir (5).

2.4.1.4.A. Tüp Ligasyonu

Geri dönüşsüz, kalıcı bir cerrahi sterilizasyon yöntemidir. Kadınlarda her iki fallop tüplerinin mekanik olarak kapatılması işlemidir (5, 58). Ülkemizde 1983 yılında kabul edilen 2827 sayılı yasaya göre, 18 yaşını tamamlamış olan herkese kendi isteğiyle, evliyse eşinin de onayı alınarak, sterilizasyon işlemi yapılabilir (44, 48, 8).

TNSA-2003 verilerinde tüpligasyon olan kadın oranı %5.7 iken TNSA-2013 verilerinde bu oran %9.4'e yükselmiştir (79, 80). Tüpler mekanik olarak kapalı olduğu için sperm ve ovumun birleşmesi önlenmektedir (58).

Çok etkili ve güvenilir bir yöntemdir. Cinsel ilişkinin zamanlamasından bağımsızdır. Eşlerin kontraseptif sorununu çözer. Yan etkisi yoktur. Uygulamadan sonra kontraseptif etkisi hemen başlar. Başarısızlık oranı düşüktür. Adet düzenini etkilemez. İleri dönemlerde ortaya çıkan bir sağlık sorunu yoktur. Kadın istenmeyen gebelik endişesinden kurtulduğundan cinsel isteği ve performansında olumlu değişiklik olabilir (8,44, 48, 51).

Kalıcı bir yöntemdir, geri dönüşü zor ve pahalıdır. Cerrahi bir işlem gerektirir. Kanama ve enfeksiyon riski vardır. Kesi yerinde ağrı olabilir. Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara karşı koruyuculuğu yoktur (8,48).

2.4.1.4.B. Vazektomi

Erkeklerle uygulanan vazektomi; etkili, güvenli, maliyeti düşük, basit ve kalıcı bir yöntem olup, dünyada 60 milyona yakın çift bu yöntemle gebelikten korunmaktadır (94). Erkeklerde vasdeferenslerin kapatılması ile sperm transportunun engellenmesi olan vazektomi, basit, kolay bir işlemle gerçekleştirilir. Son derece etkili ve güvenilir bir yöntemdir. Çocuk istemeyen aileler için uygundur (51, 63,95).

Ülkemizde 1983 yılında yürürlüğe giren 2827 sayılı yasaya göre, on sekiz yaşını doldurmuş her erkeğin bu hizmetten yararlanma hakkı vardır. Erkekler bekar ise kendi rızası ile, evli ise eşinin de onayını almak kaydıyla vazektomi yaptırabilir (94). Klasik yöntem ve kesiksiz-bistürisiz yöntem olmak üzere iki şekilde yapılmaktadır. En etkili aile planlaması yöntemlerindedir. Başarısızlık oranı binde bir kadardır (8).

Çok etkili ve güvenilirdir. İleri dönemde ortaya çıkan yan etkisi yoktur. Girişim kısa süreli ve kolaydır. Ekonomiktir. Erkeğin dış görünüşünü, hormonlarını ve cinsel işlevini engellemez (94,95).

Geri dönüşü çok zor ve pahalıdır. Cerrahi girişim gerektirir. İşlem sonrası ödem, hematoma, enfeksiyon gibi yan etkiler olabilir. Koruyuculuk hemen başlamaz. Yaklaşık yirmi ejakülasyon süresince ek bir yöntemle korunmak gerekir. CYBE'ye karşı korumaz. Düşük bir oranda da olsa gebelik görülebilir (94, 8,95).

2.4.2. Etkisi Sınırlı Yöntemler

DAP, çiftlerin doğurganlık bilinci ile gebeliği önlemeyi ya da oluşturmayı sağlayan bazı kuralların birlikte uygulanması olarak tanımlanır (96).

Doğru kullanıldığında koruyuculuğu, takvim yönteminde % 91, bazal vücut ısısı yönteminde % 98, servikal mukus ya da ovulasyon yönteminde % 97'dir (58). Yöntemlerin etkili olması için eşlerin işbirliği gerekmektedir (8).

2.4.2.1. Servikal Mukus Yöntemi (Billings Ovulasyon Metodu):

Servikal glandlardan gelen vajinal akıntıda, siklus boyunca belirgin değişimler olur. Ovulasyonun yaklaşmasıyla mukus artar, incelik ve rengi berraklaşırken; ovulasyon öncesi ve sonrası dönemlerde azalır ve yapışkan bir hal alır. Ovulasyon döneminde daha elastik ve kaygan hale gelen servikal mukus iki parmak arasında yavaşça uzatılabilmekte ve böylece, spermilerin ilerlemesi için uygun zemin oluşturulmaktadır. Mukusun artış gösterdiği bu günlerde cinsel perhiz önerilmesiyle gebelikten kaçınılmaya çalışılır (71). Bu değişimler izlenerek ovulasyonun ne zaman gerçekleştiği saptanabilir (44,58).

2.4.2.2. Servikal Palpasyon Yöntemi:

Kadının çömelmiş ya da ayaktayken kendi kendine palpasyon ile serviks kıvamındaki değişiklikleri tanımlayıp yorumlaması esasına dayanır (58). Serviks palpe edildiğinde, yumuşak ve yüksektedir (44).

2.4.2.3. Bazal Vücut Isısı Yöntemi(BVI):

Vücut ısısı ovulasyondan birkaç gün önce hafifçe düşer, ovulasyondan sonra 0.2-0.5 derece yükselir ve 10-12 gün bu düzeyde seyreder. Bu ovulasyonun olduğunun belirtisidir. Ancak hastalık, stres, enfeksiyon, uykusuzluk gibi başka faktörlerde ısıyı yükseltebileceğinden yükselen ısının yorumunu doğru yapmak gerekir (44). Vücut ısısı özel, geniş ölçekli, civalı termometre (fertilite termometresi) kullanılarak, tercihen sabah yataktan kalkmadan önce, ortalama aynı saatlerde, oral, rektal yada vajinal olarak ölçülüp, küçük değişikliklerin rahatça işlenebileceği kartlara işlenmeli ve bu ölçümler düzenli olarak üç ay süre ile yapılmalıdır (5, 60).

2.4.2.4. Takvim (ritm) yöntemi:

Menstruel siklusun fertil ve infertil günlerini hesaplamak için altı aylık bir gözlem süresi sonunda matematiksel formüllere dayanan doğal bir yöntemdir. Fertil günlerde cinsel ilişkiden kaçınılır. Düzenli menstrüel siklusu olan kadınlar kullanabilir. Uzun dönem cinsel ilişkiden kaçınılması bazı çiftleri zorlayabilir. Adet düzensizliği olan, çok genç yaşta olan, menopoza yakın yaşta olan ve doğum sonrası dönemde olan kadınlar kullanmamalıdır. Ülkemizde %1.1 oranında kullanılmaktadır (8).

Bu yöntemi kullanan kadınların adetleri çok muntazam olmalıdır. Adetleri düzenli olan kadının siklus gün sayısından 14 gün çıkarılıp ovulasyon günü bulunur. Bu günün 3 gün öncesi ve 3 gün sonrası tehlikeli gün olarak kabul edilir. Fertil periyodu doğru saptanabilirse başarılı kullanılabilir, aksi takdirde başarısızlık hızı yüksek olur (44, 97).

Menstrüel siklusun bilinmesi olası değişikliklerin farkına varılmasına neden olur. Gebe kalmak veya gebeliği önlemek için kullanılabilir. Eşlerin üreme fonksiyonlarını daha iyi anlamalarına yardımcı olur. Eşler arası iletişim ve işbirliğini artırır. Yönteme devam sağlık personeline bağımlı değildir. Yan etkisi ve maliyeti yoktur. Kadınlara fertil kontrolleriyle ilgili yetkilendirme verilerek, otonomi kazandırır (97, 5, 44, 48).

Siklus zamanının hesaplanmasını gerektirir. Siklus uzunluklarının değişimi nedeniyle gebelik yaşanabilir. Cinsel yolla bulaşan hastalıklarda koruyuculuğu yoktur. Güvenli bir yöntem değildir. Yöntemle ilgili fizyolojik ayrıntıların belirlenmesi başlangıçta 3 ay alır. Kullanacaklara eğitilmiş sağlık personeli tarafından öğretilmelidir. Kullanıcıların fertilitate günleri ile ilgili kayıt tutması gerekir. Yöntem eşler arasında emosyonel stres yaratabilir. Bazı kadınların yöntemi öğrenmesi güçtür. Vajinal enfeksiyonlar da semptomların yorumu güçleşir (97, 5, 44,48).

2.4.2.5. Laktasyonel Amenore Yöntemi

Bu yöntem, gelişmekte olan ülkelerde, etkili bir kontrasepsiyon yöntemi olarak düşünülebilmektedir. Ancak çeşitli nedenlerden dolayı yetersiz kullanılması etkili bir yöntem olarak kabul edilmesini engellemektedir. Bu yöntemin kullanımının geliştirilmesi için, yöntem hakkında bilgi ve eğitim verilmesi gerekmektedir (98).

Emzirme ile fertilizasyonun baskılanması sonucu oluşan, lakatsyonel amenore yöntemi (LAM) adet kanaması olmadığı süre içinde emzirmeyle gebelikten korunma yöntemi olarak tanımlanmaktadır (63, 68, 58).

Laktasyon, ovulatuvar siklus üzerine etki ederek, kadının ovulasyonu ve adet görmesini baskılayarak gebelikten korunmayı sağlamaktadır. Tam emzirme uygulandığında % 99,5 oranında etkili, doğru kullanılmadığında % 98 etkili bir yöntem olduğu kabul edilmektedir (8). Emzirmenin etkili bir aile planlaması yöntemi olabilmesi için; annenin adet görmemesi, bebeğin altı aydan küçük olması, sık sık ve ek gıda vermeksizin sadece anne sütü ile beslenmesi (günde 6-10 kez geceleri dahil, her defasında en az dört dakika emzirmeli) gerekmektedir (99).

Kullanımı kolay, ucuz, doğal ve yan etkisi yoktur. Cinsel ilişkiyi etkilemez. Anne ve çocuk sağlığı açısından yararlıdır, emzirmeyi destekler ve çocuğun gelişimini sağlar (58).

Kullanım kuralları yerine getirilmezse etkili değildir. CYBE'ye karşı korumamaktadır. Altı aydan sonraki etkisi tam belirlenememiştir (99).

2.4.2.6. Geri Çekme

Geri çekme (coitus interruptus), ilişki sırasında erkeğin boşalmadan hemen önce penisini vajinadan çıkarıp dışarıya boşalmasıdır. Günümüzde de sıklıkla kullanılan ve en eski aile planlaması yöntemidir. Halk arasında bu yönteme çekilme, dikkatli olma, dışarı boşalma, erkeğin korunması gibi pek çok isim verilmiştir. Koruyuculuğu düşük olduğundan istenmeyen gebeliklerin büyük kısmı bu yöntemi kullananlarda olmaktadır. Ülkemizde çiftlerin yaklaşık dörtte biri halen bu yöntemi kullanmaktadır (58, 52, 53, 5, 100, 32).

Prostatta, penil üretrada veya cowper bezlerinde bulunan semenden bir miktar sıvı, ejakülasyondan önce dışarı kaçabilir. Bu sıvının bir damlasında milyonlarca sperm bulunabildiği gibi, yakın bir zaman içinde ejakülasyon olmuşsa, sperm miktarı daha da fazla olabilir (89).

Hiçbir yan etkisi yoktur. Menstrüel sıklusa bağlı değildir. Gelecekteki fertilitiyi etkilemez. Diğer kontraseptif metodların kullanımına karşı dini inançları olan insanlar için kabul edilebilir bir yöntemdir. Kullanımı serbesttir ve her zaman kullanılabilen bir metottur (89).

Ejakülasyondan önce prostatta ve üretrada bulunan bir miktar seminal mayi vajene kaçabilir. Her zaman kişilerin oto kontrolü koitusa ara vermek için uygun olmayabilir. Bu yöntemin çiftler arasında sürekli kullanılması, cinsel doyumsuzluğa ve psikolojik gerginliğe yol açabilir. Cinsel tecrübesi az olanlarda etkinliği daha azdır. Cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı koruyuculuğu yoktur. Güvenilir bir yöntem değildir (102, 29, 15).

Penis vajinaya girmeden önce, penisin ucunda bulunan sıvının silinmesi gerekmektedir. Bir iki damla sıvının içinde milyonlarca sperm olabilir. Erkek ejakülasyonun yaklaştığını hissedince, penisini vajinadan çekerek ejakülasyonun tümüyle vajen dışında olmasına dikkat etmelidir. Bu yöntemi uygulayan çiftlerin spermisit bulundurmaları önerilir. Çok uygun bir önlem olmasa da istemeden vajene ejakülasyon olursa, spermisit kullanılabilir (89).

2.4.2.7. Vajinal Duş

Koitustan hemen sonra kadının vajinasını su, sirke veya bir takım temizlik ürünleri ile yıkamasıdır. Yıkama için kullanılan maddenin cinsine göre değişik türde vajinit oluşabilir. Özellikle hijyen açısından sağlıksız bir yöntemdir. Kadında ve erkekte cinsel doyumsuzluğa yol açabilir. Koitus sırasında spermler ejakülasyondan 15 saniye sonra servikal kanala geçtiği için güvenli olmayan bir yöntemdir (103, 63, 58, 5).

2.5. Cinsel Doyum ve Cinsel Doyumu Etkileyen Faktörler

Cinsel doyum, bireyin cinsel ilişkisinden memnuniyetinin ve aldığı hazzın düzeyi olarak tanımlanmaktadır (41). Cinsel doyum doğumla başlayan ve her iki cinste de ancak ölümle biten bir fonksiyondur (72). Cinsellik; cinsel doyum ve iki insanın uyum içerisinde beraberliklerini içeren sosyal kurallar, değer yargıları ve tabularla belirlenmiş, biyolojik, psikolojik ve sosyal etkileşimlerle şekillenen özel bir yaşantı olarak tanımlanabilir. Cinsellik yaşam kalitesinin önemli bir göstergesi olarak kabul edilmektedir (105).

Cinselliğin önemli bir parçası olan cinsel doyumunu etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Bireyin cinsiyeti ve yaşı, toplumsal ilişkileri, cinsel deneyimleri, yaşam koşulları, kültürel etmenler, cinsel doyum alanında bireysel farklılıklara neden olmaktadır. Bu farklılıklar erkek ve kadında cinsel doyumunu olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Çiftlerin özellikle de kadınların yaşı, evlilik yılı, öğrenim düzeyi, çalışma durumları, çocuk sahibi olma durumları, cinsel ilişki sıklığı cinsel doyumunu etkilemektedir. Genç bireylerin cinsel doyumlarının yaşlı bireylere göre daha fazla olduğu ancak özellikle de kadının yaşının ilerlemesiyle hormonlarda değişimlere ve yaşanan gebeliklere bağlı olarak cinsel doyum sorunları ortaya çıktığı belirtilmektedir (106, 107, 108, 109, 110, 20).

Cinsel doyumunu etkileyen en önemli faktörlerden birisi de kullanılan aile planlaması yöntemidir (111). Aile planlaması yöntemlerinden geleneksel bir yöntem olan geri çekme yöntemi, aile planlaması açısından belli bir değer taşısa da, cinsel ilişkiye yönelik önemli olumsuzluklar içermektedir. Geri çekmenin tıbbi yan etkileri bulunmamakla birlikte, cinsel ilişkinin plato fazında yarıda kesilmesi, eşlerin cinsel doyumlarını azaltabilir. Bu yöntem, kadının çoğunlukla cinsel coşkunun doruk noktasında, orgazm olamamasına neden olmakla birlikte cinsel doyumunu da azaltabilmektedir (100). Literatürde geri çekme yöntemini kullanan kadınların cinsel yaşamlarının olumsuz etkilendiğini belirtilmiştir (29,54).

2.6. Cinsel Doyumun Evlilik Uyumu Üzerine Etkisi

Evlilik, bir erkek ve bir kadın arasında toplum tarafından onaylanmış ilişki; karşılıklı dayanışma, toplumsal onaylama sonucunda gerçekleşen bir sözleşme ve toplumsal yasaklamaların tamamen dışında tutulan cinsel ihtiyaçların doyuma ulaştırıldığı bir kaynaşma durumu olarak tanımlanmaktadır (35). Evlilik, anlayış ve ortak düşünceyle konumlanabilen, karşılıklı destekler arasındaki doyum olarak bilinmektedir. Bütün evliliklerin amacı bireylerin mutluluğudur. Evlilik uyumunda, beklentilerin gerçekleşmesi, mutluluk ve cinsel doyumun sağlanması beklenir (40). Evlilikte uyum, farklı kişiliğe sahip eşlerin mutluluğu elde etmek ve müşterek hedeflere ulaşmak için bir bütün olarak birbirlerini tamamlaması olarak tanımlanabilir (37, 39, 43).

Evlilik uyumu evlilikte isteklerin, beklentilerin, ihtiyaçların karşılanma derecesidir (37). Spanier (1976) evlilikte uyumu, eşlerin günlük yaşantıya ve yaşantı içinde değişen

koşullara uyum sağlaması ve belirli bir süre içinde birbirlerine uygun olarak değişmesi şeklinde tanımlanmaktadır (112). Yapılan çalışmalarda, uyumlu bir evliliğin eşler arasındaki iletişim, değer ve amaçlar, karar verme, evle ilgili faaliyetlerin yürütülme biçimi, yakın akraba ilişkileri, serbest zamanın değerlendirilmesi, ekonomik konular ve cinsellik gibi birçok değişkenden etkilendiğini göstermektedir (35, 45, 46).

Bu değişkenlerden en önemlilerinden birisi de evlilikte yaşanan cinsel doyumdur. Ülkemizde cinsellik evlilik kurumu içinde yaşanmaktadır. Evlilik içerisinde cinselliğin temel görevi, yakınlığın pekişmesi ve derinleşmesi, hazzın paylaşılması, yaşamın ve evliliğin güçlüklerine karşı baş etmede gerilimi azaltmasıdır. Literatürde cinsel doyumun yeterli olması durumunda, evlilik uyumunu olumlu yönde etkilediği belirtilmektedir. Ancak cinsel doyumda sorun yaşandığında bunun evlilik üzerinde oldukça olumsuz ve güçlü bir etkisinin bulunduğu, olumlu duyguları ve evlilik içerisindeki yakınlığı tükettiği belirtilmektedir (42, 40, 41, 37, 43, 39).

2.7. Aile Planlaması Yöntemlerinin Cinsel Doyuma Etkisine Yönelik Danışmanlık Hizmetlerinde Hemşirenin Rolü

Literatürde cinsel doyum, bireyin cinsel ilişkisinden memnuniyetinin ve aldığı hazzın düzeyi olarak tanımlanmaktadır (41). Cinsel doyumun sorunsuz olması durumunda, evliliğe olumlu katkısının olduğu bilinmektedir. Ancak cinsel doyumda sorun yaşandığında bunun evlilik üzerinde oldukça olumsuz ve güçlü bir etkisinin bulunduğu, olumlu duyguları ve evlilik içerisindeki yakınlığı tükettiği bilinmektedir (42, 40, 41, 37, 43,39). Bunun yanı sıra literatürde geri çekme yöntemini uygulayan çiftlerin cinsel doyumlarının azaldığı, cinsel doyum yetersizliğinin ise eşler arasındaki iletişim, değer ve amaçlar, karar verme, evle ilgili faaliyetlerin yürütülme biçimi, yakın akraba ilişkileri, serbest zamanın değerlendirilmesi, ekonomik konular ve cinsellik gibi birçok evlilik uyumunu etkileyen faktörlerin olumsuz yönde etkilediği vurgulanmaktadır (10, 44, 35, 45, 46).

Hemşirelerin bu alandaki görevi danışmanlık, eğitim, rehberlik ve motivasyondur. Yeterli danışmanlık hizmeti almak aile planlaması hizmetleri ve yöntem seçimini etkileyen en önemli faktörlerden biridir. Aktif aile planlaması danışmanlığı, üreme sağlığı hizmetlerinin kalitesini ve modern aile planlaması yöntemlerinin kullanımını arttırmaktadır. Danışmanlık aile planlamasında yöntem seçimini etkilediği kadar

yöntemlerin kabul edilebilirliğini, devamlılığını sağlama ve cinsel doyumunu arttırmada en önemli etkenlerden biridir (56, 113, 114, 115, 116, 117).

Bu açıdan kadınların cinsel yaşam doyumlarının ve evlilik uyumlarının artırılmasında sağlık ekibi içerisinde yer alan hemşirelerin önemli sorumlulukları bulunmaktadır. Sağlık ekibi içerisinde yer alan hemşirelere hem cinsiyetleri, hem de bakım verici rolleri nedeniyle birçok sorumluluk düşmektedir. Hemşirelerin kadınların sağlığını korumak, yükseltmek ve hastalıkları önlemek için kadın yaşam dönemleri boyunca kapsamlı bir sağlık hizmeti sunmaları gerekmektedir. Çünkü hemşireliğin temel amaçlarından biri bireyin, ailenin ve toplumun ihtiyaç duyduğu konularda eğitim ve danışmanlık hizmeti vermektir.

Aile planlaması danışmanlığı, cinsellik ile yakından ilgilidir. 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 yapılmaktadır. Aile planlaması danışmanlığı yapan hemşire, aile planlaması için başvuran bireye, cinsel doyumlarını arttırmaya yönelik hizmeti sunarak bireyin cinsel doyum düzeyine ve böylelikle evlilik uyumlarına katkıda bulunmuş olmaktadır (101, 57).

