

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı

Kadın sağlığı hem çocuk sağlığını hem de aile sağlığını etkileyen önemli bir unsur olması nedeniyle dünyada kadın sağlığına giderek artan bir önem verilmektedir. Aile sağlığı, aile bireylerinin aile içinde ve aile dışında en üst düzeyde fonksiyonel kapasite göstermesi olarak tanımlanmaktadır. Aile sağlığı aile bireylerinin fiziksel, ruhsal ve sosyal ihtiyaçlarını karşılayabilmesine, sosyal yaşama katılabilmelerine ve bireysel rol ve sorumluluklarını yerine getirebilmelerine bağlıdır. Aile içinde mevcut olan etkileşim ve bağ nedeniyle aile üyelerinden birinin sağlığındaki bozulma aile içindeki dengeyi bozar. Sağlığı bozulan kişi özellikle kadın olduğunda bu denge daha da etkilenebilir (1,2,3).

Literatürde, kadına yönelik sağlık sorunlarının en fazla oranda üreme ile ilgili özelliklerine bağlı olarak geliştiği belirlenmiştir (1,3). 1994 yılında Kahire’de düzenlenen Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı (ICPD) ile, ilk kez “üreme sağlığı” konusu gündeme gelmiştir. Üreme sağlığı kavramı; 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 tanımlanmaktadır (4).

Üreme sağlığı, hem kadını hem erkeği ilgilendiren, her iki cinsiyetin de tüm yaşam evrelerini içine alan bir konu olmasına karşı daha çok kadınları hedef almaktadır. Kadın, yaşamının, 15 yaşından 50 yaşına kadar olan önemli bir bölümünü “doğurganlık çağı” adı verilen dönemde geçirmektedir. Bu döneme ilişkin gereksinimlerinin bütüncül olarak karşılanması, kadın sağlığını, çocuk sağlığını dolayısıyla da aile ve toplum sağlığını etkileyen önemli bir faktör olduğu için bu dönem özel bir önem kazanmaktadır (5).

Üreme sağlığı kavramı içerisinde, cinsel sağlık kavramı da ele alınmakta, cinsel sağlık/üreme sağlığının (CS/ÜS) ayrılmaz bir parçasını oluşturmaktadır (6). DSÖ, cinsel sağlığı “cinsel yaşamın bedensel, ruhsal,

zihinsel ve sosyal açıdan bir bütün olarak ele alınması yoluyla kişilik, iletişim ve sevginin olumlu yönde zenginleştirilmesi ve güçlendirilmesi” olarak tanımlamaktadır (4).

Cinsel sağlıkta, cinsiyetler arası eşitliğe dayanan “cinsellik” amaçlanmıştır. Cinsellik kelimesi, farklı kültürel özelliklere sahip olan toplumlarda yaşayan bireyler için farklı anlamlar ifade edebilmektedir. Çoğu zaman cinsellik kelimesi cinsel aktivite ile sınırlandırılrsa da, kelimenin gerçek anlamı bundan çok daha geniş boyutludur. Cinsellik, tüm bireylerin doğumundan ölümüne kadar yaşamlarını bütünleyen önemli bir parça olarak ele alınmakta ve bireyin kadın erkek olarak var olan biyolojik yapısını, öğrenme deneyimlerini, tutumları, değerlerini ve davranışlarını içermektedir (1,7). Bu bağlamda, toplumun en küçük birimi olan ailenin dengeli ve mutlu olabilmesinde, sağlıklı bir cinsel yaşam önemli bir yer tutmaktadır. Sağlıklı bir cinsel yaşam öncelikle, kişinin sosyal ve özel yaşamı ile üreme ve cinselliği arasındaki ilişkiyi düzenli tutmasına, cinsel yaşamını etkileyecek korku ve yanlış inançlarının olmamasına, cinsel yaşamına ve üreme fonksiyonuna zarar verecek organik bozukluk, hastalık ve yetersizliklerden korunmasına bağlıdır (8,9,10).

Bu açıdan, çiftlerin cinselliği, psikoseksüel gelişim, toplumsal değer yargıları, cinsiyete özel rol ve beklentilerinden etkilenebilmektedir. Ayrıca gebe kalma korkusu, özellikle kadınlarda önemli bir cinsel sorun yaratabilmektedir. Kadınlar, cinsel fonksiyonlarını kontrol etme hakkına sahip olmadıklarında, cinsellik kadınlar için temel gereksinim ve mutluluk kaynağı olmaktan uzaklaşarak, bir görev niteliğini alabilmektedir. Üreme fonksiyonlarının kontrolü amacıyla kullanılan aile planlaması yöntemleri, çiftlere gebelik korkusu olmadan cinselliklerini özgürce yaşama olanağı sağlamaktadır (8,11).

Kadının üreme ve cinsel fonksiyonlarını düzenlemede kullandığı en önemli kontrol mekanizmalarından biri aile planlaması yöntemleri olması, çiftlerin aile planlaması ile ilgili ihtiyaçlarının karşılamasına yardımcı olmak

aynı zamanda, üreme sağlığının amaçlarından birisidir. Aile planlaması, bireylerin istedikleri zaman, istedikleri sayıda çocuk sahibi olması için üreme fonksiyonlarının düzenlenmesi olarak tanımlanmaktadır (1,3,8). Bu sağlık hizmeti, çiftlerin kendilerine uygun aile planlaması yöntemi seçmesine ve cinsel yaşamlarını serbestçe belirleyebilme fırsatı sağlamaktadır (8).

Aile planlamasında kullanılacak yöntem karar verme ise, bireyin cinselliğe ilişkin anlayış, tutum ve kişiliğinden etkilenebilmektedir (12). Birleşmiş Milletler 2005 verilerine göre, dünyada çiftlerin herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanma oranı % 60,5, modern yöntem kullanma oranı ise % 53,6'dır. En çok kullanılan modern yöntemler, % 20 ile tüp ligasyon, % 13,6 ile rahim içi araç (RİA), % 7,5 ile oral kontraseptif ve % 4,8 ile kondomdur. Geleneksel yöntem olarak ise, % 3,1 oranında geri çekme ve % 2,9 oranında takvim yöntemi kullanılmaktadır. Avrupa Bölgesi'nde ise, herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanma oranı % 67,5'tir. Bunlar içerisinde modern yöntem kullanma oranı % 50 olup, sırasıyla en fazla oranda oral kontraseptif (%18), kondom (%11,7), RİA (%11,5) ve tüp ligasyon (%4) kullanılmaktadır. Geleneksel yöntem olarak ise, en fazla geri çekme (%11,3) ve takvim yöntemi (%5,7) kullanılmaktadır. Aynı zamanda, aile planlaması yöntem kullanma durumları, ülkelerin gelişmişlik düzeylerine göre farklılık göstermektedir. Norveç, Almanya Finlandiya gibi gelişmiş ülkelerde, yöntem kullanma durumu % 68 iken, Endonezya, Bangladeş, Mısır gibi gelişmekte olan ülkelerde bu oran % 59'dur (13).

Gelişmekte olan ülkeler arasında yer alan ülkemizde ise, 2003 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması'na göre, herhangi bir yöntem kullanım oranı % 71'dir. Yöntem kullanan kadınlar arasında da, modern yöntem kullanan kadınların oranı % 42, geleneksel yöntem kullanma oranı ise % 28 olarak belirlenmiştir (14). Türkiye'de en çok kullanılan modern yöntemler arasında sırasıyla; RİA (%20,2), kondom (%10,8), tüp ligasyon (%5,7) ve oral kontraseptif (%4,7) yer almakta, geleneksel yöntem olarak ise en fazla oranda geri çekme (% 26,4) yöntemi kullanılmaktadır (14).

Çiftlerin modern ya da geleneksel aile planlaması yöntemi kullanımını etkileyen faktörler; yöntemin güvenilirliği, yan etkileri, geri dönüşümlü olması, hormon içeriği, eşin tercihi, yöntem hakkındaki bilgi düzeyi, kadının sağlık durumu (14,15,16) ve inançlarıdır (17). Bunun yanında yöntemin, çiftlerin cinsel yaşamı üzerine etkisi de yöntem kullanımını belirlemektedir. Literatürde, cinsellik ve aile planlaması konularının birbirinden bağımsız olamayacağı vurgulanmakta, kullanılan veya kullanılması düşünülen aile planlaması yöntemlerinin bireylerin cinsel yaşamına olan etkisinin de göz ardı edilmemesi gerektiği belirtilmektedir (14,15,16,18). Bitzer'in çalışmasında (1994), Aile Planlaması Kliniklerine başvuran kadınların % 25'inin cinsel yakınmalardan bahsettikleri, her beş kadından birinin de kontraseptif yöntem kullanması nedeni ile cinsel fonksiyon bozukluğundan yakındığı bildirilmektedir (19).

Kullanılan AP yönteminin modern ya da geleneksel yöntem olması da çiftlerin cinsel yaşamlarını farklı şekilde etkileyebilmektedir. Literatürde, oral kontraseptiflerin çiftlerin cinsel yaşamını olumlu etkilediği, cinsel ilişkiyi kesintiye uğratmaması ve gebelik korkusunu azaltması nedeniyle cinsel ilişki sıklığını ve cinsel isteği arttırdığı vurgulanmaktadır (16,20,21). Bunların yanı sıra, oral kontraseptiflerin cinsel yaşam üzerine etkisine yönelik farklı araştırma sonuçları bulunmaktadır. Guida ve arkadaşlarının (2005) hormonal vajinal halka ve oral kontraseptif kullanan 149 kadın ile yapmış oldukları bir çalışmada bu AP yöntemlerinin cinsel yaşamları üzerine olumlu etkileri olduğunu belirlemişlerdir. Aynı çalışmada hormonal vaginal halka kullanan kadınların cinsel ilgi ve cinsel fantezilerinde artış olduğu saptanmıştır (21). Buna karşın, Raymond ve arkadaşlarının (2004), Yanikkerem ve arkadaşlarının (2006) ve Sanders ve arkadaşlarının (2001) yaptığı çalışmalarda ise, oral kontraseptiflerin cinsel yaşamı olumsuz etkilediği belirtilmektedir (22,23,24). Oral kontraseptiflerin cinsel yaşam üzerine olumsuz etkileri iki şekilde ortaya çıkabilmektedir. Birincisi oral kontraseptifler, kadınların duygusal hassasiyetlerini artırarak kendilerini duygusal anlamda kötü hissetmelerine neden olabilmektedir. Diğeri ise, oral kontraseptifler cinsel ilgide ve vajinal kayganlıkta azaltabilmektedir (24).

Literatürde, HIV enfeksiyonu dahil cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunmada en etkili modern yöntemlerden kondomun da eşlerin cinsel yaşamlarına hem olumlu hem olumsuz etkilerinin olduğu vurgulanmaktadır (16,17,23,24). Literatürde kondomun cinsel yaşam üzerine olumlu etkilerinin cinsel doyumunu, ereksiyon süresini ve orgazmı artırıcı etkisi olduğu vurgulanmakla beraber (16,27), yapılan bazı çalışmalarda, kondom kullanımının erkeklerde cinsel istekte azalmaya neden olduğu ve bu nedenle erkeklerin kondom kullanımına karşı isteksiz oldukları belirtilmektedir (17, 20). Eryılmaz'ın (25) 1999 yılında, Berkiten ve Aslan'ın (26) 2001 yılında gerçekleştirdiği çalışmalarda da, kondom kullanan çiftlerin cinsel isteklerinde azalma, ilişkiden zevk alamama ve libidoda azalma gibi sorunlarının olduğu bildirilmiştir.

Modern aile planlaması yöntemlerinden biri olan rahim içi aracın (RİA) ise, cinsel yaşam üzerine olumlu etkilerinin, gebelikten etkin bir şekilde koruması ve cinsel yaşamı kesintiye uğratmaması olduğu belirtilmektedir (17, 20,25). Ancak erkeklerin RİA'nın ipliklerinden rahatsız olabildiği şeklinde cinsel yaşam üzerine olumsuz etkilerinin olabildiği saptanmıştır (16). Yanikkerem ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada, en yaygın ve güvenilir yöntem olarak RİA'nın kullanıldığı saptanmıştır (23). Raymond ve arkadaşlarının Hong Kong'da kadınlarla yaptığı araştırmada ise, RİA'nın yaşam kalitesi ve seksüel fonksiyonlar üzerine bir etkisinin olmadığı saptanmıştır (22).

Ülkemizde en fazla oranda (%26,4) kullanılan geleneksel aile planlaması yöntemlerinden biri olan geri çekme yönteminin, çiftler tarafından tercih edilmesinin nedenleri, güvenilir bulunması, gebelik istendiğinde yöntemin kolay bırakılabilmesi, hormon içermemesi ve yan etkisinin olmamasıdır (23,24,28,29). Yanikkerem'in yaptığı çalışmada (2004), kadınların % 84.4'ünün genel olarak geri çekme yöntemini kullanmaktan memnun olduğu ancak cinsel ilişki sırasında yöntemi kullanmaktan duyulan memnuniyetin daha düşük olduğu (% 73,6) saptanmıştır (23). Literatürde kondomun cinsel yaşam üzerine olumsuz etkisinin, cinsel ilişkinin doruk

noktasına ulaşma anında eşin geri çekilmek durumunda kalması, cinsel doyuma ulaşmayı engellemesi ve ilişki sonrası gerginliklere neden olabilmesine bağlı olarak geliştiği belirtilmiştir (20,28). Eryılmaz (25) ile Berkiten ve Aslan' ın (26) yaptıkları çalışmalarda da, geri çekmeyi kullanan erkeklerin tatmin olamama sorununu yaşadıkları belirlenmiştir.

Görüldüğü gibi, kullanılan aile planlaması yöntemleri, çiftlerin cinsel yaşamları üzerine olumlu ve olumsuz birtakım etkilere sahiptir. Çiftlerin cinsel yaşamlarının kalitesinin artması amacıyla, kullandıkları aile planlaması yöntemlerinin cinsel yaşamlarına olan etkisinin bilinmesi son derece önemlidir. Çünkü toplumumuzda aile planlaması ve cinsellik konularının açıklıkla ve rahatlıkla konuşulamaması ve tabu olması nedeniyle de hem çiftler hem sağlık personeli açısından konuşulamayan, zor konular olarak ifade edilmektedir. Hemşirenin cinsellik ve aile planlaması konusunda bilgi verme, eğitim, danışmanlık rolleri gereği, çiftlerin yöntem seçimine karar verme aşamasında, yöntemin cinsel yaşamlarına etkisini de göz önüne alması gerekmektedir (30). Böylece sağlık ekibi içerisinde yer alan hemşireler, çiftlerin doğru aile planlaması yöntemi seçmelerini ve seçtikleri yöntemi doğru kullanmalarına rehberlik edecek şekilde çiftlerin cinsel yaşamlarının kalitesini arttırmada yardımcı olacaktır.

1. 2. Araştırmanın Amacı

Günümüzde aile planlaması yöntemlerinin çiftlerin cinsel yaşamları üzerine etkisi, giderek daha fazla tartışılan bir konu olarak gündemdedir. Bu araştırmanın amacı; bireylerin güvenli ve mutlu bir cinsel yaşam sürdürebilmelerine ve üremelerine özgürce karar verebilmelerine olanak sağlayan aile planlaması yöntemlerinin; üreme çağındaki kadınların cinsel yaşamlarına etkisini belirlemektir. Bu çalışma sonucunda elde edilen bulguların üreme sağlığı hizmetleri kapsamında, sağlık personeli özellikle de hemşireler tarafından verilecek olan AP yöntemlerinin cinsel yaşama etkisine yönelik eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin planlanması ve uygulanmasına rehberlik edeceği düşünülmektedir.

1. 3. Araştırma Soruları

- Modern aile planlaması yöntemlerinden olan oral kontraseptifler, RİA ve kondomun kadınların cinsel yaşamları üzerine olumlu ve olumsuz etkileri nelerdir?
- Geleneksel aile planlaması yöntemlerinden biri olan ve ülkemizde en fazla oranda kullanılan geri çekme yönteminin kadınların cinsel yaşamları üzerine olumlu ve olumsuz etkileri nelerdir?

2. GENELBİLGİLER

2.1. CİNSELLİK KAVRAMI

Cinsellik kelimesi, ilk olarak 19.yy' da kullanılmaya başlanmıştır. Cinselliğin tanımı, başlangıçta erkek veya kadın olmayı niteleyen dar, teknik bir terim iken, 1800' lerde üreme sürecini, insanların duygularını da içerecek şekilde genişlemiştir. Cinsellik; cinsel doyum ve iki insanın bir armoni içerisinde beraberliklerini içeren, sosyal kurallar, değer yargıları ve tabularla belirlenmiş; biyolojik, psikolojik, sosyal yönleri olan özel bir yaşantı olarak tanımlanmaktadır (31, 32).

Cinsellik kavramının literatüre girmesine başta Freud olmak üzere daha çok psikiyatristlerin çalışmaları katkıda bulunmuştur. Bugün, Freud' un teorileri ve uygulamaları tartışılmakla birlikte, günümüzde “ cinselliğin ” insan yaşamındaki önemini kavramamıza ve bu konuda yapmış olduğu katkıları konuşabilmemize olanak sağlamıştır. Cinsellik, sadece insan gelişimini sağlayan bir gereklilik değil, aynı zamanda da çoğu zaman engellenemeyen bir iç güdüdür. İnsanlar varoluşlarından bu yana hem üremek ve gelişimlerini sağlamak, hem de yaşamlarını zenginleştirmek için her şartta cinselliklerini sürdürmeye çalışmışlardır (33, 34).

Cinsellik çok eskilere dayanan bir konudur. Anadolu' da, Hitit devleti döneminde, büyü, hastalık ve cinsellik kavramlarının bir araya geldiği, büyücü kadınların başka pek çok konu yanında cinsel konularla da ilgilendikleri, “cinsel sapıklık” için büyü yaptıkları bilinmektedir (8).

İlkçağ hekimlerinden olan Hipokrat, (M.Ö. 460-375) tıbbi felsefeden ayırmış, hastalıkların doğa üstü güçlerle açıklanmasını reddetmiş ve histeri olgularını “ kadının döl yatağının erkek tohumu ile ıslanmamasına bağlı olarak, kanın bedenin başka bölümlerine hücum etmesi sonucu gelişen Hysteri hastalığı olarak açıklamıştır. Adını uterustan alan “Hysteri” bundan sonra “ruhsal nedenlere bağlı olarak ortaya çıkan fiziksel bir sorun” olarak

değerlendirilmiş ve bu sorunun çözümü için evlilik önerilmiştir. Bu açıdan bakıldığında Hipokrat, kadının sağlıklı olabilmesi açısından cinselliği yaşaması gerektiğini vurgulamıştır. Tıbbi yazılarda, klitorisi ilk kez Hipokrat tanımlamış ve cinsel uyarılmanın odağı olduğunu söylemiştir (35).

Hıristiyanlık ile birlikte, cinselliğe farklı bir bakış açısı kazandırılmıştır. İncil’de insanın manevi gücünü arttırmak için cinsel perhiz yapılması gerektiğine inanılmaktadır. Hıristiyanlıkta; cinsel birleşme, “şeytandan gelen ter kirlenmesi” olarak tanımlanmaktadır ve ruh temizliğine kavuşabilmenin sadece cinsel perhizle kazanıldığı düşünülmektedir. Bu nedenle, Hıristiyanlıkta cinsellik, cinsel istek ile cinsel yasak çatışmasından doğan dinsel, toplumsal ve psikolojik bir korku ve endişe haline gelmiştir (36).

İslam dini, diğer dinlerden çok farklı olarak, cinselliği sadece üremeye yönelik bir etkinlik olarak değil, haz ve yaşam sevinci kaynağı olarak kabul etmektedir. Nikahlı eşler arasında gerçekleştirilen cinsel ilişki, kaçınılması gereken, günah ya da şeytan işi olarak düşünülmemektedir. İslamiyet’te cinsel etkinliğe başlama ve gerçekleştirme davranışı erkeklere verilmiştir. Buna rağmen, erkek ve kadın arasında karşılıklı haz sağlama gerekliliği istenen ve öğütlenen bir davranıştır (36).

Cinsellik konusunda ilk geniş kapsamlı toplum araştırması, Amerikan Bilimler Akademisi’ nin desteği ile Kinsey ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilmiştir. Kinsey’ in çalışması, her türlü cinsel davranışın biyolojik, ruhsal ve toplumsal etmenlerini daha iyi anlayarak, insanın cinsel doğası ile toplumun gereksinimleri arasında en iyi anlaşma ve uyumun oluşturulmasına, cinsel yargıların nesnel verilerle bir kez daha gözden geçirilmesine katkıda bulunmayı hedef almıştır (37).

2. 2. CİNSEL EYLEM FİZYOLOJİSİ

Cinsel istek, esas olarak bir içgüdü olup diğer içgüdüler gibi, merkezi sinir sisteminde limbik sistem tarafından yönlendirilmektedir. Cinsel istek

konusunda iki teori öne sürülmüştür. Birinci teoriye göre, insanlar cinsel dürtü, istek, güç, davranış, doyum ve kendilerini cinsel açıdan ifade etme biçimi farklılık göstermektedir ve bu farklılıklar doğuştan kazanılmış özelliklerdir. Bu nedenle bazı bireylerin cinsel istek veya kapasiteleri çok yüksek iken, bazıları yaşam boyunca cinselliğe çok az ilgi gösterebilirler. Bu durum, bir ölçüde bireyler arasındaki boy uzunluğu veya göz rengi farklılıklarına benzetilebilir. İkinci teoriye göre ise, yaşam olayları veya eğitim ile yasaklanmadığı, bastırılmadığı veya saptırılmadığı sürece doğumdan ölüme kadar süren cinsel dürtü, herkes için çok önemli bir itici güçtür (39).

Cinselliğin fizyolojisine ilişkin ilk olarak Masters ve Johnson'ın 1966 yılında yaptığı çalışmaya göre, cinsel tepki dört aşamada gerçekleşmektedir (15, 27, 38).

American Foundation of Urologic Disease (AFUD) tarafından 1998 yılında düzenlenen konsensus panelinde de, cinsel işlev fizyolojisi; cinsel istek, uyarılma, orgazm ve çözülme şeklinde ayrılmıştır (40).

2. 2. 1. Uyarılma Fazı

Kadında bu faz, uyarının şiddetine ve süresine bağlı olarak, birkaç dakika ya da saatlerce sürebilir. Kalp atışı ve kan basıncı artar, solunum hızı artar, vücut kasları gergindir, cinsel kızarma (üst abdomende, göğüste, yüzde ve kulak kepçesinde) olur, meme ucunda ereksiyon meydana gelir, genital ve pelvik damarlarda kanlanma artar. Kadında, cinsel heyecanın ilk ve en açık belirtisi ilk 10-30 saniyede bartolin bezlerinden mukus salgısının başlaması ve vajinada ıslanma olmasıdır. Böylece, penisin vajene girişi kolaylaşır. Konjesyonun artması ile vajinanın 1/3 alt kısmı ödemleşerek daralır, üst kısmı uzayıp, genişleyerek ve koyu mor bir renge dönüşür. Uterus ise, pelvis dışına doğru yükselir. Klitoris büyür, labialar ödem nedeniyle birbirinden uzaklaşır ve daha morumsu bir renk alır. Erkeklerde, testisler vücuda yaklaşır, skrotal deride gerginleşme ve kalınlaşma meydana gelir. Kadınlar genellikle bu evreye erkeklerden daha geç dönemde ulaşırlar (15, 38).

2. 2. 2. Plato Fazı

Kadında bu fazda, yüksek bir cinsel uyarılma ve gerginlik vardır. Süresi, 30 saniye ile 3 dakika arasında değişebilir. Konjesyona bağlı olarak vajinanın rengi açık pembe veya mor-kırmızıdır. Kanla dolan labia minörler, vajen girişi ve vajinanın 1/3 alt kısmı birleşme sırasında, orgazmik alanı oluşturur. Klitoriste kılma başlar, perine kasları yanlara doğru kasılır, vajinanın ağız genişler. Erkeklerde, erekte olmuş penis koyulaşır ve glans penis daha belirgin hale gelir. Cowper bezlerinden ejakulasyondan önce sekresyon salgılanır ve testisler vücuda doğru yaklaşır. Plato fazının sonuna doğru cinsel kızarıklıkta artış, hiperventilasyon, taşikardi, kan basıncı ve kas gerginliğinde artış gözlenir (15,16,38).

2. 2. 3. Orgazm Fazı

Yunanca "orgasmus" sözcüğünden türeyen orgazm, "şehvetli heyecan" anlamına gelen orgazm, bir dakikadan daha az sürer. Orgazmik alan oluştuğunda vajinanın çevresindeki pelvik kaslarda 0.8-1 saniye aralıklarla 3-15 kez kuvvetli, ritmik kas kontraksiyonları oluşur. Kasılmalar sadece pelvik kaslarda olmayıp, sırt, yüz, boyun, karın ve bacak kasları da orgazma katılmaktadır. Kadınlar orgazm olup yeniden plato evresine dönüp, sonra yeniden bir orgazm yaşayabilirler (çoklu orgazm). Erkeklerde, bir saniyeden daha kısa aralıklarla kasılmalar ile semen, seminal vezikül ve prostat salgıları üretraya geçer ve ejakulasyon ile bir iki saniye içerisinde boşalır. Kalp atış hızı, solunum hızı ve kan basıncı tepe noktasına ulaşır, kas kontrolü kaybolur ve terleme görülür, memnuniyet verici hisler oluşur (8,16, 38).

2. 2. 4. Çözülme Fazı

Kadında bu fazda konjesyon hızla gerileyerek, vajina, labia minör, majörler hızla uyarılma fazı öncesi duruma geri döner. Kas tönüsü normale döner, uterus pelvisteki yerini alır, göğüslerdeki ereksiyon yavaşça kaybolur.