Sonuç olarak, ülkemizde en fazla oranda kullanılan geleneksel bir aile planlaması yöntemi olan geri çekme yönteminin kadınların cinsel doyumlarına etkisini ve cinsel doyumlarının evlilik uyumlarına etkisini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışma ile hemşirenin vereceği aile planlaması ve cinsel sağlık danışmanlık hizmetlerinin kalitesini yükseltmek, böylelikle aile sağlığına katkıda bulunmak amaçlanmaktadır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli:

Araştırma Gaziantep ili Şahinbey ilçesi Binevler Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran, eşleri geri çekme yöntemi uygulayan kadınların cinsel doyumlarını etkileyen faktörleri ve cinsel doyumlarının evlilik uyumları üzerine etkisini belirlemek amacıyla kesitsel ve tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri:

Bu araştırma, Gaziantep ili Şahinbey ilçesi Binevler Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran kadınlar üzerinde yapılmıştır. Gaziantep Halk Sağlığı Müdürlüğü 2013 yılı kayıtlarından elde edilen verilere göre; Şahinbey ve Şhitkamil ilçesinde eşleri geri çekme yöntemi uygulayan kadınların sayısı 368.207 olarak belirlenmiştir. Şhitkamil ilçesinde eşleri geri çekme yöntemi uygulayan kadın sayısı 168.839, Şahinbey ilçesinde 199.368 dir. Araştırma kapsamına, eşleri geri çekme yöntemi uygulayan kadınların sayısı en fazla Şahinbey ilçesinde olduğu için bu ilçedeki ASM'ler dahil edilmiştir. Şahinbey ilçe merkezinde 50 tane ASM bulunmaktadır. Bu ASM'ler içinde eşleri geri çekme yöntemi uygulayan kadınların sayısı en fazla Binevler Aile Sağlığı Merkezi'dir. Araştırmanın uygulandığı Binevler Aile Sağlığı Merkezi 2010 yılında hizmete açılmıştır. Merkezde toplam 8 hekim, 8 hemşire, 2 personel hizmet vermektedir. Merkezde gebe izlem ve aile planlaması odası, bebek bakım ve emzirme odası, tıbbi müdahale ve enjeksiyon odası, personel odası ile 2 adet aşı ve çocuk izlem odası yer almaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme:

Bu araştırmanın evrenini, Gaziantep ili Şahinbey İlçesi Binevler Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran 15-49 yaş arasındaki ve eşleri geri çekme yöntemi uygulayan kadınların tamamı oluşturmaktadır. 1 Ocak 2013- 01 Ocak 2014 tarihleri arasında Binevler Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran ve eşleri geri çekme yöntemi uygulayan kadınların sayısı 1422'dir. Araştırmanın örnekleme alınacak kadın sayısını bulmak için evreni bilinen örneklem formülü kullanılmıştır. Bu formüle göre;

$$n = \frac{N t^2 p q}{d^2 (N-1) + t^2 p q}$$

n : Örnekleme alınacak birey sayısı

N : Evrendeki birey sayısı (1422)

p : İncelenen olayın görülüş sıklığı (0.50)

q : İncelenen olayın görülmeme sıklığı (1-p = 0.50)

t : Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablo değeri (1.96)

d : Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen sapma değeri (0.05)

$$n = \frac{(1422) (1.96)^2 (0.50) (0.50)}{(0.05)^2 (1422-1) + (1.96)^2 (0.50) (0.50)} = 302 \text{ kişi}$$

Formülden elde edilen sonuca göre %95 güven aralığı ve \pm %5 sapma ile araştırmanın örneklemini 302 kadın oluşturmaktadır.

3.4. Verilerin Toplanması

3.4.1. Veri Toplama Araçlarının Hazırlanması

Bu araştırmada veri toplama araçları, araştırmacı tarafından konuya ilişkin literatür incelenerek hazırlanmıştır (53, 56, 57, 67, 108, 112). Aynı zamanda veri toplama araçlarının hazırlanmasında Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği (*, **,***), alanında uzman kişilerin¹ görüşlerinden de yararlanılmıştır. Veri toplama araçları iki bölümden oluşmaktadır:

* Doç. Dr. Simgе Zeyneloğlu, Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakóltesi Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği AD

** Doç. Dr. Sezer Kısa, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakóltesi Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği AD

*** Doç. Dr. Duygu Vefikuluçay Yılmaz, Mersin Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği AD.

3.4.1.1. Kadınların Sosyo-demografik Özelliklerini Belirlemeye Yönelik Anket

formu: Anket formu iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde; kadınların ve eşlerinin sosyo-demografik özelliklerine; (yaş, doğum yeri, öğrenim düzeyi, meslek, sağlık güvencesi, aile tipi, eş yaş, eş öğrenim düzeyi, eş meslek) yönelik sorular yer almaktadır.

İkinci bölümde; kadınların cinsel doyumlarını etkileyebileceği düşünülen faktörlere yönelik sorular (yaşayan çocuk sayısı, gebelik sayısı, ölü doğum sayısı, kürtaj sayısı, ilk doğum yaşı, cinsel yaşantısının ne derece doyurucu olduğu, kadının duygu ve düşüncelerini eşyle paylaşıp paylaşmadığı, ailedeki önemli konuların kararlarının kim tarafından verildiği) yer almaktadır (Ek 1).

3.4.1.2. Glombook - Rust Cinsel Doyum Ölçeği

Kadınların cinsel doyumlarını belirlemek amacıyla Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği (GRCDÖ) ölçeği kullanılmıştır. Ölçek Golombok ve Rust tarafından 1983 yılında geliştirilmiştir. Cinsel ilişkinin niteliğini ve cinsel işlev bozukluklarını değerlendirmeye yönelik olan ölçeğin Türkçe uyarlaması Tuğrul ve ark. tarafından 1993 yılında yapılmıştır. Cinsel doyum ölçeği kadın ve erkek formu olmak üzere iki kısımdan oluşan 28 soruluk 5'li likert tipi bir ölçektir. Kadın ve erkek formunda ortak olarak "kaçınma, doyum, iletişim, dokunma ve ilişki sıklığı" alt boyutları bulunmaktadır. Buna ek olarak kadın formunda vaginismus ve anorgazmi boyutu, erkek formunda ise erken boşalma ve empotans boyutları bulunmaktadır. Bu çalışmada ölçeğin kadın formu kullanılmıştır. Bu çalışmada kullanılan GRCDÖ'ye verilen yanıtlar her bir maddeye verilen toplam puanlar üzerinden değerlendirilmiştir.

Ölçekte yer alan maddeler "hiçbir zaman-0 puan", "nadiren-1 puan", "bazen-2 puan", "çoğunlukla-3 puan", "her zaman-4 puan" seçeneklerinden oluşmaktadır. Ölçeğin puanlanmasında olumsuz yapıdaki sorular "hiçbir zaman-4 puan", "nadiren-3 puan", "bazen-2 puan", "çoğunlukla-1 puan", "her zaman-0 puan" olarak tersine kodlanmıştır. Ölçeğin puanlanmasında 2., 4., 5., 8., 9., 10., 11., 15., 16., 17., 19., 21., 22., 25., 26., 27., 28. sorular tersine kodlanmıştır. Kadınların ölçekten alabilecekleri maksimum puan "140", minimum puan ise "0"dir. Ölçekten alınan en yüksek puan kadınların cinsel doyumlarının düşük olduğunu, en düşük puan ise kadınların cinsel doyumlarının yüksek

olduğunu göstermektedir. Ölçeğin iç tutarlılık katsayısı (cronbach alfa) değeri 0.91, güvenilirlik katsayısı 0.87 olarak bulunmuştur (Ek 2).

3.4.1.3. Evlilik Uyum Ölçeği

Kadınların evlilik uyumlarını belirlemek amacıyla EUÖ kullanılmıştır. Ölçek Locke ve Wallace tarafından 1959 yılında geliştirilmiştir. Ülkemizde geçerlik güvenirliği Şennur Tutarel Kışlak tarafından 1999 yılında yapılmıştır. Ölçek çiftlerin her ikisine uygulanabildiği gibi sadece çiftlerden birine de uygulanabilmektedir ve genel evlilik uyumunu yansıtmaktadır. EUÖ bir genel uyum sorusu, olası anlaşma alanlarını ölçen sekiz soru ile çatışma çözme, bağlılık ve iletişimi ölçen altı soruyu içermektedir.

Toplam 15 sorudan oluşmaktadır. Ölçeğin birinci maddesinde, ortadaki “mutlu” sözcüğü üzerindeki nokta, çoğu kişinin evlilikten duyduğu mutluluk derecesini temsil etmekte ve ölçek kademeli olarak sol ucunda evliliğinde çok mutsuz olan küçük bir azınlığı, sağ ucunda ise evliliğinde çok büyük bir doyum ve mutluluk duyan küçük bir azınlığı temsil ederek derecelendirilmiş bulunmaktadır. Ölçekte yer alan 1.madde = 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6 puan; 2 ile 9 arası maddeler =5, 4, 3, 2, 1 puan; 10. madde = 0, 1, 2 puan; 11. madde = 3, 2, 1, 0 puan; 12. madde = anlaşmazlık 0 puan, dışarıda bir şeyler yapmak 1 puan, evde oturmak 2 puan; 13. madde = 0, 1, 2, 3 puan; 14. madde = 2, 1, 0 puan; 15. madde = 0, 1, 2, 2 puan olarak hesaplanmaktadır.

Kadınların ölçekten alabilecekleri maksimum puan “60”, minimum puan ise “0” dır. Ölçeğin kesme puanı 43.5’dir. Ölçekten alınan en yüksek puan kadının evliliğinde çok büyük bir doyum ve mutluluk duyduğunu, alınan en düşük puan ise evliliğinde çok mutsuz olduğunu göstermektedir. Ölçeğin iç tutarlılık katsayısı (cronbach alfa) 0.90, güvenilirlik katsayısı 0.76 olarak bulunmuştur (Ek 3).

3.4.2. Anket Formunun Ön Uygulaması

Veri toplama aracı olarak hazırlanan anket formunda yer alan soruların anlaşılabilirliğini belirlemek amacıyla 05-09 Şubat 2014 tarihinde ön uygulama yapılmıştır. Bu araştırmada, anket formunun ön uygulamasına araştırma kapsamı dışında bırakılan 40 kadın alınmıştır. Ön uygulamadan elde edilen sonuçlara göre, formda gerekli düzenlemeler yapılarak anket formuna son şekli verilmiştir.

3.4.3. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Veri toplama araçları Şahinbey ilçesi Binevler Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran eşleri geri çekme yöntemi uygulayan kadınlara uygulanmıştır. Örneklem kapsamına alınan kadınlara araştırmanın amacı açıklanarak, araştırmaya katılımın tamamen gönüllük esasına dayandığı ve istediklerinde araştırmadan çekilebilecekleri belirtilerek yazılı izinleri (Ek 4) alınmıştır. Araştırma süresince kadınların istedikleri takdirde araştırmacıya ulaşabilmeleri için araştırmacının iş adresi, e-mail adresi, işyeri, ev ve cep telefonu numaraları kadınlara verilmiştir.

Araştırmanın örnekleme kapsamına alınan kadınlara, anket formu ile GRCDÖ ve EUÖ 15 Şubat - 10 Haziran 2014 tarihleri arasında uygulanmıştır. Veri toplama araçlarının uygulanması yaklaşık 20 dakika sürmüştür. Kadınların veri toplama araçlarını bireysel olarak doldurmaları sağlanmıştır.

3.4.4. Araştırmanın Etik Boyutu

Bu araştırmada Gaziantep Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden yazılı izin (Ek 5) alınmıştır. Gaziantep Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na başvurularak araştırmanın uygulanabilmesi için etik kurul izni (20/01/2014-Sayı B.40) (Ek 6) alınmıştır. Araştırmanın veri toplama formları uygulanmadan önce kadınlardan sözel ve yazılı onam (Ek 4) alınmıştır. Araştırmaya katılacak kadınların belirlenmesinde gönüllük prensibi temel alınmıştır. Katılımcılara araştırmanın amacı açıklanarak "sözel onam" ve "aydınlatılmış onam", elde edilen bilgilerin gizli tutulacağı belirtilerek "gizlilik ve gizliliğin korunması" gönüllü olarak katılmak isteyenlerin araştırma kapsamına alınmasıyla "özerkliğe saygı" ve genel olarak "zarar vermeme /yarar sağlama" etik ilkeleri yerine getirilmiştir.

3.4.5. Verilerin Değerlendirilmesi

Bu araştırmadan elde edilen veriler araştırmacı tarafından kodlandıktan sonra SPSS for Windows 18 (Statistical Package For Social Sciences) bilgisayar programına aktarılmış ve gerekli analizler bu programda yapılmıştır.

Bu araştırmada kadınların sosyo-demografik özellikleri bağımsız değişken, GRCDÖ puanları ise bağımlı değişkenleri oluşturmaktadır. İstatistiksel testlerin anlamlılık düzeyi için $p < 0.05$ değeri kabul edilmiştir.

Bu araştırmada kullanılan GRCDÖ'ye verilen yanıtlar her bir maddeye verilen toplam puanlar üzerinden değerlendirilmiştir. Ölçekte yer alan maddeler "Hiçbir zaman", "Nadiren", "Bazen", "Çoğu zaman" ve "Her zaman" seğenekleri olan 5'li likert tipi bir ölçek ile değerlendirilmiştir. Kadınların ölçekten alabilecekleri maksimum puan "140", minimum puan ise "0"dir. Ölçekten alınan en yüksek değer kadınların cinsel doyumlarının düşük olduğunu, en düşük değer ise kadınların cinsel doyumlarının yüksek olduğunu göstermektedir.

Bu araştırmada kullanılan EUÖ'ye verilen yanıtlar her bir maddeye verilen toplam puanlar üzerinden değerlendirilmiştir. Ölçekte eşlerin evlilik ilişkileri ile ilgili olarak 15 madde bulunmaktadır. Ölçeğin birinci maddesinde, ortadaki "mutlu" sözcüğü üzerindeki nokta, çoğu kişinin evlilikten duyduğu mutluluk derecesini temsil etmekte ve ölçek kademeli olarak sol ucunda evliliğinde çok mutsuz olan küçük bir azınlığı, sağ ucunda ise evliliğinde çok büyük bir doyum ve mutluluk duyan küçük bir azınlığı temsil ederek derecelendirilmiş bulunmaktadır. Kadınların ölçekten alabilecekleri maksimum puan "60", minimum puan ise "0" dir. Ölçekten alınan en yüksek puan kadının evliliğinde çok büyük bir doyum ve mutluluk duyduğunu, alınan en düşük puan ise evliliğinde çok mutsuz olduğunu göstermektedir.

Kadınların ölçeklerden aldıkları puanların normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemek için Shapiro ve Kolmogorov-Smirnov testleri uygulanmıştır. Normal dağılım gösteren puanları; t testi (independent samples t-testi), Oneway Anova testi, Pearson korelasyon testi, Lineer Regresyon testi ile değerlendirilmiştir. Ayrıca, araştırmanın bulgularının değerlendirilmesinde, ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerler ve yüzdeler kullanılmıştır.

3.5.6. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmada eşleri geri çekme uygulayan kadınların cinsel doyumlarını etkileyen faktörler ve cinsel doyumun evlilik uyumu üzerine etkisi belirlenmek istendiğinden;

- 15-49 yaş arası evli olan,

- En az son altı aydır geri çekme yöntemini kullanarak gebelikten korunan,
- Gebe olmayan,
- Doğum sonu dönemde ise en az dört haftadır cinsel ilişkiye başlamış olan,
- Kronik hastalığı olmayan,
- Sürekli ilaç kullanmayan,
- Menapoza girmemiş,
- Premenopozal dönemde olmayan kadınlar örnekleme alınmıştır.

Veri toplama araçlarının doldurulması aşamasında zorluk yaşayabilecekleri düşünüldüğünden okuma-yazma bilmeyen kadınlar örneklem kapsamı dışında bırakılmıştır.

Araştırmanın sonuçları, sadece uygulamanın yapıldığı Binevler Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı olan kadınları temsil etmektedir.

4. BULGULAR

Gaziantep ili Şahinbey ilçesi Binevler Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran, aile planlaması yöntemi olarak eşleri geri çekme yöntemi uygulayan kadınların cinsel doyumlarının evlilik uyumlarına etkisini belirlemek amacıyla, 302 kadın ile yapılan çalışmadan elde edilen bulgular beş grup altında verilmiştir.

1. Grup: Kadınların sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bulgular,
2. Grup: Kadınların cinsel doyumlarını etkileyebilecek bazı bağımsız değişkenlere ilişkin bulgular,
3. Grup: Kadınların GRCDÖ ve EUÖ'nden aldıkları puan ortalamaları ve GRCDÖ'nden aldıkları puan ortalamalarının cinsel doyumunu etkileyebileceği düşünülen faktörler ile ilişkisi,
4. Grup: Kadınların GRCDÖ'nden aldıkları puan ortalamalarının EUÖ'ne ilişkin puan ortalamaları üzerindeki etkisine ilişkin bulgular
5. Grup: Cinsel doyum toplam ölçek puanının lineer regresyon analizine ilişkin bulgular

4.1. Kadınların ve Eşlerinin Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 4.1.1. Kadınların ve Eşlerinin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı
(2014, Gaziantep)

n=302		
KADINLARIN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ	SAYI	%
Yaş		
20 - 29 yaş	90	29.8
30 - 39 yaş	149	49.3
40 yaş ve üzeri	63	20.9
Doğum Yeri		
İl	201	66.5
İlçe	80	26.5
Köy	21	7.0
Öğrenim Düzeyi		
Okuryazar/ ilkokul mezunu	72	23.8
Ortaokul mezunu	101	33.5
Lise mezunu	71	23.5
Üniversite mezunu	58	19.2
Meslek		
Ev Hanımı	216	71.5
Memur/İşçi/Emekli	71	23.5
Serbest Meslek	15	5.0
Sağlık Güvencesi		
Var	279	92.4
Yok	23	7.6
Aile Tipi		
Çekirdek Aile	228	75.5
Geniş Aile	74	24.5
EŞLERİN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ		
Yaş		
20 - 29 yaş	54	17.8
30 - 39 yaş	105	34.8
40 yaş ve üzeri	143	47.4
Öğrenim Düzeyi		
Okuryazar/ ilkokul mezunu	19	5.3
Ortaokul mezunu	95	31.5
Lise mezunu	120	39.7
Üniversite mezunu	71	23.5
Meslek		
Serbest Meslek	164	54.3
Memur/İşçi/Emekli	128	42.4
İşsiz	10	3.3

Tablo 4.1.1’de kadınların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı verilmiştir.

Tablo incelendiğinde; kadınların yaş ortalamasının 33.1 ± 7.3 olduğu, %49.3’ünün 30 - 39 yaş grubunda olduğu ve %66.5’inin il merkezinde doğduğu belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan kadınların %33.5’ünün ortaokul mezunu, %71.5’inin ev hanımı, %92.4’ünün sağlık güvencesinin olduğu, %75.5’inin çekirdek aile tipine sahip olduğu saptanmıştır.

Araştırmada kadınların eşlerinin yaş ortalamasının 37.9 ± 7.6 olduğu ve %47.4’ünün 40 yaş ve üzeri, %39.7’sinin lise mezunu, %54.3’ünün serbest meslek sahibi oldukları belirlenmiştir.

4.2. Kadınların Cinsel Doyum Puan Ortalamalarını Etkileyebilecek Bazı Değişkenlere İlişkin Bulgular

Tablo 4.2.1. Kadınların Evlenme ve Nikah Şekillerine İlişkin Özelliklerinin Dağılımı (2014, Gaziantep)

n=302		
KADINLARIN BAZI ÖZELLİKLERİ	SAYI	%
Evlenme Yaşı		
19 yaş ve altı	102	33.8
20 - 24 yaş	146	48.3
25 - 29 yaş	49	16.2
30 yaş ve üzeri	5	1.7
Evlilik Yılı		
1 – 10 yıl	133	44.1
11 – 20 yıl	126	41.7
21 – 30 yıl	43	14.2
Eşi ile Yaş Farkı		
(n=283)*		
1 - 5 yaş	168	59.4
6 - 10 yaş	103	36.4
11 - 15 yaş	12	4.2
Eşi ile Evlenme Şekli		
Görücü Usulü ile Tanışıp Onaylayarak	126	41.7
Tanışıp Anlaşarak	114	37.7
Görücü Usulü ile Önceden Tanımadan	62	20.6
Nikah Şekli		
Resmi ve İmam Nikahı Birlikte	291	96.4
Yalnız Resmi Nikah	9	3.0
Yalnız İmam Nikahı	2	0.6

* Bu soruyu eşi ile arasında yaş farkı bulunmayan kadınlar cevaplamamışlardır.

Kadınların evlenme ve nikah şekillerine ilişkin özelliklerinin dağılımı Tablo 4.2.1’de verilmiştir.

Bu araştırmada, kadınların %48.3’ünün 20 – 24 yaş arasında evlendiği, %44.1’inin 1 – 10 yıldır evli oldukları belirlenmiştir. Kadınların %59.4’ünün eşleri ile arasında 1 – 5 yaş olduğu, %41.7’sinin görücü usulü ile daha sonra tanışıp onaylayarak evlendiği belirlenmiştir. Ayrıca kadınların %96.4’ünün resmi ve imam nikahının birlikte olduğu nikah şekline sahip oldukları saptanmıştır.

Tablo 4.2.2. Kadınların Evlilik Uyumlarına İlişkin Özelliklerinin Dağılımı (2014, Gaziantep)

n=302		
KADINLARIN EVLİLİK UYUMLARINA İLİŞKİN ÖZELLİKLER	SAYI	%
Eşi İle Duygu ve Düşüncelerin Paylaşımı		
Her zaman	70	23.2
Bazen	138	45.7
Hiçbir zaman	94	31.1
Eşi İle Değerlerin Benzerliği		
Her zaman	77	25.5
Bazen	149	49.3
Hiçbir zaman	76	25.2
Eşi ile Etkinliklere Katılım		
Her zaman	51	16.9
Bazen	212	70.2
Hiçbir zaman	39	12.9
Kararlara Katılım		
Bazen kadın ya da erkek	99	32.8
Her zaman kadın/erkek birlikte	203	67.2

Tablo 4.2.2’de kadınların evlilik uyumlarına ilişkin özelliklerinin dağılımı verilmiştir. Kadınların %45.7’sinin “bazen” eşleri ile duygu ve düşüncelerini karşılıklı olarak paylaştıkları, %49.3’ünün yaşamında yer alan değerleri “bazen” eşleri ile benzer olduğu saptanmıştır. Ayrıca kadınların %70.2’sinin “bazen” eşleri ile birlikte serbest zaman etkinliklerine katıldığı, %67.2’sinin “her zaman kadın erkek birlikte” ailede önemli kararları aldıklarını belirtmişlerdir.