Kalp atış hızı ve kan basıncı önce normalin altına düşer, kısa bir süre sonra normale döner; tüm beden, avuç içleri ve ayak tabanları terler; kas gerginliği kaybolur, rahatlama ve uyuşukluk artar. Erkeklerde meme başları gevşer, penisin rengi açılır, penis yumuşar ve küçülür; skrotum gevşer, testisler vücuttan uzaklaşır aşağı doğru iner. Orgazmdan hemen sonra erkeklerde her türlü cinsel uyarıma karşı bir isteksizlik ve vücutta ani bir ter boşalması gerçekleşir (8,15,16).

2.3.Cinselliği Etkileyen Faktörler

Cinsellik, fiziksel görünüm, eğilim ve değerler, bilgi ve kalıtsal özellikler ile sosyal öğretilerden kaynaklanan davranışlar gibi birçok faktörle ifade edilmektedir. Bireylerin cinselliği, bu faktörler arasındaki ilişki ile şekillenmektedir. Cinselliği belirleyen faktörlerden; bedensel faktörler, kişinin vücudundaki değişikliklerle ilgilidir. Yaş, üreme, cinsel fonksiyon düzeyi, geçmişteki ve şimdiki hastalık öyküsü, ilaç kullanımı ve spesifik cinsel davranışları içerir. Psikolojik faktörler içerisinde vücut imajı, kendine güven, cinsellik bilgisi, cinsiyet rollerine ilişkin eğilimler ve cinsel eş tercihlerini içerir. Sosyo – kültürel faktörler içerisinde ise, ırk, etnik köken, sosyal statü, evlilik durumu, aile ve sosyal destek grupları, meslek ve eğitim düzeyi, aile planlaması bilinci bulunmaktadır. Ayrıca, geçirilen hastalık, tıbbi ve cerrahi müdahaleler, aile yaşamında değişiklik, aile şiddeti gibi dış tehditler, bu faktörlerde değişikliklere yol açabilir ve kişinin cinsel sağlık düzeyini etkileyebilir (18, 30).

Cinselliğin bireylerin sağlığı, iyiliği ve yaşam kalitesi açısından önemli kabul edildiği günümüzde, aile planlaması yöntem seçimi, bireylerin doyurucu ve güvenli cinsel yaşama sahip olmasında, üreme yeteneğinde ve bu yeteneği özgürce kullanmasında önemli yer tutmaktadır (3,30). Cinsellik biyolojik, psikolojik, kişilerarası ve davranışsal boyutları olan çok boyutlu ve karmaşık bir kavram olması dolayısıyla (40,41); kadın ve erkeklerin cinsel tutum ve davranışları, aile planlaması yöntem seçimini ve seçtikleri yöntemi

doğru kullanmalarını etkilemektedir. Aile planlaması yöntemlerinin, istenmeyen gebelikleri önlemesinin yanısıra, çiftlerin cinsel yaşamlarına olan etkisinin de bilinmesi gerekmektedir (30).

2. 3. 1. Aile Planlaması ve Cinsellik

Cinsellik, üreme amacının dışında da yaşam kalitesinin unsurlarından biridir. İnsan, üremeyi amaçlamadan da özgür seçimleri doğrultusunda cinsel ilişkide bulunabilmektedir. Böylece cinsellik, sadece üreme için bir fonksiyon olmaktan çıkıp, yaşamsal fonksiyonlardan biri haline gelir. Aile planlamasını cinsellikten ayırmak, cinsel sağlık kavramı içinde belirtmemek mümkün değildir. Üreme amacı taşımayan çift için, gebelikten korunmada güvenli bir yöntem kullanılması önemlidir. Aile planlaması yöntemleri sayesinde çiftler, çocuk sahibi olmak istemediklerinde de herhangi bir korku duymadan, cinselliklerini yaşama şansına sahiptirler. Aile planlaması yöntemleri, bireysel ve toplumsal olarak daha bilinçli ve huzurlu bir yaşam sağlamaktadır (8,33, 41).

Aile planlaması uygulamaları ile cinsellik ve cinsel sağlık ön plana çıkmıştır. Eskiden konuşulması bile sorun olan bu konular, eğitim konuları olarak birçok toplumun eğitimi programında yer almıştır. Aile planlaması eğitimi toplumun her kesiminde yapılırken, cinsel sağlık ile ilişkisi mutlaka vurgulanarak anlatılmalıdır. Böylece insanların, bu konuda sormadığı sorular cevap bulacak, çözemediği sorunlar da çözüme kavuşacaktır. Dikkat çekici bir diğer konu da, aile planlaması eğitimi alan ve uygulayan toplumlarda, cinsellikle ilgili suçlarda ve erken yaş gebeliklerinde belirgin bir azalma olmasıdır. Cinsel sağlık eğitiminin, her yaş grubunda kendine ve yaş gruplarına özel tekniklerle yapılması, bugün insanı ve dünya toplumunu mutsuz kılan birçok bireysel ve toplumsal sorunu ortadan kaldırarak, düşünen, bilginin ışığında yaşamını zenginleştiren bireylerin ve toplumların oluşmasını hızlandıracaktır (33,39).

2. 3. 2. Aile Planlaması Yöntemlerinin Cinsel Yaşam Üzerine Etkisi

Gebelik korkusunun veya gebelik isteğinin cinsel istek ve performansı önemli oranda etkilemesi nedeniyle çiftlerin sağlıklı ve mutlu bir cinsel yaşama sahip olmalarında, kullanılan aile planlaması yöntemlerinin cinsel yaşamlarına olan olumlu veya olumsuz etkilerinin değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu bölümde, Ülkemizde 2003 TNSA verilerine göre, en çok kullanılan geleneksel yöntemlerden olan geri çekme yöntemi (%26,4), modern yöntemlerden olan kondom (%10,8), oral kontraseptif (%4,7), ve RİA (%4,7)'nin cinsel yaşama etkisi tartışılacaktır.

2. 3. 2. 1 Oral Kontraseptifler (OKS)

Oral kontraseptifler, hormonal kontrasepsiyon kavramı içinde en geniş yeri tutan, geri dönüşümü kolay olan bir yöntemdir. Oral kontraseptiflerin kullanımına ilk kez 1956 yılında Porto Rico'da başlanmıştır. Oral kontraseptiflerin kullanımının artmasıyla Amerika'da bir çok çalışma yapılmış, yan etki ve risklerinin azaltılması amacıyla içerdikleri östrojen ve progesteron miktarları azaltılmış, yeni progestinler geliştirilmiştir (42,43). 2003 TNSA verilerine göre oral kontraseptifler kadınların % 97,8'i tarafından bilinmektedir (3, 14, 43). Uygun kullanıldığında başarı oranı % 99,9'dur (44).

Etki Mekanizması :

Oral kontraseptiflerin etki mekanizması aşağıda maddeler halinde verilmiştir (3, 14, 42, 43 ,44, 45):

- FSH ve LH'in baskılanması ile ovulasyon inhibe olur.
- Östrojenin, serum progesteronunu düşürmesi sonucu, korpus luteum dejenerasyonuna, yani luteolizise neden olur.
- Uterus içindeki endometriyum tabakasında ödem oluşturmaya neden olarak, implantasyonu engeller.
- Tüplerin motilitesini artırarak ovum transportunu hızlandırır.

Oral kontraseptifler, kombine oral kontraseptifler ve yalnız progesteron içeren oral kontraseptifler olarak iki şekilde kullanılmaktadır.

Kombine Oral Kontraseptifler, östrojen ve progesteronun sentetik formlarını içerirken, yalnız progestin içeren oral kontraseptifler (minihap), düşük doz progestin içerirler.

Kombine oral kontraseptifler, 21-28 günlük paketler halinde hazırlanmıştır. Geri dönüşü kolay ve doğru kullanımında %99.9 etkilidir. Yöntem kullanımdaki başarısızlığın nedeni, genellikle kullanıcıya bağlı nedenler dolayısıyla gelişmektedir (42,46). Yapılan çalışmalarda, kadınların oral kontraseptiflerin, unutma nedeniyle düzenli kullanamama, mide ağrısı, mide bulantısı, kilo artışı, kanama, sinirlilik, kıllanma gibi yan etkileri nedeniyle bırakıldığı belirtilmiştir (23,47,48).

Fisher ve arkadaşının Kanada'da yaptığı araştırmada, oral kontraseptif kullanan kadınların % 73'ünün yöntemden oldukça memnun olduğu belirlenmiştir. (49). Yanikkerem'in Manisa'da yaptığı çalışmada, kadınların sadece% 15,1'i oral kontraseptifleri güvenilir bulurken, % 56,3'ü bu yöntemin yan etkilere neden olduğunu düşünmektedir (23).

Yararları :

Oral kontraseptiflerin yararları aşağıda özetlenmiştir (3, 42, 43, 44, 50):

- Doğru kullanıldığında son derece etkili olması
- Bırakıldığında doğurganlığın geri dönmesi
- Cinsel ilişkiden bağımsız olması
- Cinsel ilişkiden zevk almayı artırması
- Menoraji, dismenore, premenstruel sendrom gerilimini azaltması
- Kullananlarda iyi huylu kistik meme hastalığı (fibroadenom,kronik kistik hastalık), ovaryen ve endometriyal kanser, PID riskinin az olması
- Aknelere giderilmesidir.

Kontraendikasyonları:

Oral kontraseptif kullanılmaması gereken durumlar aşağıda belirtilmiştir (3, 42, 43, 44, 50):

- Bilinen veya şüphelenilen gebelik
- Tanı almamış vajinal kanamalar
- Vasküler tutulum gösteren tip-1 diabet
- Karaciğer parankim tutulumu ile seyreden karaciğer fonksiyon bozukluğu
- Bilinen veya şüpheli meme ve genital kanserler
- Tromboflebit veya tromboembolik hastalık öyküsü
- Geçici iskemik atak veya anjina pectoris öyküsü
- Hipertansiyon
- Aşırı sigara içme
- Oral kontraseptiflere karşı hipersensitivite varlığıdır.

Yan Etkileri :

Oral kontraseptiflerin yan etkileri aşağıda özetlenmiştir (3, 42, 43, 44, 50):

- Hipomenore, amenore
- Ara kanamalar
- Vücut ağırlığında değişiklik ve kilo artışı
- Memelerde dolgunluk ve hassasiyet
- Depresyon veya ruhsal değişiklikler
- Kan basıncının yükselmesi
- Laktasyonun baskılanmasıdır.

Oral Kontraseptiflerin Cinsel Yaşama Etkisi

Cinsel isteğin, hem erkekte hem de kadında, cinsel isteğin östrojen / progesteron salınım döngüsünden çok testesteron tarafından belirlendiği vurgulanmaktadır (8,11). Östrojen; vajinal mukoza dokusu, vajinal duyarlılık, vazokonjesyon ve sekresyon üzerine etkilidir. Plazma östrodiol seviyesi 50 pg/ml den az olduğunda kadınlarda, seks aktivite sıklığında azalma, ağırlı

cinsel ilişki (disparoni), seksüel cevapta bozukluk, orgazm güçlüğü ve genital duyarlılıkta azalma olmaktadır. Plazma östrodiol seviyesinin 50 pg/ml üzerine çıkması ile vajinal, klitoral, ve üretral kan akımını takiben vajinal kayganlığın arttığı ve vajinal atrofinin önlendiği bildirilmektedir (8). Ancak, cinsel isteği belirlemede testosteronun yeri daha önemlidir. Aşırı cinsel aktivitesi olan cinsel yönden aşırı aktif olan insanlarda kan testosteron düzeyleri yüksek bulunmuştur. Kadında testosteron seviyesinin 30 ng/ml olması normaldir. Testosteron seviyesi 10 ng/ml altında olduğunda seksüel istekte kayıp, meme ucu ve klitoris uyarılmasında, seksüel hazda, orgazm kapasitesinde ve kas tonüsünde azalma gibi semptomlar ortaya çıkmaktadır. Progesteronun ise, cinsel istek üzerinde genel olarak olumsuz bir etkisi olduğu düşünülmektedir (8).

Oddens'ın Almanya'da 1999'da kadınlar üzerinde yaptığı araştırmada (n=1466), aile planlaması yöntemlerinden memnuniyet ile fiziksel ve psikolojik yan etkileri değerlendirilmiştir. Oral kontraseptiflerin cinsel yaşama pozitif etkisi olduğu sonucuna ulaşmıştır. Çalışmada, oral kontraseptiflerin memnuniyet oranının (% 68), cerrahi sterilizasyon memnuniyet oranından (% 92) sonra ikinci sırada yer aldığı saptanmıştır (51).

Sabatini ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, oral kontraseptif kullananlarda cinsel yaşamın olumsuz etkilendiği, seksüel istek ve doyumun 3. 6. ve 12. aylarda azaldığı belirtilmektedir (52). Sanders ve arkadaşlarının 2001 yılında Amerika'da 79 kadın ile yaptıkları çalışmada kadınların; % 38'i OKS kullanmaya devam etmiş, % 47'si kullanmayı bırakmış ve % 14'ü de farklı bir OKS kullandığı belirlenmiştir. Vakaların % 87'inde psikoseksüel heyecanlanmada azalma bulunmuştur. Emosyonel ve seksüel yan etkiler (duygusal yan etkiler, premenstrual gerilimin artması, cinsel fantezilerin azalması) OK'leri bırakma yada değiştirme nedeni olarak görülmüştür (24).

Hong Kong'daki 442 Çinli kadının kullandıkları kontrasepsiyon yöntemleri ve bunların cinsellik üzerine etkilerinin araştırıldığı çalışmada; Derogatis Sexual Fonksiyon Envanteri (DSFI-Çin versiyonu) kullanılmıştır.

Seksüel memnuniyet ve seksüel uyarım, kadın sterilizasyonundan sonra oral kontraseptif kullanan kadınlarda anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (22).

2. 3. 2. 2. Kondom

18. yy.da hayvan barsağından yapılan ilk kondomlar, günümüzde kauçuktan yapılmaktadır. Kondom kullanımı, HIV enfeksiyonu dahil, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların insidansı arttıkça giderek yükselmektedir (3, 42).

Etki Mekanizması:

Kondom, cinsel ilişki sırasında penis üzerine geçirilerek, erkeğin spermelerinin vajinaya girmesini engeller (3, 42).

Her cinsel ilişkide doğru kullanılırsa oldukça etkili bir yöntemdir, uygun kullanıldığında başarı oranı % 97'dir (42).

Avantajları:

Kondomun avantajları aşağıda belirtilmiştir (3, 42, 44, 45):

- AIDS ve diğer cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara karşı koruma sağlar.
- Erken boşalmanın önlenmesine yardımcı olabilir.
- Aile planlamasına erkeklerin katılımını sağlar.
- Hormonal yan etkisi yoktur.
- Ucuzdur

Dezavantajları :

Kondomun dezavantajları aşağıda özetlenmiştir (3, 42, 44, 45):

- Erkeklerde duyarlılığı azaltabilir.
- Cinsel ilişkiyi kesintiye uğratabilir.
- Erkeklerde ereksiyon sorununa neden olabilir.
- Kullanım sırasında yırtılma görülebilir.

Hindistan'da % 59, Jamaika'da % 71 oranında kullanılan kondom, modern yöntemler arasında kullanılan en yaygın yöntemlerden biridir (53). Lete'nin İspanya'da yaptığı çalışmada, çiftlerin AP yöntemi olarak en fazla oranda kondomu (% 36.2) kullandıkları belirtilmiştir (27). Oddens'in yaptığı çalışmada, oral kontraseptiflerden sonra en fazla oranda kullanılan kondomdan, çiftlerin genel olarak memnuniyet düzeylerinin (%30) , diğer yöntemlere göre daha az oranda olduğu belirtilmektedir (sterilizasyon %92, oral kontraseptif % 68, RİA % 59) (51).

Asan'ın ürologlar arasında yaptığı araştırmada, çiftlerin korunma yöntemi olarak oral kontraseptiflerden (% 23,3) sonra, kondomu (% 21) tercih ettikleri, ancak ürologların en fazla kondomu (% 22.8) önerdikleri ortaya çıkmıştır (54). Akın'ın evli erkekler üzerinde yaptığı çalışmada, kondom kullanımını evlilik süresine bağlı olarak azaldığı, eğitim düzeyine bağlı olarak arttığı belirlenmiştir (55). Ancak Lete'nin yaptığı çalışmada, bireylerin eğitim düzeyinin kondom kullanımını etkilemediği saptanmıştır (27).

Kondomun Cinsel Yaşama Etkisi

Kondomun, doğum kontrolüne erkeklerin katılımına sağlanması, hiçbir yan etkisinin olmaması, erken boşalmanın önlenmesi, penisin etrafını sararak hafif turnike etkisi ile ereksiyonu kolaylaştırması, vagen kuruluğu olanlarda kayganlaştırıcı etkisinden yararlanılması gibi olumlu yönleri olduğu belirtilmektedir (8,25,26). Kondom kullanan erkeklerde, ereksiyon daha uzun sürebilir, bu durum kadının orgazma ulaşmasını kolaylaştırmaktadır. Kondom, kadının partnerinin penisine dokunmasına fırsat vererek, çiftlere cinsel gereksinim ve arzuları için konuşma fırsatı da verebilmektedir (8). Eryılmaz'ın (25) yaptığı çalışmada, cinselliklerinin olumlu etkilendiğini belirten kadınların oranının RİA' dan sonra en fazla kondom kullananlarda olduğu bildirilmiştir.

Kondom bazı çiftlerde (özellikle erkeklerde) cinsel temas sırasında glans penisteki duyarlılığı azaltması, ilişkide kesintiye neden olması ve bazen

de ereksiyonu güçleştirmesi gibi sorunlarla cinsel doyumun azalmasına neden olabilmektedir (25, 26, 46, 56, 57, 58, 59, 60).

Yanikkerem'in yaptığı çalışmada, kondom kullanan erkeklerin yöntemden memnun olmaması nedeniyle yöntemi bıraktıkları belirlenmiştir. Aynı çalışmada kondom kullanan kadınlar vajinada kuruluk ve tahrişe neden olduğu gerekçesiyle kondomun iyi bir yöntem olmadığını belirtmişlerdir (23).

Fisher'in Kanada'da yaptığı çalışmada (2000), oral kontraseptif kullanan kadınların % 70'inin eşleri yöntemden memnun iken, kondom kullanan kadınların sadece % 20'sinin eşleri kondomdan memnundur (49). Dünder'in; Samsun ili merkez sağlık ocaklarında çalışan evli ebeler üzerinde yaptığı çalışmada; bazı kadınların eşlerinin kondom kullanımından şikayetçi oldukları belirtilmiştir (61).

Yapılan bazı çalışmalarda, kondom kullanan erkeklerde cinsel istekte azalma, ilişkiden zevk alamama, libidoda azalma şikayetlerinin olduğu belirtilmiştir (25,26,63). Benzer şekilde, Finger da, çalışmasında (1998), kondomun duyarlılığı azalttığı ve ereksiyonu güçleştirdiği belirtmiştir (63).

2. 3. 2. 3. Rahim İçi Araç

Rahim İçi Araç, rahim içine yerleştirilen, genellikle bakır ya da hormon içeren, küçük plastik bir cisimdir. Richter tarafından 1909'da tanımlanan ilk RİA, ipekböceği bağırsağından yapılmış, halka şeklinde bir araçtı. O zamandan itibaren halka, lup, spiral, T ve 7 şekillerinde çeşitli RİA'lar geliştirilmiştir. Araçların yapımında ise, plastik, bakır ve gümüş dahil değişik maddeler kullanılmıştır (3,42,44,50). RİA'nın koruyuculuk oranı bir yılda % 99,3- 99,7 arasında değişmektedir (44) .

Dünyada 187 milyon kadın RİA kullanmaktadır (65). 2003 TNSA verilerine göre, evlenmiş kadınlar arasında modern gebeliği önleyici yöntemlerden en fazla bilinen yöntem % 98 ile RİA'dır (14).

Günümüzde dünya çapında kullanılan RİA tipleri şunlardır (42, 64):

- İnert (katkısız) RİA'lar: Polietilen (Lippes Loop) ya da paslanmaz çelikten yapılanlar
- Bakırlı RİA'lar: TCu 380, TCu 200, TCu 200B, TCu 220C, Multiload (MLCu 250 ve 350) Nova T(TCu 200Ag ve 375) ve Nova T(TCu 200 Ag ve Ag) gibi bakırlı araçlar
- Hormonlu RİA'lar: Gövde kısmında progesteron içeren Progestasert ile levonorgestrel (LNg 20) içeren Levo Nova ve Mirena

Etki Mekanizması :

Rahim İçi Aracın etki mekanizması aşağıda belirtilmiştir (3, 42):

- Spermeleri immobilize ederek, spermelerin vajenden fallop tüplerine ilerlemesini önler.
- Lokal yabancı cisim yanıtı ile endometriyumda enflamatuar reaksiyon oluşturularak, implantasyonun önlenmesine yardımcı olur.
- Uterus içinde immunolojik bir infertiliteye neden olur. Antijenik etki ile yabancı cisim reaksiyonu oluşturularak, spermelerin imhasını sağlar.

Uygulama Zamanı (3, 42):

Rahim İçi Aracın uygulanma zamanı aşağıda açıklanmıştır (3, 42):

- 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 uygulanabilir.
- Postpartum ikinci günde uygulanabilir.

Avantajları :

Rahim İçi Aracın avantajları aşağıda özetlenmiştir (56):

- Oldukça güvenli ve çok etkilidir.

- Cinsel ilişkiye bağımlı değildir.
- Emziren kadınlar için uygundur.
- Çıkarıldığında doğurganlık geri döner.
- Sorun olmadığı sürece, yılda bir kontrolü yeterlidir.

Dezavantajları (56):

Rahim İçi Aracın dezavantajları aşağıda özetlenmiştir (56):

- Uygulanması ve çıkarılması biraz ağırlı olabilir.
- Kadınların bazılarında rahatsızlık, ağrı, kanama, lekelenme görülebilir.
- Uterustan servikse kayabilir ve vajinaya atılabilir.
- Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara karşı koruyuculuğu yoktur.
- Doğru şekilde uygulanmadığında uterus perforasyonu riski vardır.

Oluşabilecek komplikasyonlar :

Rahim İçi Araç kullanımı sırasında oluşabilecek komplikasyonlar şunlardır (44, 56, 58, 62):

- Gebelik
- Ektopik gebelik
- Uterus perforasyonu
- Pelvik İnflamatuvar Hastalık (PID)

RİA İçin Uyarı İşaretleri :

Rahim İçi Araç kullanımı sırasında dikkat edilmesi gereken durumlar aşağıda özetlenmiştir (56):

- Gebelik belirtileriyle birlikte adet gecikmesi
- Kramp tarzında karın ağrısı
- Kontrol sırasında ipliklerin bulunamaması veya uzaması
- Aşırı kanama

Kontraendikasyonları :

Rahim İçi Aracın kullanılmaması gereken durumlar aşağıda belirtilmiştir (44, 56, 58, 62):

- Gebelik
- Aktif veya geçirilmiş CYBE
- Tanı konmamış vajinal kanama
- Servikal veya uterin malignensi
- Koagülasyon bozuklukları veya antikoagülan tedavi görme
- Düşük veya doğumu izleyen sepsis
- Akut servisit, vajinit veya servikste erozyon

RİA'nın Cinsel Yaşama Etkisi

RİA'nın en olumlu yönlerinden biri, cinsel ilişkiyi kesintiye uğratmaması, cinsel ilişkiden bağımsız olmasıdır. Eryılmaz ve arkadaşlarının çalışmasında, RİA kullanan kadınlarda ve eşlerinde cinsel yaşamlarının diğer yöntemlere göre olumlu etkilendiği belirtilmiştir (25).

Çelik ve arkadaşlarının, RİA taktıran kadınların RİA'yı bırakma nedenlerini ve RİA kullanımı sırasındaki şikayetlerini araştırdıkları çalışmada, kadınların % 42,8'inin aşırı kanama, bel ve kasık ağrısı çektiğini, % 41,1'inin ise cinsel ilişkide sorun yaşadığını ifade etmişlerdir (66). Balcı Kayseri'de yaptığı araştırmada kadınların yaklaşık üçte birinin kullandıkları yöntemle ilgili bir şikayeti olduğu ve bu oranın RİA kullananlarda daha yüksek olduğunu (adet kanamalarında düzensizlik, ara kanama, ağrılı adet) belirtmiştir (67). Ayrıca, Dilbaz çalışmasında, RİA'nın ipliklerinin çok kısa bırakılması durumunda, erkeklerde cinsel ilişki sırasında irritasyona neden olabileceğini belirtmiştir (64).

RİA'nın olumlu ve olumsuz etkilerinin yanısıra cinsel yaşama herhangi bir etkisi olmadığını belirten çalışmalara da rastlanmaktadır. Raymond'un yaptığı araştırmada, RİA'ların yaşam kalitesi ve cinsel fonksiyonlar üzerine anlamlı bir etkisi olmadığı belirlenmiştir (22). Yılmaz'ın kullanılan yöntemlerin kadınların cinsel fonksiyonu üzerine yaptığı araştırmada, hormonal kontraseptifler dışında diğer yöntemlerin cinsel fonksiyonu çok fazla etkilemediği sonucuna ulaşmıştır (8).

2. 3. 2. 4. Geri Çekme Yöntemi

Geri çekme yöntemi halk arasında “çekilme, dışarı boşalma, erkeğin korunması, dikkatli olma” gibi başka isimlerle de adlandırılmaktadır (8). Ülkemizde çiftlerin yaklaşık dörtte biri halen bu yöntemi kullanmaktadır (3).

Etki Mekanizması:

Cinsel ilişki sırasında erkeğin cinsel organını, ejakülatın gelmesinden önce vajinadan çıkararak menisini vajina dışına boşaltmasına dayanan bir yöntemdir (3).

Avantajları:

Geri çekme yönteminin avantajları aşağıda listelenmiştir (23,24,28):

- Güvenilir bulunması,
- Gebelik istendiğinde yöntemin kolay bırakılabilmesi,
- Hormon içermemesi,
- Yan etkisinin olmamasıdır.

Dezavantajları:

Geri çekme yönteminin dezavantajları aşağıda listelenmiştir (3):

- Ejakülasyondan önce prostatta ve üretrada bulunan bir miktar seminal mayi vajene kaçabilir.
- Kişilerin otokontrolü koitusa ara vermek için her zaman yeterli olmayabilir.
- Sürekli kullanıldığında cinsel doyumsuzluk ve psikolojik gerginliğe yol açabilir.

Yöntem doğru uygulandığında, gebelik oranı yılda % 9-15 (42) ve % 27, çok dikkatli kullanımda ise gebelik oranı yılda % 4 olarak belirtilmektedir (68).

Aytekin ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (2001), araştırmaya katılan 1.910 kadına kendileri ve eşlerinin geri çekme yönteminden memnuniyetleri sorulduğunda, sadece % 10'ununda her ikisinin de memnun

olduğu, kadınların % 75'inin, erkeklerin ise % 68'inin bu yöntemden memnun oldukları belirtilmiştir (69).

Yanikkerem ve arkadaşlarının Manisa'da yaptığı çalışmaya göre, geri çekme yönteminden kadınların % 84,4'ü memnunken, erkeklerde bu oran % 69,9'dur. Kadınların % 65'inin bu yöntemi kullanırken gebe kalmaktan korktuğu ve % 51'nin istenmeyen gebelikle karşılaştığı ifade edilmiştir (23).

Geri Çekme Yönteminin Cinsel Yaşama Etkisi

Geri çekme yönteminin başarısı, kişisel etmenlere bağlıdır ve erkeğin sorumluluğunu yansıtır. Özellikle adölesanlarda ejakülasyon üzerine kontrolün zor olduğu, erken boşalma eğilimi olanlarda da yöntemin uygun olmadığı belirtilmektedir (70).

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 olabilmektedir (8, 30, 56, 57, 58,59).

Yapılan bazı çalışmalarda geri çekme yönteminin cinsel yaşama ilişkin olumsuz etkilerinden bahsedilmiştir. Yanikkerem'in çalışmasında, geri çekme yöntemini kullanan kadınların dörtte biri, cinsel yaşamlarını olumsuz etkilediğini belirtmiştir (23). Aynı şekilde, Eryılmaz (25) ile Berkiten ve Aslan'ın (26) yaptığı çalışmalarda da, geri çekme yöntemi kullananlarda cinsel açıdan tatmin olamama bildirilmiştir.

2. 4. Cinsel Sağlığın Korunmasında ve AP Yöntemlerinin Cinsel Yaşama Etkisine Yönelik Danışmanlık Hizmetlerinde Sağlık Ekibi İçerisinde Hemşirenin Rolü ve Önemi

Sağlıklı bir cinsel yaşamın temelini, kişinin üreme ve cinselliği arasındaki ilişkiyi düzenli tutması, cinsel yaşamı ve üreme fonksiyonunu etkileyecek faktörlerden kaçınması oluşturmaktadır. Bireyin genel sağlık durumunun geliştirilmesi ve korunmasında olduğu kadar hemşirenin, cinsel sağlığın geliştirilmesinde, cinsel sorunların giderilmesinde, cinsel yaşamla ilgili tutum ve sağlıklı davranış geliştirmede, eğitim ve danışmanlık rolü vardır (15,72,73,74).

Hemşirelerin cinsel davranışları anlayabilmesi için yaş ve yaşam biçimini de göz ardı etmeden, toplumda görülen cinsel davranış şekillerini ve bunun cinsel yaşama etkisini, cinsel fonksiyonların özelliklerini bilmesi gerekmektedir. Ayrıca, hemşire, öncelikle kendi cinsellik tanımını yaparak, yaşamda cinselliğin amacını, cinselliğe ilişkin bilgilerini, ilk cinsel deneyimde, pubertede, cinsel ilişkilerinde ne hissettiğini, kendisi için cinsel doyumun anlamını sorgulaması gerekmektedir. Böylece, iyi bir danışman hemşire, kendisine yöneltilen her soru ve soruna çekinmeden, rahatlıkla cevap verebilmektedir (15,72,73,74).

Aile planlaması danışmanlığı, doğrudan ve dolaylı olarak, cinsellik ile yakından ilgilidir ve bu yüzden cinsel danışmanlığı da kapsar. Cinsel danışmanlığın temelini cinsel eğitim oluşturur. Bireyi cinsel yaşamında doyumlu kılmak, kendine ve topluma karşı sorumluluk duygusu taşıyan olumlu cinsel davranışlar geliştirmek, cinsel yetersizlik ve hastalıkların oluşmasını önlemek amacıyla bireye, aileye ve topluma cinsel eğitim yapılır. Cinsel eğitim, bireylerin yanlış inanış ve görüşlerden arınmasını sağlar ve bilgi eksikliğinden kaynaklanan cinsel sorunlara engel olur. Sağlık elemanlarının cinsel eğitim/danışmanlık rollerini yerine getirebilmeleri için, konuya ilişkin yeterli bilgi düzeyine sahip olmaya ek olarak, cinsellikle ilgili toplumsal normları, sağlıklı cinsel yaşam biçimini, toplumda sık görülen cinsel

fonksiyon bozukluklarını ve terapötik yaklaşımları bilmeleri ve ayrıca, bu hizmeti yerine getirirken kendi değer sisteminin, cinsel eğilimlerinin, cinsel davranış hakkındaki inançlarının farkında olmaları son derece önemlidir.

Aile planlaması danışmanlığı yapan hemşire, aile planlaması için başvuran bireye, uygun hizmeti sunabilmek için bireyin, cinsel geçmişi, ilişkileri, deneyimleri, davranışları ile ilgili cinsel işlevlere ilişkin öykü alarak hem aile planlaması hizmeti için, hem de koruyucu sağlık hizmeti verme fırsatını değerlendirmiş olur. Böylece bireyin genel sağlık düzeyine ve kişisel mutluluğuna katkıda bulunmuş olur (39).

Sağlık ekibi üyelerine yönelik, hastaların cinsel sorunları ve yakınmalarında kullanılmak üzere, 1974 yılında Annon bir model geliştirmiştir. Bu model, her bir müdahale seviyesini tanımlayan kelimelerin baş harflerinin bir araya gelmesiyle oluşmakta ve PLISSIT (**P**ermission giving, **L**imited Information giving, **S**pecific **S**uggestions, **I**ntensive **T**heraphy) model olarak adlandırılmaktadır. Model, dört aşamadan oluşmaktadır. Bu aşamalar; izin verme, sınırlı bilgi, özel öneriler ve yoğun tedaviyi içermektedir. Cinsel sağlık danışmanlığında hemşirelerin PLISSIT modelini kullanması önerilmektedir. (15,39,75).

Sonuç olarak, kullanılan AP planlaması yöntemlerinin cinsel yaşama etkisini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışma ile, hemşirenin vereceği AP planlaması ve cinsel sağlık danışmanlık hizmetlerinin kalitesini yükseltmekte yardımcı olunacağı düşünülmektedir.

3. BİREYLER ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma, üreme çağındaki kadınların kullandıkları aile planlaması yöntemlerinin (geleneksel yöntemlerden geri çekme ve modern yöntemlerden oral kontraseptif, RİA, kondom), cinsel yaşamlarına etkisini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3. 2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Ordu ili ve Ordu Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Aile Planlaması Merkezi ve jinekoloji polikliniklerinde yapılmıştır.

Ordu Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nin seçilme nedeni, hastanede, kayıtların düzenli tutulması, işbirliğinin kolay olması ve araştırmacının Ordu ilinde görev yapması nedeniyle ulaşım kolaylığıdır. Araştırmanın, Aile Planlaması Merkezi ile birlikte Jjinekoloji polikliniklerinde de uygulanmasının nedeni ise, bu bölüme aile planlaması yöntemleri ile ilgili sorunlar nedeniyle başvuru sayısının yüksek olması ve ayrıca aile planlaması konusunda danışmanlık hizmeti verilmesidir.

Ordu ilinde; Ordu İl Sağlık Müdürlüğü'nden elde edilen 2006 yılı verilerine göre; doğurganlık hızı yüksek (% 4), etkili aile planlaması yöntemi kullanma oranı % 39,93, etkisiz yöntem kullanma oranı % 22,60 ve hiçbir yöntem kullanmama oranı % 37,5'tir.

Aile Planlaması (AP) Merkezi'nde bir pratisyen hekim, bir hemşire ve iki ebe hizmet vermektedir. Merkeze daha çok rahim içi aracın takılması, çıkarılması işlemleri, küretaj ve adet gecikmesi gibi sorunlar nedeniyle başvurulmaktadır. Aile Planlaması Merkezi'nde görev yapan hemşirelerin sorumlulukları; kayıtların tutulması, gerektiğinde yaşam bulgularının alınması, hastanın işleme hazırlanmasını içermektedir. Bunun yanında, hemşireler soruları olan kadınlar ile birebir görüşerek ya da telefon aracılığıyla onları bilgilendirmektedir.

Jinekoloji poliklinikleri 5 odadan oluşmakta ve dönüşümlü olarak 11 uzman doktor ve her bir odada bir tane olmak üzere 5 hemşire çalışmaktadır. Polikliniklerde çalışan hemşirelerin de kayıt tutma, hastayı muayeneye hazırlama, gerektiğinde yaşam bulgularını kontrol etme ve aile planlaması konusunda soruları olan kadınları bilgilendirme gibi sorumlulukları vardır.

3.3.Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini, Ordu Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nin Aile Planlaması Merkezi ve jinekoloji polikliniklerine bir yıl içinde başvuran kadınlar oluşturmuştur. 2006 yılı hastane kayıtlarına göre, jinekoloji polikliniklerine yılda 65.250 kadın, AP Merkezi'ne ise 3495 kadın olmak üzere toplam 68.745 kadın başvurmuştur.

3. 4. Araştırmanın Örnekleme

Ordu Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi 2006 yılı istatistiklerine göre, AP Merkezi'ne başvuran 3495 kişi ile jinekoloji polikliniklerine başvuran 65.250 kişi olarak toplam 68.745 kişi arasından örneklem kapsamına alınacak kadın sayısı "Evrendeki Birey Sayısı Bilinen Örneklem Genişliği Formülü" kullanılarak hesaplanmıştır.

Ordu İl Sağlık Müdürlüğü'nün 2006 yılı verilerine göre, Ordu'da aile planlaması yöntemi kullanma oranı % 62,5'tir. Dolayısıyla, olayın görülüş sıklığı % 62,5 olarak kabul edilmiştir. Örneklem alınacak kişi sayısı, aşağıdaki formül kullanılarak belirlenmiştir (76).

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

n : Örneklem alınacak birey sayısı

N : Evrendeki birey sayısı (68.745)

p : İncelenen olayın görülüş sıklığı (0.6)

q : İncelenen olayın görülmeme sıklığı (1-p = 0.4)

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

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

$$n = \frac{68.745 \times (1.96)^2 \times 0.6 \times 0.4}{(0.05)^2 \times 68.744 + (1.96)^2 \times 0.6 \times 0.4} = 366$$

İncelenen durum, evrendeki bireylerin herhangi bir özelliğine göre değişiklik gösteriyorsa evrenin bilindiği durumlarda kullanılan tabakalı rastgele örnekleme yöntemi ile örnekleme yapmak daha doğru sonuç verir. Aile Planlaması Merkezi ve jinekoloji polikliniklerinden örnekleme kaç kişinin alınacağına tabakalı örnekleme yöntemi ile aşağıdaki formül kullanılarak karar verilmiştir (76) :

$$n_i : (N_i / N) \times n$$

Formülde;

i : Tabaka numarası

N_i : i no'lu tabakadaki birey sayısı

N : Evrendeki birey sayısı

n_i : i no'lu tabakadan alınacak birey sayısı

n : Örnekleme alınacak birey sayısı

Dolayısıyla; tabakalardan alınacak örneklem sayıları ise;

$$AP: (3495 / 68.745) \times 366 = 19$$

$$Poliklinikler: (65.250 / 68.745) \times 366 = 347 \text{ olarak bulunmuştur.}$$

Araştırmanın evreninde yer alan toplam kadın sayısı ve her bir bölümden örnekleme kapsamına alınacak kadın sayısı aşağıdaki tabloda gösterilmiştir.

Tablo 1-Bölgümlere Göre Toplam ve Örnekleme Alınacak Kadın Sayısı

BÖLÜMLER	Toplam Kadın Sayısı	Örnekleme Alınacak Kadın Sayısı
Aile Planlaması Merkezi	3495	19
Jinekoloji Poliklinikleri	65.250	347
Toplam	68.745	366

Araştırma bulgularının değerlendirilmesinde ve yorumlanmasında objektifliği ve istatistiksel geçerliliği sağlaması açısından örnekleme alınacak 366 kadın araştırılacak dört yöntem (RİA, oral kontraseptif, kondom ve geri çekme) sayısına bölünerek her yöntemden eşit sayıda birey örnekleme dahil edilmiştir. Böylece, kondom, RİA, geri çekme yöntemi kullanan kadınlardan 92'sher, oral kontraseptif kullanan kadınlardan ise 90 kişi alınarak, toplam 366 kişiye ulaşıncaya kadar çalışmaya devam edilmiştir. Araştırma kapsamına, 26.11.2007 ve 21.12.2007 tarihleri arasında örnekleme seçim kriterlerine uygun olan kadınlar alınmıştır.

Örnekleme Seçim Kriterleri:

1. 15- 49 yaş arası,
2. Cinsel açıdan aktif,
3. En az ilkokul mezunu olan,
4. Herhangi bir psikiyatrik sorunu bulunmayan,
5. Henüz menopoza girmemiş,
6. Son altı ayda, en az bir aile planlaması yöntemi kullanan kadınlar örnekleme kapsamına alınmıştır.

3. 5. Verilerin Toplanması

Veriler, Tanımlayıcı Veri Formu (Ek 1) ve Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (Ek 2) kullanılarak toplanmıştır.

3. 5. 1. Veri Toplama Formunun Hazırlanması

Veri Toplama Formu, ilgili literatürden elde edilen bilgiler ışığında hazırlanmıştır (2,6,10,15-19,21-26). Ayrıca veri toplama formunun geliştirildikten sonra anlaşılabilirliği ve kullanılabilirliği açısından Kadın Sağlığı

Hemşireliği¹ ve Psikiyatri Hemşireliği² alanında uzman kişilerden görüş alınmıştır. Veri Toplama Formu üç bölümden oluşmaktadır. Veri Toplama Formunun, birinci bölümünde sosyodemografik özellikler, ikinci bölümünde cinsel yaşamına ilişkin bulgular, üçüncü bölümde ise aile planlaması kullanma durumuna yönelik sorular yer almaktadır (Ek 1).

Ek II. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği

Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği, bireylerin cinsel alanda yaşadıkları sorunları kısa, kolay biçimde tarama ve saptama amacıyla geliştirilmiştir (Ek 2). Başlangıçta depresyon hastalarında cinsel sorunları belirlemek üzere geliştirilmiş olsa bile, sonrasında çeşitli hasta gruplarında ve sağlıklı toplumda tarama amaçlı olarak kullanılmaktadır.

Bu ölçek, 5 sorudan oluşan Likert tipi özdeğerlendirme ölçeği olup, kadın ve erkek formları mevcuttur. Kadın formunda sırasıyla cinsel uyarım, psikolojik uyarılma, fizyolojik uyarılma (vajinal lubrikasyon), orgazma ulaşma kapasitesi ve orgazm sonucu doyum duygusunu irdeleyen sorular mevcuttur. Bu sorular günümüzde geçerli olan DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) ve ICD-10 (International Classification of Disease) cinsel işlev bozuklukları tanı kriterlerini karşılamaktadır. Her sorunun 1'den 6'ya kadar değişen puanlamasıyla total puan 5'ten 30'a kadar değişir. Düşük puanlar cinsel yanıtın güçlü, kolay ve tatmin edici olduğunu gösterirken, yüksek skorlar cinsel işlev bozukluğunun varlığını gösterir. Daha yüksek skor, daha çok cinsel işlev bozukluğuna işaret eder (77). Mc Gauhey CA tarafından geliştirilen ölçeğin, Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği 2004'te Soykan tarafından yapılmıştır. Cronbach alfa iç tutarlılık hesaplamasında 0.89 ve 0.90 olarak bulunmuş ve test-yeniden test güvenilirliği 0.88 olarak elde edilmiştir. Örtüştürücü geçerlilikte korelasyon katsayısı 0.53 olarak bulunmuş ve ROC analizinde cinsel işlev bozukluğunu değerlendirmede 11 kesme puanının iyi düzeyde ayırt edici özelliğe sahip olduğu ve ölçüt geçerliliğini sağladığı bulunmuştur (78).

¹ Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Öğretim Üyesi Prof. Dr. Lale Taşkın

² Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Öğretim Üyesi Prof. Dr. Fatma Öz

3. 5. 2. Ön Uygulama

Hazırlanan veri toplama formunun anlaşılabilirliğini ve kullanılabilirliğini belirlemek amacıyla, ön uygulaması 19.11.2007 ve 23.11.2007 tarihleri arasında yapılmıştır. Veri toplama formu, örneklem kapsamına alınan bireylerin % 10'unu temsil edecek şekilde 36 kadına uygulanmıştır. Ön uygulama sonucunda, gerekli düzenlemeler yapıldıktan sonra veri toplama formuna son şekli verilmiştir.

3. 5. 3. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Araştırmaya katılan kadınlara veri toplama formları 26.11.2007 ve 21.12.2007 tarihleri arasında uygulanmıştır. Veri toplama araçları, AP Merkezi ve jinekoloji polikliniklerine başvuran kadınlar ile, yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak uygulanmıştır. Araştırmaya girmeyi kabul eden kadınlara veri toplama formlarının doldurulması yaklaşık 8-10 dakika sürmüştür. Veri toplama formları, rahat ve uygun bir ortam olan emzirme odasında uygulanmıştır. AP ve cinsellik konusunda daha arıntılı bilgiye gereksinimi olan kadınlar, veri toplama formları doldurulduktan sonra bilgilendirilmişlerdir.

3. 6. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın yapılabilmesi için araştırmanın uygulanacağı, S.B. Ordu Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi kararı (31.10.2007 B 104 ISM 452 0015/2522) (Ek 4) ile yazılı izin alınmıştır. Araştırma kapsamına alınan kadınlara veri toplama araçları uygulanmadan önce araştırmanın amacı ve formun doldurulmasına ilişkin bilgi verilmiş ve uygulamanın yapılabilmesi için kendilerinden yazılı izinleri alınmıştır (Ek 4).

3. 7. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma kapsamına, modern AP yöntemlerinden RİA, oral kontraseptifler ve kondom, geleneksel AP yöntemlerinden ise geri çekme yöntemi alınmıştır. Ülkemizde AP yöntemlerinden en fazla modern yöntemlerden, RİA (% 20,2), kondom (%10,8) ve orasl ontraseptif (%4,7); geleneksel yöntemlerden ise geri çekmenin (%26,4) kullanılması nedeniyle

bu dört yonteme ilişkin soru formlarının duzenlenmesine karar verilmiştir. Bu nedenle, araştırmadan elde edilen sonuçlar diğer AP yontemlerinin cinsel yaşama etkisini temsil etmemektedir.

Araştırma Ordu Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinin Aile Planlaması Merkezi ve jinekoloji polikliniklerine başvuran kadınları temsil ettiği için sonuçları tüm kadınlara genellenemez.

3. 8. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler, bilgisayar ortamına Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows 11.5 paket programı kullanılarak araştırmacı tarafından aktarılmıştır. Araştırmanın verilerinin istatistiksel değerlendirilmesinde Hacettepe Üniversitesi Biyoistatistik Bölümü'nden* danışmanlık alınmıştır.

3.8.1. Veri Toplama Formundan Elde Edilen Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesinde yüzdellik hesaplaması, Pearson ki kare, varyans analizi ve iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi kullanılmıştır. Araştırmada bağımlı değerşken, cinsel yaşamlarının etkilenme durumudur. Bağımsız değerşkenler ise; kadınların yaşı, öğrenim durumu, eş öğrenim durumu, çalışma durumu, sosyal güvence durumu, gelir düzeyi algılama durumu, aile yapısı, gebelik sayısı, doğum sayısı, kullanılan aile planlaması yöntemidir.

3. 8. 2. Ölçekten Elde Edilen Verilerin Değerlendirilmesi

Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği'nden elde edilen verilerin değerlendirilmesinde (78),

- **11 puan ve üstü;** Cinsel alanda sorun saptanma olasılığı % 52,
- 11 puan ve altı; Cinsel alanda sorun saptanma olasılığının çok düşük olduğu anlamını ifade etmektedir.

* Hacettepe Üniversitesi Biyoistatistik Bölümü Araç. Gör. Anıl Dolgun

4. BULGULAR

Üreme çağındaki kadınların kullandıkları bazı aile planlaması yöntemlerinin cinsel yaşamlarına etkisini belirlemek amacıyla yapılan çalışmadan elde edilen bulgular üç başlık halinde ele alınmıştır:

1. Kadınların ve Eşlerinin Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular,
2. Kadınların Evlilik, Cinsel Yaşamları ve Kullandıkları Aile Planlaması Yöntemlerine İlişkin Bulgular,
3. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Puanların Bağımsız Değişkenlerle İlişkilerine Yönelik Bulgular.

4.1. TANIMLAYICI ÖZELLİKLERE İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 4.1.1. Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı

n: 366

Tanıtıcı özellikler	S	%
Kadının yaşı		
20 yaş ve altı	11	3,0
21- 25 yaş	69	18,8
26- 30 yaş	111	30,4
31 yaş ve üzeri	175	47,8
Kadının yaşı	Min: 19 Max: 49	
Öğrenim durumu		
İlkokul	140	38,3
Ortaokul	75	20,5
Lise ve üzeri	151	41,2
Çalışma durumu		
Çalışan	63	17,2
Çalışmayan	303	82,8
Mesleği*		
Memur	37	58,8
İşçi	15	23,8
Serbest (çocuk bakıcısı, esnaf)	11	17,4
Sağlık güvencesi		
Var	353	96,4
Yok	13	3,6
Gelir düzeyi**		
İyi	85	23,2
Orta	268	73,2
Kötü	13	3,6

- * Bu soruya çalışan kadınlar yanıt vermişlerdir ve yüzdeler s: 63 üzerinden değerlendirilmiştir.
- ** Kadınlar gelir düzeylerini kendi algılamalarına göre ifade etmişlerdir.

Tablo 4.1.1.'de kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımları yer almaktadır. Tablo incelendiğinde, kadınların % 47,8'inin 31 yaş üzerinde, % 41,2'sinin lise ve üzeri eğitim düzeyinde olduğu, % 82,8'inin çalışmadığı görülmektedir. Çalışan kadınların çoğunluğunun (% 58,8) memur olarak görev yaptığı saptanmıştır. Kadınların % 96,4'ünün sağlık güvencesinin olduğu, yarıdan fazlasının gelir düzeyini "orta" düzeyde (% 73,2) olarak ifade ettikleri belirlenmiştir. Araştırmaya katılan kadınların önemli bir kısmı, yaşamını kentte geçirdiğini (% 79,8) ve en uzun süre Karadeniz Bölgesi'nde yaşadığını (% 92,3) belirtmiştir. Kadınların sadece % 7,7'si uzun süre farklı bir bölgede yaşadığını ifade etmişlerdir [Marmara (3 Kadın), Ege (9 Kadın), Akdeniz (5 Kadın), İç Anadolu (6 Kadın), Güneydoğu (2 Kadın), Doğu (3 Kadın)]. Araştırmaya katılan kadınların tümü evli olduklarını ifade etmişlerdir.

Tablo 4.1.2. Kadınların Eşlerinin Demografik Özelliklerinin Dağılımı**n: 366**

Tanıtıcı Özellikler	S	%
Eşin yaşı		
30 yaş altı	106	29,0
31- 35 yaş	103	28,2
36- 40 yaş	76	20,7
41 yaş ve üzeri	81	22,1
Eşin yaşı		Min: 22 Max: 60
Öğrenim durumu		
İlkokul	132	36,0
Ortaokul	74	20,2
Lise ve üzeri	160	43,8
Çalışma durumu		
Çalışan	346	94,5
Çalışmayan	20	5,5
Mesleği		n: 346*
Memur	51	14,7
İşçi	113	32,6
Serbest (tüccar, şoför, tamirci, balıkçı gibi)	182	52,7

* Bu soruya eşleri çalışan kadınlar cevap vermişlerdir.

Tablo 4.1.2.'de kadınların eşlerinin demografik özellikleri yer almaktadır. Tablo incelendiğinde, erkeklerin % 71'inin 31 yaş ve üstünde olduğu, % 43,8'inin lise ve üzeri eğitim düzeyine sahip olduğu görülmektedir. Erkeklerin % 94,5'inin çalıştığı ve çalışanların yarıdan fazlasının serbest meslekle (% 52,7) uğraştığı belirlenmiştir.

Tablo 4.1.3. Kadınların Gebelik, Doğum ve Jinekolojik Öykülerine İlişkin Özelliklerinin Dağılımı

n: 366

Gebelik özellikleri	S	%
Gebelik sayısı		
Yok	42	11,5
1	67	18,3
2- 3	198	54,1
4 ve üzeri	59	16,1
Yaşayan çocuk n: 324*		
Yok	42	12,9
1	97	30,0
2 ve üzeri	185	57,1
Son doğum şekli n: 282**		
Vajinal	164	58,2
Sezaryen	118	41,8
Jinekolojik sorun yaşama durumu		
Evet	36	9,9
Hayır	330	90,1

* Bu soruya gebelik öyküsü olan kadınlar cevap vermişlerdir.

** Bu soruya doğum yapan kadınlar cevap vermişlerdir.

Tablo 4.1.3.'te kadınların gebelik, doğum ve jinekolojik öykülerine ilişkin özelliklerine göre dağılımları yer almaktadır. Tablo incelendiğinde, kadınların % 11,5'inin gebelik öyküsünün olmadığını ifade ettikleri görülmektedir. Kadınların %54,1'nin 2 veya 3 gebeliği olduğu, %57,1'nin 2 veya daha fazla çocuk sahibi olduğu belirlenmiştir. Gebelik öyküsü olan kadınların % 12,9'u düşük ve ya küretaj öykülerinin olduğunu ifade etmişlerdir. Araştırmaya katılan kadınların % 58,2'si vajinal doğum yaptıklarını belirtmişlerdir.