Tablo 4.2.3. Kadınların Doğurganlığa İlişkin Özelliklerinin Dağılımları (2014, Gaziantep)

n=302		
KADINLARIN DOĞURGANLIĞA İLİŞKİN ÖZELLİKLERİ	SAYI	%
İlk Doğum Yaşı	(n=260)*	
19 yaş ve altı	56	21.5
20 - 24 yaş	134	51.5
25 - 29 yaş	64	24.6
30 yaş ve üzeri	6	2.4
Gebelik Sayısı	(n=260)*	
1 - 3 tane	148	56.9
4 tane ve üzeri	112	43.1
Canlı Doğum Sayısı	(n=260)*	
1 – 3 tane	206	79.2
4 tane ve üzeri	54	20.8
Çocuk Sahibi Olma Durumu		
Var	260	86.1
Yok	42	13.9
Gebeliğin Planlı Olma Durumu	(n=260)*	
Plansız gebelik	90	34.6
Planlı gebelik	170	65.4
Gebeliğin İstenme Durumu		
İstenmeyen gebelik	244	80.8
İstenen gebelik	58	19.2

*Bu soruyu çocuk sahibi olmayan kadınlar cevaplamamışlardır.

Tablo 4.2.3’de kadınların doğurganlığa ilişkin özellikleri verilmiştir.

Tablo incelendiğinde, kadınların %51.5’inin 20 – 24 yaş arasında ilk doğumlarını yaptığı, %56.9’unun 1 – 3 kez gebe kaldığı, %79.2’sinin 1 – 3 arası canlı doğum gerçekleştirdiği, %86.1’inin çocuğunun olduğu saptanmıştır.

Kadınların gebelik durumları incelendiğinde, %65.4’ünün gebeliklerinin planlı olduğu, %80.8’inin geri çekme yöntemini kullanırken istenmeyen gebeliği olduğu belirlenmiştir.

Tabloda yer almayan kadınların doğurganlıklarına ilişkin durumları incelendiğinde %77.9 ‘unun 1 kez düşük yaptığı, %73.7 ‘sinin 1 kez kürtaj yaptırdığı belirlenmiştir.

Tablo 4.2.4. Kadınların Cinsel Yaşamlarına İlişkin Özelliklerin Dağılımı (2014, Gaziantep)

n=302

CİNSEL YAŞAMA İLİŞKİN ÖZELLİKLER	SAYI	%
Cinsel İlişki Sıklığı		
Haftada 2 – 3 kez	173	57.3
Haftada 1 kez	75	24.8
Ayda 1 kez ve üzeri	54	17.9
Cinsel Yaşamın Doyurucu Olma Durumu		
Az/orta doyurucu	197	65.2
Çok doyurucu	105	34.8

Kadınların cinsel yaşama ilişkin özelliklerinin dağılımı tablo 4.2.4’de verilmiştir. Bu araştırmada, kadınların %57.3’ünün haftada 2 – 3 kez cinsel ilişkiye girdiği saptanmıştır. Kadınların %65.2’si cinsel yaşantılarının az/orta derecede doyurucu olduğunu ifade etmişlerdir.

Tablo 4.2.5. Kadınların Aile Planlaması Yöntemi Kullanımı İle İlgili Özelliklerinin Dağılımı (2014, Gaziantep)

n=302		
Aile Planlaması Yöntemi Kullanımı İle İlgili Özellikler	SAYI	%
Erkeklerin Kullanabileceği Aile Planlaması Yöntemleri*		
Geri Çekme	225	51.6
Prezervatif	195	44.7
Vazektomi	16	3.7
Geri Çekme Yöntemi Kullanımına Karar Veren Kişi		
Eşi ile Birlikte	100	33.1
Eşinin Kararı	202	66.9
Geri Çekme Yöntemi Kullanım Süresi		
6 – 12 ay	72	23.8
13 ay ve üzeri	230	76.2
Geri Çekme Yöntemini Tercih Etme Nedenleri**		
Dini Yönden Günah Olmaması	112	37.1
Yan Etkisinin Olmaması	99	32.8
Ücretsiz Bir Yöntem Olması	61	20.2
Sağlık Kuruluşuna Gitme Zorunluluğunun Olmaması	30	9.9
Geri Çekme Yöntemi Kullanılırken Yaşanan Zorluklar		
Cinsel İlişkiyi Kesintiye Uğratması	56	18.5
Evlilik Uyumunu Olumsuz Etkilemesi	50	16.6
Cinsel Doyumu Olumsuz Etkilemesi	70	23.2
Gebe Kalma Riskinin Olması	98	32.4
Cinsel İsteğin Az Olması	28	9.3
Geri Çekme Yöntemi Kullanılırken Gebe Kalma Korkusu Yaşama Durumu		
Yaşayan	274	90.7
Yaşamayan	28	9.3

* Bu soruda birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

**Her koşulda uygulanabilir olduğu için, kendimi güvende hissettiğim için.

Tablo 4.2.5’de kadınların aile planlamasına ilişkin özellikleri verilmiştir.

Tablo incelendiğinde, kadınların %51.6’sı erkeklerin kullanabileceği aile planlaması yöntemi olarak geri çekme yöntemini ifade etmişlerdir. Bu araştırmada kadınların tamamının eşlerinin şu anda geri çekme yöntemini kullandığı, %66.9’unun eşlerinin kararıyla geri çekme yöntemini kullanmaya karar verdikleri, %76.2’sinin 13 ay ve üzeri süredir geri çekme yöntemini kullandıkları saptanmıştır. Kadınların %37.1’i dini yönden günah olmadığı için geri çekme yöntemini kullanmayı tercih ettiklerini belirtmişlerdir.

Kadınların %32.4’ünün gebe kalma riskinin olması nedeniyle geri çekme yöntemini kullanırken zorluk yaşadığı, %90.7’sinin geri çekme yöntemini kullanırken gebe kalma korkusu yaşadığı belirlenmiştir.

4.3. Kadınların Cinsel Doyum ve Evlilik Uyum Ölçeği'nden Aldıkları Puan Ortalamaları ve Cinsel Doyum Ölçeği'nden Aldıkları Puan Ortalamalarının Cinsel Doyumu Etkileyebileceği Düşünülen Faktörler ile İlişkisi

4.3.1. Kadınların Cinsel Doyum Ölçeği ve Evlilik Uyum Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamaları

Tablo 4.3.1.1. Kadınların Cinsel Doyum ve Evlilik Uyum Ölçeği'nden Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı (2014, Gaziantep)

		n=302	
	Ortalama Standart Sapma	Min. Puan	Max. Puan
Cinsel doyum ölçeği	83.07±16.18	7	138
Evlilik uyum ölçeği	27.81±9.02	10	54

Tablo 4.3.1.1’de kadınların cinsel doyum ve evlilik uyum ölçeklerinden aldıkları puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir.

Kadınların cinsel doyum ölçeğinden alabilecekleri maksimum puan “140”dır. Bu değer, kadının cinsel doyumunun en az düzeyde olduğunu göstermektedir. Kadınların cinsel doyum ölçeklerinden alabilecekleri minimum puan “0”dır. Bu değer ise, kadının cinsel doyumunun en yüksek düzeyde olduğunu göstermektedir. Bu araştırmada kadınların cinsel doyum ölçeği toplam puan ortalamasının 83.07, cinsel doyum ölçeğinden aldıkları minimum puanın “7”, maksimum puanın ise, “138” olduğu saptanmıştır. Araştırmada elde edilen bu sonuç, kadınların cinsel doyumlarının az olduğunu göstermektedir. Bu bulgu araştırmamızın H₁ hipotezini desteklemektedir.

Kadınların evlilik uyum ölçeğinden alabilecekleri maksimum puan “60”dır. Bu değer, kadının evliliğinde çok büyük bir doyum ve mutluluk duyduğunu göstermektedir. Kadınların evlilik uyum ölçeğinden alabilecekleri minimum puan “0”dır. Bu değer ise, kadının evliliğinde çok mutsuz olduğunu göstermektedir. Bu araştırmada kadınların evlilik uyum ölçeği toplam puan ortalamasının 27.81, evlilik uyum ölçeğinden aldıkları minimum puanın “10”, maksimum puanın ise, “54” olduğu saptanmıştır. Araştırmada elde edilen bu sonuç, kadınların evliliklerinde büyük bir doyum ve mutluluk sağlayamadığını göstermektedir.

4.3.2. Kadınların GRCDÖ'den Aldıkları Puan Ortalamalarının Cinsel Doyumlarını Etkileyebileceği Düşünülen Faktörler ile İlişkisi

Kadınların GRCDÖ'den alabilecekleri maksimum puan "140", minimum puan ise, "0" dir. Bu araştırmada kadınların GRCDÖ toplam puan ortalaması 83.07, GRCDÖ'den aldıkları minimum puanın "7", maksimum puanın ise, "138" olduğu saptanmıştır. Kadınların GRCDÖ'den aldıkları puan ortalamalarının toplumsal cinsel doyumlarını etkileyebileceği düşünülen faktörler ile ilişkisi incelendiğinde; kadınların cinsel doyumlarının düşük olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.3.2.1. Kadınların ve Eşlerinin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre GRCDÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı (2014, Gaziantep)

n=302

Kadınların Sosyo-Demografik Özellikleri	Sayı	Ortalama Standart Sapma	Min	Max	İstatistiksel Değerler	
Yaş					F	p
20 – 29 yaş (A ¹)	97	87.08±14.27	28	109	4.518	0.012
30 – 39 yaş (A ²)	142	80.99±17.33	7	138		
40 yaş ve üzeri (A ³)	63	81.58±15.33	48	105		
*Fark: A¹-A²					F	p
Doğum Yeri					F	p
İl	201	84.49±14.41	43	138	2.429	0.090
İlçe	80	80.56±19.17	7	107		
Köy	21	79.00±18.66	45	105		
Öğrenim Düzeyi					F	p
Okuryazar/İlkokul mezunu (A ¹)	72	67.95 ± 14.66	28	98	57.326	0.01
Ortaokul mezunu (A ²)	101	81.48 ± 12.67	51	99		
Lise mezunu (A ³)	71	93.36±11.17	58	138		
Üniversite mezunu (A ⁴)	58	92.00±13.17	7	107		
**Fark: A¹-A², A¹-A³, A¹-A⁴, A²-A³, A²-A⁴						
Meslek					t	p
Çalışmıyor	216	79.46 ± 15.37	28	109	6.704	0.003
Çalışıyor	86	92.13 ± 14.60	7	138		
Aile Tipi					t	p
Çekirdek Aile	228	85.03 ± 15.79	7	108	3.788	0.880
Geniş Aile	74	77.01 ± 15.97	41	138		
Eşlerin Sosyo-Demografik Özellikleri						
Eş Yaş					F	p
20 - 29 Yaş	54	89.27±13.93	43	107	2.035	0.070
30 – 39 Yaş	105	82.17±16.27	7	109		
40 yaş ve üzeri	143	81.39±16.44	41	138		
Eş Öğrenim Düzeyi					F	p
Okuryazar/İlkokul mezunu (A ¹)	16	65.56±15.65	28	90	116.26	0.001
Ortaokul mezunu (A ²)	95	67.85±11.23	41	90		
Lise Mezunu (A ³)	120	92.16±9.02	58	138		
Üniversite Mezunu (A ⁴)	71	92.01±12.58	7	107		
**Fark:A¹-A³, A¹-A⁴,A²-A³,A²-A⁴						
Eş Meslek					t	p
Çalışıyor	292	66.60±17.14	7	138	3.328	0.629
Çalışmıyor	10	83.63±15.88	43	94		

*Tukey HSD

**Çoklu Karşılaştırma Testi

F= Oneway Anova Testi
t= Independent Samples t Testi

Kadınların ve eşlerinin sosyo-demografik özelliklerine göre GRCDÖ puan ortalama ve dağılımı Tablo 4.3.2.1’de verilmiştir.

Tablo incelendiğinde; 30 - 39 yaşındaki kadınların cinsel doyumlarının (puan ortalamaları 80.99), 20 – 29 yaş (puan ortalamaları 87.08) ve 40 yaş ve üzeri (puan ortalamaları 81.58) kadınlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, kadınların yaşlarına göre GRCDÖ puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0.05$). Yapılan ileri analiz sonuçlarına göre, bu farkın 20 – 29 yaşındaki kadınlarla, 30 – 39 yaşındaki kadınlar arasındaki ilişkiden kaynaklandığı, 20 – 29 yaşındaki kadınların puan ortalamalarının, 30 – 39 yaşındaki kadınların puan ortalamalarından daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Bu araştırmada elde edilen verilere göre; kadınların doğdukları yer ile GRCDÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; il merkezinde doğan kadınların cinsel doyumlarının (puan ortalamalarının 84.49), ilçede doğan kadınlara (puan ortalamaları 80.56) ve köyde doğan kadınlara (puan ortalamaları 79.00) göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, kadınların doğdukları yere göre GRCDÖ puan ortalamaları arasındaki fark önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).

Tablo incelendiğinde; kadınların öğrenim düzeyleri ile GRCDÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; lise mezunu kadınların cinsel doyumlarının (puan ortalamalarının 93.36), okuryazar/ilkokul mezunu kadınlara (puan ortalamaları 67.95) , ortaokul mezunu kadınlara (puan ortalamaları 81.48) ve üniversite mezunu kadınlara (puan ortalamaları 92.00) göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, kadınların öğrenim düzeyleri ile GRCDÖ puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0.05$). Yapılan ileri analiz sonuçlarına göre, bu farkın okuryazar/ilkokul mezunu olan kadınların, ortaokul, lise ve üniversite mezunu olan kadınlar ile, ortaokul mezunu olan kadınların, lise ve üniversite mezunu kadınlarla arasındaki ilişkiden kaynaklandığı belirlenmiştir. Okuryazar/ilkokul mezunu olan kadınların ortaokul, lise ve üniversite mezunu olan kadınların puan ortalamalarından düşük olduğu belirlenmiştir. Ortaokul mezunu olan kadınların lise ve üniversite mezunu kadınların puan ortalamalarından daha düşük olduğu saptanmıştır.

Bu araştırmada elde edilen verilere göre; kadınların çalışma durumları ile GRCDÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; çalışan kadınların cinsel doyumlarının

(puan ortalamalarının 92.13), çalışmayan kadınlara (puan ortalamaları 79.46) göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, kadınların çalışma durumları ile GRCDÖ puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo incelendiğinde; çekirdek ailede yaşayan kadınların cinsel doyumlarının (puan ortalamalarının 85.03), geniş ailede yaşayan kadınlardan (puan ortalamaları 77.01) daha düşük olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, çekirdek ailede yaşayan kadınların geniş ailede yaşayan kadınlara göre GRCDÖ puan ortalamaları arasındaki fark önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).

Bu araştırmada elde edilen verilere göre; kadınların eşlerinin yaşları ile GRCDÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; eşi 20 - 29 yaşındaki kadınların cinsel doyumlarının (puan ortalamalarının 89.27), eşi 30 – 39 yaşındaki kadınlara (puan ortalamaları 82.17) ve eşi 40 yaş üzerindeki kadınlara (puan ortalamaları 81.39) göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, kadınların eşlerinin yaşları ile GRCDÖ puan ortalamaları arasındaki fark önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).

Araştırmada; kadınların eşlerinin öğrenim düzeyleri ile GRCDÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; eşi lise mezunu kadınların cinsel doyumlarının (puan ortalamalarının 92.16), eşi okuryazar/ilkokul mezunu kadınlara (puan ortalamaları 65.56) , eşi ortaokul mezunu kadınlara (puan ortalamaları 67.85) ve eşi üniversite mezunu kadınlara (puan ortalamaları 92.01) göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, eşlerin öğrenim düzeyleri ile GRCDÖ puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0.05$). Yapılan ileri analiz sonuçlarına göre, okuryazar/ilkokul mezunu olan eşlerin, lise ve üniversite mezunu olan eşlerin puan ortalamalarından daha düşük olduğu belirlenmiştir. Ortaokul mezunu olan eşlerin lise ve üniversite mezunu eşlerin puan ortalamalarından daha düşük olduğu saptanmıştır.

Bu araştırmada elde edilen verilere göre; eşlerin çalışma durumları ile GRCDÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; eşi çalışmayan kadınların cinsel doyumlarının (puan ortalamalarının 83.63), eşi çalışan kadınlara (puan ortalamaları

66.60) göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, çalışmayan eşlerin çalışan eşlere göre GRCDÖ puan ortalamaları arasındaki fark önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).

Tablo 4.3.2.2 Kadınların Evlenme Durumlarına İlişkin Özelliklerine Göre GRCDÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı (2014, Gaziantep)

						n=302	
Kadınların Evlenme Durumlarına İlişkin Bazı Özellikler	Sayı	Ortalama Standart Sapma	Min	Max	İstatistiksel Değerler		
					F	p	
Evlenme Yaşı							
19 Yaş ve Altı	102	77.83 ± 17.20	28	138			
20 – 24 Yaş	146	84.60 ± 15.90	7	109	4.786	0.088	
25 – 29 Yaş	49	88.34 ± 11.97	52	107			
30 Yaş ve Üzeri	5	93.40 ± 9.01	82	105			
Evlilik Yılı							
1 – 10 Yıl (A ¹)	133	86.81 ± 14.71	7	108			
11 – 20 Yıl (A ²)	126	80.36 ± 16.48	28	107	6.635	0.002	
21 – 30 Yıl (A ³)	43	79.44 ± 17.54	48	138			
* Fark: A¹-A², A¹-A³							
Eşi İle Yaş Farkı							
1 – 5 Yaş	168	84.60 ± 16.66	7	138			
6 – 10 Yaş	103	80.12 ± 14.81	45	109	2.432	0.340	
11 – 15 Yaş	12	75.91 ± 23.84	28	100			
Eşi İle Evlenme Şekli							
Görücü Usulü ile Tanışıp Onaylayarak	126	83.66 ± 15.17	28	99	18.148	0.110	
Tanışıp Anlaşarak	114	88.34 ± 14.89	48	138			
Görücü Usulü İle Önceden Tanımadan	62	72.17 ± 15.37	7	108			
*Çoklu Karşılaştırma Testi					F= Oneway Anova Testi		
					t= Independent Samples t Testi		

Kadınların evlenme durumlarına ilişkin GRCDÖ puan ortalama ve dağılımı Tablo 4.3.2.2’de verilmiştir.

Tablo incelendiğinde; 19 yaş ve altında evlenen kadınların cinsel doyumlarının (puan ortalamalarının 80.99), 20 – 24 yaş (puan ortalamaları 84.60) , 25 – 29 yaş (puan ortalamaları 88.34) ve 30 yaş ve üzerinde evlenen kadınlardan (puan ortalamaları 93.40) daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, kadınların evlenme yaşına göre GRCDÖ puan ortalamaları arasındaki fark önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).

Kadınların evlilik yılları ile GRCDÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; 1 – 10 yıldır evli olan kadınların cinsel doyumlarının (puan ortalamaları 86.81), 11 – 20 yıldır evli olan (puan ortalamaları 80.36) ve 21 – 30 yıldır evli olan kadınlara (puan

ortalamları 79.44) göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, kadınların evlilik yılına göre GRCDÖ puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Yapılan ileri analiz sonucuna göre, bu farkın 1 – 10 yıldır evli olan kadınlar ile 11 – 20 yıl ve 21 – 30 yıldır evli olan kadınlar arasındaki ilişkiden kaynaklandığı belirlenmiştir. 1 – 10 yıldır evli olan kadınların puan ortalamalarının, 11 – 20 yıl ve 21 – 30 yıldır evli olan kadınların puan ortalamalarından daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Bu araştırmada; kadınların eşleri ile arasında yaş farkı ile GRCDÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; eşleri ile arasında 1 – 5 yaş fark olan kadınların cinsel doyumlarının (puan ortalamalarının 84.60), 6 -10 yaş fark olan kadınlara (puan ortalamaları 80.12) ve 11 – 15 yaş farkı olan kadınlara (puan ortalamaları 75.91) göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, kadınların eşleri ile arasında yaş farkına göre GRCDÖ puan ortalamaları arasındaki fark önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).

Bu araştırmadan elde edilen verilere göre; eşleri ile görücü usulü ile birbirini önceden tanımadan evlendiklerini (puan ortalamaları 72.17) ifade eden kadınların cinsel doyumlarının, görücü usulü ile daha sonra tanışıp onaylayarak (puan ortalamaları 83.66) ve kendileri tanışıp anlaşarak (puan ortalamaları 88.34) evlendiklerini ifade eden kadınların cinsel doyumlarından yüksek olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, kadınların eşleri ile evlenme şekline göre GRCDÖ puan ortalamaları arasındaki fark önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).