Tablo incelendiğinde, kadınların % 90,1'i jinekolojik açıdan herhangi bir sorun yaşamadıklarını belirtmişlerdir. Tabloda yer almayan, ancak araştırmadan elde edilen bulguya göre, kadınlara ne tür sorunlar yaşadığı

sorulduğunda, 14'ü idrar yolu enfeksiyonu, 12'si mantar enfeksiyonu ve diğer sorunlar (vajinit, myom, kist) olduğunu belirtmişlerdir.

2. KADINLARIN EVLİLİK, CİNSEL YAŞAM ve KULLANDIKLARI AP YÖNTEMİNE İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 4.2.1.Kadınların Bazı Evlilik Özelliklerine İlişkin Verilerin Dağılımı

n: 366

Evlilik özellikleri	S	%
Evlilik süresi		
5 yıl ve altı	109	29,8
6- 10 yıl	85	23,2
11 yıl ve üzeri	172	47,0
Evlilik yaşı		
18 yaş ve altı	102	27,8
19 yaş ve üzeri	264	72,2
Eşi ile iletişimi*		
İyi	283	77,3
Orta	65	17,8
Kötü	18	4,9
Eşi ile duygusal yakınlığı*		
İyi	284	77,6
Orta	65	17,8
Kötü	17	4,6
Aile tipi		
Çekirdek	286	78,1
Geniş	80	21,9

* Kadınlar eşi ile iletişimlerini ve duygusal yakınlıklarını kendi algılamalarına göre ifade etmişlerdir.

Tablo 4.2.1.'te kadınların evlilik durumlarına ilişkin özellikleri yer almaktadır. Tablo incelendiğinde, kadınların % 47'sinin 11 yıldan daha uzun süredir evli olduğu ve % 72,2'sinin 19 yaş ve üzerinde evlendiği görülmektedir. Araştırmaya katılan kadınların çoğu eşi ile iletişimi (%77,3) ve duygusal yakınlıklarını (% 77,6) "iyi" olarak ifade etmişlerdir. Araştırmaya katılan kadınların % 78,1'nin, çekirdek aileye sahip olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.2.2. Kadınların Cinsel Yaşamlarına İlişkin Bazı Özelliklerinin Dağılımı

n: 366

Evlilik ve cinsel yaşama ilişkin bazı özellikler	S	%
İlk cinsel ilişki yaşı		
17 yaş ve altı	64	17,5
18- 24 yaş	268	73,3
25 yaş ve üstü	34	9,2
İlk cinsel ilişki yaşı Min: 15 Max: 31		
Cinsel ilişki sıklığı (hafta)		
1- 2 kez	147	40,2
3- 4 kez	192	52,4
5 kez ve üzeri	27	7,4
Cinsel açıdan kendini değerlendirme durumu		
Çekici	255	69,7
İsteksiz	78	21,3
Soğuk	33	9,0
İstemediğinde cinsel ilişkiyi reddetme durumu		
Evet	288	78,7
Hayır	78	21,3
Cinsel ilişkiyi reddettiğinde eşin tepkisi n:288*		
Olumlu	176	61,1
Olumsuz	112	38,9
Cinsel sorunları eşi ile paylaşma durumu		
Evet	364	99,5
Hayır	2	0,5

* Bu soruya, cinsel ilişkiyi istemediğinde eşini reddeden kadınlar cevap vermişlerdir.

Tablo 4.2.2.'de kadınların evlilik ve cinsel yaşamlarına ilişkin bazı özellikleri yer almaktadır. Kadınların çoğunun (% 73,3) ilk cinsel ilişki yaşı 18-24 yaş arasındadır. Haftalık cinsel ilişki sıklığına bakıldığında, kadınların %52,4'ü haftada 3 ya da 4 kez cinsel ilişkide bulunduğunu ifade etmişlerdir. Tabloda, kadınların % 69,7'si kendisini cinsel yönden çekici bulunduğunu belirtmişlerdir.

Tabloda, kadınların %78,7'si, cinsel ilişkiyi istemediğinde eşlerine "hayır" diyebildiklerini belirtmişlerdir. Bu durumda, kadınların % 61.1'u cinsel ilişkiyi reddettiğinde, eşlerinin, olumlu tepki verdiğini (anlayışla karşıladığı), % 38,9'inin ise olumsuz tepki verdiğini (sinirlenme, bir süre konuşmama) ifade etmişlerdir.

Kadınların sadece ikisi cinsel açıdan bir problem yaşadıklarında bu problemi paylaşmadıklarını belirtmişlerdir. Tabloda gösterilmeyen, ancak araştırmadan elde edilen bir veriye göre, kadınlar (2 kişi) eşleriyle cinsel sorunlarını paylaşamama nedenini, eşlerinin sinirli olması ve onları dinlememesi şeklinde ifade etmişlerdir.

Tablo 4.2.3. Kadınların Kullandıkları AP Yöntemlerine İlişkin Bazı Özelliklerin Dağılımı

n: 366

Kullanılan AP Yöntemlerine İlişkin Özellikler	S	%
Yöntem seçiminde etkili olan faktörler*		
Yöntemin güvenilirliği	186	50,8
Diğer yöntemlere güvenmeme	45	12,2
Kullanım kolaylığı	29	7,9
Yan etkisinin olmaması	43	6,1
Hormon içermemesi	72	19,6
Diğer	64	17,4
AP yöntemine karar veren kişi		
Kendi	46	12,6
Eşi	64	17,5
Birlikte	256	69,9

* Aile planlaması yöntemi kullanan kadınların bazıları birden fazla şikayet ifade ettikleri için n sayısı artmıştır, yüzdeler n:366 üzerinden alınmıştır.

Tablo 4.2.3'te kadınların kullandıkları AP yöntemlerine ilişkin bazı özelliklerin dağılımı yer almaktadır. Araştırmaya katılan kadınlar, yöntemin güvenilirliği (% 50,8), diğer yöntemlere güvenmeme (% 12,2), kullanımının kolay olması (% 7,9), yan etkisinin olmaması (% 6,2), hormon içermemesi (% 19,6) ve diğer faktörlerin (sağlık personelinin, arkadaşın önerisi ve eşin istemesi) yöntem seçiminde etkili olduğunu belirtmişlerdir.

Tablo incelendiğinde, çiftlerin % 69,9'unun, kullanılan AP yöntemine birlikte karar verdiği görülmektedir.

Tablo. 4.2.4. Kadınların Önceden Kullandıkları AP Yöntemine İlişkin Bazı Özelliklerin Dağılımı

n: 366

Daha Önce Farklı AP Yöntemi Kullanma Durumuna İlişkin Özellikler		
Daha önceden farklı bir AP yöntemi kullanma durumu	S	%
Evet	120	32,7
Hayır	246	67,3
Kullanılan AP yöntemi n: 120*		
Geri çekme	35	29,2
RİA	26	21,7
Kondom	25	20,8
Oral Kontraseptif	34	28,3
Sorun yaşama durumu n: 120*		
Evet	90	75,0
Hayır	30	25,0
Cinsel yaşamda sorun yaşama nedeni ile yöntemi bırakma durumu n: 120*		
Evet	47	39,1
Hayır	73	60,9

* Bu soruya daha önceden farklı bir AP yöntemi kullanan kadınlar cevap vermişlerdir.

Tablo 4.2.4.'te önceden kullanılan AP yöntemine ilişkin bazı özellikler yer almaktadır. Kadınların % 32,7'si, daha önce şuanda kullandığı yöntemden farklı bir yöntem kullandığını ifade etmiştir. Kadınların % 29,2'si geri çekme, % 21,7'si RİA, % 20,8'i kondom ve % 28,3'ü OK kullandıklarını belirtmişlerdir.

Daha önceden farklı bir yöntem kullanan kadınların % 75'i kullandıkları yönteme ilişkin sorun yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Kullandıkları yöntem

ilişkin sorun yaşayan kadınların % 39,1'i, cinsel yaşamda sorun yaşama nedeniyle yöntemi bıraktıklarını ifade etmişlerdir.

Tabloda yer almayan, ancak araştırmadan elde edilen bir veriye göre, kadınların % 25'i çocuk sahibi olabilmek için kullandıkları yöntemi bıraktıklarını belirtmişlerdir.

Tablo 4.2.5. Kadınların Önceden Kullandıkları AP Yöntemlerine İlişkin Bazı Özelliklerin Yöntemlere Göre Dağılımı

n: 120

Yönteme İlişkin Özellikler	S	Geri çekme		RİA		Kondom		OK		İstatistiksel analiz
		S	%	S	%	S	%	S	%	
Kullanma süresi										
5 yıl ve altı	88	29	82,9	19	73,1	20	80,0	20	58,8	χ^2 : 3,399 p : 0,334
5 yıl üstü	32	6	17,1	7	26,9	5	20,0	14	41,2	
Sorun yaşama durumu										
Evet	90	29	82,9	19	73,1	19	76,0	23	67,6	χ^2 : 2,197 p : 0,532
Hayır	30	6	17,1	7	26,9	6	24,0	11	32,4	
Cinsel ilişkide sorun nedeni ile yöntemi bırakma durumu										
Evet	47	20	57,1	6	23,1	17	68,0	4	11,8	χ^2 : 28,441 p : 0,001
Hayır	73	15	42,9	20	76,9	8	32,0	30	88,2	

Tablo 4.2.5'de kadınların önceden kullandıkları AP yöntemlerine ilişkin bazı özelliklerin dağılımı yer almaktadır. Yöntemi kullanma sürelerine bakıldığında, bütün yöntemlerin 5 yıldan daha kısa süre kullanıldığı görülmektedir. İstatistiksel açıdan yöntemi kullanma süresi ile kullanılan yöntemler arasındaki fark önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$). Araştırmaya katılan kadınların % 30,8'i cinsel yaşamda sorun yaşama nedeniyle kullandıkları yöntemi bıraktıklarını ifade etmişlerdir. İstatistiksel açıdan cinsel ilişkide sorun yaşama nedeni ile yöntemi bırakma durumu ile kullanılan yöntemler arasındaki fark önemli bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablo 4.2.6 Kadınların Daha Önceden Kullandıkları AP Yöntemlerine İlişkin Yaşanan Sorunların Dağılımı

n: 90

Daha Önceden Kullanılan AP Yöntemlerine İlişkin Yaşanan Sorunlar	S	%
Geri Çekme n: 29*		
Gebe kalma	9	31,0
Cinsel ilişkinin kesintiye uğraması	12	41,4
Gebe kalma endişesi/ cinsel isteksizlik	8	27,6
RİA n: 19**		
Menoraji	11	57,9
Enfeksiyon	5	26,3
Gebe Kalma	2	10,5
RİA'nın yerinden kayması	1	5,3
Kondom n: 19***		
Eşin yöntemden memnun olmaması	8	42,2
Gebe kalma endişesi	5	26,3
Gebe kalma	2	10,5
Kondomdan tikslenme	2	10,5
Kondomun yırtılması	2	10,5
OK n: 23****		
Ara kanama	14	60,8
Göğüslerde hassasiyet ve dolgunluk	7	30,4
Kilo artışı	6	26,0
Sinirlilik	4	17,3
Unutkanlık	2	8,6
Başağrısı	2	8,6

* Geri çekme yöntemi kullanımına ilişkin sorun yaşadığını ifade eden kadınların sayısıdır.

** RİA kullanımına ilişkin sorun yaşadığını ifade eden kadınların sayısıdır.

*** Kondom kullanımına ilişkin sorun yaşadığını ifade eden kadınların sayısıdır.

**** Oral kontraseptif kullanımına ilişkin sorun yaşadığını ifade eden kadınların sayısıdır. Oral kontraseptif kullanan kadınların bazıları birden fazla şikayet ifade ettikleri için n sayısı artmıştır, yüzdeler n: 23 üzerinden alınmıştır.

Tablo 4.2.6'da kadınların daha önceden kullandıkları AP yöntemlerine ilişkin yaşadıkları sorunlar yer almaktadır. Araştırmaya katılan kadınların geri çekme yöntemini kullanma sırasında yaşadıkları sorunlar gebe kalma (9 kadın), cinsel ilişkinin kesintiye uğraması (12 kadın),gebe kalma tedirginliği ve cinsel isteksizlik (8 kadın) olarak ifade edilmiştir.

Önceden RİA kullanan ve % 73,1 oranında sorun yaşadığını ifade eden kadınların 11'i menoraji, beşi enfeksiyon, ikisi gebelik, biri de RİA 'nın yerinden kayması gibi sorunlarla karşılaştıklarını ifade etmişlerdir.

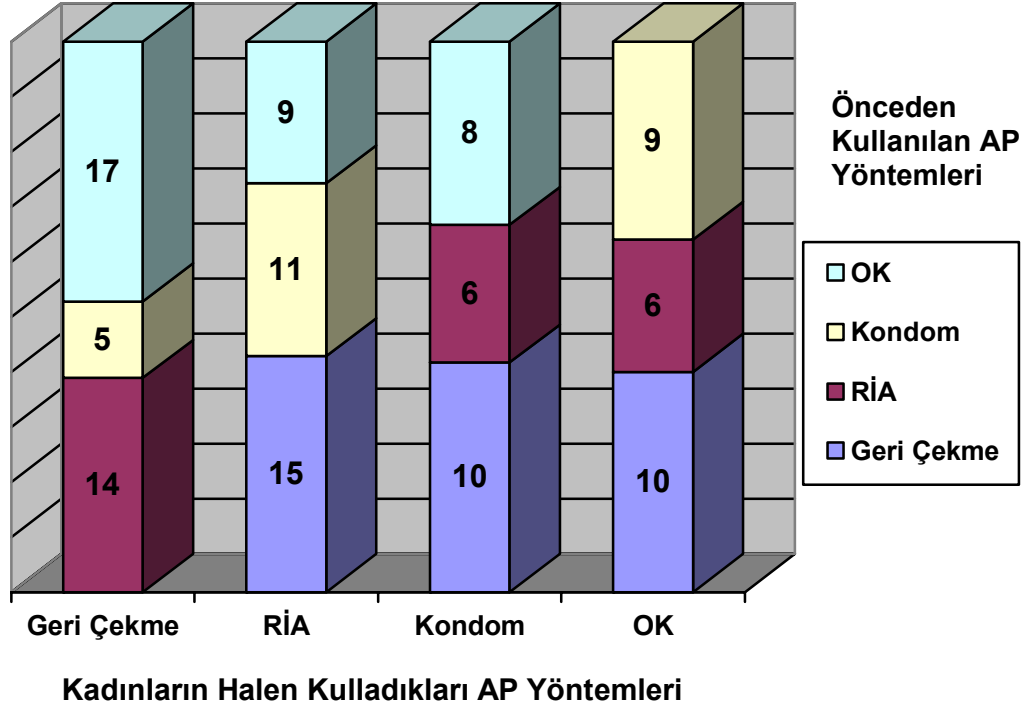
Daha önceden kondom kullanan % 76 oranında sorun yaşayan kadınların sekizi eşinin kondomu istemediğini, beşi gebe kalma endişesinin olduğunu, ikisi yöntemi kullanırken gebe kaldığını, ikisi kondomdan tiksindiğini ve yine ikisi de kondomun yırtıldığını ifade etmişlerdir.

Araştırmaya katılan, önceden oral kontraseptif kullanan ve % 67,6 oranında sorun yaşayan kadınların 14'ünde ara kanama, yedisinde göğüslerde hassasiyet ve dolgunluk, altısında kilo artışı, dördünde sinirlilik, ikisinde unutkanlık ve ikisinde baş ağrısı olduğu belirlenmiştir. İstatistiksel açıdan, kullanılan yöntemler ile sorun yaşama durumu arasındaki fark önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$).

Kullandıkları yöntemi cinsel yaşamlarındaki sorun nedeniyle bırakan kadınlara yöntemle ilişkin yaşadıkları sorunlar sorulduğunda, geri çekme yöntemi kullanan kadınlar cinsel ilişkilerinin kesintiye uğradığını ve gebe kalma korkusu nedeniyle cinsel isteksizlik yaşadıklarını ifade etmişlerdir. RİA kullanan kadınların ise, menoraji ve enfeksiyondan kaynaklanan ağrı nedeniyle cinsel ilişkide bulunmak istemedikleri saptanmıştır. Kondom kullanan kadınlar, kondomdan tiksime (2 kadın), eşlerinin kondom kullanmak istememesi (8 kadın) ve kondomun yırtılması (2 kadın) ve gebe kalma endişesi (5 kadın) nedeniyle cinsel yaşamlarının olumsuz etkilendiğini ifade etmişlerdir. Oral kontraseptif kullanan kadınların ise, baş ağrısı (2 kadın), ve sinirlilik (2 kadın) nedeniyle cinsel açıdan isteksiz olduğu belirlenmiştir (Ek Tablo.1).

Grafik. 1. Kadınların Halen Kullanmakta Oldukları AP Yöntemlerine Göre Daha Önceden Kullandıkları AP Yöntemlerinin Dağılımı

n: 120



Grafik 1.'de kadınların şu an kullanmakta oldukları AP yöntemlerine göre daha önceden kullandıkları AP yöntemleri dağılımları yer almaktadır. Şu anda geri çekme yöntemini kullanan kadınların (36 kadın) önceden 17'si OK, 14'ü RİA, beşi kondom kullandıklarını ifade etmişlerdir. Şu anda RİA kullanan kadınların (35 kadın) daha önce 15'i geri çekme, 11'i kondom ve dokuzu OK kullandıklarını belirtmişlerdir. Şu anda kondom kullanan kadınların (24 kadın) önceden 10'u geri çekme, sekizi OK ve altısı RİA kullandıklarını belirtmişlerdir. Şu anda OK kullanan kadınların (25 kadın) önceden 10'u geri çekme, dokuzu kondom ve altısı RİA kullandıklarını ifade etmişlerdir. Beklenen frekansı 5'ten küçük göz sayısının toplam göz sayısı içindeki payının % 20 sınırını aşması nedeniyle istatistiksel test uygulanamamıştır.

Tablo 4.2.7. Kadınların Halen Kullandıkları AP Yöntemlerine İlişkin Bazı Özelliklerin Dağılımı

n: 366

Yönteme ilişkin özellikler	S	Geri çekme		RiA		Kondom		OK		İstatistiksel analiz
		S	%	S	%	S	%	S	%	
Kullanılan süre										
5 yıl ve altı	143	49	53,3	42	45,7	36	39,1	16	17,8	X² : 14,407 p : 0,002
5 yıl üstü	223	43	46,7	50	54,3	56	60,9	74	82,2	
Sorun yaşama durumu										
Evet	112	51	55,4	9	9,8	36	39,1	16	17,8	X² : 55,613 p : 0,001
Hayır	254	41	44,6	83	90,2	56	60,9	74	82,2	

Tablo 4.2.7'de kadınların halen kullanılmakta oldukları AP yöntemlerine ilişkin bazı özelliklerin dağılımı yer almaktadır. Tablo incelendiğinde, kadınların çoğunun (% 61) AP yönteminin kullanma süresinin 5 yıldan fazla olduğu görülmektedir. İstatistiksel açıdan yöntemi kullanma süresi ile kullanılan yöntemler arasındaki fark önemli bulunmuştur ($p < 0,05$).

Araştırmaya katılan kadınların %30,6'sının kullandıkları yönteme ilişkin sorun yaşadıkları belirlenmiştir. İstatistiksel açıdan, kullanılan yöntemler ile sorun yaşama durumu arasındaki fark önemli bulunmuştur ($p < 0,05$).

Tablo. 4.2.8. Kadınların Halen Kullandıkları AP Yöntemlerine İlişkin Yaşanan Sorunların Dağılımı

n: 112

Kadınların Halen Kullandıkları AP Yöntemlerine İlişkin Yaşanan Sorunlar	S	%
Geri Çekme n: 51*		
Eşin yöntemden memnun olmaması	19	37,3
Cinsel ilişkinin kesintiye uğraması	28	54,9
Cinsel ilişkide tatmin olamama	4	7,8
RİA n: 9**		
Eşin RİA'nın ipliklerinden rahatsız olması	4	44,4
Menoraji	5	55,6
Kondom n: 36***		
Eşin yöntemden memnun olmaması	26	72,2
Kondomun yırtılmasından korkma	4	11,2
Kondomdan tikslenme	3	8,3
Kondomun vajende kalma endişesi	3	8,3
OK n: 16****		
Sinirlilik	5	31,2
Göğüslerde hassasiyet	6	37,5
Ara kanama	10	62,5

* Geri çekme yöntemi kullanımına ilişkin sorun yaşadığını ifade eden kadınların sayısıdır.

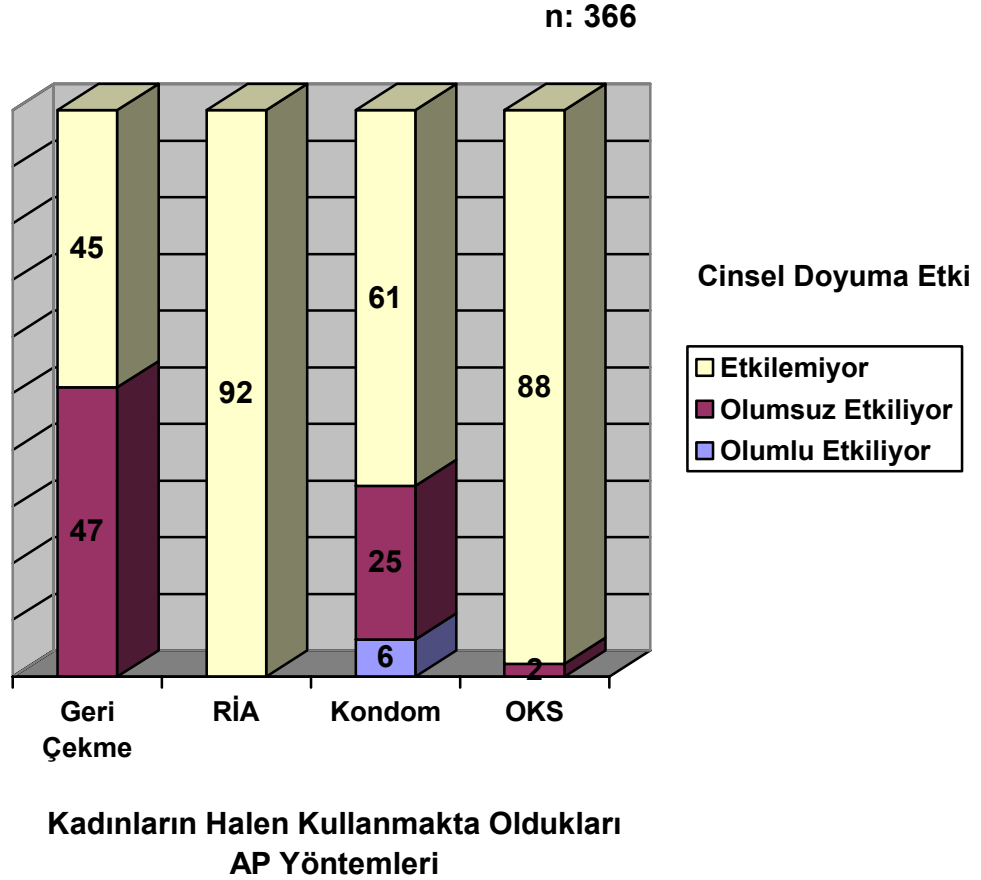
** RİA kullanımına ilişkin sorun yaşadığını ifade eden kadınların sayısıdır.

*** Kondom kullanımına ilişkin sorun yaşadığını ifade eden kadınların sayısıdır.

**** Oral kontraseptif kullanımına ilişkin sorun yaşadığını ifade eden kadınların sayısıdır. Oral kontraseptif kullanan kadınların bazıları birden fazla şikayet ifade ettikleri için n sayısı artmıştır, yüzdeler n: 16 üzerinden alınmıştır.

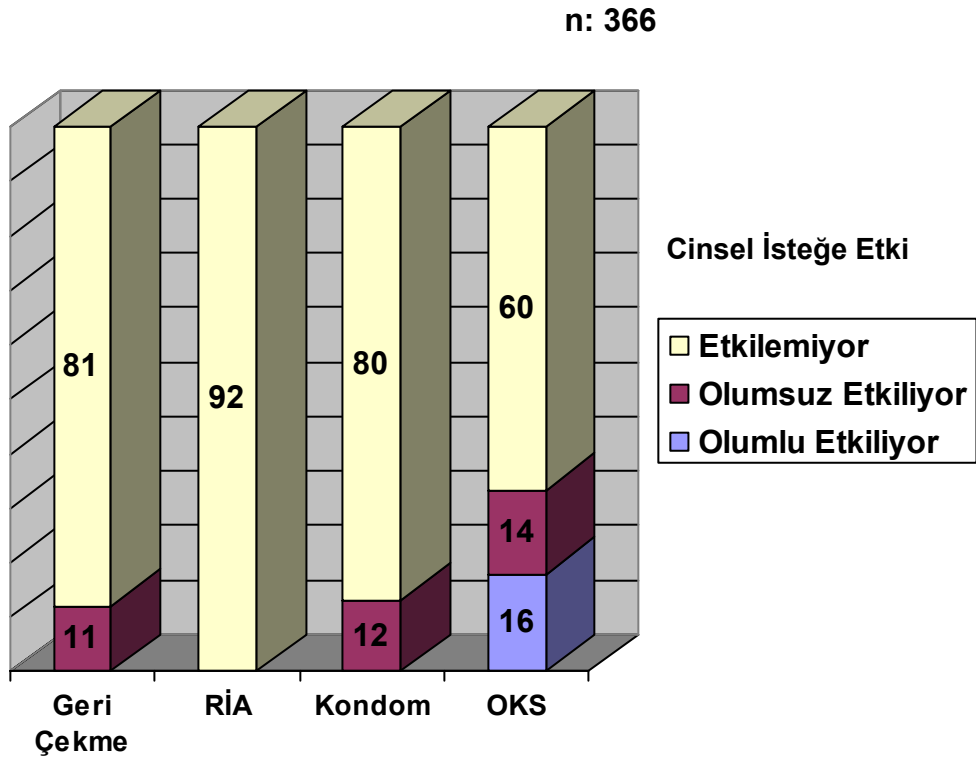
Tablo 4.2.8'de kadınların halen kullandıkları AP yöntemlerine ilişkin yaşadıkları sorunlar yer almaktadır. Geri çekme yöntemini kullanırken sorun yaşayan kadınların (n:51) 19'u eşinin bu yöntemden memnun olmadığını, 28'i yöntemin cinsel ilişkiyi kesintiye uğrattığını, 4'ü de cinsel ilişkilerinden tatmin olmadıklarını belirtmişlerdir. Araştırma kapsamındaki RİA kullanırken sorun yaşayan dokuz kadından dördü, eşlerinin RİA'nın ipliklerinden rahatsız olduğunu, beşi ise RİA'nın menorajiye neden olduğunu belirtmiştir. Kondom kullanırken sorun yaşayan 36 kadından 26'sı eşlerinin bu yöntemden memnun olmadığını, dördü kondomun yırtılmasından korktuğunu, üçü kondomdan tiksindiğini ve üçü kondomun vajen içinde kalmasından korktuğunu ifade etmiştir. Oral kontraseptif kullanımına bağlı kadınların beşi sinirlilik, altısı göğüslerinde hassasiyet, 10'u ise ara kanamadan sorun yaşadıklarını belirtmişlerdir.