Tablo 4.3.2.3. Kadınların Evlilik Uyumlarına İlişkin Özelliklerine Göre GRCDÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı (2014, Gaziantep)

n=302						
Kadınların Evlilik Uyumlarına İlişkin Özellikleri	Sayı	Ortalama Standart Sapma	Min	Max	İstatistiksel Değerler	
Eş ile Duygu Düşüncelerin Paylaşımı					F	p
Her zaman (A ¹)	70	64.84 ± 10.79	51	108	97.862	0.001
Bazen (A ²)	138	86.94 ± 13.40	7	138		
Hiçbir Zaman (A ³)	94	90.96 ± 13.30	28	99		
*Fark:A¹-A²,A¹-A³,A²-A³						
Eş İle Değerlerin Benzerliği					F	p
Her zaman(A ¹)	77	66.16±11.40	58	108	89.655	0.001
Bazen(A ²)	149	88.63±12.43	7	138		
Hiçbir Zaman(A ³)	76	89.28±14.79	28	104		
*Fark:A¹-A³,A²-A³						
Eş İle Etkinliklere Katılım					F	p
Her zaman	51	92.78± 8.16	76	106	14.147	0.060
Bazen	212	83.04 ± 15.26	28	138		
Hiçbir zaman	39	70.51±20.12	7	99		
Kararlara Katılım					t	p
Bazen Kadın Ya da Erkek	99	91.39±16.42	28	108	7.416	0.001
Her zaman Kadın/Erkek Birlikte	203	70.01±12.01	7	138		
*Çoklu Karşılaştırma Testi			F= Oneway Anova Testi t= Independent Sample t test			

Kadınların evlilik uyumlarına ilişkin özelliklerine göre GRCDÖ puan ortalama ve dağılımı Tablo 4.3.2.3’de verilmiştir.

Tablo incelendiğinde; eşleri ile duygu düşüncelerini “her zaman” paylaşan kadınların cinsel doyumlarının (puan ortalamalarının 64.84), “bazen” paylaşan kadınlara (puan ortalamaları 86.94) ve “hiçbir zaman” paylaşmayan kadınlara göre (puan ortalamaları 90.96) yüksek olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, kadınların eşleri ile duygu düşüncelerini paylaşma durumlarına göre GRCDÖ puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (p<0.05). Yapılan ileri analiz sonucuna göre, bu farkın eşleri ile duygu ve düşüncelerini “her zaman” paylaşan kadınlar ile “bazen” paylaşan ve “hiçbir zaman” paylaşmayan kadınlar arasındaki ilişkiden kaynaklandığı saptanmıştır.

Kadınların yaşamlarında yer alan değerlerin eşleri ile benzerliği durumları ile GRCDÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; yaşamlarında yer alan değerlerin

eşleri ile “her zaman” benzer olan kadınların cinsel doyumlarının (puan ortalamaları 66.16), “bazen” benzer olduğu (puan ortalamaları 88.63) ve “hiçbir zaman” benzer olmadığını belirten kadınlara (puan ortalamaları 89.28) göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, kadınların yaşamlarında yer alan değerlerin eşleri ile benzerliği durumları ile GRCDÖ puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0.05$). Yapılan ileri analiz sonuçlarına göre, bu farkın yaşamlarında yer alan değerlerin eşleri ile “her zaman” benzer olan kadınlar ile “bazen” benzer olan ve “hiçbir zaman” benzer olmayan kadınlar arasındaki ilişkiden kaynaklandığı saptanmıştır.

Bu araştırmadan elde edilen verilere göre; kadınların eşleri ile serbest zaman etkinliklere birlikte katılma durumları ile GRCDÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; eşleri ile “her zaman” serbest zaman etkinliklere birlikte katılan kadınların cinsel doyumlarının (puan ortalamaları 92.78), “bazen” birlikte katıldıklarını ifade eden kadınlara (puan ortalamaları 83.04) ve “hiçbir zaman” birlikte katılmadıklarını ifade eden kadınlara (puan ortalamaları 70.51) göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, kadınların eşleri ile serbest zaman etkinliklere birlikte katılma durumları ile GRCDÖ puan ortalamaları arasındaki fark önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).

Tablo incelendiğinde; ailedeki önemli konulardaki kararlara eşlerin birlikte katılma durumları ile GRCDÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; “her zaman” kadın-erkek birlikte karar alan kadınların cinsel doyumlarının (puan ortalamaları 70.01), “bazen” kadın ya da erkek birlikte karar alan kadınların (puan ortalamaları 91.39) cinsel doyumlarına göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, ailedeki önemli konulardaki kararlara eşlerin birlikte katılma durumları ile GRCDÖ puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 4.3.2.4. Kadınların Doğurganlığa İlişkin Özelliklerine Göre GRCDÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı (2014, Gaziantep)

n=302

Kadınların Doğurganlığa İlişkin Bazı Özellikleri	Sayı	Ortalama Standart sapma	Min	Max	İstatistiksel Değerler	
					F	p
İlk Doğum Yaşı						
19 Yaş ve Altı	126	76.82 ± 18.46	28	138		
20 – 24 Yaş	134	80.87±15.19	48	109		
25 – 29 Yaş	64	88.45 ± 14.68	7	107	4.555	0.060
30 Yaş ve Üstü	6	96.66 ± 8.45	85	105		
					t	p
Gebelik Sayısı						
1 – 3 Tane	148	85.58 ± 14.77	7	108		
4 Tane ve Üzeri	112	77.80 ± 17.26	28	138	3.825	0.015
					t	p
Canlı Doğum Sayısı						
1 – 3 Tane	206	84.71±15.30	7	138	5.542	0.292
4 Tane ve Üzeri	54	71.53±16.47	28	101		
					t	p
Çocuk Sahibi Olma Durumu						
Var	260	82.05±16.49	7	138	3.373	0.026
Yok	42	89.40±12.47	54	107		
					t	p
Gebeliğin Planlı Olma Durumu						
Plansız Gebelik	90	86.50±17.36	7	138	3.387	0.005
Planlı Gebelik	170	79.97±13.22	51	107		
					t	p
Gebeliğin İstenmesi Durumu						
İstenmeyen Gebelik	244	90.87±16.12	28	138	4.569	0.001
İstenen Gebelik	58	81.21±14.05	7	107		

F= Oneway Anova Testi
t= Independent Samples t Testi

Kadınların doğurganlığa ilişkin özelliklerine göre GRCDÖ puan ortalama ve dağılımı Tablo 4.3.2.4’de verilmiştir.

Tablo incelendiğinde; ilk doğum yaşı 19 yaş ve altı olan kadınların cinsel doyumlarının (puan ortalamalarının 76.82) , 20 – 24 yaş olan kadınlara (puan ortalamaları 80.87) , 25 – 29 yaş olan kadınlara (puan ortalamaları 88.45) ve 30 yaş ve üstü olan kadınlara (puan ortalamaları 96.66) göre cinsel doyumlarından daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, ilk doğum yaşlarına göre GRCDÖ puan ortalamaları arasındaki fark önemsiz bulunmuştur (p>0.05).

Bu araştırmadan elde edilen verilere göre; gebelik sayısı 1 – 3 tane olan kadınların cinsel doyumlarının (puan ortalamaları 85.58), 4 tane ve üzeri olan kadınların (puan ortalamaları 77.80) cinsel doyumlarından düşük olduğu belirlenmiştir. Yapılan

istatistiksel değerlendirmede, kadınların gebelik sayısına göre GRCDÖ puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Bu araştırmadan elde edilen verilere göre; canlı doğum sayısı 1 – 3 tane olan kadınların cinsel doyumlarının (puan ortalamalarının 84.71), 4 tane ve üzeri olan kadınların (puan ortalamaları 71.53) cinsel doyumlarından düşük olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, kadınların canlı doğum sayısına göre GRCDÖ puan ortalamaları arasındaki fark önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).

Bu araştırmadan elde edilen verilere göre; çocuk sahibi olan kadınların cinsel doyumlarının (puan ortalamalarının 82.05) , çocuk sahibi olmayan kadınların (puan ortalamaları 89.40) cinsel doyumlarına göre yüksek olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, kadınların çocuk sahibi olma durumlarına göre GRCDÖ puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo incelendiğinde; son gebelikleri plansız olan kadınların cinsel doyumlarının (puan ortalamalarının 86.50), son gebelikleri planlı olan kadınların (puan ortalamaları 79.97) cinsel doyumlarından daha düşük olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, kadınların son gebeliklerinin planlı olma durumlarına göre GRCDÖ puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Bu araştırmadan elde edilen verilere göre; geri çekme yöntemini kullanırken istenmeyen gebeliği olan kadınların cinsel doyumlarının (puan ortalamaları 90.87), istenen gebeliği olan kadınların cinsel dpyumlarından (puan ortalamaları 81.21) düşük olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, geri çekme yöntemini kullanırken kadınların istenmeyen gebeliklerinin olması durumlarına göre GRCDÖ puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 4.3.2.5. Kadınların Cinsel Yaşamlarına İlişkin GRCDÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı (2014, Gaziantep)

n=302

Kadınların Cinsel Yaşamlarına İlişkin Özellikleri	Sayı	Ortalama Standart Sapma	Min	Max	İstatistiksel Değerler F	p
Cinsel İlişki Sıklığı						
Haftada 2 – 3 Kez (A ¹)	173	83.05±15.58	28	109		
Haftada 1 kez(A ²)	75	90.29±13.34	7	138	16.968	0.001
Ayda 1 kez ve üzeri(A ³)	54	73.09±16.60	45	102		
*Fark: A¹-A²,A¹-A³,A²-A³						
Cinsel Yaşamın Doyurucu Olma Durumu					t	p
Az/Orta Doyurucu	197	90.31±17.07	7	109	6.767	0.001
Çok Doyurucu	105	79.21±11.27	58	138		
* Çoklu Karşılaştırma Testi					F= Oneway Anova Testi	
					t= Independent Samples t Testi	

Kadınların cinsel yaşantılarının özelliklerine göre GRCDÖ puan ortalama ve dağılımı Tablo 4.3.2.5’de verilmiştir.

Tablo incelendiğinde; haftada 1 kez cinsel ilişkiye giren kadınların cinsel doyumlarının (puan ortalamaları 90.29) , haftada 2 – 3 kez cinsel ilişkiye giren kadınların (puan ortalamaları 83.05) ve ayda 1 kez ve üzeri sıklıkta cinsel ilişkiye giren kadınların (puan ortalamaları 73.09) cinsel doyumlarından düşük olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, kadınların cinsel ilişki sıklığına göre GRCDÖ puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (p<0.05). Yapılan ileri analiz sonucuna göre, bu farkın “haftada 2 – 3 kez” cinsel ilişkiye giren kadınlar ile “haftada 1 kez” ve “ayda 1 kez ve üzeri” cinsel ilişkiye giren kadınlar arasındaki ilişki kaynaklandığı belirlenmiştir. “Haftada 2 – 3 kez” cinsel ilişkiye giren kadınlar ile “haftada 1 kez” ve “ayda 1 kez ve üzeri” cinsel ilişkiye giren kadınlar arasındaki ilişki kaynaklandığı saptanmıştır.

Bu araştırmadan elde edilen verilere göre; cinsel yaşantılarını az/orta doyurucu bulan kadınların cinsel doyumlarının (puan ortalamalarının 90.31) , çok doyurucu bulan kadınların (puan ortalamaları 79.21) cinsel doyumlarından daha düşük olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, kadınların cinsel yaşantılarını doyurucu bulma durumları ile GRCDÖ puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (p<0.05).

Tablo 4.3.2.6. Kadınların Aile Planlaması Yöntemi Kullanımına İlişkin Özelliklerine Göre GRCDÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı (2014, Gaziantep)

n=302

Kadınların Aile Planlaması Yöntemi Kullanımına İlişkin Bazı Özellikler	Sayı	Ortalama Standart Sapma	Min	Max	İstatistiksel Değerler	
Geri Çekme Yöntemi Kullanımına Karar Veren Kişi					t	p
Eşi ile Birlikte	100	82.90±17.85	7	138	0.148	0.001
Eşin Kararı	202	83.15±12.20	51	109		
Geri Çekme Yöntemi Kullanım Süresi					t	p
6 -12 Ay	72	86.43±17.03	7	106	2.028	0.702
13 Ay ve Üzeri	230	82.02±15.79	28	138		
Geri Çekme Yöntemini Tercih Etme Nedenleri					F	p
Dini Yönden Günah Olmaması (A ¹)	112	79.58 ± 16.89	7	106	6.240	0.001
Yan Etkisinin Olmaması (A ²)	99	88.14 ±12.35	59	109		
Ücretsiz Bir Yöntem Olması (A ³)	61	80.03 ± 17.51	41	138		
Sağlık Kuruluşuna Gitme	30	85.56±17.74	51	107		
Zorunluluğunun Olmaması (A ⁴)						
*Fark: A¹-A², A²-A³						
Geri Çekme Yöntemi Kullanırken Yaşanan Zorluklar					F	p
Cinsel İlişkiyi Kesintiye Uğratması	56	87.46±14.69	48	107	13.115	0.060
Evlilik Uyumunu Olumsuz Etkilemesi	50	90.08±10.57	58	138		
Cinsel Doyumunu Olumsuz Etkilemesi	70	71.31±16.78	7	108		
Gebe Kalma Riskinin Olması	98	83.87±14.46	45	107		
Cinsel İsteğin Az Olması	28	88.35±16.85	41	109		
Geri Çekme Yöntemi Kullanılırken Gebe Kalma Korkusu Yaşama Durumu					t	p
Yaşayan	274	82.59±16.19	7	138	1.610	0.467
Yaşamayan	28	87.75±15.55	43	107		

*Çoklu Karşılaştırma Testi

F= Oneway Anova Testi
t= Independent Samples t Testi

Kadınların aile planlaması yöntemi kullanımına ilişkin özelliklerine göre GRCDÖ puan ortalaması ve dağılımı Tablo 4.3.2.6’de verilmiştir.

Bu araştırmadan elde edilen verilere göre; geri çekme yöntemi kullanımına “eşi ile birlikte” karar veren kadınların cinsel doyumlarının (puan ortalamaları 82.90) , “eşi” karar veren kadınların (puan ortalamaları 83.15) cinsel doyumlarından daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, geri çekme yöntemi kullanımına karar verme durumları ile GRCDÖ puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (p<0.05).

Tablo incelendiğinde; eşleri “6 – 12 aydır” geri çekme yöntemi kullanan kadınların cinsel doyumlarının (puan ortalamaları 86.43), “13 ay ve üzeri” kullanan kadınların

(puan ortalamaları 82.02) cinsel doyumlarından düşük olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, geri çekme yöntemi kullanım süresi ile GRCDÖ puan ortalamaları arasındaki fark önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).

Bu araştırmadan elde edilen verilere göre; “dini yönden günah olmaması” nedeniyle geri çekme yöntemi kullanan kadınların cinsel doyumlarının (puan ortalamaları 79.58), “yan etkisinin olmaması” nedeniyle kullanan kadınların (puan ortalamaları 88.14) , “ücretsiz bir yöntem olması” nedeniyle kullanan kadınların (puan ortalamaları 80.03) ve “sağlık kuruluşuna gitme zorunluluğunun olmaması” nedeniyle kullanan kadınların (puan ortalamaları 85.56) cinsel doyumlarından daha fazla olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, geri çekme yöntemini kullanım sebebi ile GRCDÖ puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Yapılan ileri analiz sonucuna göre, bu farkın geri çekme yöntemini kullanım sebebinin “dini yönden günah olmaması” ile “yan etkisinin olmaması” ile “yan etkisinin olmaması” ve “ücretsiz bir yöntem olması” arasındaki ilişkiden kaynaklandığı saptanmıştır.

Bu araştırmadan elde edilen verilere göre; eşleri geri çekme yöntemi uygulayan cinsel doyumunu olumsuz etkilediğini ifade eden kadınların cinsel doyumlarının (puan ortalamaları 71.31), cinsel ilişkiyi kesintiye uğrattığını ifade eden kadınlara (puan ortalamaları 87.46), evlilik uyumunu olumsuz etkilediğini (puan ortalamaları 90.08), gebe kalma riskinin olduğunu (puan ortalamaları 83.87), cinsel isteğin az olduğunu (puan ortalamaları 88.35) ifade eden kadınlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, geri çekme yöntemi kullanırken yaşanan zorluklar ile GRCDÖ puan ortalamaları arasındaki fark önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).

Tablo incelendiğinde; geri çekme yöntemi kullanırken gebe kalma korkusu yaşayan kadınların cinsel doyumlarının (puan ortalamaları 82.59), gebe kalma korkusu yaşamayan kadınların (puan ortalamaları 87.75) cinsel doyumlarından yüksek olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, geri çekme yöntemi kullanırken gebe kalma korkusu yaşama durumu ile GRCDÖ puan ortalamaları arasındaki fark önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).

4.4. Kadınların GRCDÖ' nden Aldıkları Puan Ortalamalarının EUÖ' ne İlişkin Puan Ortalamaları Üzerindeki Etkisine İlişkisi

Tablo 4.4.1. Kadınların GRCDÖ ve EUÖ Puanlar Arasındaki İlişkiye Yönelik Pearson Korelasyon Analizi (2014, Gaziantep)

Değişkenler	n	r	p
Toplam Cinsel Doyum Puanı	302	0.514	0.001
Toplam Evlilik Uyum Puanı			

*r = Pearson korelasyon testi

Tablo 4.4.1. incelendiğinde; eşleri geri çekme yöntemi uygulayan kadınların toplam cinsel doyum puanları ile toplam evlilik uyumu puanları arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda; puanlar arasında istatistiksel açıdan $p < 0.05$ düzeyinde pozitif yönde orta düzeyde doğrusal korelasyon saptanmıştır ($r = 0.514$, $p = 0.001$). Araştırmada kadınların cinsel doyumlarının düşük olduğu belirlenmiştir. Cinsel doyumunu düşük olan kadınların evlilik uyumlarının da düşük olduğu belirlenmiştir. Araştırmada eşleri geri çekme yöntemi uygulayan kadınların cinsel doyumlarının evlilik uyumları üzerine olumsuz etkisi olduğu belirlenmiştir. Bu bulgu araştırmamızın H_1 hipotezini desteklemektedir.

Tablo 4.4.2. Glombook-Rust Cinsel Doyum Toplam Ölçek Puanının Lineer Regresyon Analizi (2014, Gaziantep)

	B	Standart Sapma	β	t	Sig.
(Sabit)	20.214	25.642		0.788	0.004*
Yaş	-1.292	1.710	-0.055	-0.756	0.451
Öğrenim	1.658	1.216	0.105	1.364	0.174
Meslek	2.049	2.109	0.055	0.972	0.332
Eş Öğrenim	9.830	1.563	0.510	6.289	0.000*
Evlilik Süresi	1.534	1.680	0.065	0.913	0.362
Duygu ve Düşünce Paylaşımı	-2.982	1.505	-0.133	-1.981	0.049*
Eş ile Değerlerin Benzerliği	-0.651	1.450	-0.028	-0.449	0.654
Kararlara Katılım	6.297	1.744	0.180	3.610	0.000*
Gebelik Sayısı	-1.850	1.742	-0.056	-1.062	0.289
Çocuk Sahibi Olma Durumu	18.199	11.670	0.069	1.559	0.120
Gebeliğin Planlı Olma Durumu	-0.791	1.694	-0.023	-0.467	0.641
Gebeliğin İstenmesi Durumu	-11.259	2.813	-0.249	-4.003	0.000*
Cinsel İlişki Sıklığı	-1.969	0.955	-0.096	-2.063	0.040*
Cinsel Yaşamın Doyurucu Olma Durumu	-3.988	1.807	-0.112	-2.206	0.028*
Geri Çekme Yöntemi Kullanımına Karar Veren Kişi	-1.165	1.565	-0.034	-0.744	0.457
Geri Çekme Yöntemini Tercih Etme Nedenleri	0.818	0.793	0.046	1.032	0.303

*p < 0.05 F=19.353

R = 0.749, R² = 0.560

TOPLAM ÖLÇEK PUANI = 20.214 - 1.292 (Yaş) + 1.658 (Öğrenim) + 2.049 (Meslek) + 9.830 (Eş Öğrenim) + 1.534 (Evlilik Süresi) - 2.982 (Duygu ve Düşünce Paylaşımı) -0.651 (Eş ile Değerlerin Benzerliği) + 6.297 (Kararlara Katılım) - 1.850 (Gebelik Sayısı) +18.199 (Çocuk Sahibi Olma Durumu) - 0.791 (Gebeliğin Planlı Olma Durumu) - 11.259 (Gebeliğin İstenmesi Durumu) - 1.969 (Cinsel İlişki Sıklığı) -3.988 (Cinsel Yaşamın Doyurucu Olma Durumu) -1.165 (Geri Çekme Yöntemi Kullanımına Karar Veren Kişi) + 0.818 (Geri Çekme Yöntemini Tercih Etme Nedenleri)

Regresyon modelinin genel anlamlılığı test edildiğinde F = 19.353, p < 0.05 olarak bulunmuştur. Belirlilik kat sayısı (R² = 0.560) bulunmuş olup kadının öğrenim durumu, mesleği, eşinin öğrenimi, evlilik süresi, eşi ile duygu ve düşüncelerinin paylaşımı, eş ile değerlerin benzerliği, kararlara katılım, gebelik sayısı, çocuk sahibi olma durumu, gebeliğin planlı olma durumu, gebeliğin istenmesi durumu, cinsel ilişki sıklığı, cinsel

yaşamı doyurucu olma durumu, geri çekme yöntemi kullanımına karar veren kişi, geri çekme yöntemini tercih etme nedenleri bağımlı değişken olan cinsel doyumun %56'sını açıklayabilmektedir. Yapılan analiz sonucuna göre; eşin öğrenim düzeyi, eş ile duygu ve düşüncelerin paylaşımı, eş ile kararlara katılım, gebeliğin istenmesi durumu, cinsel ilişki sıklığı, cinsel yavaşamanın doyurucu olma durumu ile cinsel doyum arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$). Yaş, öğrenim durumu, meslek, eş ile değerlerin benzerliği, gebelik sayısı, çocuk sahibi olma durumu, gebeliğin planlı olma durumu, geri çekme yöntemi kullanımına karar veren kişi, geri çekme yöntemini tercih etme nedenleri ile cinsel doyum arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir ($p > 0.05$).