Grafik.2. Kadınların Halen Kullandıkları Aile Planlaması Yöntemlerinin Cinsel Doyuma Etkisi



Grafik. 2. 'de kadınların halen kullandıkları AP yöntemlerinin cinsel doyuma etkisi yer almaktadır. Geri çekme yöntemi kullanan kadınların (92 kadın) 47'si cinsel doyumlarının olumsuz etkilendiğini, 45'i ise etkilenmediğini ifade etmişlerdir. RiA kullanan kadınların tümü (92 kadın) cinsel doyumlarının etkilenmediğini ifade ederken, kondom kullanan kadınların (92 kadın) altısı cinsel doyumlarının olumlu, 25'i olumsuz etkilendiğini ve 61'i etkilenmediğini belirtmişlerdir. Oral kontraseptif kullanan kadınların (90 kadın) ikisi cinsel doyumlarının olumsuz etkilendiğini ve 88'i cinsel doyumlarının etkilenmediğini ifade etmişlerdir. Beklenen frekansı 5'ten küçük göz sayısının toplam göz sayısı içindeki payının % 20 sınırını aşması nedeniyle istatistiksel test uygulanamamıştır.

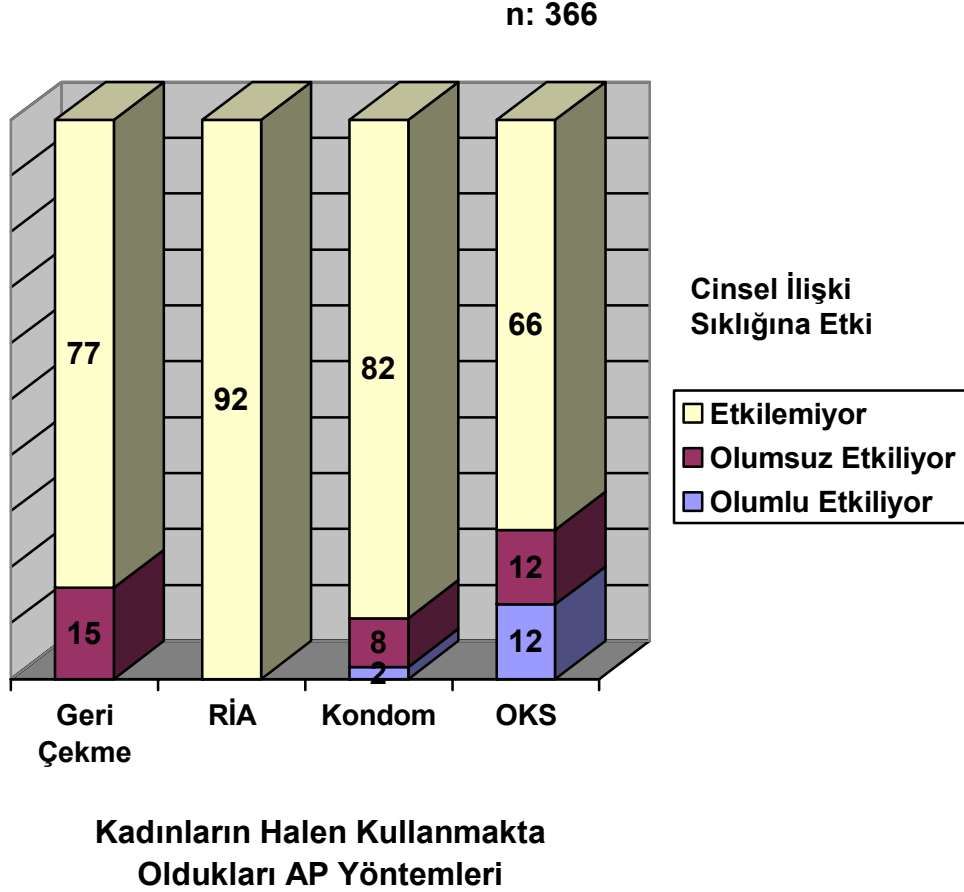
Grafik.3. Kadınların Halen Kullandıkları Aile Planlaması Yöntemlerinin Cinsel İsteğe Etkisi



Kadınların Halen Kullanmakta Oldukları AP Yöntemleri

Grafik. 3'te kadınların halen kullandıkları AP yöntemlerinin cinsel isteğe etkisi yer almaktadır. Geri çekme yöntemi kullanan kadınların (92 kadın) 11'i cinsel isteklerinin etkilenmediğini, 81'i ise olumsuz etkilediğini belirtmişlerdir. RİA kullanan kadınlarda (92 kadın) cinsel doyumda olduğu gibi cinsel isteğin de etkilenmediği ifade etmişlerdir. Kondom kullanan kadınların (92 kadın) 12'si cinsel isteklerinin olumsuz etkilendiğini ifade ederken, 80'i cinsel isteklerinin etkilenmediğini ifade etmiştir. OK kullanan kadınların (90 kadın) ise 16'sı cinsel isteklerinin olumlu etkilendiğini, 14'ü olumsuz etkilendiğini, 60'ının ise cinsel isteklerinin etkilenmediğini belirtmişlerdir. Beklenen frekansı 5'ten küçük göz sayısının toplam göz sayısı içindeki payının % 20 sınırını aşması nedeniyle istatistiksel test uygulanamamıştır.

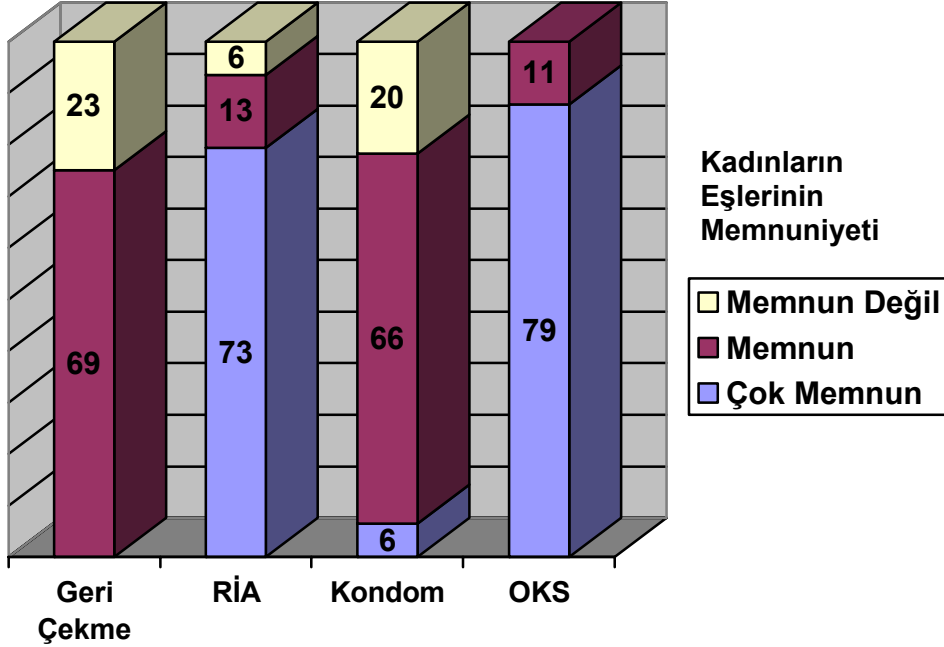
Grafik.4. Kadınların Halen Kullandıkları Aile Planlaması Yöntemlerinin Cinsel İlişki Sıklığına Etkisi



Grafik. 4'te kadınların halen kullandıkları AP yöntemlerinin cinsel ilişki sıklığına etkisi yer almaktadır. Geri çekme yöntemi kullanan kadınların (92 kadın) 15'i cinsel ilişki sıklığının olumsuz etkilendiğini, 77'si ise etkilenmediğini belirtmişlerdir. RİA kullanan kadınların tümü (92 kadın), cinsel doyum ve istekte olduğu gibi cinsel ilişki sıklıklarının da etkilenmediğini belirtmişlerdir. Kondom kullanan kadınların (92 kadın) ikisi cinsel ilişki sıklığının olumlu etkilendiğini, sekizi olumsuz etkilendiğini ve 82'si cinsel ilişki sıklıklarının etkilenmediğini ifade etmişlerdir. Oral kontraseptif kullanan kadınların (90 kadın) 12'si cinsel ilişki sıklıklarının olumlu etkilendiğini, 12'si olumsuz etkilendiğini ve 66'sı da cinsel ilişki sıklığının etkilenmediğini belirtmişlerdir. Beklenen frekansı 5'ten küçük göz sayısının toplam göz sayısı içindeki payının % 20 sınırını aşması nedeniyle istatistiksel test uygulanamamıştır.

Grafik.5 Kadınların Eşlerinin Halen Kullanılan AP Yönteminden Memnuniyet Durumları

n: 366



Kadınların Eşlerinin Halen Kullandıkları AP Yöntemleri

Grafik 5.'te kadınların eşlerinin şu anda kullandıkları yöntemden memnuniyet durumları verilmiştir. Geri çekme yöntemi kullanan kadınların (92 kadın) 69'u, eşlerinin yöntemden "memnun" olduğunu, 23'ü "memnun olmadığı"ni belirtmişlerdir. Rahim içi araç kullanan kadınların (92 kadın) 73'ü eşlerinin yöntemden "çok memnun" olduğunu, 13'ü "memnun" olduğunu, altısı ise yöntemden "memnun olmadığı"ni ifade etmişlerdir. Kondom kullanan kadınların (92 kadın) altısı, eşlerinin yöntemden "çok memnun" olduğunu, 66'sı "memnun" olduğunu, 20'si "memnun olmadığını" belirtmişlerdir. Oral kontraseptif kullanan kadınların (90 kadın) 79'u eşlerinin yöntemden "çok memnun" olduğunu, 11'i ise yöntemden "memnun" olduğunu ifade etmişlerdir. Beklenen frekansı 5'ten küçük göz sayısının toplam göz sayısı içindeki payının % 20 sınırını aşması nedeniyle istatistiksel test uygulanamamıştır.

Tablo olarak belirtilmeyen, ancak araştırma bulguları içerisinde yer alan verilerden biri, daha önceden farklı bir yöntem kullanıp da, şu anda farklı bir

yönteme geçen kadınların ve eşlerinin cinsel yaşamlarına olan etkilerinin karşılaştırılmasıdır. Daha önceden geri çekme yöntemi ve kondom kullanan, ardından RİA kullanımına geçen kadınların cinsel doyum, cinsel istek ve cinsel ilişki sıklıklarının arttığı saptanmıştır. Daha önceden RİA ve oral kontraseptif kullanan kadınlar geri çekme yöntemine geçtikten sonra cinsel doyum, cinsel istek ve cinsel ilişki sıklıklarının azaldığını belirtmişlerdir.

Araştırmaya katılan ve daha önce farklı bir yöntem kullanan kadınların eşlerinin cinsel yaşamlarının etkilenme şekli de, kadınlara sorularak belirlenmiştir. Geri çekme ve kondom kullanımından, RİA kullanımına geçen kadınlar eşlerinin de benzer şekilde, cinsel doyum, cinsel istek ve cinsel ilişki sıklıklarında artma olduğunu ifade etmişlerdir. Önceden RİA ve oral kontraseptif kullanan ve şu anda geri çekme yöntemi kullanan kadınlar da eşlerinde cinsel doyum, cinsel istek ve cinsel ilişki sıklığının azaldığını belirtmişlerdir.

4.3. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Puanların Bağımsız Değişkenlerle İlişkilerine Yönelik Bulgular.

Tablo 4.3.1. Kadınların Halen Kullandıkları AP Yöntemlerine Göre Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Puan Ortalamaları

n: 366

Yöntem	ACYÖ Puan Ortalamaları	İstatistiksel analiz
	$\bar{x} \mp SS$	
Geri çekme	13,75 \mp 3,87	F : 0, 547 p : 0,651
Rahim içi araç	13,93 \mp 3,94	
Kondom	13,30 \mp 3,54	
Oral kontraseptif	13,37 \mp 4,18	
Genel Ortalama	13,59 \mp 3,88	

Tablo 4.3.1'de kadınların şu anda kullanmakta oldukları AP yöntemlerine göre Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (ACYÖ) Puan Ortalamaları yer almaktadır. Tabloda, araştırma kapsamına alınan tüm kadınların ACYÖ puan ortalamasının 11'den yüksek (\bar{x} :13,59) olduğu, dolayısıyla kadınların cinsel yaşantılarında sorun saptanma olasılığının yüksek olduğu saptanmıştır. Araştırmada, geri çekme yöntemini kullanan kadınların ACYÖ puan ortalaması (\bar{x} :13,75), RİA kullanan kadınların ACYÖ puan ortalaması (\bar{x} :13,93), kondom kullanan kadınların ACYÖ puan ortalaması (\bar{x} :13,30) ve oral kontraseptif kullanan kadınların ACYÖ puan ortalaması (\bar{x} :13,37) 11 puandan yüksek bulunmuştur. İstatistiksel açıdan değerlendirildiğinde, kullanılan yöntemler ile ACYÖ puan ortalamaları arasındaki fark önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$).

Tablo. 4.3.2 Kadınların Halen Kullandıkları AP Yöntemlerinin Cinsel Yaşama Etkilerine Göre Arizona Cinsel Yaşantılar Puan Ortalamaları

Kadınların Kullandıkları Yöntemlerin Cinsel Yaşama Etkisi	ACYÖ PUAN ORTALAMALARI		
	Cinsel Doyum $\bar{x} \mp SS$	Cinsel İstek $\bar{x} \mp SS$	Cinsel İlişki Sıklığı $\bar{x} \mp SS$
Geri Çekme			
Olumlu Etkiliyor	-	-	-
Olumsuz Etkiliyor	14,80 \mp 3,65	14,63 \mp 3,85	14,86 \mp 4,37
Etkilemiyor	12,64 \mp 3,82	13,62 \mp 3,88	13,53 \mp 3,76
İstatistiksel Analiz	F: 7,69 p: 0,007	F: 0,65 p: 0,422	F: 1,49 p: 0,225
RİA			
Olumlu Etkiliyor	-	-	-
Olumsuz Etkiliyor	-	-	-
Etkilemiyor	13,93 \mp 3,94	13,93 \mp 3,94	13,92 \mp 3,92
İstatistiksel Analiz	p*	p*	p*
Kondom			
Olumlu Etkiliyor	12,92 \mp 2,65	-	13,50 \mp 3,53
Olumsuz Etkiliyor	14,66 \mp 2,94	13,25 \mp 1,48	13,62 \mp 1,68
Etkilemiyor	13,32 \mp 3,84	13,21 \mp 3,76	13,26 \mp 3,70
İstatistiksel Analiz	F: 0,58 p: 0,559	F: 0,003 p: 0,955	F: 0,03 p: 0,962
Oral Kontraseptif			
Olumlu Etkiliyor ^a	12,50 \mp 3,53	13,18 \mp 4,24	10,75 \mp 2,63
Olumsuz Etkiliyor ^b	-	16,42 \mp 3,45	15,58 \mp 2,74
Etkilemiyor ^c	13,39 \mp 4,21	12,71 \mp 4,06	13,45 \mp 4,39
İstatistiksel Analiz	F: 0,08 p: 0,766	F: 4,88 p: 0,010 Fark b ve c grupları arasındadır.	F: 4,35 p: 0,016 Fark a ve b grubu arasındadır.

* Gözeneklere düşen örneklem sayısı yeterli olmadığı için istatistiksel test uygulanamamıştır.

Tablo 4.3.2’de kadınların halen kullandıkları AP yöntemlerinin cinsel yaşama etkilerine göre ACYÖ puan ortalamaları yer almaktadır. Geri çekme yöntemini kullanan cinsel doyum (\bar{x} :14,80), cinsel istek (\bar{x} :14,63) ve cinsel ilişki sıklığını (\bar{x} :14,86) olumsuz etkilediğini ifade eden kadınların ACYÖ puan ortalamaları, cinsel doyum (\bar{x} :12,64), cinsel istek (\bar{x} :13,62) ve cinsel ilişki sıklığını (\bar{x} :13,53) etkilemediğini ifade eden kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur. İstatistiksel açıdan, sadece geri çekme yönteminin cinsel doyuma etkisi ile kadınların ACYÖ puan ortalaması arasındaki fark önemli bulunmuştur ($p<0,05$). Geri çekme yönteminin cinsel istek ve cinsel ilişki sıklığına etkisi ile ACYÖ puan ortalamaları arasındaki istatistiksel analizde fark önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$). Rahim içi araç kullanan kadınların tümü RİA’nın cinsel doyum (\bar{x} :13,93), cinsel istek (\bar{x} :13,93) ve cinsel ilişki sıklığını (\bar{x} :13,92) etkilemediğini ifade etmişlerdir. Kondom kullanan ve cinsel doyum (\bar{x} :14,66) cinsel istek (\bar{x} :13,25) ve cinsel ilişki sıklığının (\bar{x} :13,62) olumsuz etkilendiğini ifade eden kadınların ACYÖ puan ortalamaları yüksek bulunmuştur. Ancak istatistiksel açıdan, kondomun cinsel doyum, cinsel istek ve cinsel ilişki sıklığına etkisi ile kadınların ACYÖ puan ortalamaları arasındaki fark önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$). Oral kontraseptiflerin cinsel istek (\bar{x} :16,42) ve cinsel ilişki sıklığını (\bar{x} :15,58) olumsuz etkilediğini ifade eden kadınların ACYÖ puanları, olumlu etkilediğini ve etkilemediğini ifade eden kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur. İstatistiksel açıdan, oral kontraseptiflerin cinsel istek ve cinsel ilişki sıklığına etkisi ile ACYÖ puan ortalamaları arasındaki fark önemli bulunmuştur ($p<0,05$). Oral kontraseptiflerin cinsel doyuma etkisi ile ACYÖ puan ortalamaları arasındaki fark önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$).

Tablo 4.3.3. Kadınların Son Altı Ayda Kullandıkları AP Yöntemlerinin Bazı Özelliklerine Göre Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Puan Ortalamaları

n: 366

Yönteme İlişkin Özellikler	S	ACYÖ Puan Ortalamaları $\bar{x} \mp SS$
Yöntemi kullanma süresi		
5 yıl ve altı	223	12,87 \mp 3,56
5 yıl üstü	143	14,59 \mp 4,90
İstatistiksel analiz		t: -4,186 p: 0,001
Sorun yaşama durumu		
Evet	112	14,69 \mp 3,76
Hayır	254	13,10 \mp 3,84
İstatistiksel analiz		t: 3,702 p: 0,001

Tablo 4.3.3'Te son altı ayda kullanılan yöntemlere ilişkin bazı özelliklere göre ACYÖ puan ortalamaları yer almaktadır. AP yöntemini 5 yıl ve daha kısa süre kullanan kadınların ACYÖ puan ortalamaları (\bar{x} :12,87), 5 yıldan daha uzun süre kullanan kadınların ACYÖ puan ortalamalarına (\bar{x} :14,59) göre daha düşük bulunmuştur. İstatistiksel açıdan değerlendirildiğinde, yöntemi kullanma süresi ile ACYÖ puan ortalamaları arasındaki fark önemli bulunmuştur ($p<0,05$).

Yönteme bağlı olarak sorun yaşayan kadınların ACYÖ puan ortalamaları (\bar{x} :14,59), sorun yaşamayan kadınların ACYÖ puan ortalamalarına (\bar{x} :13,10) göre daha yüksek bulunmuştur. İstatistiksel açıdan, yönteme ilişkin sorun yaşama durumu ile ACYÖ puan ortalamaları arasındaki fark önemli bulunmuştur ($p<0,05$).

**Tablo 4.3.4. Kadınların Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre
Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Puan Ortalamaları**

n : 366

Kadınların Bazı Sosyo-Demografik Özellikleri	S	ACYÖ Puan Ortalamaları $\bar{x} \mp SS$
Yaş		
20 yaş altı ^a	11	10,45 \mp 2,84
21- 25 yaş ^b	69	11,89 \mp 3,51
26- 30 yaş ^c	111	13,13 \mp 3,44
31 yaş ve üzeri ^d	175	15,43 \mp 3,85
İstatistiksel analiz		F* : 9,81 p : 0,001 a-d, b-d ve c-d grupları arasında farklılık vardır.
Öğrenim Durumu		
İlkokul ^a	140	14,42 \mp 3,89
Ortaokul ^b	75	13,77 \mp 3,68
Lise ve üzeri ^c	151	12,99 \mp 3,98
İstatistiksel analiz		F*: 5,74 p: 0,001 a-c grubu arasında farklılık vardır.
Gelir düzeyi		
İyi ^a	85	12,35 \mp 4,06
Orta ^b	268	13,97 \mp 3,74
Kötü ^c	13	13,76 \mp 4,02
İstatistiksel analiz		F*: 5,86 p : 0,001 a-b grubu arasında farklılık vardır.
Evlilik süresi		
5 yıl ve altı ^a	109	12,03 \mp 3,57
6- 10 yıl ^b	85	12,67 \mp 3,12
11 yıl ve üzeri ^c	172	15,03 \mp 3,90
İstatistiksel analiz		F* : 26,16 p: 0,001 a-c, b-c grupları arasında farklılık vardır.

Evlilik yaşı		
18 yaş ve altı	102	13,89 \mp 3,93
19 yaş ve üzeri	264	13,47 \mp 3,86
İstatistiksel analiz		t **: 0,91 p: 0,360
Aile tipi		
Çekirdek	286	13,56 \mp 3,84
Geniş	80	13,68 \mp 4,04
İstatistiksel analiz		t **: - 0,24 p : 0,806

* İstatistiksel analizi, varyans analizi ile yapılmıştır.

** İstatistiksel analizi, iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi ile yapılmıştır.

Tablo 4.3.4’te kadınların bazı sosyo-demografik özelliklerine göre ACYÖ puan ortalamaları verilmiştir. Araştırmada, 31 yaş ve üzeri olan kadınların ACYÖ puan ortalamaları (\bar{x} :15,43), 20 yaş ve altı kadınların, (\bar{x} :10,45), 21-25 yaş grubundaki kadınların (\bar{x} :11,89) ve 26-30 yaş grubu kadınların (\bar{x} :13,13) ACYÖ puan ortalamalarından daha yüksek bulunmuştur. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, kadınların yaşları ile ACYÖ puan ortalamaları arasındaki fark önemli bulunmuştur ($p<0,05$).

Araştırmaya katılan kadınların, öğrenim durumlarına göre, ilkokul mezunu olan kadınların ACYÖ puan ortalamaları (\bar{x} :14,42), ortaokul (\bar{x} :13,77), lise ve üzeri (\bar{x} :12,99) öğrenim düzeylerine sahip olan kadınların ACYÖ puan ortalamalarına göre daha yüksek bulunmuştur. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, kadınların öğrenim düzeyleri ile ACYÖ puan ortalamaları arasındaki fark önemli bulunmuştur ($p<0,05$).

Araştırma kapsamına alınan, gelir düzeylerini “orta” olarak nitelendiren kadınların ACYÖ puan ortalamaları (\bar{x} :13,97), gelir düzeylerini “kötü” (\bar{x} :13,76) ve “iyi” olarak nitelendiren kadınların ACYÖ puan ortalamalarına göre (\bar{x} :12,02) göre daha yüksek bulunmuştur. İstatistiksel açıdan, kadınların gelir düzeyleri ile ACYÖ puan ortalamaları arasındaki fark önemli bulunmuştur ($p<0,05$).

Evlilik süresi 11 yıldan daha fazla olan kadınların, ACYÖ puan ortalamalarının (\bar{x} :15,03), 5 yıl ve daha az süredir evli olan kadınların (\bar{x} :12,03) ve 6-10 yıl arası evli olan kadınların ACYÖ puan ortalamalarından

(\bar{x} :12,67) daha yüksek bulunmuştur. İstatistiksel açıdan değerlendirildiğinde, evlilik süresi ile ACYÖ puan ortalamaları arasındaki fark önemli bulunmuştur ($p<0,05$).

Araştırmaya katılan kadınlardan 18 yaş ve altında evlenen kadınların ACYÖ puan ortalaması (\bar{x} :13,89) ile 19 yaş ve üstünde evlenen kadınların ACYÖ puan ortalamaları (\bar{x} :13,47) birbirine yakın bulunmuştur. İstatistiksel olarak, kadınların evlenme yaşı ile ACYÖ puan ortalamaları arasındaki fark önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$).