5. TARTIŞMA

Literatürde cinsel doyum, bireyin cinsel ilişkisinden memnuniyetinin ve aldığı hazzın düzeyi olarak tanımlanmaktadır (41,104). Cinsel doyum doğumla başlayan ve her iki cinste de ancak ölümle biten bir fonksiyondur (104). Cinsellik ve cinsel doyum ve iki insanın uyum içerisinde beraberliklerini içeren sosyal kurallar, değer yargıları ve tabularla belirlenmiş, biyolojik, psikolojik ve sosyal etkileşimlerle şekillenen özel bir yaşantı olarak da tanımlanabilir. Cinsellik yaşam kalitesinin önemli bir göstergesi olarak kabul edilmektedir (105).

Cinselliğin önemli bir parçası olan cinsel doyumunu etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Bireyin cinsiyeti ve yaşı, toplumsal ilişkileri, cinsel deneyimleri, yaşam koşulları, kültürel etmenler, cinsel doyum alanında bireysel farklılıklara neden olmaktadır. Bu farklılıklar erkek ve kadında cinsel doyumunu olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Literatürde çiftlerin özellikle de kadınların yaşı, evlilik yılı, öğrenim düzeyi, çalışma durumları, çocuk sahibi olma durumları, cinsel ilişki sıklığının cinsel doyumlarını etkilediği belirtilmektedir (106, 107, 108, 109, 110, 20).

Günümüzde geleneksel aile planlaması yöntem kullanımının yaygın olması kadınların cinsel doyumunu ve evlilik uyumunu olumsuz etkileyen faktörlerden biri haline getirmiştir. Bu nedenle sağlık ekibi içerisinde yer alan hemşirelerin kadınların aile planlaması ihtiyaçlarına öncelik tanımları gerekmektedir. Bu açıdan kadınların cinsel yaşam doyumlarının ve evlilik uyumlarının artırılmasında sağlık ekibi içerisinde yer alan hemşirelerin önemli sorumlulukları bulunmaktadır. Hemşireler kadınların cinsel doyumlarını ve cinsel doyumlarının evlilik uyumları üzerine etkisini artırmaya yönelik eğitim ve danışmanlık programları düzenleyebilecek ve çiftlere katkıda bulunmuş olacaktadırlar.

Bu amaçla, araştırmada eşleri geri çekme yöntemi uygulayan kadınların geri çekme yöntem kullanımının cinsel doyumlarına etkisini belirlemek amacıyla “Glombook – Rust Cinsel Doyum Ölçeği” (GRCDÖ) kullanılmıştır. Bu araştırmada kadınların cinsel doyumlarının düşük olduğu (puan ortalaması 83.07) belirlenmiştir (Tablo 4.3.1.1). Bu bulgu araştırmamızın H₁ hipotezini desteklemektedir. Ayrıca araştırmada eşleri geri

çekme yöntemi uygulayan kadınların cinsel doyumlarının evlilik uyumları üzerine olumsuz etkisi olduğu belirlenmiştir (korelasyon katsayısı 0.514). Bu bulgu araştırmamızın H₁ hipotezini desteklemektedir. Geri çekme yöntem kullanımı üzerine yapılan çalışmalarda, eşleri geri çekme yöntemi uygulayan kadınların cinsel doyumlarının düşük olduğu belirlenmiştir (22, 23, 24, 25, 26, 27). Literatürdeki bu çalışmalar araştırma bulgularımızla benzerlik göstermektedir. Literatürde eşleri geri çekme yöntemi uygulayan kadınların cinsel doyumlarının evlilik uyumları üzerine etkisini inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Bu araştırmada kadınların cinsel doyumlarını etkileyeceği düşünülen faktörlerden biri kadınların yaşlarıdır. Bu çalışmadan elde edilen verilere göre; 30 – 39 yaş kadınların cinsel doyumlarının (puan ortalamalarının 80.99), 20 – 29 yaş (puan ortalamaları 87.08) ve 40 yaş ve üzeri (puan ortalamaları 81.58) kadınların cinsel doyumlarından daha yüksek olduğu belirlenmiştir (F= 4.518, p< 0.05) (Tablo 4.3.2.1). Yapılan çalışmalarda kadının yaşının artması ile cinsel doyumunun arttığı bulunmuştur (20, 108, 118, 119, 121, 122). Literatürdeki bu çalışmalar araştırma bulgularımızla benzerlik göstermektedir. Eryılmaz ve ark. kadınların kullandıkları aile planlaması yöntemleri ve ana çocuk sağlığının değerlendirildiği araştırmasında yaş ile cinsel doyum arasında bir ilişki bulunamamıştır (54). Literatürdeki bu çalışma araştırma bulgularımızla benzerlik göstermemektedir. Bu araştırmada yaşı daha büyük olan kadınların genç kadınlara göre cinsel doyumlarının yüksek olması, evlilik yılının uzun olması ve evlilikte yaşanan cinsel tecrübenin artmasından kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca genç kadınların cinsellikle ilgili bilgilerinin az olması, cinselliği tabu olarak görmesi de göz ardı edilmemelidir.

Bu araştırmada kadınların öğrenim düzeylerinin, cinsel doyumlarını etkileyen bir faktör olduğu bulunmuştur. Lise mezunu kadınların cinsel doyumlarının (puan ortalamaları 93.36), okuryazar/ilkokul mezunu kadınlara (puan ortalamaları 67.95), ortaokul mezunu kadınlara (puan ortalamaları 81.48) ve üniversite mezunu kadınlara (puan ortalamaları 92.00) göre daha düşük olduğu saptanmıştır (F= 57.326, p< 0.05) (Tablo 4.3.2.1). Yapılan çalışmalarda kadının öğrenim düzeyinin artması ile cinsel doyumunun azaldığı bulunmuştur (20, 108, 118, 121, 122). Literatürdeki bu çalışmalar araştırma bulgularımızla benzerlik göstermektedir. Özkan ve ark. tarafından gebelik ve bazı sosyo-demografik özelliklerin cinsel fonksiyon üzerine etkisini belirlemek amacıyla

yapılan çalışmada kadınlarının eğitim seviyelerinin cinsel fonksiyonlarını etkilemediği bulunmuştur (119). Literatürdeki bu çalışma araştırma bulgularımızla paralellik göstermemektedir. Bu çalışmada kadınların öğrenim düzeylerinin arttıkça cinsel doyumlarının düşmesi, bilgi ve donanımının artması, bilgi edinebileceği kaynaklara daha kolay ulaşması ve cinsel yaşamla ilgili beklentilerinin yükselmesinden kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada kadınların cinsel doyumlarını etkileyebileceği düşünülen faktörlerden bir diğeri kadınların çalışma durumlarıdır. Kadınların %71.5'inin ev hanımı oldukları belirlenmiştir. Çalışan kadınların cinsel doyumlarının (puan ortalamalarının 92.13), çalışmayan kadınlara (puan ortalamaları 79.46) göre daha düşük olduğu saptanmıştır ($t= 6.704$, $p < 0.05$). Yapılan çalışmalarda çalışmayan kadınların cinsel doyumları yüksek bulunmuştur (20, 26, 108, 118, 119, 121, 122). Literatürdeki bu çalışmalar araştırma bulgularımızla benzerlik göstermektedir. Bu çalışmada çalışan kadınların cinsel doyumlarının düşük olması, gün boyu çalışma şartları ve işyeri sorumluluğunun fazla olması, cinsel yaşantısının günlük yaşantı ile ilgili sorunlardan etkilenmesinden kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir. Aynı zamanda bu sonucun, kadının çalışma hayatı dışında ev ile ilgili sorumluluklarının olması, gün içerisinde fazla yorgun olması ve cinsel yaşama vakit ayıramamasından kaynaklandığı da göz ardı edilmemelidir.

Bu çalışmada kadınların eşlerinin öğrenim düzeyinin, kadınların cinsel doyumlarını etkileyen bir faktör olduğu bulunmuştur. Eşi lise mezunu olan kadınların cinsel doyumlarının (puan ortalamalarının 92.16), eşi okuryazar/ilkokul mezunu olan kadınlara (puan ortalamaları 65.56), eşi ortaokul mezunu olan kadınlara (puan ortalamaları 67.85) ve eşi üniversite mezunu olan kadınlara (puan ortalamaları 92.01) göre daha düşük olduğu saptanmıştır ($F= 116.26$, $p < 0.05$) (Tablo 4.3.2.1). Yapılan regresyon analizine göre; kadınların eşlerinin öğrenim düzeyleri ile cinsel doyumları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($F = 19.353$, $p < 0.05$) (Tablo 4.4.2). Yapılan çalışmalarda kadının eşinin öğrenim düzeyinin artması ile kadının cinsel doyumunun azaldığı bulunmuştur (20, 26, 108, 118, 119, 121, 122). Literatürdeki bu çalışmalar araştırma bulgularımızla benzerlik göstermektedir. Bu çalışmada kadınların eşlerinin öğrenim düzeylerinin arttıkça cinsel doyumlarının düşmesi, bilgi ve donanımının artması, bilgi edinebileceği kaynaklara daha kolay ulaşması ve cinsel yaşamla ilgili beklentilerinin yükselmesinden kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir.

Bu araştırmada kadınların cinsel doyumlarını etkileyeceği dūřınlen faktörlerden bir diğeri kadınların evlilik süresidir. 1 – 10 yıldır evli olan kadınların cinsel doyumlarının (puan ortalamalarının 86.81), 11 – 20 yıldır evli olan (puan ortalamaları 80.36) ve 21 – 30 yıldır evli olan kadınlara (puan ortalamaları 79.44) göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. 21 – 30 yıldır evli olan kadınların cinsel doyumları daha düşük bulunmuştur ($F=6.635$, $p < 0.05$) (Tablo 4.3.2.2). Yapılan çalışmalarda kadınların evlilik sürelerinin artması ile cinsel doyumunun arttığı bulunmuştur (20, 26, 54, 108, 118, 119). Literatürdeki bu çalışmalar araştırma bulgularımızla benzerlik göstermektedir. Al Bustan ve ark. müslüman kadınların gebelik sırasında ve gebelikten sonraki cinsel yaşamlarının incelendiği çalışmada, evlilik yılı daha az olan kadınların cinselliklerinin olumlu etkilendiğini belirtmişlerdir (120). Güvel ve arkadaşlarının evli kadınlarda cinsel fonksiyonlara etkin faktörlerin incelendiği çalışmada evlilik yılının artmasının cinsel doyumlarına olumsuz etkisinin olduğu belirlenmiştir (121). Tashbulatova'nın infertil kadınlarda cinsel fonksiyonlara etki eden faktörler çalışmasında ise evlilik süresinin cinsel fonksiyon ile ilişkisinin olmadığı belirlenmiştir (122). Literatürdeki bu çalışmalar araştırma bulgularımızla paralellik göstermemektedir. Bu araştırmada evlilik yılı uzun olan kadınların cinsel doyumlarının yüksek olması, kadının kendi bedenini tanınması, evlilik yılının artışıyla birlikte çiftlerin birbirlerini daha iyi tanınması, cinsel yaşamlarından beklentilerini karşılayabilmeleri ve cinsel tecrübelerinin artmasından kaynaklanmış olabileceği dūřünölmektedir.

Bu araştırmada kadınların eşleri ile duygu dūřüncelerini paylaşma durumları, cinsel doyumlarını etkileyen faktörlerden biri olduğu saptanmıştır. Eřleri ile duygu dūřüncelerini “her zaman” paylaşan kadınların cinsel doyumlarının (puan ortalamaları 64.84), “bazen” paylaşan kadınların (puan ortalamaları 86.94) ve “hiçbir zaman” paylaşmayan kadınlara (puan ortalamaları 90.96) göre yüksek olduğu belirlenmiştir ($F=97.862$, $p < 0.05$) (Tablo 4.3.2.3). Yapılan regresyon analizine göre; kadınların eşleri ile duygu dūřüncelerini paylaşma durumları ile cinsel doyumları arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($F = 19.353$, $p < 0.05$) (Tablo 4.4.2). Yapılan çalışmalarda eşleri ile duygu dūřüncelerini paylaşan kadınların cinsel doyumları yüksek bulunmuştur (20, 26, 108, 118, 119, 121, 122). Literatürdeki bu çalışmalar araştırma bulgularımızla benzerlik göstermektedir.

Bu araştırmada kadınların yaşamlarında yer alan değerlerin eşleri ile benzerliği durumları, cinsel doyumlarını etkileyen faktörlerden biri olduğu saptanmıştır. Yaşamlarında yer alan değerleri eşleri ile “her zaman” benzer olan kadınların cinsel doyumları (puan ortalamalarının 66.16), “bazen” benzer olan (puan ortalamaları 88.63) ve “hiçbir zaman” benzer olmayan kadınlara (puan ortalamaları 89.28) göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ($F= 89.655, p< 0.05$). Literatürde eşleri geri çekme yöntemi kullanan ve yaşamdaki değerleri eşleri ile benzer olan kadınlar ile cinsel doyumları üzerine etkisinin incelendiği bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Bu araştırmada kadınların ailedeki önemli konulardaki kararlara eşleri ile birlikte katılma durumlarının, cinsel doyumlarını etkileyen faktörlerden biri olduğu saptanmıştır. “her zaman kadın-erkek birlikte” karar alan kadınların cinsel doyumları (puan ortalamalarının 70.01), “bazen kadın ya da erkek birlikte” karar alan (puan ortalamaları 91.39) kadınlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ($F= 7.416, p< 0.05$) (Tablo 4.3.2.3). Yapılan regresyon analizine göre; kadınların ailedeki önemli konulardaki kararlara eşleri ile birlikte katılma durumları ile cinsel doyumları arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($F = 19.353, p < 0.05$) (Tablo 4.4.2). Yapılan çalışmalarda ailedeki önemli konulardaki kararlara eşleri ile birlikte katılan kadınların cinsel doyumlarının yüksek olduğu bulunmuştur (20, 26, 108, 118, 119, 121, 122). Literatürdeki bu çalışmalar araştırma bulgularımızla benzerlik göstermektedir. Bu araştırmada eşleri ile duygu düşüncelerini paylaşan, yaşamlarında yer alan değerlerin eşleri ile benzer olan, ailedeki önemli konulardaki kararlara eşleri ile birlikte katılan kadınların cinsel doyumlarının yüksek olması, "eşlerin kendilerini birbirlerine rahat ifade edebilmeleri", "isteklerini karşılayabilmeleri", "duygularını rahatça paylaşabilmelerinden" kaynaklanmış olabileceği düşünölmektedir.

Bu araştırmada gebelik sayısının, kadınların cinsel doyumlarını etkileyen faktörlerden biri olduğu saptanmıştır. Gebelik sayısı 1 – 3 tane olan kadınların cinsel doyumlarının (puan ortalamalarının 85.58), 4 tane ve üzeri olan kadınların (puan ortalamaları 77.80) cinsel doyumlarına göre düşük olduğu belirlenmiştir ($t= 3.825, p< 0.05$) (Tablo 4.3.2.4). Yapılan çalışmalarda gebelik sayısı fazla olan kadınların cinsel doyumlarının yüksek olduğu bulunmuştur (20, 26, 54, 108, 118, 121, 122). Literatürdeki bu çalışmalar araştırma bulgularımızla benzerlik göstermektedir. Özkan ve ark. gebelik ve bazı sosyodemografik özelliklerin cinsel fonksiyon üzerine etkisinin incelendiği çalışmada

kadınların cinsel doyumlarının etkilenmediği bulunmuştur (119). Haines ve ark. kadın yaşamında rehabilitasyonun incelendiği çalışmada gebelik sayısının cinsel doyum ile bir ilişki göstermediğini belirtmişlerdir (123). Literatürdeki bu çalışmalar araştırma bulgularımızla paralellik göstermemektedir. Bu çalışmada gebelik sayısı fazla olan kadınların cinsel doyumlarının yüksek olması, cinsel yaşamında tecrübe sahibi olması daha fazla cinsel yaşama vakit ayırması, bu dönemlerde östrojen miktarının artışından kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada çocuk sahibi olma durumunun, kadınların cinsel doyumlarını etkileyen faktörlerden biri olduğu saptanmıştır. Çocuk sahibi olan kadınların cinsel doyumlarının (puan ortalamaları 82.05), çocuk sahibi olmayan kadınlara (puan ortalamaları 89.40) göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($t= 3.373$, $p< 0.05$) (Tablo 4.3.2.4). Lee ve ark. çalışmasında çocuksuz kadınların cinsel doyumlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (27). Literatürdeki bu çalışma araştırma bulgularımızla benzerlik göstermemektedir. Bu çalışmada çocuk sayısı fazla olan kadınların cinsel doyumlarının yüksek olması, cinsel yaşamında tecrübe sahibi olmasında kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca bu çalışmada çocuk sahibi olmayan kadınların cinsel doyumlarının daha yüksek bulunması beklenirken araştırma sonuçlarımızın bu yönde olmaması dikkati çeken bir bulgu olarak karşımıza çıkmaktadır. Aynı zamanda bu sonucun çocuk sahibi olmayan kadınların (çocuğu olmayan kadın sayısı 42), çocuk sahibi olan kadınların sayısından (çocuğu olan kadın sayısı 260) az olmasından kaynaklanmış olabileceği de dikkate alınmalıdır.

Bu çalışmada kadınların gebeliklerinin planlı olmasının, kadınların cinsel doyumlarını etkileyen faktörlerden biri olduğu saptanmıştır. Son gebelikleri plansız olan kadınların cinsel doyumlarının (puan ortalamaları 86.50), son gebelikleri planlı olan kadınlara (puan ortalamaları 79.97) göre daha düşük olduğu belirlenmiştir ($t= 3.387$, $p< 0.05$) (Tablo 4.3.2.4). Yapılan çalışmalarda gebeliği plansız olan kadınların cinsel doyumlarının düşük olduğu bulunmuştur (20, 26, 33, 54, 108, 118, 121, 122). Literatürdeki bu çalışmalar araştırma bulgularımızla benzerlik göstermektedir. Bu çalışmada gebelikleri plansız olan kadınların cinsel doyumlarının düşük olması, geleneksel aile planlaması yöntemleri içerisinde yer alan geri çekme yönteminin cinsel ilişki sırasında gebe kalma korkusu yaratması, geri çekmenin haz almayı engellemesi,

bu yöntemin sonucu olabilecek planlanmayan gebeliğin gerçekleşmesinden kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir.

Bu araştırmada geri çekme yöntemini kullanırken kadınların istenmeyen gebeliklerinin olmasının, kadınların cinsel doyumlarını etkileyen faktörlerden biri olduğu saptanmıştır. İstenmeyen gebelikleri olan kadınların cinsel doyumlarının (puan ortalamaları 90.87), istenen gebeliği olan kadınlara (puan ortalamaları 81.21) göre düşük olduğu belirlenmiştir ($t= 4.569, p< 0.05$) (Tablo 4.3.2.4). Yapılan regresyon analizine göre; kadınların gebeliği isteme durumu ile cinsel doyumları arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($F = 19.353, p< 0.05$) (Tablo 4.4.2). Yapılan çalışmalarda istenmeyen gebeliği olan kadınların cinsel doyumlarının düşük olduğu bulunmuştur (20, 26, 33, 54, 108, 110, 118, 121, 122). Literatürdeki bu çalışmalar araştırma bulgularımızla benzerlik göstermektedir. Bu araştırmada istenmeyen gebeliği olan kadınların cinsel doyumlarının düşük olması, geri çekme yönteminin cinsel ilişki sırasında gebe kalma korkusu yaratması, gebe kalma korkusunun cinsel istek ve performansı etkilemesi, cinsel yaşantısının stres-üzüntü gibi duygusal sorunlardan etkilenmesinden kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir.

Bu araştırmada kadınların cinsel doyumlarını etkileyen faktörlerden bir diğeri de, kadınların cinsel ilişki sıklığıdır. “haftada 1 kez” cinsel ilişkiye giren kadınların cinsel doyumlarının (puan ortalamalarının 90.29), “haftada 2 – 3 kez” cinsel ilişkiye giren kadınların (puan ortalamaları 83.05) ve “ayda 1 kez ve üzeri” sıklıkta cinsel ilişkiye giren kadınların (puan ortalamaları 73.09) cinsel doyumlarından düşük olduğu belirlenmiştir ($F= 16.968, p< 0.05$). Yapılan regresyon analizine göre; kadınların cinsel ilişki sıklığı ile cinsel doyumları arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($F = 19.353, p < 0.05$) (Tablo 4.4.2). Özkan ve ark. gebelik ve bazı sosyodemografik özelliklerin cinsel fonksiyon üzerine etkisinin incelendiği çalışmada cinsel ilişki sıklığı arttıkça kadınların cinsel doyumlarının arttığı saptanmıştır (119). Martinez ve ark. postpartum dönemde laktasyonel amenore yönteminin koruyuculuğunun incelendiği çalışmada cinsel ilişki sıklığı arttıkça kadınların cinsel doyumlarının arttığı saptanmıştır (98). Literatürdeki çalışmalar araştırma bulgularımızla benzerlik göstermemektedir. Bu araştırmada cinsel ilişki sıklığı daha az olan kadınların cinsel doyumlarının yüksek olması, kadınların cinsel ilişki sıklıklarının birbirinden farklı olması, kadınların değişen hormon düzeyleri, menstural sikluslarına bağlı cinsel isteğin artması veya azalmasından kaynaklandığı düşünülebilir.

Bu araştırmada kadınların cinsel doyumlarını etkileyen faktörlerden bir diğeri de, kadınların cinsel yaşantılarını doyurucu bulma durumlarıdır. Cinsel yaşantılarını “az/orta doyurucu” bulan kadınların cinsel doyumlarının (puan ortalamaları 90.31), “çok doyurucu” bulan kadınların (puan ortalamaları 79.21) cinsel doyumlarına göre düşük olduğu belirlenmiştir ($t= 6.767, p < 0.05$) (Tablo 4.3.2.5). Yapılan regresyon analizine göre; kadınların cinsel yaşantılarını doyurucu bulma durumları ile cinsel doyumları arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($F = 19.353, p < 0.05$) (Tablo 4.4.2). Yapılan çalışmalarda cinsel yaşantılarını “az/orta doyurucu” bulan kadınların cinsel doyumlarının “çok doyurucu” bulan kadınlara göre daha düşük olduğu bulunmuştur (20, 26, 33, 54, 107, 108, 110, 118, 121, 122). Literatürdeki bu çalışmalar araştırma bulgularımızla benzerlik göstermektedir. Bu araştırmada cinsel yaşantısı “az/orta” doyurucu bulan kadınların cinsel doyumlarının düşük olması, kadınların cinsel yaşamlarına ilişkin doğru bir algıya sahip olduğunu göstermesi açısından önemli bir bulgudur.

Bu araştırmada kadınların cinsel doyumlarını etkileyen faktörlerden bir diğeri de, geri çekme yöntemi kullanımına karar verme durumlarıdır. Geri ekme yöntemi kullanımına “eşi ile birlikte” karar veren kadınların cinsel doyumlarının (puan ortalamalarının 82.90), “eşi” karar veren kadınlara (puan ortalamaları 83.15) göre yüksek olduğu belirlenmiştir ($t= 0.148, p < 0.05$) (Tablo 4.3.2.6). Yapılan çalışmalarda geri çekme yöntemi kullanımına “eşi ile birlikte” karar veren kadınların cinsel doyumlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (20, 26, 28, 29, 30, 33, 54, 107, 108, 110, 118, 121, 122). Literatürdeki alışmalar araştırma bulgularımızla benzerlik göstermektedir. Bu araştırmada geri çekme yöntemi kullanımına “eşi ile birlikte” karar veren kadınların cinsel doyumlarının daha yüksek olması, kullanılacak aile planlaması yöntemine karar vermede kadının da söz sahibi olması ve kadının kendi istediği bir yöntemi kullanıyor olmasından kaynaklanmış olabileceği düşünölmektedir.

Bu araştırmada kadınların cinsel doyumlarını etkileyen faktörlerden bir diğeri de, geri çekme yöntemlerini tercih etme sebebidir. “dini yönden günah olmaması” nedeniyle geri çekme yöntemi kullanan kadınların cinsel doyumlarının (puan ortalamaları 79.58), “yan etkisinin olmaması” nedeniyle kullanan kadınların (puan ortalamaları 88.14), “ücretsiz bir yöntem olması” nedeniyle kullanan kadınların (puan ortalamaları 80.03) ve

“sağlık kuruluşuna gitme zorunluluğunun olmaması” nedeniyle kullanan kadınların (puan ortalamaları 85.56) cinsel doyumlarından yüksek olduğu belirlenmiştir ($F= 6.240$, $p< 0.05$) (Tablo 4.3.2.6). Literatürde kadınların geri çekme yöntemini tercih etme nedenlerinin cinsel doyumlarına etkisinin incelendiği çalışmalara rastlanmamıştır.

Sonuç olarak bu çalışma, eşleri geri çekme yöntemi kullanan kadınların cinsel doyumları ve cinsel doyumlarını etkileyen faktörler ile cinsel doyumlarının evlilik uyumu üzerine etkisini değerlendirmesi açısından önem taşımaktadır. Bu araştırmada eşleri geri çekme yöntemi uygulayan kadınların cinsel doyumlarının düşük olduğu, cinsel doyumları düşük olan kadınların evlilik uyumlarının da düşük olarak belirlenmesi önemli bir bulgudur (47). Bu açıdan aile planlaması yöntemi olarak eşleri geri çekme yöntemini uygulayan kadınların cinsel doyumlarının ve cinsel doyumlarının evlilik uyumlarına etkisinin belirlenmesinin önemli olduğu düşünülmektedir. Böylece hemşireler kadınların cinsel doyumlarını ve cinsel doyumlarının evlilik uyumları üzerine etkisini artırmaya yönelik eğitim ve danışmanlık programları düzenleyebileceklerdir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. SONUÇ

Aile planlaması yöntemi olarak eşleri geri çekme yöntemi uygulayan kadınların cinsel doyumlarının evlilik uyumlarına etkisini belirlemeye yönelik yapılan araştırmadan elde edilen sonuçlar beş grup altında incelenmiştir.

1. Kadınların sosyo-demografik özelliklerine ilişkin sonuçlar,
2. Kadınların cinsel doyumlarını etkileyebilecek bazı bağımsız değişkenlere ilişkin sonuçlar,
3. Kadınların GRCDÖ ve EUÖ' nden aldıkları puan ortalamaları ve GRCDÖ' nden aldıkları puan ortalamalarının cinsel doyumunu etkileyebileceği düşünülen faktörler ile ilişkisine yönelik sonuçlar,
4. Kadınların GRCDÖ' nden aldıkları puan ortalamalarının EUÖ' ne ilişkin puan ortalamaları üzerindeki etkisine ilişkin sonuçlar,
5. Cinsel doyum toplam ölçek puanının lineer regresyon analizine ilişkin sonuçlar.

6.1.1. Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Sonuçlar

Kadınların yaş ortalamasının 33.1 ± 7.3 olduğu, %49.3'ünün 30 - 39 yaş grubunda olduğu ve %66.5'inin il merkezinde doğduğu belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan kadınların %33.5'ünün ortaokul mezunu, %71.5'inin ev hanımı, %92.4'ünün sağlık güvencesinin olduğu, %75.5'inin çekirdek aile tipine sahip olduğu saptanmıştır.

Araştırmada kadınların eşlerinin yaş ortalamasının 37.9 ± 7.6 olduğu ve %47.4'ünün 40 yaş ve üzeri, %39.7'sinin lise mezunu, %54.3'ünün serbest meslek sahibi oldukları belirlenmiştir (Tablo 4.1.1).

6.1.2. Kadınların Cinsel Doyumlarını Etkileyebilecek Bazı Bağımsız Değişkenlere İlişkin Sonuçlar

Kadınların %48.3'ünün 20 – 24 yaş arasında evlendiği, %44.1'inin 1 – 10 yıldır evli oldukları belirlenmiştir. Kadınların %59.4'ünün eşleri ile arasında 1 – 5 yaş olduğu,

%41.7'sinin görücü usulü ile daha sonra tanışıp onaylayarak evlendiği belirlenmiştir. Ayrıca kadınların %96.4'ünün resmi ve imam nikahının birlikte olduğu nikah şekline sahip oldukları saptanmıştır (Tablo 4.2.1).

Kadınların %45.7'sinin "bazen" eşleri ile duygu ve düşüncelerini karşılıklı olarak paylaştıkları, %49.3'ünün yaşamında yer alan değerleri "bazen" eşleri ile benzer olduğu saptanmıştır. Ayrıca kadınların %70.2'sinin "bazen" eşleri ile birlikte serbest zaman etkinliklerine katıldığı, %67.2'sinin "her zaman kadın erkek birlikte" ailede önemli kararları aldıklarını belirtmişlerdir (Tablo 4.2.2).

Kadınların %51.5'inin 20 – 24 yaş arasında ilk doğumlarını yaptığı, %56.9'unun 1 – 3 kez gebe kaldığı, %79.2'sinin 1 – 3 arası canlı doğum gerçekleştirdiği, %86.1'inin çocuğunun olduğu saptanmıştır.

Kadınların gebelik durumları incelendiğinde, %65.4'ünün gebeliklerinin planlı olduğu, %80.8'inin geri çekme yöntemini kullanırken istenmeyen gebeliği olduğu belirlenmiştir.

Kadınların doğurganlıklarına ilişkin durumları incelendiğinde %77.9 'unun 1 kez düşük yaptığı, %73.7 'sinin 1 kez kürtaj yaptırdığı belirlenmiştir (Tablo 4.2.3).

Kadınların %57.3'ünün haftada 2 – 3 kez cinsel ilişkiye girdiği saptanmıştır. Kadınların %65.2'si cinsel yaşantılarının az/orta derecede doyurucu olduğunu ifade etmişlerdir (Tablo 4.2.4).

Kadınların %51.6'sı erkeklerin kullanabileceği aile planlaması yöntemi olarak geri çekme yöntemini ifade etmişlerdir. Bu araştırmada kadınların tamamının eşlerinin şu anda geri çekme yöntemini kullandığı, %66.9'unun eşlerinin kararıyla geri çekme yöntemini kullanmaya karar verdikleri, %76.2'sinin 13 ay ve üzeri süredir geri çekme yöntemini kullandıkları saptanmıştır. Kadınların %37.1'i dini yönden günah olmadığı için geri çekme yöntemini kullanmayı tercih ettiklerini belirtmişlerdir.

Kadınların %32.4'ünün gebe kalma riskinin olması nedeniyle geri çekme yöntemini kullanırken zorluk yaşadığı, %90.7'sinin geri çekme yöntemini kullanırken gebe kalma korkusu yaşadığı belirlenmiştir (Tablo 4.2.5).

6.1.3. Kadınların GRCDÖ ve EUÖ'nden Aldıkları Puan Ortalamaları ve GRCDÖ'nden Aldıkları Puan Ortalamalarının Cinsel Doyumu Etkileyebileceği Düşünülen Faktörler ile İlişisine Yönelik Sonuçlar

6.1.3.1. GRCDÖ Toplam Puanlar: Kadınların cinsel doyum ölçeğinden alabilecekleri maksimum puan “140”dır. Bu değer, kadının cinsel doyumunun en az düzeyde olduğunu göstermektedir. Kadınların cinsel doyum ölçeklerinden alabilecekleri minimum puan “0”dır. Bu değer ise, kadının cinsel doyumunun en yüksek düzeyde olduğunu göstermektedir. Bu araştırmada kadınların cinsel doyum ölçeği toplam puan ortalamasının 83.07, cinsel doyum ölçeğinden aldıkları minimum puanın “7”, maksimum puanın ise, “138” olduğu saptanmıştır (Tablo 4.3.1.1). Bu sonuç, kadınların cinsel işlevlerinin ve ilişkilerinin niteliğindeki bozulmayı göstermektedir. Bu bulgu araştırmamızın H₁ hipotezini desteklemektedir.

6.1.3.2. EUÖ Toplam Puanlar: Kadınların evlilik uyum ölçeğinden alabilecekleri maksimum puan “60”dır. Bu değer, kadının evliliğinde çok büyük bir doyum ve mutluluk duyduğunu göstermektedir. Kadınların evlilik uyum ölçeğinden alabilecekleri minimum puan “0”dır. Bu değer ise, kadının evliliğinde çok mutsuz olduğunu göstermektedir. Bu araştırmada kadınların evlilik uyum ölçeği toplam puan ortalamasının 27.81, evlilik uyum ölçeğinden aldıkları minimum puanın “10”, maksimum puanın ise, “54” olduğu saptanmıştır (Tablo 4.3.1.1). Bu sonuç, kadınların evliliklerinde büyük bir doyum ve mutluluk sağlayamadığını göstermektedir.

Kadınların 30 - 39 yaş GRCDÖ puan ortalamalarının (80.99), 20 – 29 yaş (87.08) ve 40 yaş ve üzeri (81.58) puan ortalamalarından daha düşük olduğu belirlenmiştir. Kadınların öğrenim düzeyleri ile GRCDÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; lise mezunu kadınların puan ortalamalarının (93.36), okuryazar/ilkokul mezunu kadınlara (67.95) , ortaokul mezunu kadınlara (81.48) ve üniversite mezunu kadınlara (92.00) göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Çalışma durumları ile GRCDÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; çalışan kadınların puan ortalamalarının (92.13),

çalışmayan kadınlara (79.46) göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Kadınların eşlerinin öğrenim düzeyleri ile GRCDÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; lise mezunu eşlerin puan ortalamalarının (92.16), okuryazar/ilkokul mezunu eşlere (65.56) , ortaokul mezunu eşlere (67.85) ve üniversite mezunu eşlere (92.01) göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Kadınların evlilik yılları ile GRCDÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; 1 – 10 yıldır evli olan kadınların puan ortalamalarının (86.81), 11 – 20 yıldır evli olan (80.36) ve 21 – 30 yıldır evli olan kadınlara (79.44) göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Eşleri ile duygu düşüncelerini her zaman paylaşan kadınların puan ortalamalarının (64.84), bazen paylaşan kadınların (86.94) ve hiçbir zaman paylaşmayan kadınların (90.96) GRCDÖ puan ortalamalarından düşük olduğu belirlenmiştir. Kadınların yaşamlarında yer alan değerlerin eşleri ile benzerliği durumları ile GRCDÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; yaşamlarında yer alan değerlerin eşleri ile her zaman benzer olduğu puan ortalamalarının (66.16), bazen benzer olduğu (88.63) ve hiçbir zaman benzer olmadığı (89.28) durumlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ailedeki önemli konulardaki kararlara birlikte katılma durumları ile GRCDÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; her zaman kadın-erkek birlikte karar alma puan ortalamalarının (70.01), bazen kadın ya da erkek birlikte karar almaları (91.39) durumuna göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Gebelik sayısı 1 – 3 tane olan kadınların puan ortalamalarının (85.58), 4 tane ve üzeri olan kadınların (77.80) GRCDÖ puan ortalamalarından yüksek olduğu belirlenmiştir. Çocuk sahibi olan kadınların puan ortalamalarının (82.05), çocuk sahibi olmayan kadınların (89.40) GRCDÖ puan ortalamalarından düşük olduğu belirlenmiştir. Son gebelikleri plansız olan kadınların puan ortalamalarının (86.50), son gebelikleri planlı olan kadınların (79.97) GRCDÖ puan ortalamalarından yüksek olduğu belirlenmiştir. Geri çekme yöntemini kullanırken kadınların istenmeyen gebeliklerinin olması durumunun puan ortalamalarının (90.87), istenen gebeliklerinin olması durumunun (81.21) GRCDÖ puan ortalamalarından yüksek olduğu belirlenmiştir. Haftada 1 kez cinsel ilişkiye giren kadınların puan ortalamalarının (90.29) , haftada 2 – 3 kez cinsel ilişkiye giren kadınların (83.05) ve ayda 1 kez ve üzeri sıklıkta cinsel ilişkiye giren kadınların (73.09) GRCDÖ puan ortalamalarından yüksek olduğu belirlenmiştir. Cinsel yaşantılarını az/orta doyurucu bulan kadınların puan ortalamalarının (90.31), çok doyurucu bulan kadınların (79.21) GRCDÖ puan ortalamalarından düşük olduğu belirlenmiştir. Geri çekme yöntemi

kullanımına eşi ile birlikte karar veren kadınların puan ortalamalarının (82.90), eşi karar veren kadınların (83.15) GRCDÖ puan ortalamalarından düşük olduğu belirlenmiştir.

Dini yönden günah olması nedeniyle geri çekme yöntemi kullanan kadınların puan ortalamalarının (79.58), yan etkisinin olmaması nedeniyle kullanan kadınların (88.14) , ücretsiz bir yöntem olması nedeniyle kullanan kadınların (80.03) ve sağlık kuruluşuna gitme zorunluluğunun olmaması nedeniyle kullanan kadınların (85.56) GRCDÖ puan ortalamalarından düşük olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, bu değişkenlere göre GRCDÖ puan ortalamaları arasındaki fark önemli bulunmuştur ($p < 0.05$) (Tablo 4.3.2.1, Tablo 4.3.2.2, Tablo 4.3.2.3, Tablo 4.3.2.4, Tablo 4.3.2.5, Tablo 4.3.2.6).

Bunun yanında kadınların doğduğu yer, aile tipi, eşinin yaşı, eşinin mesleği, evlenme yaşı, eşi ile arasındaki yaş farkı, eşi ile evlenme şekli, eşi ile boş zaman etkinliklerine birlikte katılımı, ilk doğum yaşı, canlı doğum sayısı, geri çekme yöntemini kullanım süresi, geri çekme yöntemi kullanırken yaşanan zorluklar, geri çekme yöntemi kullanırken gebe kalma korkusu yaşama durumunun GRCDÖ puan ortalamaları üzerine etkisinin olmadığı belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, bu değişkenlere göre GRCDÖ puan ortalamaları arasındaki fark önemsiz bulunmuştur ($p > 0.05$). (Tablo 4.3.2.1, Tablo 4.3.2.2, Tablo 4.3.2.3, Tablo 4.3.2.4, Tablo 4.3.2.6).

6.1.4. Kadınların GRCDÖ'nden Aldıkları Puan Ortalamalarının EUÖ'ne İlişkin Puan Ortalamaları Üzerindeki Etkisine İlişkin Sonuçlar

Eşleri geri çekme yöntemi uygulayan kadınların toplam cinsel doyum puanları ile toplam evlilik uyumu puanları arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda puanlar arasında istatistiksel açıdan $p < 0.05$ düzeyinde pozitif yönde orta düzeyde doğrusal korelasyon saptanmıştır (Tablo 4.4). Araştırmada eşleri geri çekme yöntemi uygulayan kadınların cinsel doyumlarının evlilik uyumları üzerine olumsuz etkisi olduğu belirlenmiştir.

6.1.4.1. Kadınların Cinsel Doyum Toplam Ölçek Puanının Linear Regresyon Analizine İlişkin Sonuçlar

Yapılan analiz sonucuna göre; eşin öğrenim düzeyi, eş ile duygu ve düşüncelerin paylaşımı, eş ile kararlara katılım, gebeliğin istenmesi durumu, cinsel ilişki sıklığı,

cinsel yayaşamın doyurucu olma durumu ile cinsel doyum arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir (p < 0.05) (Tablo 4.4.2).

6.2. ÖNERİLER

Yapılan araştırma sonucunda, eşleri geri çekme yöntemi uygulayan kadınların cinsel doyumlarının düşük olduğu belirlenmiştir. Bu araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki öneriler geliştirilmiştir:

1. Son gebelikleri plansız olan kadınların cinsel doyumlarının, gebelikleri planlı olan kadınlara göre daha düşük bulunması nedeniyle;

- Kadınların aile planlaması hizmetleri ve yöntem seçiminin belirlenmesine yönelik çalışmalar planlanıp, uygulanmalıdır.

2. Kadınların geri çekme yöntemi uygularken istenmeyen gebeliklerinin olmasının, cinsel doyumunu düşürmesi nedeniyle;

- Kadınların aile planlaması yöntem seçimlerine yönelik düzenlenecek eğitim programları ile bilinçlendirilerek; istenmeyen gebeliklerin önlenmesi ve cinsel doyumlarının artırılması sağlanmalıdır.

3. Geri çekme yöntem kullanımına eşi karar veren kadınların cinsel doyumlarının, eşi ile birlikte karar veren kadınlara göre daha düşük bulunması nedeniyle;

- Aile planlaması eğitim programlarında yöntem seçimine kadın ve erkeğin birlikte katılımının sağlanması ve bilinçlendirilmesi sağlanmalıdır.

4. Eşleri geri çekme yöntemi uygulayan kadınların cinsel doyumlarının evlilik uyumları üzerine olumsuz etkisi bulunması nedeniyle;

- Kadınları modern yöntem kullanımına teşvik ederek cinsel doyumlarının artırılması, bu sayede de evlilik uyumlarına olumlu etkide bulunması sağlanmalıdır.