Çalışmada, çekirdek aile tipine sahip olan kadınların ACYÖ puan ortalamaları (\bar{x} :13,56) ile geniş aile tipine sahip olan kadınların ACYÖ puan ortalamaları da (\bar{x} :13,68) benzer bulunmuştur. İstatistiksel açıdan değerlendirildiğinde, aile tipi ile ACYÖ puan ortalamaları arasındaki fark önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$).

Tablo 4.3.5. Kadınların Gebelik ve Jinekolojik Öykülerine Göre Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Puan Ortalamaları

n : 366

Gebelik ve Jinekolojik Öykü Özellikleri	S	ACYÖ Puan Ortalamaları $\bar{x} \mp SS$
Gebelik Durumu		
Var	324	13,84 \mp 3,86
Yok	42	11,64 \mp 3,51
İstatistiksel analiz		t* : -3,51 p : 0,001
Yaşayan çocuk sayısı*		
Yok ^a	42	12,00 \mp 1,00
1 ^b	97	12,83 \mp 3,86
2 ve üzeri ^c	185	14,43 \mp 3,72
İstatistiksel analiz		F** : 10,24 p : 0,001 b-c grubu arasında farklılık vardır.
Son doğum şekli		
Vajinal	164	13,42 \mp 3,87
Sezaryen	160	14,24 \mp 3,83
İstatistiksel analiz		t* : - 1,92 p : 0,055
Jinekolojik sorun yaşama durumu		
Evet	36	13,51 \mp 3,91
Hayır	330	14,30 \mp 3,59
İstatistiksel analiz		t* : - 1,15 p : 0,250

* İstatistiksel analizi, iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi ile yapılmıştır.

** İstatistiksel analizi, varyans analizi ile yapılmıştır.

Tablo 4.3.5.'te kadınların gebelik ve jinekolojik öykülerine göre ACYÖ puan ortalamaları verilmiştir. Gebelik öyküsü olan kadınların ACYÖ puan ortalamaları (\bar{x} :13,84), gebelik öyküsü olmayan kadınların ACYÖ puan ortalamalarına (\bar{x} :11,64) göre daha yüksek bulunmuştur. İstatistiksel açıdan, gebelik öyküsü ile ACYÖ puan ortalamaları arasındaki fark önemli bulunmuştur ($p<0,05$).

Araştırmaya katılan kadınlardan 2 veya daha fazla çocuğu olan kadınların ACYÖ puan ortalamaları (\bar{x} :14,43), hiç çocuğu olmayan kadınların ACYÖ puan ortalamaları (\bar{x} :12,00) ve bir çocuğu olan kadınların ACYÖ puan ortalamalarına (\bar{x} :12,83) göre daha yüksek bulunmuştur. İstatistiksel açıdan değerlendirildiğinde, kadınların yaşayan çocuk sayısı ile ACYÖ puan ortalamaları arasındaki fark önemli bulunmuştur ($p<0,05$).

Kadınların son doğum şekline göre, sezaryen doğum yapan kadınların ACYÖ puan ortalamaları (\bar{x} :13,42), vajinal doğum yapan kadınların ACYÖ puan ortalamalarına (\bar{x} :14,24) göre yüksek bulunmuştur. İstatistiksel açıdan fark önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$).

Araştırma kapsamına alınan kadınlardan jinekolojik sorun yaşayanların ACYÖ puan ortalaması (\bar{x} :13,51), jinekolojik sorun yaşamayan kadınların ACYÖ puan ortalamalarına (\bar{x} :14,30) göre daha düşük olduğu belirlenmiştir. Ancak, istatistiksel açıdan fark önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$).

**Tablo 4.3.6. Kadınların Evlilik ve Cinsel Yaşama İlişkin Özelliklerine
Göre Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Puan Ortalamaları**

n : 366

Evlilik ve cinsel yaşama ilişkin bazı özellikler	S	ACYÖ Puan Ortalamaları $\bar{x} \mp SS$
İlk cinsel ilişki yaşı		
17 yaş ve altı	64	14,04 \mp 3,88
18- 24 yaş	269	13,50 \mp 3,90
25 yaş ve üzeri	33	13,42 \mp 3,79
İstatistiksel analiz		F* : 0,53 p: 0,586
Cinsel ilişki sıklığı (hafta)		
1- 2 ^a	147	14,58 \mp 4,15
3- 4 ^b	192	13,35 \mp 3,37
5 ve üzeri ^c	27	9,88 \mp 3,29
İstatistiksel analiz		F* : 19,16 p : 0,001 a-b, b-c, a-c grupları arasında fark vardır.
Eşi ile iletişimi		
İyi ^a	283	12,60 \mp 3,63
Orta ^b	65	15,04 \mp 3,24
Kötü ^c	18	17,72 \mp 4,84
İstatistiksel analiz		F* : 18,22 p : 0,001 a-b, b-c, a-c grupları arasında fark vardır.
Eşi ile duygusal yakınlığı		
İyi ^a	284	12,74 \mp 3,68
Orta ^b	65	14,96 \mp 3,47
Kötü ^c	17	17,58 \mp 4,86
İstatistiksel analiz		F* : 15,09 p : 0,001 a-b, b-c, a-c grupları arasında fark vardır.
Cinsel açıdan kendini değerlendirme biçimi		
Çekici ^a	255	12,23 \mp 3,30
İsteksiz ^b	78	16,46 \mp 3,48
Soğuk ^c	33	17,27 \mp 2,78

İstatistiksel analiz		F* : 71,45 p : 0,001
a-b, a-c grupları arasında fark vardır.		
İstemediğinde cinsel ilişkiyi reddetme durumu		
Evet	288	13,44 ± 3,90
Hayır	78	14,14 ± 3,77
İstatistiksel analiz		t** : - 1,40 p : 0,160
Cinsel ilişkiyi reddettiğinde eşin tepkisi***		
Olumlu	176	12,67 ± 3,66
Olumsuz	112	14,51 ± 4,00
İstatistiksel analiz		t** : - 4,05 p : 0,001

* İstatistiksel analizi, varyans analizi ile yapılmıştır.

** İstatistiksel analizi, iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi ile yapılmıştır.

*** Bu soruya, cinsel ilişkiyi istemediğinde eşini reddeden kadınlar (n: 288) cevap vermişlerdir.

Tablo 4.3.6'da kadınların evlilik ve cinsel yaşama ilişkin özelliklerine göre ACYÖ puan ortalamaları verilmiştir. İlk cinsel ilişki deneyimi 17 yaş ve altında olan kadınların ACYÖ puan ortalamaları (\bar{x} :14,04), 18-24 yaş arasında olan kadınların ACYÖ puan ortalamaları (\bar{x} :13,50) ve 25 yaş ve üzerinde olan kadınların ACYÖ puan ortalamalarına (\bar{x} :13,42) göre daha yüksek bulunmuştur. Ancak, istatistiksel açıdan değerlendirildiğinde, ilk cinsel ilişki yaşı ile ACYÖ puan ortalamaları arasındaki fark önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$).

Araştırma kapsamına alınan kadınların haftada 1-2 kez cinsel ilişkide bulunan kadınların ACYÖ puan ortalamalarının (\bar{x} :14,58), haftada 3-4 kez cinsel ilişkide bulunan kadınların ACYÖ puan ortalamaları (\bar{x} :13,35) ve haftada 5 ve daha fazla cinsel ilişkide bulunan kadınların ACYÖ puan ortalamalarına (\bar{x} :9,88) göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. İstatistiksel açıdan haftadaki cinsel ilişki sıklığı ile ACYÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki önemli bulunmuştur ($p<0,05$).

Eşi ile iletişimini “iyi” olarak değerlendiren kadınların ACYÖ puan ortalamalarının (\bar{x} :12,60), eşi ile iletişimini “orta” olarak değerlendiren kadınların ACYÖ puan ortalamaları (\bar{x} :15,04) ve eşi ile iletişimini “kötü” olarak değerlendiren kadınların ACYÖ puan ortalamalarına (\bar{x} :17,72) göre daha düşük olduğu saptanmıştır. İstatistiksel açıdan, kadınların eşiyle iletişim durumu ile ACYÖ puan ortalamaları arasındaki fark önemli bulunmuştur ($p<0,05$).

Aynı şekilde, eşi ile duygusal yakınlığını “iyi” olarak ifade eden kadınların ACYÖ puan ortalamaları (12,74), eşi ile duygusal yakınlığını “orta” olarak değerlendiren kadınların ACYÖ puan ortalamaları (\bar{x} :14,96) ve eşi ile duygusal yakınlığını “kötü” olarak değerlendiren kadınların ACYÖ puan ortalamalarına (\bar{x} :17,58) göre daha düşük bulunmuştur. İstatistiksel açıdan değerlendirildiğinde, kadınların eşiyle duygusal yakınlık durumları ile ACYÖ puan ortalamaları arasındaki fark önemli bulunmuştur ($p<0,05$).

Araştırmaya katılan, kendilerini cinsel açıdan “çekici” olarak değerlendiren kadınların ACYÖ puan ortalamaları (\bar{x} :12,23), kendini “isteksiz” olarak değerlendiren kadınların ACYÖ puan ortalamaları (\bar{x} : 16,46) ve kendini “soğuk” olarak değerlendiren kadınların ACYÖ puan ortalamalarına (\bar{x} :17,27) göre daha düşük bulunmuştur. İstatistiksel açıdan, kendini cinsel açıdan değerlendirme biçimi ile ACYÖ puan ortalamaları arasındaki fark önemli bulunmuştur ($p<0,05$).

İstemediklerinde cinsel ilişkiyi reddeden kadınların ACYÖ puan ortalamasınının (\bar{x} :13,44), cinsel ilişkiyi reddedemeyen kadınların ACYÖ puan ortalamasına (\bar{x} :14,14) göre daha düşük olduğu belirlenmiştir. İstatistiksel açıdan fark önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$).

İstemediklerinde cinsel ilişkiyi reddetme durumunda, eşleri olumlu teki veren kadınların ACYÖ puan ortalamaları (\bar{x} :12,67), eşleri olumsuz tepki veren kadınların ACYÖ puan ortalamalarına (\bar{x} :14,51) göre daha düşük bulunmuştur. İstatistiksel açıdan değerlendirildiğinde, istemediklerinde cinsel ilişkiyi reddeden kadınların eşlerinin tepkileri ile ACYÖ puan ortalamaları arasındaki fark önemli bulunmuştur ($p<0,05$).

5. TARTIŞMA

Aile planlaması, ailelerin sağlığını ve refahını daha iyiye götürerek, ülkenin sosyo- ekonomik gelişimine katkıda bulunmak için çiftlerin çocuk sahibi olmalarını etkileyen bir kavramdır (3,16,79). Literatürde, kullanılan AP yöntemlerinin çiftlerin cinsel yaşamını etkilediği ve bu nedenle cinsellik ve AP yöntemlerinin birbirinden ayrı düşünölemeyeceği belirtilmektedir (8,16). Bu açıdan, gebelik korkusunun veya gebelik isteğinin cinsel istek ve performansı etkilediği ve çiftlerin gebelik olasılığını ortadan kaldırmak amacıyla kullandıkları AP yöntemlerinin cinsel yaşam üzerine etkisi olduğu belirtilmektedir (30).

Yapılan çalışmalarda, çiftlerin kullandıkları AP yöntemlerinin cinsel yaşamları üzerinde hem olumlu (20,21) hem de olumsuz (22,23,24) etkileri olduğu vurgulanmaktadır. Buna karşın, bazı çalışmalarda ise, çiftlerin kullandıkları AP yöntemlerinin cinsel yaşam üzerine herhangi bir etkisinin olmadığı belirtilmektedir (80,81).

Ülkemizde TNSA 2003 verilerine göre, geleneksel AP yöntemlerinden en fazla % 26,4 oranında geri çekme yöntemi kullanılmaktadır. Bu nedenle, çalışmamıza geleneksel yöntemlerden sadece geri çekme yöntemini kullanan kadınlar alınmıştır. Araştırmada, geleneksel bir yöntem olan ve erkeğin aktif olarak uygulaması gereken geri çekme yöntemini kullanan kadınların önemli bir kısmı, geri çekme yönteminin cinsel doyumu (% 48,9), cinsel isteği (% 80) ve cinsel ilişki sıklılığını (% 83,6) etkilemediğini belirtmişlerdir. Bunun yanında, cinsel doyum (% 51), cinsel istek (% 11,9), cinsel ilişki sıklılığının (% 16,3) olumsuz etkilendiğini ifade eden kadınlar da bulunmaktadır (Grafik 2,3,4). Aynı zamanda, daha önceden geri çekme yöntemini kullandığını belirten kadınların hepsi sonradan modern AP yöntemlerine geçtiklerini ifade etmişlerdir (Grafik 1). Araştırmada geri çekme yönteminin bırakılmasının nedenleri; kadınların hem yöntemi etkin olarak kullanamaması (gebe kalma), eşlerinin istememesi, cinsel ilişkinin kesintiye uğraması ve cinsel isteksizliktir. Literatürde, geri çekme yönteminin cinsel ilişkinin plato fazında kesintiye uğraması nedeniyle çiftlerin cinsel doyumlarını olumsuz etkilediği bildirilmektedir.

(8,25,26,39,56,57,70). Bu sonuçlar, geri çekme yöntemini kullanan kadınların cinsel yaşamlarında kullandıkları yöntemle ilgili sıkıntılar yaşadıklarını düşündürmektedir.

Araştırmamızda, modern AP yöntemlerinden biri olan RİA kullanan kadınların cinsel yaşamlarında (cinsel doyum, cinsel istek ve cinsel ilişki) önemli bir değişiklik olmadığı saptanmıştır (Grafik 2,3,4). Araştırmamıza katılan ve daha önceden RİA kullanan kadınların bir kısmı (% 38,8) şu anda geri çekme yöntemini kullandıklarını belirtmişlerdir (Grafik 1). RİA kullanan kadınlar menoraji, enfeksiyon, gebelik ve RİA'nın yerinden kayması gibi nedenlerle RİA kullanımını bıraktıklarını ifade etmişlerdir. Şu anda RİA kullanan 92 kadından 4'ünün eşlerinin cinsel ilişki sırasında RİA'nın ipliklerinden rahatsız olduğunu ifade ettikleri belirlenmiştir. Dilbaz'ın çalışmasında da, RİA'nın ipliklerinin kısa bırakılması durumunda erkeklerin cinsel ilişki sırasında rahatsız olabileceği vurgulanmıştır (64). Yapılan çalışmalarda da, RİA'nın cinsel yaşam üzerinde olumsuz bir etki yaratmadığı, ancak çiftlerin yöntemin yan etkilerine ilişkin (menoraji, enfeksiyon, gebelik ve RİA'nın yerinden kayması gibi) şikayetlerinin olduğu belirlenmiştir (25,26). Bu sonuçlar da bize, genelde RİA kullanan kadınların yöntemle ilişkin şikayetler nedeniyle yöntemi bıraktığını, cinsel yaşam ile yöntemi bırakma arasında önemli bir ilişki olmadığını düşündürmektedir.

Çalışmamızda incelediğimiz diğer bir modern korunma yöntemi olan kondom kullanan kadınların önemli bir kısmı kondomun cinsel doyum (% 66,3), cinsel istek (% 86,9) ve cinsel ilişki sıklığına (% 89,1) bir etkisinin olmadığını ifade etmiştir. Kadınların bir kısmı da, cinsel doyumun (% 27,1), cinsel isteğin (% 13) ve cinsel ilişki sıklığının (% 8,6) olumsuz etkilendiğini belirtmişlerdir. Bunun yanısıra, cinsel doyumun (% 6,5) ve cinsel ilişki sıklığının (% 2,1) olumlu etkilendiğini ifade eden kadınlar da bulunmaktadır (Grafik 2,3,4). Yine çalışmamızdan elde ettiğimiz verilere göre, genelde kadınlar eşlerinin kondomdan memnun olmadıklarını ifade etmişlerdir. Kadınlar ise, kondomdan tiksime, kondomun yırtılması ve gebe kalma gibi kondoma ilişkin sorunlar yaşadıklarını belirtmişlerdir. Bu nedenlerden dolayı, kadınların kondom kullanımını bıraktıklarını ve bir kısmı (% 44) sonradan RİA'ya

geçtiklerini ve daha az oranda ise OK (% 36) ve geri çekme yöntemlerini (% 20) kullandıklarını ifade etmişlerdir. Çalışmamızda, şu an kondom kullanan kadınlar yine benzer sorunlar (eşlerinin istememesi, kondomdan tikslenme, kondomun vajen içinde kalmasında korkma gibi) nedeniyle kondom kullanımından şikayetçi olduklarını belirtmişlerdir. Yanikkerem (23), Fisher (49) ve DüNDAR'ın (61) yaptığı çalışmalarda da, erkeklerin kondom kullanımından yukarıda belirtilen etkenler nedeniyle memnun olmadıkları belirtilmiştir. Buna karşın, Eryılmaz'ın yaptığı çalışmada ise, kondom kullanan kadınların cinsel yaşamlarının olumlu etkilendiği belirtilmektedir (25). Bu sonuçlar da bize, özellikle kondomun yırtılması ve gebe kalma nedeniyle kadınların bu yöntemle yeterince güvenmediklerini ve daha güvenilir bir yöntemle geçmek istediklerini düşündürmektedir.

Çalışmamızda araştırdığımız son modern yöntem olan oral kontraseptiflerin kadınların cinsel yaşamlarına etkisini incelediğimizde, kadınların önemli bir kısmı, oral kontraseptiflerin cinsel doyum (% 97,7), cinsel istek (% 66,6) ve cinsel ilişki sıklığını (% 73,3) etkilemediğini belirtmişlerdir. Oral kontraseptif kullanan kadınların bir kısmı cinsel istek (% 17,7) ve cinsel ilişki sıklığının (% 13,3) arttığını belirtirken, diğer bir kısmı cinsel doyum (% 2,2), cinsel istek (% 15,5) ve cinsel ilişki sıklığının (% 13,3) azaldığını ifade etmişlerdir (Grafik 2,3,4). Araştırmamızda, kadınlar önceden OK kullanımı sırasında bazı sorunlar (ara kanama, göğüslerde hassasiyet ve dolgunluk, kilo artışı, sinirlilik ve baş ağrısı gibi) yaşadıkları ifade etmişlerdir. Önceden OK kullanan kadınların bir kısmı (% 50) sonradan geri çekme, diğer kısmı ise RİA (% 26,4) ve kondom (% 23,5) kullanımına geçtiklerini belirtmişlerdir (Grafik 1). Şu anda OK kullanan kadınlar da OK'e bağlı benzer şikayetlere (ara kanama, göğüslerde hassasiyet, sinirlilik gibi) sahip olduklarını ifade ettikleri saptanmıştır. Yanikkerem'in çalışmasında, kadınların oral kontraseptifleri en fazla yan etkileri nedeniyle bıraktıklarını saptanmıştır (23). Sanders ve arkadaşları (25) ile Sabatini ve arkadaşlarının (52) yaptıkları çalışmada, oral kontraseptiflerin cinsel yaşam üzerine olumsuz etkisi (cinsel istekte azalma) olduğu, Oddens (51) ile Guida ve arkadaşlarının (21) yaptığı çalışmada ise, oral kontraseptiflerin cinsel yaşamı olumlu (cinsel istek ve cinsel fantezilerde artma) etkilediği belirtilmiştir. Bu sonuçlar da bize, oral kontraseptiflerin de

RİA'da olduğu gibi, doğrudan cinsel yaşam üzerine etkisi olumsuz etkisi nedeniyle değil, yöntemle ilişkin yan etkiler nedeniyle yöntemin bırakıldığını düşündürmektedir.

Çalışmamızda, önceden RİA (% 53,8) ve OK (% 50) gibi modern yöntemleri kullanan kadınların çoğunluğunun şu an geri çekme yöntemini kullanıyor olması düşündürücüdür. Yılmaz'ın (8) yaptığı çalışmada, modern bir yöntem olan kondomdan sonra en fazla geri çekme yönteminin kullanıldığı saptanmıştır. Bu sonuçlar da bize, çiftlerin kullandıkları modern yöntemlerin yan etkilerine bağlı sorunlarla daha etkin başedebilmeleri ve yöntemlerin yan etkileri konusunda çiftlerin önceden bilgilendirilmesinin ve aile planlamasına ilişkin verilecek danışmanlık hizmetlerinin önemini vurgulamaktadır.

Araştırmamızda elde edilen, ancak tabloda yer almayan bir veriye göre, kadınların şu an kullandıkları AP yöntemlerinin cinsel yaşamları üzerine etkisi, daha önceden kullandıkları AP yöntemleri ile karşılaştırılmıştır. Şu anda RİA kullanan kadınlar cinsel doyum, cinsel istek ve cinsel ilişki sıklıklarının kondoma göre arttığını belirtmişlerdir. Önceden RİA ve OK kullanan kadınlar ise, geri çekme yöntemine geçtikten sonra cinsel doyum, cinsel istek ve cinsel ilişki sıklıklarının azaldığını belirtmişlerdir. Daha önce geri çekme yöntemi ve kondom kullanan kadınlar eşlerinin, RİA kullanmaya başladıktan sonra cinsel doyum, cinsel isteklerinde artma olduğunu ifade etmişlerdir. Bu sonuç, modern yöntemden geleneksel yöntemle geçen kadınların yöntemle ilişkin olumsuz deneyimler yaşaması bakımından önemli bir bulgu olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda, kadınların cinsel yaşantıları, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (ACYÖ) kullanılarak değerlendirilmiştir. Ülkemizde ACYÖ ile yapılan değerlendirme (puanlama) sonucunda, 11 puanın üstünde puan alan kadınların cinsel yaşantılarında sorun saptanma olasılığının % 52 olduğu belirtilmektedir. Ayrıca, ACYÖ puanlarının artmasıyla, cinsel yaşantıda sorun saptanma olasılığının da yükseldiği belirtilmektedir (77,78).

Kadınların son altı ayda kullandıkları AP yöntemlerine (geri çekme, RİA, kondom, OK) göre, ACYÖ'nden aldıkları puan ortalamalarının birbirine yakın

olduğu ve istatistiksel açıdan aralarında önemli bir ilişki bulunmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$) (Tablo 4.3.1). Yılmaz'ın (8) yaptığı çalışmada da, kadınların kullandıkları AP yöntemlerine (geri çekme, RİA, kondom, OK) göre, cinsel fonksiyonları değerlendirilmiş ve istatistiksel açıdan aralarındaki fark önemsiz bulunmuştur. Genel anlamda, kadınlar cinsel yaşamlarına ilişkin şikayette bulunmamalarına rağmen, ACYÖ puanlarının yüksek çıkmış olması, kadınların cinsel yaşama yönelik sorunlarını yeterince ifade edemediklerini düşündürmektedir.

Araştırmamızda, kadınların kullandıkları AP yöntemlerinin cinsel doyum, cinsel istek ve cinsel ilişki sıklığını olumsuz etkilediğini ifade eden kadınların ACYÖ puanları olumlu etkilediğini ve etkilemediğini ifade eden kadınların ACYÖ puanlarına göre yüksek bulunmuştur (Tablo 4.3.2). İstatistiksel açıdan AP yöntemleri ile ACYÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan bir fark bulunmamasına rağmen, bu sonuç, kadınların cinsel yaşamının kullanılan aile planlaması yöntemlerinden etkilenmesi açısından önemli bir bulgudur.

Çalışmamızda, AP yöntemini 5 yıldan uzun süredir kullanan ($\bar{x}:14,59$) ve yöntemlere ilişkin sorun yaşayan kadınların ($\bar{x}:14,69$) ACYÖ puan ortalamaları, yöntemi 5 yıldan daha kısa süre kullanan ($\bar{x}:12,87$) ve yöntemle ilişkin sorun yaşamayan ($\bar{x}:13,10$) kadınlara göre yüksek bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.3.3). Yılmaz'ın (8) yaptığı çalışmada da, yöntemi 5 yıldan fazla kullanan kadınlarda cinsel yaşamın olumsuz etkilendiği belirlenmiştir. Bu sonuç bize, yöntemi kullanma süresi arttıkça yöntemle ilişkin yan etkilerin arttığı ve buna bağlı olarak, cinsel yaşamın olumsuz etkilendiği düşünülmektedir.

Literatürde, yaş cinsel yaşantıyı etkileyen önemli bir faktör olarak görülmektedir. Yaşın ilerlemesi ile birlikte cinsel ilişkinin arası uzamakta ve cinsel uyarılmada güçlükler yaşanabilmektedir (82,83). Çalışmamızda, yaşın ilerlemesi ile birlikte, ACYÖ puan ortalamalarında artış olduğu yani cinsel yaşantıda sorun görülme olasılığının arttığı belirlenmiştir ($p<0,05$) (Tablo 4.3.4). Yapılan bir çalışmada da, yaşın ilerlemesinin cinsel yaşamı olumsuz

etkilediği belirtilmektedir (8). Çalışmamız, yapılan bir araştırma ile benzerlik göstermektedir.

Kadınların eğitim düzeyleri de, cinsel yaşamlarını algılamaları ve anlamlandırmalarında önemli bir değişkendir. Eğitim seviyesinin yüksek olması, sosyo-kültürel ve ekonomik statünün artmasına, sorun çözme ve kendini ifade etme becerisinin güçlenmesine ve cinsellikle ilgili konuların daha rahatlıkla konuşabilmesi ve paylaşılabilmesine olanak sağlamaktadır (84). Çalışmamızda, kadınların öğrenim durumları ile ACYÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında, ilkokul mezunu olan kadınların ACYÖ puan ortalamaları (\bar{x} :14,42), ortaokul mezunu (\bar{x} :13,77) ve lise ve üzeri eğitim düzeyine sahip olan (\bar{x} :12,99) kadınların ACYÖ puan ortalamalarına göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.3.4). Yılmaz'ın çalışmasında (8) da düşük eğitim düzeyinin cinsel yaşamı olumsuz etkilediği belirlenmiştir. Buna karşın, Güvel'in çalışmasında ise, eğitim düzeyinin cinsel fonksiyonlar üzerine bir etkisinin olmadığı belirlenmiştir (85). Bu sonuç bize, eğitim düzeyinin arttıkça cinsel sorunların ifade edilmesinin ve cinselliğin algılama ve anlamlandırılmasının daha rahat olduğunu düşündürmektedir.