KAYNAKLAR

1. WHO (World Health Organization). Family Planning, 2010.
http://www.who.int/reproductivehealth/topics/family_planning/en/index.html.
2. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Ulusal Stratejiler ve Eylem Planı 2005-2015. Ankara, 2005.
3. Naçar M, Öztürk A, Öztürk Y. Doğum sonrasında verilen aile planlaması eğitiminin yöntem kullanmaya etkisi. Erciyes Tıp Dergisi. 2003;25(3):122-130.
4. Tokuç B, Kaplan PB, Balık GÖ, Gül H. Trakya Üniversitesi Hastanesi menopoz polikliniğine başvuran kadınlarda yaşam kalitesi. J Turk Soc Obstet Gynecol. 2006;3(4):281-287.
5. Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. 8. Baskı, Sistem Ofset Matbaacılık Ankara, 2009.
6. Heridman J, Nakash A, Beedham T. Male Contraception: Past, Present and future. Journal of Obstetrics and Gynaecology. 2006;26(8):721-727.
7. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2013, Bölüm 5: Aile Planlaması.
<http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/data/turkce/bolum5.pdf>.
8. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Cinsel Sağlık /Üreme Sağlığı, Aile Planlaması Danışmanlığı. Ankara, 2007.
9. Ergöçmen BA, Koç İ, Senlet P, Yiğit EK, Roman E. A closer look at traditional contraceptive use in Turkey. The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care. 2004;9:221-244.
10. Koç D. Aile Planlaması Yöntemi Olarak Eşleri Koitus Interruptus (Geri Çekme) Uygulayan Kadınların Cinsel Fonksiyonları ve Danışmanlık Gereksinimlerinin Belirlenmesi. 2009, TC. Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 99 sayfa, İstanbul, (Yard. Doç. Dr. Nimet Sevgi Gençalp).
11. Atış F, Yurdakul M, Öztürk M, Karaman M. Koitus interruptus kullanım nedenleri ve yöntem başarısını etkileyen faktörler. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi. 2010;15(5):32-44.
12. Woods JL, Hensel JD, Fortenberry JD. Contraceptive withdrawal in adolescents: a complex picture of usage. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2009;22(4):233-237.
13. Winetrobe H, Rhoades H, Barman Adhikari A, Cederbaum J, Rice E, Milburn N. Pregnancy attitudes, contraceptive service utilization, and other factors associated with

- Los Angeles homeless youths' use of effective contraception and withdrawal. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2013;26:314-322.
14. Everett AS, Charles WW, John SS, Laura K, Janet LC and Loyd JK. Use of birth control pills, condoms, and withdrawal among U.S. high school students. *Journal of Adolescent Health*. 2000;27:112-118.
15. Myntti C, Ballan A, Dewachi O, El-Kak F, Deeb ME. Challenging the stereotypes: men, withdrawal and reproductive health in Lebanon. *Journal of Contraception*. 2002;65(2):165-170.
16. Sznitman SR, Romer D, Brown LK, Diclemente RJ, Valois RF, Venable PA, Carey MP, Stanton B. Prevalence, correlates, and sexually transmitted infection risk related to coitus interruptus among African-American adolescents. *National Institutes of Health*. 2009;36(4):218-220.
17. Kulczycki A. The determinants of withdrawal use in Turkey: A husband's imposition or a woman's choice?. *Social Science & Medicine*. 2004;59:1019-1033.
18. Rahnema P, Hidarnia A, Shokravi FA, Kazemnejad A, Ghazanfari Z, Montazeri A. Withdrawal users' experiences of and attitudes to contraceptive methods: a study from Eastern district of Tehran, Iran. *BMC Public Health*. 2010;10:779.
19. Jones RK, Lindberg LD, Higgins JA. Pull and pray or extra protection? Contraceptive strategies involving withdrawal among US adult women. *Elsevier Contraception*. 2014;90:416-421.
20. Fataneh G, Marjan MH, Nasrin R, Taraneh T. Sexual function in Iranian women using different methods. *Journal of Clinical Nursing*. 2013;22:3016-3023.
21. Motlaq MA, Azarگون H, Dareke M. Effectiveness of family training and life skills on caring chronic mental disorders in an Iranian population. *Psychology, Society and Education*. 2013;1(5):77-90.
22. Fisher AW, Gruszecki L, Forchuk C. Factors Associated with common sexual concerns in women: new findings from the Canadian contraception study. *The Canadian Journal of Human Sexuality*. 2005;14:1-2.
23. Litzinger S, Gordon KC. Exploring relationships among communication, sexual satisfaction, and marital satisfaction. *Journal of Sex and Marital Therapy*. 2007;31(5):409-424

24. Waite JL, Joyner K. Emotional satisfaction and physical pleasure in sexual unions: Time horizon, sexual behavior, and sexual exclusivity. *Journal of Marriage and Family*. 2001;63(1):247-264.
25. Hindin MJ, Cox M, Otupiri E, Reindorf RL. Understanding couples' relationship quality and contraceptive use in Kumasi, Ghana. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. 2013;39(4):185-194.
26. Mannila HE, Kontula O. Correlates of increased sexual satisfaction. *Archives of Sexual Behavior*. 1997;26(4):399-419.
27. Lee TY, Sun GH, Chao SC. The Effect of infertility diagnosis on the distress, marital and sexual satisfaction between husbands and wives in Taiwan. *Human Reproduction*. 2001;16(8):1762-1767.
28. Aytekin TN, Pala K, Irgil E, Aytekin H. Family planning choices and some characteristics of coitus interruptus users in Gemlik, Turkey. *Women's Health Issues*. 2001;11(5):442-447.
29. Yanikkerem E, Acar H, Elem E. Withdrawal users perceptions of and experience with contraceptive methods in Manisa, Turkey. *Journal of Midwifery*. 2006;22:274-284.
30. Oltuluoğlu H, Başer M. Malatya il merkezinde yaşayan evli kadınların kullandıkları aile planlaması yöntemleri ve seçme nedenlerinin incelenmesi. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2012;19(3):167-74.
31. Tanrıverdi G, Özkan A, Şenveli S. Çanakkale'deki kadınların aile planlaması yöntemlerini tercih nedenleri. *Fırat Tıp Dergisi*. 2008;13(4):251-254.
32. İnce N, Özyıldırım BA. Gebelikten korunmada geri çekme yöntemi. *Jinekoloji Obstetrik Dergisi*. 2003;17:180-182.
33. Balcı E, Öztürk A, Gün İ, Öztürk Y. Kayseri İli Talas İlçesindeki 15-49 yaş kadınlarda kullanılan aile planlaması yöntemiyle ilgili şikayetlerin değerlendirilmesi. *Sağlık Bilimleri Dergisi (Journal of Health Sciences)*. 2008;17(1):54-62.
34. Türk R, Terzioğlu F. Geri çekme yöntemi ve kullanımını etkileyen faktörler. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2012;1(3):67-80.
35. Sarıdoğan ME, Karahan MF. Evli bireylere yönelik bir insan ilişkileri beceri eğitimi programının evli bireylerin evlilik uyum düzeylerine etkisi. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*. 2005;38(2):89-102.
36. Akın A, Özvarış ŞB. Adölesanların cinsel ve üreme üreme sağlığını etkileyen faktörler projesi (Rapor). Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, 2003, Ankara.

37. Demiray Ö. Evlilikte Uyumun Demografik Özelliklere Göre İncelenmesi. 2006, Dicle Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 102 sayfa, Diyarbakır.
38. Burgess EW, Cottrell LS. Predicting success or failure in marriage. Newyork Thoemmes Press. 1998;2:212-236.
39. Tutarel-Kışlak Ş. Evlilikte Uyum Ölçeğinin (EUÖ) güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. 3P Dergisi. 1999;7(1):50-57.
40. Jaccard J, Patricia JD. Adolescent Perceptions of Maternal Approval of Birth Control and Sexual Risk Behavior. American Journal of Public Health. 2000;90(9):1426-1430.
41. Danacı AE, Oruç S, Adıgüzel H, Yıldırım Y, Aydemir O. Relationship of sexuality with psychological and hormonal features in the menopausal period. West Indian Med J. 2003;52:27-30.
42. McCarthy B. Strategies and techniques for revitalizing a nonsexual marriage. Journal of Sex and Therapy. 1997;23(3):231-240.
43. Blum CB, Jeffrey S. and Mehrabian A. Personality and temperament correlates of marital satisfaction. Journal of Personality. 1999;67(1):93-125.
44. Ertop NG. 15-49 Yaş Arası Evli Kadınların Kullandıkları Aile Planlaması Yönteminin Eş Uyumuna Etkisinin İncelenmesi. 2009, On Dokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek lisans tezi, 83 sayfa, Samsun, (Yrd. Doç. Dr. Birsen Altay).
45. Bilen M. Ailede, Kurumlarda ve Toplumda Sağlıklı İnsan İlişkileri. Teknik Basım San., Ankara, 1983.
46. Terzioğlu RG. Ev İdaresi İlkeleri, Doğu Matbaası. Ankara, 1987.
47. Çayan A. 15-49 Yaş Evli Kadınların Aile Planlaması Yöntemlerine İlişkin Tutumlarının Kullandıkları Kontraseptif Yöntemler ile İlişkisi. 2009, TC. Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 108 sayfa, Aydın, (Doç. Dr. Zekiye Karaçam).
48. Sergek E. Kadınların Sezaryen Sonrası Seçtikleri Aile Planlaması Yöntemleri ve Bu Yöntemleri Seçme Nedenlerinin Dağılımı. 2005, Gaziantep Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep.

49. Özlece F. Kayseri İl Merkezindeki Lise Son Sınıf Öğrencilerinin Aile Planlamasına İlişkin Bilgi ve Düşüncelerinin Belirlenmesi. 2006, Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 77 sayfa, Kayseri, (Prof. Dr. Yusuf Öztürk).
50. Dirican M, Sarandöl E, Uncu G, Tokullugil HA. Postmenopozal kadınlarda tibolon ve transdermal östrojen kullanımının lipid düzeylerine ve apolipoprotein B-içeren lipoproteinlerin oksidasyonuna etkisi. Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi. 1999;13:202-207.
51. Apay ES. Nişanlı Çiftlerin Evlendikten Sonra Kullanmayı Düşündükleri Aile Planlaması Yöntemleri. 2004, Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 55 sayfa, Erzurum, (Prof. Dr. Türkan Pasinlioğlu).
52. Çiftçioğlu G. İleri Doğurganlık Yaşındaki Evli Kadınların ve Eşlerinin Aile Planlamasına Yönelik Tutumları ve Bu Konuda Verilen Eğitimin Etkisinin Değerlendirilmesi. 2009, T.C Mersin Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 77 Sayfa, Mersin, (Yrd. Doç. Dr. Belkıs Karataş).
53. Giray H, Keskinoglu P. Işıkent Sağlık Ocağı'na başvuran 15-49 yaş evli kadınların etkili aile planlaması yöntemi kullanımı ve etkileyen etmenler. Sted Dergisi, 2006;15(2):23-26.
54. Eryılmaz G. The evaluation of family planning services given in Erzurum motherchild health and family planning center in Eastern Turkey. The Euro Journ of Contracep and Reprod Health Care. 2006;11(2):146-50.
55. Toker SO. Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin aile planlaması hakkında bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi. Aile ve Toplum Dergisi. 2005;2(8):36-42.
56. Oltuluoğlu H. Malatya İl Merkezinde Aile Planlaması Kullanan 15-49 Yaş Grubu Evli Kadınlarda Kullanılan Yöntem ve Yöntem Seçimini Etkileyen Faktörler. 2008, Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 50 sayfa, Kayseri, (Yrd. Doç. Dr. Mürüvvet Başer).
57. Temel S. Geri Çekme Yöntemi ile Korunan Çiftlerin Cinsel Fonksiyonlarının Değerlendirilmesi. 2012, TC. Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 92 sayfa, İstanbul, (Yrd. Doç. Dr. Hatice Yıldız).
58. Aksu H. Kontraseptif yöntemler. Şirin A. (Editör). Kadın Sağlığı, 1.baskı, İstanbul: Bedray Basın Yayıncılık, 2008: 288-330.
59. Baloğlu A. Oral Kontraseptiflere Genel Bakış. 5. Uluslar arası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongre Kitabı, 2007, Ankara.

60. Karagüzel N. Fertil Çağdaki Kadınlarda Kontraseptif Yöntemler ve Anemi İlişkisi. 2006, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, İstanbul.
61. Kahraman K. Nevşehir Özkonak Kasabasında Yaşayan 15-49 Yaş Grubu Kadınların Aile Planlaması Uygulamaları. 2005, T.C. Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 44 sayfa, Kayseri, (Prof. Dr. Nimet Karataş).
62. Gökmen O, Çiçek N. Günümüzde Kontrasepsiyon, 1.Baskı, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 2001; 135-136.
63. Katırcı E. Isparta İl Merkezindeki Kadınlarda Kontraseptif Kullanımında Etkili Demografik ve Sosyokültürel Faktörler.2008, Süleyman Demirel Üniversitesi TıpFakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi. 74 sayfa, Isparta, (Yrd. Doç. Dr. Kurtuluş Öngel).
64. Şahin HN, Bulduk BS. Kontraseptif yöntemler için Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün uygunluk ölçütleri. Düzce Tıp Fakültesi Dergisi. 2004;1:37-41.
65. Grimes DA, Lopez LM, Schulz KF, Van Vliet HM, Helmerhost FM.Triphasic versus monophasic oral contraceptives for contraception. The Cochrane Collaboration. 2009;2:1-129.
66. United States Agency International Development (USAID).Five simple ways to improve oral contraceptive provision and use. 2006;2:2-29. <http://www.usaid.gov/>
67. Gabalcı E. Üreme Çağındaki Kadınların Kullandıkları Aile Planlaması Yöntemlerinin Cinsel Yaşamlarına Etkisi. 2008, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans Tezi. 104 sayfa, Ankara, (Doç. Dr. Füsün Terzioğlu).
68. Türk R. 2-6 Aylık Bebeği Olan Annelerin Emzirmeyi Aile Planlaması Yöntemi Olarak Kullanma Durumları ve Etkileyen Faktörler. 2006, Hacettepe Üniversitesi, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Programı, Yüksek Lisans Tezi, 100 sayfa, Ankara, (Prof. Dr. Kafiye Eroğlu).
69. Murray SS, Slone ME, Myers TG. Family Planing. In: Foundations Of Maternal-Newborn Nursing 3. Baskı. WB Saunders Company. 2002;874-894.
70. Dona WL, Shannon PE, Marilyn HJ. Family Planing. In: Maternal Child Nursing Care. W.B. Saunders Company. 2002;107- 121.
71. Kalak Ö. Aydın Doğumevi Aile Planlaması Polikliniğine Başvuran Kişilerin Aile Planlaması Hakkında Bilgi, Tutum ve Davranışlarının ve Aile Planlaması Danışmanlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi. 2008, T.C Adnan Menderes Üniversitesi, Tıp

- Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, 88 sayfa, Aydın, (Doç. Dr. Serpil Aydın).
72. Vural ZT, Gönenç I. Sadece progesteron içeren haplar. Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci. 2006;2(22):10-16.
73. Speroff L, Darney PD. A Clinical Guide For Contraception. 4. Baskı, Lippincott Williams&Wilkins, Newyork, 2005.
74. Çelik R.İsteyerek Düşük Yapmak İçin Başvuran Kadınların Acil Kontrasepsiyon ile İlgili Bilgi ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. 2006, Mersin Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 65 sayfa, Mersin, (Yrd. Doç. Dr. Nazife Akan).
75. Lowdermilk P. Family Planing. In: Maternity Nursing, 7. Baskı, Mosby Elsevier, Canada, 2006:135–157.
76. Brambila C, Ottolenghi E, Marin C, Bertand JT. Getting result used: evidence from reproductive health programmatic research in Guatemala. HealthPolicy and Planning. 2007;(22):234-245.
77. Ricci SS. Essential of Maternity Newborn, and Women's Health Nursing, By Lippincott Williams and Wilkins a Wolters Kluwer Business, Philadelphia, 2007:75–105.
78. Gloria L. Family Planing. In: Maternity and Pediatric Nursing, 4. Baskı, Elsevier Science USA. 2003;5:261–269. <http://oig.hhs.gov/oas/reports/region7/71101100.pdf>
79. Ünalın T, Koç İ, Tezcan S. Aile Planlaması, Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması 2003, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Devlet Planlama Teşkilatı ve Avrupa Birliği. 2004, Ankara.
80. Tezcan S. Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması 2008 Ön Rapor, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. 2009, Ankara. <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/TNSA2008-AnaRapor.pdf>
81. Sonfield A. Popularity Disparity: Attitudes About The IUD in Europe and The United States, 2002. <https://www.guttmacher.org/pubs/gpr/10/4/gpr100419.html>
82. Sak ME, Evsen MS, Sak S, Çaça FN. Kontrasepsiyon yöntemlerinin etkinliği ve kadınların eğitim düzeyi: Güneydoğu Anadolu'da bir ilçe örneği. Dicle Tıp Dergisi. 2008;35(4):265-270.
83. Dilbaz B. Rahim içi araç. Türkiye Klinikleri JSurg Med Sci. 2006;2(22):41-50.
84. Bertrand JT, Lawrence E, Golstein S. New Attention To The IUD, Jonshan Hopkins Bloomberg School of Public Health. USA, 2007. https://www.k4health.org/sites/default/files/communication_for_better_health.pdf

85. Akın A. Aile Planlaması. Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. Ayhan A, Durukan T, Günalp S, Önderoğlu LS, Yaralı H, Yüce K (Editörler). İkinci Baskı, İstanbul. 2008;109-135.
86. Yıldırım A. Aile planlamasında yenilikler. Cerrahi Tıp Bilimleri Jinekoloji Obstetrik Dergisi. 2006;2(13):63-72.
87. Öztürk H, Çeber E, Saydam B. Dogum kontrol yöntemlerinde yenilikler. HEMARG Dergisi. 2004;6(1-2):86-96.
88. İnal MM. Bariyer kontraseptif yöntemler. Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci. 2006;2(22):41-50.
89. Trussel J. Contraceptive efficacy. In: Hatcher RA, Contraceptive Technology, 18. Baskı, Ardent Media, New York, 2004.
<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa013202>
90. WHO The female Condom: A guide for planning and programming www.who.int/reproductivehealth/publications Erişim Tarihi: 18.11.2014
91. Hoffman S, Mantell J. The future of the female condom. International Family Planning Perspectives. 2004;3:139-45.
92. Macalusa M, Lawson ML, Hortin G. Efficacy of the female condom as a barrier to semen during intercourse, Am J Epideial. 2003;97:157–289.
93. Özgülner N, Pektaş H. Güvenli cinsellik. Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği. 2006;3:16-26.
94. Kırca Ü. Erkeklerde gönüllü cerrahi kontrasepsiyon-vazektomi. Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci. 2006;2(22):39-40.
95. Oladeji D. Socio-cultural and norms factors influencing family planning choices among couples in Ibadan Metropolis, Nigeria. European Journal Of Scientific Research. 2008;2:322-329.
96. Ertopçu K. Fertilite bilincine dayalı metodlar ve geleneksel yöntemler. Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci. 2006;2(22):41-50.
97. Olds SB, London ML, Landewig PA, Davinson MR. Maternal-Newborn Nursing and Women's Health Care, Seventh Edition, By Pearson Education. Inc, New Jersey. 2004;45–55. <http://www.icea.org/sites/default/files/January%202012.pdf>
98. Martinez L. Acceptance of lactational amenorrhoea for family planning after postpartum counseling. The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care December. 2006;11(4):297–301.

99. Ünlüoğlu İ. Laktasyonel amenore metodu. Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci. 2006;2(22):41-50.
100. Yılmaz AC. Kullanılan Kontraseptif Yöntemlerin Kadınlarda Cinsellik Üzerine Etkisi. 2003, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek lisans Tezi. İstanbul.
101. Hatcher RA, Kowal D. Kontraseptif Yöntemler. Dervişoğlu A (Editör). İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı Yayını No: 1, Uluslararası Basım, Ankara, 1990:4-40.
102. Sanders SA, Graham CA, Bass JL, Bancroft J. A prospective study of the effects of oral contraceptives on sexuality and well-being and their relationship to discontinuation. Contraception. 2001;64:51-58.
103. Mumcu N. Geleneksel Uygulama ve İnançların Aile Planlaması Yöntemleri Kullanımına Etkisinin İncelenmesi. 2004, Afyon Kocatepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Afyon.
104. Vural KB. Evlilik Öncesi Cinsel Danışmanlık Programlarının Yeni Evli Çiftlerin Cinsel Doyumuna Etkisi. 2007, TC. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi, İzmir.
105. Yılmaz M. Periton Diyalizi Tanısı Alan Hastaların Cinsel Davranışlarının Belirlenmesi. 2007, TC. Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
106. Topuz Ş. Üriner İnkontinansta Uygulanan Kegel Egzersizlerinin Kadın Cinsel Doyumu Üzerine Etkileri. 2011, TC. Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Kayseri.
107. Varma SG, Oğuzhanoglu NK, Karadağ F, Özdel O, Amuk T. Doğal ve cerrahi menopozda depresyon ve anksiyete düzeyleri ile cinsel doyum arasındaki ilişki. 2005;8:109-115.
108. Denizgil T. Comparison of Self Esteem, Body Image, Sexual Satisfaction and Sexual Experiences Between Women Who Had Mastectomy or Breast Conserving Surgery For Breast Carcinoma. 2013, Near East University, Graduate School of Social Sciences Applied (Clinical) Psychology Master Program, Yüksek Lisans Tezi, 73 sayfa, Lefkoşa, (Doç Dr. Zihniye Okray).
109. Keskin G, Bilge A, Akmeşe BZ, Saydam BK. İnfertilite tedavisi gören kadınların depresyon, umutsuzluk ve evlilik uyumlarındaki değişimin değerlendirilmesi. STED Dergisi. 2012;21(2):53-60.

110. Tamay AG, Kuşçu NK. Hiperemesis gravidarum: current aspect. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2011;31(8):708-712.
111. Demir CS. Aile Planlaması Yöntemleri ve Cinsellik. 4. Uluslar arası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongre Kitabı, 2005, Ankara.
112. Spanier G. Measuring dyadic adjustment: new scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family*. 1976;38:15-28.
113. Cengiz L. Kontraseptif yöntemlerde yenilikler. 1.Ulusal Ana-Çocuk Sağlığı Kongresi. 2000; 3-25.
114. Timur S. Kadınların Aile Planlaması Yöntemi Kullanımı ile ÖzBakım Gücü DüzeyiArasındaki İlişki. 2003, Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Sivas.
115. Saygılı P. Üreme Sağlığı Danışmanlığı Neleri Kapsar. 5. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongre Kitabı. Ankara, 2007:132.
116. Turan H. 1.Basamak Sağlık Kurumlarında Üreme Sağlığı Danışmanlığı. 4.Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongre Kitabı, Ankara , 2005; 51-52.
117. Saygılı P. Üreme Sağlığı Hizmetinde Hemşirenin Rolü.3.Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi, Ankara, 2003; 136-138.
118. Gabalcı E, Terzioğlu F. The effect of family planning methods used by women of reproductive age on their sexual life, sex disabil. 2010;28:275-285.
119. Özkan S, Demirhan H, Çınar İÖ. Gebelik ve bazı sosyodemografik özelliklerin cinsel fonksiyon üzerine etkisi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2009;(3):28-37.
120. Al Bustan MA, Tomi E, Faiwalla M, Manav V. Maternal sexuality during pregnancy and after childbirth in muslim Kuwaiti women. *Archives of Sexual Behavior*. 1995;24(2):207-215.
121. Güvel S, Yayıcıoğlu Ö, Bağış T, Savaş N, Bulgan E, Özkardeş H. Evli kadınlarda cinsel fonksiyonlara etkin faktörler. *Türk Üroloji Dergisi*. 2003;29(1):43-48.
122. Tashbulatova D. İnfertil Kadınlarda Cinsel Fonksiyonlara Etki Eden Faktörler. 2007, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, 108 sayfa, Adana, (Doç.Dr. Atilla Arıdoğan).
123. Haines AT, Cole DC, Hudak PL. Understanding prognosis to improve rehabilitation: The example of lateral elbow pain. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 1996;77(6):586-593.

EK-1

AİLE PLANLAMASI YÖNTEMİ OLARAK EŞLERİ KOİTUS İNTERRUPTUS UYGULAYAN KADINLARIN CİNSEL DOYUMLARININ EVLİLİK UYUMLARI ÜZERİNE ETKİSİ ANKET FORMU

Anket no:.....

Sevgili Kadınlar,

Bu araştırmada, eşleri geri çekme yöntemi uygulayan kadınların cinsel doyumlarını etkileyen faktörleri ve cinsel doyumlarının evlilik uyumları üzerine etkisini belirlemek amaçlanmıştır. Anket sorularına vereceğiniz yanıtların doğruluğu, araştırmanın niteliği açısından çok önemlidir. Anket için vereceğiniz tüm bilgiler saklı tutulacaktır. Katılımınız için şimdiden çok teşekkür ederiz. Lütfen adınızı soyadınızı yazmayınız.

Yüksek Lisans Öğrencisi Ece KAPLAN

1.Doğum Tarihiniz?(gün/ay/yıl)

.../.../...

2.Medeni durumunuz nedir?

1. Evli 2. Bekar 3. Boşanmış 4. Eşinden ayrı yaşıyor 5. Diğer.....

3.Doğum yerinizi belirtiniz?

1.İl.....

2.İlçe.....

3.Köy....

4.Sizin ve Eşinizin öğrenim durumunu belirtiniz. İlgili kutucuğa (x) işareti koyunuz.

Öğrenim durumu	Sizin	Eşinizin
Okur-yazar değil		
Okur-yazar		
İlkokul Mezunu		
Ortaokul mezunu		
Lise Mezunu		
Üniversite-Yüksekokul		

5.Mesleğiniz nedir?

1.Ev hanımı

2.Memur/İşçi

3.Emekli

4.Serbest Meslek

5.Diğer

6.Sağlık güvenceniz var mı?

7.Eşinizin doğum tarihi nedir?(gün/ay/yıl)

...../...../.....

8.Eşinizin mesleği nedir?

1.İşsiz

2.Memur/İşçi

3.Emekli

4.Serbest meslek

5.Diğer

9.Aile tipiniz aşağıdakilerden hangisiyle uyumludur?

1.Çekirdek Aile(anne,baba ve /veya kardeşlerin birlikte yaşadığı aile)

2.Geniş Aile (anne, baba, kardeşler, büyükanne, büyükbaba ve diğer birinci derece akrabaların birlikte yaşadığı aile)

10. Evlenme yaşınız nedir?....

11. Kaç yıldır evlisiniz?....

12.Eşinizle aranızdaki yaş farkı kaçtır?....

13.Eşinizle evlenme şekliniz aşağıdakilerden hangisiyle uymaktadır?

1.Görücü usulü ile, önceden tanımadan

2.Görücü usulü ile , daha sonra tanışıp onaylayarak

3.Tanışıp anlaşarak

4.Diğer

14.Eşinizle aranızdaki nikah şekli nedir?

1.Yalnız resmi nikah

2.Yalnız imam nikahı

3.Her ikisi de var

4.Her ikisi de yok

15.Duygu ve düşüncelerinizi, eşinizle karşılıklı olarak paylaşıyor musunuz?

() Her zaman

()Bazen

()Hiçbir zaman

16.Yaşamınızda yer alan değerlerin öncelikleri (sağlık, mutluluk, para, başarı, rahatlık gibi önemli olduğuna inanılan şeyler) eşinizle benzer midir?

() Her zaman ()Bazen ()Hiçbir zaman

17.Ailenizde önemli konularda kararlar genellikle kim tarafından verilmektedir?

()Her zaman kadın ()Her zaman erkek ()Bazen kadın-bazen erkek ()Her zaman kadın-erkek birlikte

18.Eşinizle serbest zaman etkinliklerine ne ölçüde birlikte katılıyorsunuz?

() Her zaman ()Bazen ()Hiçbir zaman

B.Doğurganlığa İlişkin Sorular

19.Yaşayan çocuk sayısı kaçtır?

- 1.Çocuğum yok
- 2.....çocuğum var

20.Aşağıdaki soruları yanıtlayınız

	I	II	III	IV	V
İlk Doğum Yaşı					
Gebelik Sayısı					
Canlı Doğum Sayısı					
Ölü Doğum Sayısı					
Düşük Sayısı					
Kürtaaj Sayısı					

21.Son gebeliğiniz planlı mıydı?

Evet() Hayır()

22.Cinsel ilişki sıklığınız nedir?

- 1.Haftada 2-3 kez
- 2.Haftada 1 kez
- 3.Ayda 1 kez
- 4.Diğer

C. Aile planlamasına ilişkin sorular

23. Sizce erkeklerin kullanabileceği aile planlaması yöntemleri nelerdir?(Birden fazla seçeneğe işaretleyebilirsiniz)

1.Kılıf(Prezervatif) 2.Geri Çekme 3.Vazektomi 4. Diğer.....

24.Şu anda kullandığınız ap yöntemi hangisidir?

- 1.Hap
- 2.Ria(Spiral)
- 3.İğne
- 4.Kaput(Prezervatif)
- 5.Kadınların Tüplerinin bağlanması
- 6.Erkeklerin tüplerinin bağlanması
- 7.Geri çekme

25. Geri çekme yöntemini kullanmaya kiminle karar verdiniz?

- 1.Kendim karar verdim
- 2.Eşim karar verdi
- 3.Eşimle birlikte karar verdik

26. Geri çekme yöntemini ne kadar süredir kullanıyorsunuz?

- 1.En az 6 ay
- 2.6-12 ay
- 3.Diğer

27. Geri çekme yöntemini tercih etme nedenleriniz nelerdir?(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- 1.Sağlık kuruluşuna gitmek zorunda olmadığım için
2. Dinen doğru olduğunu düşündüğüm için
3. Sağlıklı ve uygulaması kolay olduğu için
4. Ücretsiz bir yöntem olduğu için
5. Her koşulda uygulanabilir olduğu için
6. Kendimi güvende hissettiğim için
7. Diğer.....

28.Geri çekme yönteminin uygulamasında yaşadığınız zorluklar nelerdir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- 1.Cinsel ilişkiyi kesintiye uğratması
- 2.Cinsel uyumu olumsuz etkilemesi
- 3.Evlilik uyumunu olumsuz etkilemesi
- 4.Cinsel doyumu olumsuz etkilemesi
- 5.İlişki sıklığının az olması
- 6.Gebe kalma riskinin olması
- 7.Cinsel isteksinin az olması

8.Diğer.....

29.Geri çekme yöntemini kullanırken gebe kalmaktan korkuyormusunuz?(Lütfen nedenini açıklayınız.)

1. Evet.....

2.Hayır.....

30. Geri çekme yöntemini kullanırken istenmeyen gebeliğiniz oldu mu?

1. Evet (kaç tane).....(30. Soruya geçiniz)

2.Hayır

31.Bu yöntemi kullanırken kaç defa gebelik testi yaptırınız?.....

32.Cinsel yaşantınızı doyurucu buluyor musunuz?

1.Çok fazla()

2.Fazla()

3.Orta/Az()

EK-2

CİNSEL DOYUM ÖLÇEĞİ

Sevgili Kadınlar,

Bu ölçekte cinsel yaşamla ilgili sorular yer almaktadır. Her soru için “hiçbir zaman”, “nadiren”, “bazen”, “çoğu zaman”, “her zaman” şeklinde beş cevap şıkkı yer almaktadır. Sizden istenilen kendi cinsel yaşamınızı göz önüne alarak soruları cevaplandırmanızdır. Cevaplandırırken:

1. Her soruyu dikkatli okuyunuz.
2. Sorulan durumun son zamanlarda ne kadar sıklıkla ortaya çıktığını düşününüz.
3. Söz konusu durumun ne kadar sıklıkla ortaya çıktığına karar verdikten sonra, o seçeneğin yanındaki parantezin içine (X) işareti koyarak cevabınızı belirtiniz.
4. Hiçbir soruyu cevapsız bırakmayınız.

Lütfen soruları içtenlikle ve dürüstçe cevaplandırmaya özen gösteriniz. Cevaplandırırken, başkalarının görüşlerini dikkate almadan sadece kendi görüşünüzü belirtiniz. Sorulara vereceğiniz cevaplar kesinlikle gizli tutulacaktır. Katılımınız için teşekkür ederim.

1. Son 1 aydır cinsel yaşama karşı ilgisizlik duyar mısınız?

Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Her zaman

2. Son bir aydır eşinize, cinsel ilişkinizle ilgili nelerden hoşlanıp, nelerden hoşlanmadığınızı sorar mısınız?

Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Her zaman

3. Son 1 aydır, bir hafta boyunca cinsel ilişkide bulunmadığınız olur mu?

Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Her zaman

4. Son 1 aydır cinsel yönden kolaylıkla uyarılır mısınız?

Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Her zaman

5. Son 1 aydır sizce, sizin ve eşinin ön sevişmeye (öpme, koklama gibi) ayırdığınız zaman yeterli mi?

Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Her zaman

6. Son 1 aydır kendi cinsel organınızın, eşinizin cinsel organının giremeyeceği kadar dar olduğunu düşünüyor musunuz?

Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Her zaman

7. Son 1 aydır eşinizle sevişmekten kaçınır mısınız?

Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Her zaman

8. Son 1 aydır cinsel ilişki sırasında doyuma (orgazma) ulaşıyor mısınız?

Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Her zaman

9. Son 1 aydır eşinize sarılıp, vücudunu okşamaktan zevk alıyorsunuz?

Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Her zaman

10. Son 1 aydır eşinizle olan cinsel ilişkinizi tatminkâr buluyor musunuz?

Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Her zaman

11. Son 1 aydır gerekirse rahatsızlık ve acı duymaksızın, parmağınızı cinsel organınızın içine sokabilir misiniz?

Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Her zaman

12. Son 1 aydır eşinizin cinsel organına dokunup okşamaktan rahatsız oluyor musunuz?

Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Her zaman

13. Son 1 aydır eşiniz sizinle sevişmek istediğinde rahatsız oluyor musunuz?

Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Her zaman

14. Son 1 aydır sizin için doyuma (orgazma) ulaşmanın mümkün olmadığını düşünür müsünüz?

Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Her zaman

15. Son 1 aydır haftada iki defadan fazla cinsel birleşimde bulunuyor musunuz?

Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Her zaman

16. Son 1 aydır eşinize, cinsel ilişkinizle ilgili olarak, nelerden hoşlanıp nelerden hoşlanmadığınızı söyleyebilir misiniz?

Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Her zaman

17. Son 1 aydır eşinizin cinsel organı, sizin cinsel organınıza rahatsızlık vermeden girebilir mi?

Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Her zaman

18. Son 1 aydır eşinizle olan ilişkinizde sevgi ve şefkatin eksik olduğunu hisseder misiniz?

Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Her zaman

19. Son 1 aydır eşinizin, cinsel organınıza dokunup okşamasından zevk alırmısınız?

Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Her zaman

20. Son 1 aydır eşinizle sevişmeyi reddettiğiniz olur mu?

Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Her zaman

21. Son 1 aydır ön sevişme sırasında eşiniz bızırınızı (klitoris) uyardığında doyuma (orgazma) ulaşır mısınız?

Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Her zaman

22. Son 1 aydır sevişme boyunca, sadece cinsel birleşme için ayrılan süre sizin için yeterli olur mu?

Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Her zaman

23. Son 1 aydır sevişme sırasında yaptıklarınızdan tiksinti duyar mısınız?

Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Her zaman

24. Son 1 aydır kendi cinsel organınızın, cinsel organının derine girmesini engelleyecek kadar dar olduğunu düşünür müsünüz?

Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Her zaman

25. Son 1 aydır eşinizin sizi sevip okşamasından hoşlanır mısınız?

Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Her zaman

26. Son 1 aydır sevişme sırasında cinsel organınızda ıslaklık olur mu?

Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Her zaman

27. Son 1 aydır cinsel birleşme anından hoşlanır mısınız?

Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Her zaman

28. Son 1 aydır cinsel birleşme anında doyuma ulaşıyor mısınız?

Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Her zaman

EK-3

EVLİLİK UYUM ÖLÇEĞİ

Sevgili Kadınlar,
Bu ölçekte eşlerin evlilik ilişkileri ile ilgili olarak 15 madde bulunmaktadır. Her maddeyi dikkatlice okuduktan sonra size uygun olan seçeneği işaretleyiniz lütfen hiçbir ifadeyi boş bırakmayınız. Sonuçlar yalnızca araştırma amacıyla kullanılacaktır.

1) Ölçeğin birinci maddesinde, **evliliğinizdeki mutluluk düzeyini tüm yönleri ile en iyi tanımladığına inandığınız noktayı daire içine alınız.** Ortadaki “mutlu” sözcüğü üzerindeki nokta, çoğu kişinin evlilikten duyduğu mutluluk derecesini temsil etmekte ve ölçek kademeli olarak sol ucunda evliliğinde çok mutsuz olan küçük bir azınlığı, sağ ucunda ise evliliğinde çok büyük bir doyum ve mutluluk duyan küçük bir azınlığı temsil ederek derecelendirilmiş bulunmaktadır.

* * * * *

Çok mutsuz **Mutlu** **Çok mutlu**

Aşağıdaki maddelerde verilen konulara ilişkin olarak, siz ve eşiniz arasındaki anlaşma ya da anlaşmazlık derecesini yaklaşık olarak belirtiniz. Lütfen her maddeyi belirtiniz. Yukarıdaki ilk maddeyi atlamayınız. Katılımınız için teşekkür ederim.

	Her zaman anlaşırız	Hemen her zaman anlaşırız	Ara sıra anlaşamadığımız olur	Sıklıkla anlaşamayız	Hemen Her zaman anlaşamayız	Hiç anlaşamayız
2. Aile bütçesini idare etme						
3. Boş zaman etkinlikleri						
4. Duyguların ifadesi						
5. Arkadaşlar						
6. Cinsel ilişkiler						
7. Toplumsal kurallara uyma (doğru, iyi veya uygun davranış)						
8. Yaşam felsefesi						
9. Eşin akrabaları ile anlaşma						

Lütfen aşağıdaki maddelerde evliliğinizi en iyi ifade ettiğine inandığınız bir cevabı işaretleyiniz.

10. Ortaya çıkan uyumsuzluklar genellikle

Erkeğin susması ile Kadının susması ile Karşılıklı anlaşmaya varılarak sonuçlanır

11. Ev dışı faaliyetlerinizin ne kadarını eşinizle birlikte yaparsınız?

Hepsini Bazılarını Çok azını Hiçbirini

12. Boş zamanlarınızda aşağıdakilerden hangisini tercih edersiniz?

Dışarıda bir şeyler yapmayı Evde oturmayı

Eşinizle genellikle aşağıdakilerden hangisini tercih edersiniz?

Dışarıda bir şeyler yapmayı Evde oturmayı

13. Hiç evlenmemiş olmayı istediğiniz olur mu?

Sık sık Arada sırada Çok seyrek Hiçbir zaman

14. Hayatınızı yeniden yaşayabilseydiniz,

Aynı kişiyle evlenirdiniz Farklı kişiyle evlenirdiniz

15. Eşinize güvenir, sırlarınızı ona açar mısınız?

Hemen hemen hiçbir zaman Nadiren Çoğu konularda Her konuda

EK-4

**BİNEVLER AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ'NE BAŞVURAN EŞLERİ KOİTUS
İNTERRUPTUS UYGULAYAN KADINLARIN CİNSEL DOYUMLARININ
EVLİLİK UYUMLARI ÜZERİNE ETKİSİ**

HASTA ONAY FORMU

Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü yüksek lisans öğrencisi Ece KAPLAN tarafından yapılacak olan Binevler Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran eşleri koitus interruptus uygulayan kadınların cinsel doyumlarının evlilik uyumları üzerine etkisi konulu çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum. Araştırmacı, çalışma sırasında hiçbir invaziv girişim yapılmayacağını, tedavimi olumsuz etkilemeyeceğini, araştırma sonuçlarını istersem elde edebileceğimi bildirmiştir. Tarafımdan alınan bilgi bu çalışma ve ilgili bilimsel faaliyetlerde kullanabilecekleri, bunun için benden para talep edilmeyeceği ve bana para ödenmeyeceği ayrıca bu çalışmaya katılmak zorunda olmadığımı açıklanmıştır.

Katılımcı Adı: Araştırmacı Adı:

Tel:

Tel:

İmza:

İmza:



T.C.
GAZİANTEP VALİLİĞİ
Halk Sağlığı Müdürlüğü

Sayı: 72151567/387 14225
Konu: Tez Çalışma İzni Hk.


04.12/2013

...KAYMAKAMLIĞI
(Toplum Sağlığı Merkezi)

İlgi: Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü 'nün 01.08.2013 tarih ve 300/243 -243 sayılı yazısı

Gaziantep Üniversitesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalında yüksek lisans programı öğrencisi Ece Kaplan 'Gaziantep İli çevresindeki Aile Sağlığı Merkezleri ve bu merkezlere başvuran 15- 49 yaş arası kadınların kullandıkları aile planlaması yöntemlerinden geleneksel olarak kullanılan geri çekme yöntemi kullanım oranları ' konulu tezi için gerekli olan verileri ilimiz Şahinbey Binevler Aile Sağlığı Merkezinden almak istemektedir. Çalışma sahibinin Başvuru Formu, Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu, Aile Planlaması Yöntemi Kullanan Kadınlara İlişkin Anket Formu; İl Müdürlüğümüzce incelenerek kabul edilmiştir.Şahinbey Binevler Aile Sağlığı Merkezinde yapılacak çalışma için Aile Sağlığı Merkezinin bilgilendirilmesi hususunda;

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.


Uzm. Dr. Mustafa TANRIVERDİ
Vali a.
Halk Sağlığı Müdürü

EKLER:1) İlgi yazı (2 Sayfa)

04.12/2013 Aile Hek. Uyg. Şb. Md. Hem. Zeynep TİKE
04.12/2013 Aile Hek. Uyg. Şb. Müd. Dr. Cihat R. YILMAZER
04.12/2013 Halk Sağlığı Müdür Yrd. Dr. Caner K. ÖZKAPLAN

Bilgi için irtibat: Halk Sağlığı Müdürlüğü Aile Hekimliği Uygulama Şubesi Tel:(0342) 220 0505
(Dah: 1161) Fax: (0342) 221 02 00 Elektronik ağ:www.ghs.saglik.gov.tr.

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 20.01.2014 /40	Tarih:20.01.2014
	Yukarıda bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekeçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan Etik Kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir	
	Sağlık Bakanlığına Bildirilecek	Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input checked="" type="checkbox"/>
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU		
ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu	
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr.Belgin ALAŞEHİRLİ	

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr.Belgin ALAŞEHİRLİ	FARMAKOLOJİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Vedat DAVUTOĞLU	KARDİYOLOJİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	Katılmadı
Prof. Dr.Ercan SIVASLI	PEDİATRİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr. Mehmet KESKİN	PEDİATRİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. İlker SEÇKİNER	ÜROLOJİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr.Yasemin ZER	MIKROBİYOLOJİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr.Beyhan CENGİZ	FİZYOLOJİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Kemal ÜSTÜN	DIŞ HEKİMLİĞİ	Gaziantep Üniversitesi Dış Hekimliği Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	Katılmadı
Doç. Dr.Seval KUL	BIYOİSTATİSTİK	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Uzm.Dr. Cahide Elif ORHAN	FARMAKOLOJİ	Gaziantep II sağlık Müdürlüğü	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	Katılmadı
Eyüp ÇELİK	AVUKAT	Gaziantep Barosu	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Baha Günhan GÜNGÖRDÜ	İNŞ.MÜH (sivil Üye)	GASKI	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

*:Toplantıda Bulunma

Ece Kaplan Elden teslim aldım

16.02.2014

EK- 7

Re: Ölçek İzni



nedret oztan [Kişilere ekle](#) 26.12.2014 |►
Kime: ece kaplan
Bilgi: neval şahin ✕

Merhabalar

Olcegi kullanmak istemenize sevindim yogunluktan size yanit vermedigimi yeni farkettim kusura bakmayin, yarin formu yollarim

iyi calismalar dilegiyle

nedret oztan

23 Aralık 2014 14:15 tarihinde ece kaplan <ecekaplan_106@hotmail.com> yazdı:

Sayın hocam Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programında yüksek lisans yapmaktayım. Tezimde kullanacağım ölçeğinizin tarafınızdan kullanmama izin verdiğinizize dair belgeyi ek de gönderiyorum. Islak imzanızın bulunacağı eki adresime gönderebilerseniz çok memnun olacağım. Teşekkür ederim iyi çalışmalar hocam.

EK- 8

29.12.2014

Sayın Ece Kaplan,

Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği Bölümü Tezli Yüksek Lisans Programı kapsamında yapmayı planladığımız "Aile Planlaması Yöntemlerinden Eşleri Koitus Interruptus (Geri Çekme) Uygulayan Kadınların Cinsel Doyumlarının Evlilik Uyumlarına Etkisi" başlıklı bilimsel çalışmanızda, araştırma materyalinin toplanması amacıyla 1999 yılında tarafımdan ülkemizde geçerlik güvenirliği yapılan "Evlilikte Uyum Ölçeği" ni kullanmanızda herhangi bir sakınca olmadığını bilgimize sunarım.



Saygılarımla

Prof. Dr. Şennur Tutarel Kışlak

ÖZGEÇMİŞ

Araştırmacı 1989 yılında Adana’da doğmuştur. İlk, orta ve lise öğrenimini Adana’da tamamladıktan sonra 2008 yılında Mustafa Kemal Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu hemşirelik bölümüne girmiş, 2009 yılında hemşirelik eğitimine Çukurova Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu hemşirelik bölümünde devam etmiş ve 2012 yılında mezun olmuştur. Araştırmacı, 2012 yılında Adana Ç.Ü Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi’nde hemşire olarak çalışmaya başlamıştır. 2013 yılında Gaziantep 25 Aralık Devlet Hastanesi’nde görevine devam etmiştir ve halen burada hemşire olarak çalışmaktadır. Araştırmacı 2012 yılında Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Yüksek Lisans Programı kapsamında yüksek lisans eğitimine başlamış, 2015 yılında yüksek lisans eğitimini tamamlamıştır.