Benzer şekilde, gelir düzeyini "iyi" olarak ifade eden kadınların ACYÖ puan ortalamaları (\bar{x} :12,35), "orta" (\bar{x} :13,97) ve "kötü" (\bar{x} :13,76) olarak ifade eden kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.3.4). Bu sonuç bize, gelir düzeyini iyi olarak algılayan kadınlarda, sosyo-ekonomik sorunların daha az yaşanması nedeniyle cinsel yaşamlarının olumlu etkilendiğini düşündürmektedir.

Evlilik yaşantısı, erkeğin ve kadının sağlık durumdan, cinselliği ve cinsel yaşantıyı algılamalarından, kadın ve erkek olarak rol ve beklentilerinden ve bunlara bağlı yaşadıkları doyum ve doyumsuzluklardan etkilenmektedir (84,86). Çağdaş anlamda sağlam ve mutlu evlilik, iki ayrı kişiliğin birbirini bütünlemesiyle, yani ruhsal, sosyal ve cinsel yönden uyum göstermeleri ile olasıdır. Kadın ve erkeklerin iletişimlerinin iyi olması, uyumlu bir cinsel yaşamlarının olması çiftlerin evlilik yaşantılarında mutlu olmalarını, cinsel yaşamlarında da uyum ve doyuma ulaşabilmelerini sağlamaktadır (84,87).

Çalışmamızda kadınların eşleri ile olan iletişimleri ve duygusal yakınları ile ACYÖ ortalamaları karşılaştırıldığında, kadınların ACYÖ puan ortalamaları, iletişimlerini (\bar{x} : 17,72) ve duygusal yakınlıklarını (\bar{x} :17,58) “kötü” olarak ifade edenlerin, iletişimlerini “iyi” (\bar{x} :12,60) olarak ifade edenlere göre ve benzer şekilde, duygusal yakınlıklarını “iyi” (\bar{x} :12,74) olarak ifade edenlere göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Cinsel ilişkiyi reddettiğinde eşi olumsuz tepki veren kadınların ACYÖ puan ortalamaları (\bar{x} :14,51), eşi olumlu tepki veren kadınların ACYÖ puan ortalamalarına (\bar{x} :12,67) göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.3.6). Yapılan çalışmalarda, evlilikte mutluluk ile cinsel uyum arasında oldukça yüksek bir ilişki olduğu, başarısız cinsel ilişkinin eşler arasında uyumsuzluğa neden olduğu belirtilmektedir (8,84,87). Çalışmamızın sonuçları da bize, çiftler arasındaki iletişimin ve duygusal yakınlığın iyi olmasının, evlilik yaşantısına ve cinsel yaşama olan uyumu arttırdığını düşündürmektedir.

Ayrıca, evlilik süresi 11 yıl ve üzeri olan kadınlarda ACYÖ puan ortalamaları (\bar{x} :15,03), 5 yıl ve daha kısa olanların ACYÖ puan ortalamalarına (\bar{x} :12,03) göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.3.4). Çalışmamızda, çocuk sayısı ile ACYÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında, çocuk sayısı arttıkça (2 ve üzeri) ACYÖ puanlarının arttığı belirlenmiştir ($p<0,05$) (Tablo 4.3.5). Literatürde, yuvaya gidemeyecek kadar küçük çocuğu olan, çok sayıda çocuğu olan ve yoğun çalışma şartları olan bir çok kadında cinsel yaşamın olumsuz etkilenebildiği belirtilmektedir (8,39,84). Evlilik süresinin ve çocuk sayısının artmasının, çiftlerin kadın ve erkek olarak rol ve sorumluluklarının artmasına (anne, baba olma, ekonomik giderlerin artması, beklenti ve önceliklerin değişmesi gibi) neden olduğu ve bu nedenle cinsel yaşamın olumsuz yönde etkilenebileceği düşünülmektedir.

Çalışmamız kapsamındaki kadınlardan, geniş aile tipine sahip olanlar ile çekirdek aileye sahip olanların ACYÖ puan ortalamalarının birbirine yakın olduğu belirlenmiştir ($p>0,05$) (Tablo 4.3.4). Literatürde, evde aile dışı birinin varlığının da, evlilik ilişkisi, evlilik ilişkisindeki doyum ve cinsel yaşam üzerine olumsuz etkisi olduğu belirtilmektedir. Cinsel yaşantının gizliliğe ihtiyacı olduğu ve mahremiyetin korunması gerekliliği bilinen bir gerçektir. Ancak, birinci

derece yakınlar ile birlikte yaşanan geniş ailelerde, bu mahremiyet ve gizliliğin korunamamasına ve doyumlu bir cinsel ilişkinin yaşanamamasına neden olabilmektedir (84). Ancak, aile tipine ilişkin çalışma bulgularımızın literatür bilgileriyle benzerlik göstermemesinin nedeni, araştırmaya katılan kadınların ve eşlerinin çoğunun eğitim düzeylerinin yüksek olmasına bağlanabilir.

Araştırmamıza katılan kadınların cinsel yönden kendilerini değerlendirme biçimleri ile ACYÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında, kendini cinsel açıdan “isteksiz” (\bar{x} :16,46) ve “soğuk” (\bar{x} :17,27) olarak değerlendirilen kadınların ACYÖ puan ortalamaları, kendini çekici olarak ifade eden kadınların ACYÖ puan ortalamalarından (\bar{x} :12,23) daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Yine, çalışmamızda kadınların haftadaki cinsel ilişki sıklığı ile ACYÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında, cinsel ilişki sıklığının haftada 1 ve 2 olduğunu ifade eden kadınların ACYÖ puan ortalaması (\bar{x} :14,58), haftada 5 kez ve üzeri olduğunu ifade eden kadınların ACYÖ puan ortalamalarına göre (\bar{x} :9,88) daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.3.6). Literatürde, cinsel istek ile cinsel sıklık arasında paralel yönde bir ilişki olduğu ve bunların cinsel doyumu etkilediği belirtilmektedir (31,83). Çalışma bulguları literatür verileri ile benzerlik göstermektedir. Bu sonuç bize, kadınların cinsel yönden kendilerini değerlendirme biçimlerinin cinsel isteklerini ve cinsel ilişki sıklıklarını doğru orantılı olarak etkileyebileceğini düşündürmektedir.

Sonuç olarak, araştırmamıza katılan kadınlar kullandıkları AP yöntemlerinin cinsel yaşamları üzerine önemli bir olumsuz etkisi olmadığını belirtmişlerdir. Buna karşın, kadınların ACYÖ puan ortalamaları yüksek bulunmuştur. Bu sonuç, kadınların ifadelerine göre, cinsel yaşamlarındaki sorunlarının farkında olmadıklarını düşündürmektedir. Ayrıca, çalışmamızda sosyo-demografik özellikler (yaş, öğrenim durumu, gelir düzeyi, evlilik süresi gibi) ve evlilik yaşantısına ilişkin (cinsel ilişki sıklığı, eşi ile iletişim ve duygusal yakınlığı gibi) özelliklerin kadınların cinsel yaşamını olumsuz etkilediği belirlenmiştir. Bu açıdan, cinsel yaşamı değerlendirmede, soru sormanın yeterli olmadığı ve cinsel yaşantıyı derinlemesine araştırmanın önemli olduğu sonucuna ulaşılmaktadır.

6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER

6.1.1 SONUÇLAR

Üreme çağındaki kadınların kullandıkları aile planlaması yöntemlerinin cinsel yaşamlarına etkisini belirlemek amacıyla yapılan çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

Araştırmaya katılan kadınların % 47'sinin 11 yıldan daha uzun süredir evli olduğu ve % 72,2'sinin 19 yaş ve üzerinde evlendiği görülmektedir. Araştırmaya katılan kadınların çoğu eşi ile iletişimi (% 77,3) ve duygusal yakınlıklarını (% 77,6) "iyi" olarak ifade etmişlerdir. Araştırmaya katılan kadınların % 78,1'nin, çekirdek aileye sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo.4.2.1).

Kadınların çoğunun (% 73,3) ilk cinsel ilişki yaşı 18-24 yaş arasındadır. Haftalık cinsel ilişki sıklığına bakıldığında, kadınların % 52,4'ü haftada 3 ya da 4 kez cinsel ilişkide bulunduğunu ifade etmişlerdir. Tabloda, kadınların % 69,7'si kendisini cinsel yönden çekici bulduğunu belirtmişlerdir. Kadınların % 78,7'si, cinsel ilişkiyi istemediğinde eşlerine "hayır" diyebildiklerini belirtmişlerdir. Bu durumda, kadınların % 61.1'u cinsel ilişkiyi reddettiğinde, eşlerinin, olumlu tepki verdiğini (anlayışla karşıladığı), % 38,9'inin ise olumsuz tepki verdiğini (sinirlenme, bir süre konuşmama) ifade etmişlerdir. Kadınların sadece ikisi cinsel açıdan bir problem yaşadıklarında bu problemi paylaşmadıklarını belirtmişlerdir. Tabloda gösterilmeyen, ancak araştırmadan elde edilen bir veriye göre, kadınların (2 kişi) eşiyle cinsel sorunlarını paylaşamama nedenini, eşlerinin sinirli olması ve onları dinlememesi şeklinde ifade etmişlerdir (Tablo 4.2.2).

Araştırmaya katılan kadınlar, yöntemin güvenilirliği (% 50,8), diğer yöntemlere güvenmeme (% 12,2), kullanımının kolay olması (% 7,9), yan etkisinin olmaması (% 6,2), hormon içermemesi (% 19,6) ve diğer faktörlerin (sağlık personelinin, arkadaşın önerisi ve eşin istemesi) yöntem seçiminde

etkili olduğunu belirtmişlerdir. Ayrıca, çiftlerin % 69,9'unun, kullanılan AP yöntemine birlikte karar verdiği görülmektedir (Tablo 4.2.3).

Araştırmaya katılan kadınların % 32,7'si, daha önce şurada kullandığı yöntemden farklı bir yöntem kullandığını ifade etmiştir. Kadınların % 29,2'si geri çekme, % 21,7'si RİA, % 20,8'i kondom ve % 28,3'ü OK kullandıklarını belirtmişlerdir. Daha önceden farklı bir yöntem kullanan kadınların % 75'i kullandıkları yönteme ilişkin sorun yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Kullandıkları yönteme ilişkin sorun yaşayan kadınların % 39,1'i, cinsel yaşamda sorun yaşama nedeniyle yöntemi bıraktıklarını ifade etmişlerdir (Tablo 4.2.4).

Kadınların, yöntemi kullanma sürelerine bakıldığında, bütün yöntemlerin 5 yıldan daha kısa süre kullanıldığı görülmektedir ($p>0,05$). Araştırmaya katılan kadınların % 30,8'i cinsel yaşamda sorun yaşama nedeniyle kullandıkları yöntemi bıraktıklarını ifade etmişlerdir ($p<0,05$) (Tablo 4.2.5).

Araştırmaya katılan kadınların geri çekme yöntemini kullanma sırasında yaşadıkları sorunlar gebe kalma (9 kadın), cinsel ilişkinin kesintiye uğraması (12 kadın), gebe kalma tedirginliği ve cinsel isteksizlik (8 kadın) olarak ifade edilmiştir. Önceden RİA kullanan ve % 73,1 oranında sorun yaşadığını ifade eden kadınların 11'i menoraji, beşi enfeksiyon, ikisi gebelik, biri de RİA 'nın yerinden kayması gibi sorunlarla karşılaştıklarını ifade etmişlerdir. Daha önceden kondom kullanan % 76 oranında sorun yaşayan kadınların sekizi eşinin kondomu istemediğini, beşi gebe kalma endişesinin olduğunu, ikisi yöntemi kullanırken gebe kaldığını, ikisi kondomdan tiksindiğini ve yine ikisi de kondomun yırtıldığını ifade etmişlerdir. Araştırmaya katılan, önceden oral kontraseptif kullanan ve % 67,6 oranında sorun yaşayan kadınların 14'ünde ara kanama, yedisinde göğüslerde hassasiyet ve dolgunluk, altısında kilo artışı, dördünde sinirlilik, ikisinde unutkanlık ve ikisinde baş ağrısı olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.2.6).

Şu anda geri çekme yöntemini kullanan kadınların (36 kadın) önceden 17'si OK, 14'ü RİA, beşi kondom kullandıklarını ifade etmişlerdir. Şu anda RİA

kullanan kadınların (35 kadın) daha önce 15'i geri çekme, 11'i kondom ve dokuzu OK kullandıklarını belirtmişlerdir. Şu anda kondom kullanan kadınların (24 kadın) önceden 10'u geri çekme, sekizi OK ve altısı RİA kullandıklarını belirtmişlerdir. Şu anda OK kullanan kadınların (25 kadın) önceden 10'u geri çekme, dokuzu kondom ve altısı RİA kullandıklarını ifade etmişlerdir (Grafik 1).

Araştırmaya katılan kadınların çoğunun (% 61) AP yönteminin kullanma süresinin 5 yıldan fazla olduğu belirlenmiştir. Kadınların %30,6'sı kullandıkları yönteme ilişkin sorun yaşadıklarını ifade etmişlerdir (Tablo 4.2.7).

Geri çekme yöntemini kullanırken sorun yaşayan kadınların (n:51) 19'u eşinin bu yöntemden memnun olmadığını, 28'i yöntemin cinsel ilişkiyi kesintiye uğrattığını, 4'ü de cinsel ilişkilerinden tatmin olamadıklarını belirtmişlerdir. Araştırma kapsamındaki RİA kullanırken sorun yaşayan dokuz kadından dördü, eşlerinin RİA'nın ipliklerinden rahatsız olduğunu, beşi ise RİA'nın menorajiye neden olduğunu belirtmiştir. Kondom kullanırken sorun yaşayan 36 kadından 26'sı eşlerinin bu yöntemden memnun olmadığını, dördü kondomun yırtılmasından korktuğunu, üçü kondomdan tiksindiğini ve üçü kondomun vajen içinde kalmasından korktuğunu ifade etmiştir. Oral kontraseptif kullanımına bağlı kadınların beşi sinirlilik, altısı göğüslerinde hassasiyet, 10'u ise ara kanamadan sorun yaşadıklarını belirtmişlerdir (Tablo 4.2.8).

Kadınların cinsel doyumunu değerlendirildiğinde, geri çekme yöntemi kullanan kadınların (92 kadın) 47'si cinsel doyumlarının olumsuz etkilendiğini, 45'i ise etkilenmediğini ifade etmişlerdir. RİA kullanan kadınların tümü (92 kadın) cinsel doyumlarının etkilenmediğini ifade ederken, kondom kullanan kadınların (92 kadın) altısı cinsel doyumlarının olumlu, 25'i olumsuz etkilediğini ve 61'i etkilenmediğini belirtmişlerdir. Oral kontraseptif kullanan kadınların (90 kadın) ikisi cinsel doyumlarının olumsuz etkilendiğini ve 88'i cinsel doyumlarının etkilenmediğini ifade etmişlerdir (Grafik 2).

Kadınların cinsel isteği değerlendirildiğinde, geri çekme yöntemi kullanan kadınların (92 kadın) 11'i cinsel isteklerinin etkilenmediğini, 81'i ise

olumsuz etkilediğini belirtmişlerdir. RİA kullanan kadınlarda (92 kadın) cinsel doyumda olduğu gibi cinsel isteğin de etkilenmediği ifade etmişlerdir. Kondom kullanan kadınların (92 kadın) 12'si cinsel isteklerinin olumsuz etkilendiğini ifade ederken, 80'i cinsel isteklerinin etkilenmediğini ifade etmiştir. OKS kullanan kadınların (90 kadın) ise 16'sı cinsel isteklerinin olumlu etkilendiğini, 14'ü olumsuz etkilendiğini, 60'ının ise cinsel isteklerinin etkilenmediğini belirtmişlerdir (Grafik 3).

Kadınların cinsel ilişki sıklıkları değerlendirildiğinde, geri çekme yöntemi kullanan kadınların (92 kadın) 15'i cinsel ilişki sıklığının olumsuz etkilendiğini, 77'si ise etkilenmediğini belirtmişlerdir. RİA kullanan kadınların tümü (92 kadın), cinsel doyum ve istekte olduğu gibi cinsel ilişki sıklıklarının da etkilenmediğini belirtmişlerdir. Kondom kullanan kadınların (92 kadın) ikisi cinsel ilişki sıklığının olumlu etkilendiğini, sekizi olumsuz etkilendiğini ve 82'si cinsel ilişki sıklıklarının etkilenmediğini ifade etmişlerdir. Oral kontraseptif kullanan kadınların (90 kadın) 12'si cinsel ilişki sıklıklarının olumlu etkilendiğini, 12'si olumsuz etkilendiğini ve 66'sı da cinsel ilişki sıklığının etkilenmediğini belirtmişlerdir (Grafik 4).

Kadınların eşlerinin halen kullanmakta oldukları yöntemden memnuniyet durumları değerlendirildiğinde, geri çekme yöntemi kullanan kadınların (92 kadın) 69'u, eşlerinin yöntemden "memnun" olduğunu, 23'ü "memnun olmadığı"ni belirtmişlerdir. Rahim içi araç kullanan kadınların (92 kadın) 73'ü eşlerinin yöntemden "çok memnun" olduğunu, 13'ü "memnun" olduğunu, altısı ise yöntemden "memnun olmadığı"ni ifade etmişlerdir. Kondom kullanan kadınların (92 kadın) altısı, eşlerinin yöntemden "çok memnun" olduğunu, 66'sı "memnun" olduğunu, 20'si "memnun olmadığını" belirtmişlerdir. Oral kontraseptif kullanan kadınların (90 kadın) 79'u eşlerinin yöntemden "çok memnun" olduğunu, 11'i ise yöntemden "memnun" olduğunu ifade etmişlerdir (Grafik 5).

Araştırma kapsamına alınan tüm kadınların ACYÖ puan ortalamasının 11'den yüksek (\bar{x} :13) olduğu, dolayısıyla kadınların cinsel yaşantılarında sorun saptanma olasılığının % 52 olduğu saptanmıştır. Araştırmada, geri çekme yöntemini kullanan kadınların ACYÖ puan ortalaması (\bar{x} :13,75), RİA kullanan kadınların ACYÖ puan ortalaması (\bar{x} :13,93), kondom kullanan kadınların ACYÖ puan ortalaması (\bar{x} :13,30) ve oral kontraseptif kullanan kadınların ACYÖ puan ortalaması (\bar{x} :13,37) 11 puandan yüksek bulunmuştur. İstatistiksel açıdan değerlendirildiğinde, kullanılan yöntemler ile ACYÖ puan ortalamaları arasındaki fark önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$) (Tablo 4.3.1). Araştırmaya katılan tüm kadınların, ACYÖ puan ortalamaları 11 puanın üzerinde ve cinsel yaşamda sorun saptanma olasılıkları yüksek olarak bulunmuştur (Tablo 4.3.1).

Geri çekme yöntemini kullanan cinsel doyum (\bar{x} :14,80), cinsel istek (\bar{x} :14,63) ve cinsel ilişki sıklığını (\bar{x} :14,86) olumsuz etkilediğini ifade eden kadınların ACYÖ puan ortalamaları, cinsel doyum (\bar{x} :12,64), cinsel istek (\bar{x} :13,62) ve cinsel ilişki sıklığını (\bar{x} :13,53) etkilemediğini ifade eden kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Rahim içi araç kullanan kadınların tümü RİA'nın cinsel doyum (\bar{x} :13,93), cinsel istek (\bar{x} :13,93) ve cinsel ilişki sıklığını (\bar{x} :13,92) etkilemediğini ifade etmişlerdir. Kondom kullanan ve cinsel doyum (\bar{x} :14,66) cinsel istek (\bar{x} :13,25) ve cinsel ilişki sıklığının (\bar{x} :13,62) olumsuz etkilendiğini ifade eden kadınların ACYÖ puan ortalamaları yüksek bulunmuştur ($p>0,05$). Oral kontraseptiflerin cinsel istek (\bar{x} :16,42) ve cinsel ilişki sıklığını (\bar{x} :15,58) olumsuz etkilediğini ifade eden kadınların ACYÖ puanları, olumlu etkilediğini ve etkilemediğini ifade eden kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.3.2).

Araştırmaya katılan, AP yöntemini 5 yıl ve daha kısa süre kullanan kadınların ACYÖ puan ortalamaları (\bar{x} :12,87), 5 yıldan daha uzun süre kullanan kadınların ACYÖ puan ortalamalarına (\bar{x} :14,59) göre daha düşük bulunmuştur. İstatistiksel açıdan değerlendirildiğinde, yöntemi kullanma süresi ile ACYÖ puan ortalamaları arasındaki fark önemli bulunmuştur ($p<0,05$).

Yönteme bağlı olarak sorun yaşayan kadınların ACYÖ puan ortalamaları (\bar{x} :14,59), sorun yaşamayan kadınların ACYÖ puan ortalamalarına (\bar{x} :13,10) göre daha yüksek bulunmuştur. İstatistiksel açıdan, yönteme ilişkin sorun yaşama durumu ile ACYÖ puan ortalamaları arasındaki fark önemli bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.3.3).

Araştırmada, 31 yaş ve üzeri olan kadınların ACYÖ puan ortalamaları (\bar{x} :15,43), 20 yaş ve altı kadınların, (\bar{x} :10,45), 21-25 yaş grubundaki kadınların (\bar{x} :11,89) ve 26-30 yaş grubu kadınların (\bar{x} :13,13) ACYÖ puan ortalamalarından daha yüksek bulunmuştur. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, kadınların yaşları ile ACYÖ puan ortalamaları arasındaki fark önemli bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.3.4).

Araştırmaya katılan kadınların, öğrenim durumlarına göre, ilkokul mezunu olan kadınların ACYÖ puan ortalamaları (\bar{x} :14,42), ortaokul (\bar{x} :13,77), lise ve üzeri (\bar{x} :12,99) öğrenim düzeylerine sahip olan kadınların ACYÖ puan ortalamalarına göre daha yüksek bulunmuştur. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, kadınların öğrenim düzeyleri ile ACYÖ puan ortalamaları arasındaki fark önemli bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.3.4).

Araştırma kapsamına alınan, gelir düzeylerini “orta” olarak nitelendiren kadınların ACYÖ puan ortalamaları (\bar{x} :13,97), gelir düzeylerini “kötü” (\bar{x} :13,76) ve “iyi” olarak nitelendiren kadınların ACYÖ puan ortalamalarına göre (\bar{x} :12,02) göre daha yüksek bulunmuştur. İstatistiksel açıdan, kadınların gelir düzeyleri ile ACYÖ puan ortalamaları arasındaki fark önemli bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.3.4).

Evlilik süresi 11 yıldan daha fazla olan kadınların, ACYÖ puan ortalamalarının (\bar{x} :15,03), 5 yıl ve daha az süredir evli olan kadınların (\bar{x} :12,03) ve 6-10 yıl arası evli olan kadınların (\bar{x} :12,67) ACYÖ puan ortalamalarından daha yüksek bulunmuştur. İstatistiksel açıdan değerlendirildiğinde, evlilik süresi ile ACYÖ puan ortalamaları arasındaki fark önemli bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.3.4).

Araştırmaya katılan kadınlardan 18 yaş ve altında evlenen kadınların ACYÖ puan ortalaması (\bar{x} :13,89) ile 19 yaş ve üstünde evlenen kadınların ACYÖ puan ortalamaları (\bar{x} :13,47) birbirine yakın bulunmuştur. İstatistiksel olarak, kadınların evlenme yaşı ile ACYÖ puan ortalamaları arasındaki fark önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$) (Tablo 4.3.4).

Çalışmada, çekirdek aile tipine sahip olan kadınların ACYÖ puan ortalamaları (\bar{x} :13,56) ile geniş aile tipine sahip olan kadınların ACYÖ puan ortalamaları da (\bar{x} :13,68) benzer bulunmuştur. İstatistiksel açıdan değerlendirildiğinde, aile tipi ile ACYÖ puan ortalamaları arasındaki fark önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$) (Tablo 4.3.4).

Gebelik öyküsü olan kadınların ACYÖ puan ortalamaları (\bar{x} :13,84), gebelik öyküsü olmayan kadınların ACYÖ puan ortalamalarına (\bar{x} :11,64) göre daha yüksek bulunmuştur. İstatistiksel açıdan, gebelik öyküsü ile ACYÖ puan ortalamaları arasındaki fark önemli bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.3.5).

Araştırmaya katılan kadınlardan 2 veya daha fazla çocuğu olan kadınların ACYÖ puan ortalamaları (\bar{x} :14,43), hiç çocuğu olmayan kadınların ACYÖ puan ortalamaları (\bar{x} :12,00) ve bir çocuğu olan kadınların ACYÖ puan ortalamalarına (\bar{x} :12,83) göre daha yüksek bulunmuştur. İstatistiksel açıdan değerlendirildiğinde, kadınların yaşayan çocuk sayısı ile ACYÖ puan ortalamaları arasındaki fark önemli bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.3.5).

Kadınların son doğum şekline göre, sezaryen doğum yapan kadınların ACYÖ puan ortalamaları (\bar{x} :13,42), vajinal doğum yapan kadınların ACYÖ puan ortalamalarına (\bar{x} :14,24) göre yüksek bulunmuştur. İstatistiksel açıdan fark önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$) (Tablo 4.3.5).

Araştırma kapsamına alınan kadınlardan jinekolojik sorun yaşayanların ACYÖ puan ortalaması (\bar{x} :13,51), jinekolojik sorun yaşamayan kadınların

ACYÖ puan ortalamalarına (\bar{x} :14,30) göre daha düşük olduğu belirlenmiştir. Ancak, istatistiksel açıdan fark önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$) (Tablo 4.3.5).

İlk cinsel ilişki deneyimi 17 yaş ve altında olan kadınların ACYÖ puan ortalamaları (\bar{x} :14,04), 18-24 yaş arasında olan kadınların ACYÖ puan ortalamaları (\bar{x} :13,50) ve 25 yaş ve üzerinde olan kadınların ACYÖ puan ortalamalarına (\bar{x} :13,42) göre daha yüksek bulunmuştur. Ancak, istatistiksel açıdan değerlendirildiğinde, ilk cinsel ilişki yaşı ile ACYÖ puan ortalamaları arasındaki fark önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$) (Tablo 4.3.6).

Araştırma kapsamına alınan kadınların haftada 1-2 kez cinsel ilişkide bulunan kadınların ACYÖ puan ortalamalarının (\bar{x} :14,58), haftada 3-4 kez cinsel ilişkide bulunan kadınların ACYÖ puan ortalamaları (\bar{x} :13,35) ve haftada 5 ve daha fazla cinsel ilişkide bulunan kadınların ACYÖ puan ortalamalarına (\bar{x} :9,88) göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. İstatistiksel açıdan haftadaki cinsel ilişki sıklığı ile ACYÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki önemli bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.3.6).

Eşi ile iletişimini “iyi” olarak değerlendiren kadınların ACYÖ puan ortalamalarının (\bar{x} :12,60), eşi ile iletişimini “orta” olarak değerlendiren kadınların ACYÖ puan ortalamaları (\bar{x} :15,04) ve eşi ile iletişimini “kötü” olarak değerlendiren kadınların ACYÖ puan ortalamalarına (\bar{x} :17,72) göre daha düşük olduğu saptanmıştır. İstatistiksel açıdan, kadınların eşiyle iletişim durumu ile ACYÖ puan ortalamaları arasındaki fark önemli bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.3.6).

Aynı şekilde, eşi ile duygusal yakınlığını “iyi” olarak ifade eden kadınların ACYÖ puan ortalamaları (\bar{x} :12,74), eşi ile duygusal yakınlığını “orta” olarak değerlendiren kadınların ACYÖ puan ortalamaları (\bar{x} :14,96) ve eşi ile duygusal yakınlığını “kötü” olarak değerlendiren kadınların ACYÖ puan ortalamalarına (\bar{x} :17,58) göre daha düşük bulunmuştur. İstatistiksel açıdan

değerlendirildiğinde, karınların eşiyle duygusal yakınlık durumları ile ACYÖ puan ortalamaları arasındaki fark önemli bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.3.6).

Araştırmaya katılan, kendilerini cinsel açıdan “çekici” olarak değerlendiren kadınların ACYÖ puan ortalamaları ($\bar{x}:12,23$), kendini “isteksiz” olarak değerlendiren kadınların ACYÖ puan ortalamaları ($\bar{x}:16,46$) ve kendini “soğuk” olarak değerlendiren kadınların ACYÖ puan ortalamalarına ($\bar{x}:17,27$) göre daha düşük bulunmuştur. İstatistiksel açıdan, kendini cinsel açıdan değerlendirme biçimi ile ACYÖ puan ortalamaları arasındaki fark önemli bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.3.6).

İstemediklerinde cinsel ilişkiyi reddeden kadınların ACYÖ puan ortalamasının ($\bar{x}:13,44$), cinsel ilişkiyi reddedemeyen kadınların ACYÖ puan ortalamasına ($\bar{x}:14,14$) göre daha düşük olduğu belirlenmiştir. İstatistiksel açıdan fark önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$) (Tablo 4.3.5). İstemediklerinde cinsel ilişkiyi reddetme durumunda, eşleri olumlu teki veren kadınların ACYÖ puan ortalamaları ($\bar{x}:12,67$), eşleri olumsuz tepki veren kadınların ACYÖ puan ortalamalarına ($\bar{x}:14,51$) göre daha düşük bulunmuştur. İstatistiksel açıdan değerlendirildiğinde, istemediklerinde cinsel ilişkiyi reddeden kadınların eşlerinin tepkileri ile ACYÖ puan ortalamaları arasındaki fark önemli bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.3.6).

6. 2. ÖNERİLER

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur.

1. Araştırmaya alınan tüm kadınların ACYÖ puan ortalamalarının yüksek çıkması nedeniyle cinsel yaşamda sorun yaşama olasılıklarının yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda,

- Aile planlaması yöntemlerinin cinsel yaşam üzerine etkileri konusunda çiftlerin bilgilendirilmesi,

- Cinsel sağlık danışmanlık hizmetlerinin olmayan yerlerde başlatılması ve daha kapsamlı hale getirilmesi, bunun da üreme sağlığı danışmanlık hizmetleri kapsamı içine entegre edilmesi,

2. Bu çalışmada, üreme çağındaki kadınların AP yöntemi kullanma süresinin, yöntemle ilişkin sorun yaşama durumunun, evlilik süresinin, gebelik ve yaşayan ocuk sayısının, cinsel ilişki sıklığının, eşi ile olan iletişim ve duygusal yakınlığının ve kendini cinsel açıdan değerlendirme biçiminin cinsel yaşantıyı etkilediği belirlenmiştir.

Bu açıdan,

- Yaşam dönemleri dikkate alınarak, çiftlerin evlilik yaşantılarının ve cinsel yaşamlarının güçlendirilmesi için aile planlaması hizmetleri kapsamında cinsel danışmanlık hizmetlerine önem verilmesi ve ekip anlayışı içerisinde bu hizmetlerin ulaştırılması,
- Çiftlerin cinsel yaşamlarında karşılaştıkları sorunların profesyonel bir sağlık ekibi tarafından, işbirliği içerisinde ele alınarak belirlenmesi ve özömlenmesi,
- Ayrıca, bu çalışmada araştırılmayan diğer aile planlaması yöntemlerinin cinsel yaşama etkisine yönelik daha geniş bir popölasyon üzerinde yapılması önerilir.

3. Bu araştırma, jinekoloji ve AP Merkezi'ne başvuran kadınların genel sağlık sorunları gözönünde bulundurulmayarak yapılmıştır. Bu nedenle, bu çalışmanın, herhangi bir sağlık sorunu olmayan kadınların üzerinde yapılması önerilir.

KAYNAKLAR

1. Saygılı, P. (2007). Üreme Sağlığı Danışmanlığı Neleri Kapsar?. 5. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongre Kitabı, Ankara.
2. Önder, Ö. (2006). Cinsel Sağlık ve ,Üreme Sağlığı El Kitabı, Ankara.
3. Taşkın, L. (2007). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, 7. Baskı, Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara.
4. Reproductive Health. Erişim Tarihi: 05.07.2007. http://www.who.int/reproductive-health/gender/sexual_health.html
5. Özvarış, Ş. B., Ertan, A. E., Üreme Sağlığında Yaşam Boyu Yaklaşımı. ErişimTarihi: 06.07.2007
http://www.huksam.hacettepe.edu.tr/dosyalar/uremesagliginda_yasam_b_oyu.pdf
6. Akın, A., (2007). Dünyada ve Türkiyede adolesan ve gençlerin sağlığı. Uluslararası Üreme sağlığı ve AP Kongresi Özet Kitabı, Ankara.
7. Sağlık Sektörü İçin Ulusal Stratejiler ve Eylem Planı, 2005-2015. (2005). T.C. Sağlık Bakanlığı, AÇSAP Genel Müdürlüğü, Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu, I. Baskı, Damla Matbaacılık, Ankara.
8. Yılmaz, A. C. (2003). Kullanılan kontraseptif yöntemlerin kadınlarda cinsellik üzerine etkisi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans Tezi.
9. Atasü Y. Şahmay S. (2001). Kadın Hastalıkları, 2. Baskı, s. 645-654 / 676-693, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul.
10. Bulut A., Fincancıoğlu N. (2000). Cinsel Sağlık Bilgileri Eğitimi Öğretmen El Kitabı, İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı, İstanbul.
11. Özyurda F. ve Ark. (2000). Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi, Aile Planlaması ve Üreme Sağlığı, Cilt: 1, Damla Matbaacılık, III. Basım, Ankara.
12. Evans, I., (1997). The sexual and reproductive health approach. Family Planning Handbook for Health Professionals, International Planned Parenthood Federation, London, England.

13. World Contraception Use. Erişim Tarihi: 29.07.2007. <http://www.un.org/esa/population/publications/contraceptive2005/WCU2005.htm>
14. 2003 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. (2004). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T. C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı, Avrupa Birliği. Ankara..
15. Yangın, B. H. (2004). Gebelikte Cinsel Davranışların Belirlenmesi, Yayınlanmış Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
16. Üreme Sağlığına Giriş. (2006). Cinsel Sağlık/ Üreme Sağlığı. No:1/B. Eğitici Rehberi, T.C Sağlık Bakanlığı Anaçocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Buluş Tasarımcılık ve Matbaacılık, Ankara.
17. Yurdakul, M., Vural, G. (2002). Reasons for using traditional methods and role of nurses in family planning. *Contraception*, 65(5), s: 347-350..
18. Özvarış, Ş. B., Akın, A. (1998). Üreme Sağlığı. *Sağlık ve Toplum Dergisi*. Sayı: 3-4, Ankara.
19. Bitzer, J. (1994) Contraception and Sexuality. *The Umsch*, 51(2) : 110-114, Feb.
20. Şahin, D., Şimşek, F., Seyisoğlu, H. (2007). Güvenli Cinsellik. Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği, Bilgilendirme Dosyası 4.
21. Guida, M., Sardo A., Bramante, S., Sparice, S. (2005). Effect of two types of hormonal contraception-oral versus intravaginal- on the sexual life of women and their partners; *Human Reproduction*. 20(4) : 1100-1106.
22. Raymond, H. W. Li., Sue, S. T. Lo., Dawn, K. G., Tong, N., Tsui, M. H. Y., Cheung, K., Chung, T. K. H. (2004). Impact of common contraceptive methods on quality of life and sexual function in Hong Kong Chinese women. *Contraception*, 70, s:474-482.
23. Yanikkerem, E., Acar, H., Elem, E., (2006). Withdrawal users perceptions of and experience with contraceptive methods in Manisa, Turkey. *Midwifery*, 22, s: 274-284.
24. Sanders, S. A., Graham, C. A., Bass, J. L., Bancroft, J. (2001). A prospective study of the effects of oral contraceptives on sexuality and

- well-being and their relationship to discontinuation. *Contraception*, 64, s: 51-58.
25. Eryılmaz, H. (1999) .Kullandıkları Kontraseptif Yöntemlerin Eşler Üzerindeki Etkileri ve Kullanım Hataları. *Hemşirelik Forumu, Kadın Doğum Sayısı*, 2(3).
26. Berkiten, A., Aslan, H. (2001) .Kadınlarda Aile Planlaması Yöntemlerinin Cinsel Yaşam Üzerine Etkiler. III. Ulusal Jinekoloji ve Obstetri Kongresi, İstanbul, 13-16 Eylül 2001.
27. Lete, I., Bermejo, R., Coll, C., Duenas, J. L., Doval, J. L., Martinez-Salmean, J., Masset, J., Parrilla, J. J., Serrano, I. (2001). Use of contraceptive methods in Spain: results of a national survey. *Contraception*, 63, s: 235-238.
28. Myntti, C., Ballan. A., Dewachi, O., El-Kak, F., Deeb, M. E. (2002). Challenging the stereotypes: men, withdrawal and reproductive health in Lebanon. *Contraception*, 65(2), s: 165-170.
29. Güngör, S., Başer, İ., Göktolga, Ü., Eşber, Ö., Uğur, K. (2006). Koitus interruptus (geri çekme) yönteminin etkinliği ve eğitim seviyesinin önemi. *Gülhane Tıp Dergisi*, 48, s: 8-10.
30. Aile Planlaması ve Üreme Sağlığı. (2005). *Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi*. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Damla Matbaacılık, Ankara.
31. Byer, C. (2001). Shainberg L.: *Dimensions of Human Sexuality*. Third Edition, s. 4-7, 234-235, 286-289, Wm. C Brown Publishers.
32. Aydın, H. (1998). "Cinsellik ve Cinsel İşlev" *Psikiyatri Temel Kitabı*, Ed.: Güleç, C., Köroğlu, E., Hekimler Yayın Birliği, Cilt : 2, Ankara
33. *Ana-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması II Uzmanlık Sonrası Eğitim Dergisi* (2001). Ed. : Hassa H. *Türk Jinekoloji Derneği*, 4:1, Ankara.
34. Demircan, K. (2003). *Cinsel Zeka*. Focus, Popüler Bilim ve Kültür Dergisi, Sayı : 2003/6-112414, Temmuz.
35. Haeberle, E.J. (1993). *Cinsel Atlas*, Çev: M. Akın, II. Baskı, Say Yayınları, İstanbul.
36. Gürsoy, S. (1998). *Kadınlarda Cinsel Davranış Özellikleri ve Bunların Zaman Boyunca Değişimi*. İ.Ü. Tıp Fakültesi, Doktora Tezi, İzmir.

37. Aksakal, (Kızıltuğ) A. (1991). Kadın Cinselliği ve Cinsel Sorunları. İ.Ü. Tıp Fakültesi Psikiyatri A.B.D., Uzmanlık Tezi, İstanbul.
38. Greenberg, J. S., Bruess, C. E., Haffner, D. W., (2002). Exploring the dimensions of human sexuality, Jones and Bartlett Publishers Sudbury, Massachusetts.
39. Hatcher, A., Kowal, D. (1990). Kontraseptif Yöntemler Uluslararası Basım. Ed.: Dervişoğlu A.A., İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı, Ankara.
40.: 2. Uluslararası - 9. Ulusal Hemşirelik Kongresi. (9 Eylül 2003). Kadın ve Erkek Cinsel Sağlığı Kursu, s. 12-23 / 34-45, Türk Androloji Derneği.
41. Demircan, K. (2003). Cinsel Zeka. Focus, Popüler Bilim ve Kültür Dergisi, Sayı : 2003/6-112414.
42. Kontraseptif Yöntemler. (2005). Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi, Cilt II. Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Damla Matbaacılık, Ankara.
43. Baloğlu, A. (2007). Oral Kontraseptiflere Genel Bakış. 5. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongre Kitabı, Ankara.
44. Bourgeois, F. J., Mullin, P. A., Daniel, S. V. (2002). Obstetrik ve Jinekolojik Hatırlatmalar. Çev. Ed: G. Kazancı, Nobel Tıp Kitapevleri, s: 293-300.
45. Önder, Ö. R. (2006). Aile Planlaması Yöntemleri, Cinsel Sağlık Üreme Sağlığı El Kitabı, Ankara.
46. Hatcher, A. R., Rinehart, W., Blackburn, R., Geller, J. S. (1997). The Essentials of Contraceptive Technology. Population Information Program Center for Communication Programs, The Johns Hopkins School of Public Health, Baltimore, USA.
47. Pasinlioğlu, T., Bülbül, F. (2003). Çiftlerin Aile Planlaması Yöntemlerini Bırakma Nedenleri. 3. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongre Kitabı, Ankara.
48. Erbil, N., Kahraman, A. N., Top, F. (2003). Kadınların Kontraseptif Yöntemler Hakkında Bilgi ve Davranışları ile Kullanımını Etkileyen

Faktörlerin Belirlenmesi. 3. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongre Kitabı, Ankara.

49. Fisher, W. A., Boroditsky, R. (2000). Sexual Activity, Contraceptive Choice and sexual and Reproductive Health Indicators Among Single Canadian Women Aged 15-29. *The Canadian Journal of Human Sexuality*; Summer 2000; 9 (2). s: 79.
50. Alexander, J. L., Prato, D. P., Janke, J., Miguez, D., Pearson, V. B. (2006). *Family Planning Foundation of Maternal- Newborn Nursing*. 4 th. Ed. Saunders Company; United States of America.
51. Oddens, B. J. (1999). Women's satisfaction with birth control: a population survey of physical and psychological effects of oral contraceptives, intrauterine devices, condoms, natural family planning, and sterilization among 1466 women. *Contraception*. 59 (5). s: 277-286.
52. Sabatini, R., Cagiano, R., (2006). Comparison profiles of cycle control, side effects and sexual satisfaction of three hormonal contraceptive. *Contraception*, 74, s: 220-223.
53. Steiner, M. J., Trussell, J., Mehta, N., Condon, S., Subramaniam, S., Bourne, D. (2006). Communicating contraceptive effectiveness: A randomized controlled trial to inform a World Health Organization family planning handbook. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* ,195 (1), s: 85-91.
54. Asan, Ç., Ateşçi, Y., Gündüz, M. I., Gümüş, B., Lekili, M. (2004). Doğum Kontrol Yönteminde Ürologların Tercihi. *Türk Üroloji Dergisi*: 30 (1); s: 103-105.
55. Akın, L., Özaydın, N., Aslan, D. (2006). Türkiye'de evli erkeklerin aile planlaması yöntemlerini kullanmalarını etkileyen faktörler. *Gülhane Tıp Dergisi*, 48; s: 63-69.
56. Bobak, M. (1997) .Perry E., Lowdermilk L.: *Maternity and Women's Health Care*. Sixth Edition, Mosby Company. s:1173-1199.
57. Everett, S. (1998). *Handbook of Contraception and Family Planning*, Bailliere Tindall, London.

58. Özyurda, F. (2000). Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi, Aile Planlaması ve Üreme Sağlığı, Cilt: 1, Damla Matbaacılık, III. Basım, Ankara.
59. Özyurda, F. (2000). Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi, Kontraseptif Yöntemler, Damla Matbaacılık, III. Basım, Ankara.
60. The Essentials of Contraceptive Technology a Handbook for Clinic Staff. (1997). John Hopkins Population Information Program, World Health Organization.
61. Dündar, C., Kaynar, E., Pekşen, Y. (2005). Samsun İli Merkez Sağlık Ocaklarında Çalışan Evli Ebelerin Aile Planlaması Yöntemi Kullanma Durumları. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 12 (4), s: 243-246.
62. Yardımcı, O. (1995). Kontraseptif Yöntem Seçiminde Etkili Olan Faktörler: Söylentilerin Rolü. Klinik Gelişim, İstanbul Tabip Odası, s:8-10.
63. Finger, W. R. (1998). Do condoms characteristics influence use? Network. 18(3); s:23.
64. Dilbaz, B. (2005). IUD Use in Turkey and in the world: from past to future. 4. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongre Kitabı, Ankara.
65. Yakut, Y. (2007). Bakırlı Rahimiçi Araçların Yan Etki ve Komplikasyonları. 5. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongre Kitabı, Ankara.
66. Çelik, M., Yıldırım, G., Gerçek, S., Arkalı, R., Nur, N. (2005). RİA Taktıran Kadınların RİA Bırakma Nedenlerinin Belirlenmesi. 4. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongre Kitabı, Ankara.
67. Balcı, E., Öztürk, A., Gün, İ., Öztürk, Y. (2005). Kayseri İli Talas İlçesindeki 15-49 Yaş Kadınların Kullandıkları Aile Planlaması Yöntemiyle İlgili Şikayetlerinin Değerlendirilmesi. 3. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongre Kitabı, Ankara.
68. Berek, J. S. (2007). Family Planning. Berek & Novak's Gynecology, 14th Edition Lippincott Williams & Wilkins. USA.
69. Aytakin, N., Pala, K., Irgil, E., Aytakin, A. (2001). Family Planning Choices and Some Characteristics of Coitus Interruptus Users in Gemlik, Turkey. Women's Health Issues: 11(5). s: 442-447.
70. Demir, C. S. (2005). Aile Planlaması Yöntemleri ve Cinsellik. 4. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongre Kitabı, Ankara.

71. Sherwen, L. N., Scholoveno, M. A., Weihgarten, C. T. (1995). Nursing Care of the Childbearing family, Second Ed., Prentice Hall, Connecticut, s: 162-180.
72. Greco, S. B. (1996). Sexuality Education and Counselling, Rehabilitation Nursing. Ed: Shirley P. Hoeman, , Second Ed., Mosby Company, s: 592-627.
73. Lowdermik, D. L., Perry, S. E., Bobak, F. M. (1997). Maternity and Women's Health Care, Sixth Edition, Mosby Company, California, s: 222-223
74. Alteneter, R. R., Hartzell, D. (1997). Addressing Couples sexuality concerns during the childbearing period: use of the plissit model. J. Obstet Neonatal Nurs. Nov- Dec; 26 (6). s: 651-658.
75. Berek, J. S. (2007). The Plissit Model. Family Planning. Berek & Novak's Gynecology, 14th Edition Lippincott Williams & Wilkins. USA.
76. Sümbüloğlu, K. , Sümbüloğlu, V. (2002). Tabakalı Rastgele Örnekleme Yöntemi, Bioistatistik. Hatipoğlu Yayınları, Ankara.
77. McGauhey, CA., Gelenberg, AJ., Laukes, CA., Moreno, FA., Delgado, PL., McKnight KM, Manber, R. (2000). The Arizona Sexual Experience Scale (ASEX): reliability and validity. Journal of Sex and Marital Therapy. 26: 25-40.
78. Soykan, A. (Dec 2004). The Realibility and validity of Arizona sexual experiences scale in Turkish ESRD patients undergoing hemodialysis, Int J Impot Res. 16(6): 531-534.
79. Türk, Rukiye. (2006). 2-6 Aylık Bebeği Olan Annelerin Emzirmeyi Aile Planlaması Olarak Kullanma Durumları ve Etkileyen Faktörler. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.
80. Sararinejad, M.R. (2006). Female sexual dysfunction in a population-based study in Iran: prevelance and associated risk fctors. International Journal of Impotence Research. 18(4). s:382-95.
81. Cayan, S., Akbay, E., Bozlu, M., Canpolat, B., Acar, D., Ulusoy, E. (2004). The prevelance of female sexual dysfunction and potential risk factors that may impair sexual function in Turkish women. Urologia Internationalis. 72(1). s: 52-7.

82. Canavan, T. (2000). Dyspareunia in Women. Postgraduate Medicine, Vol: 108,(2), August.
83. Ignatavicius, D., Workman, M., Mishler, M. (1995). Medical Surgical Nursing, W.B. Saunders Company, Second Edition, Philadelphia.
84. Bilen, M. (1995). Sağlıklı İnsan İlişkileri Ailede/ Kurumlarda/ Toplumda. 5. Baskı, s.128-191, Armoni Ltd.Sti., Ankara.
85. Güvel, S.(2003). Evli kadınlarda Cinsel Fonksiyonlara Etkin Faktörler. Türk Üroloji Dergisi. 29 (1), s: 43-48.
86. Şirin, A., Söylemez, H. (2001). "15-49 Yaş Evli Kadınların Sağlık Sorunları" Ed: Şelimen D., Hemşirelik Forumu Kadın Doğum Hemşireliği Özel Sayısı, 4:6, Kasım-Aralık.
87. Süzer, F. (2001). Evliliğin Bireylerde Yarattığı Kaygı Durumu ve Danışmanlık Gereksinimlerinin Belirlenmesi. M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

ÖZGEÇMİŞ

Ebru Gabalcı 1984 yılında Aydın/Nazilli’de doğmuştur. İlkokul öğrenimini Nazilli’de, ortaokul öğrenimini Riyad’da, lise öğrenimini Nazilli Atatürk Lisesi’nde, süper lise okul birincisi olarak tamamlamıştır. 2001 yılında Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu’na başlayıp, 2006 yılında mezun olmuştur. Hemen ardından Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği’nde yüksek lisansı tamamlamıştır.

EK 1: Veri Toplama Formu**Üreme Çağındaki Kadınların Kullandıkları Aile Planlaması Yöntemlerinin Cinsel Yaşamlarına Etkisi**

Bu araştırma, "üreme çağındaki kadınların kullandıkları aile planlaması yöntemlerinin cinsel yaşamlarına etkisi"ni belirlemek amacıyla planlanmıştır. Elde edilen bilgiler sadece bu araştırmada kullanılacak ve kişisel bilgileriniz kesinlikle gizli tutulacaktır. Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır.

Bu bilgiler ışığında, bu araştırmaya kendi rızam ile katılmayı kabul ediyorum.

Katkılarınızdan dolayı teşekkür ederim.

Çalışmayı yürütenin;

Adı Soyadı: Ebru Gabalcı

Kurum: Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu

A) Sosyodemografik Özellikler

1. Kaç yaşındasınız? ...
2. Medeni durumunuz nedir?
 - a) Evli
 - b) Bekar
 - c) Dul
3. Sağlık güvenceniz var mı?
 - a) Evet
 - b) Hayır
4. Gelir düzeyinizi algılama durumunuz nedir?
 - a) İyi
 - b) Orta
 - c) Kötü
5. Yaşamınızın çoğu nasıl bir yerleşim yerinde geçti?
 - a) Kırsal
 - b) Kent

6. En uzun süre yaşadığınız bölge neresidir?
 - a) Marmara Bölgesi
 - b) Ege Bölgesi
 - c) Akdeniz Bölgesi
 - d) İç Anadolu Bölgesi
 - e) Karadeniz Bölgesi
 - f) Güneydoğu Anadolu Bölgesi
 - g) Doğu Anadolu Bölgesi
7. Öğrenim durumunuz nedir?
 - a) İlkokul
 - b) Ortaokul
 - c) Lise
 - d) Yüksekokul/ Üniversite
8. Halen gelir getiren bir işte çalışıyor musunuz?
 - a) Evet
 - b) Hayır
9. Evet ise ne iş yapıyorsunuz? . . .
10. Eşiniz kaç yaşında?
11. Eşinizin öğrenim durumu nedir?
 - a)Okuryazar değil
 - b) Okuryazar
 - c) İlkokul
 - d)Ortaokul
 - e)Lise
 - f)Yüksekokul/ Üniversite
12. Eşiniz halen gelir getiren bir işte çalışıyor mu?
 - a) Evet
 - b) Hayır
13. Eşiniz ne iş yapıyor? . . .
14. Ne kadar süredir evlisiniz?
15. Kaç yaşında evlendiniz?

16. Şu andaki aile tipiniz nedir?
 a) Çekirdek aile
 b) Geniş aile. . .
17. Cinsel ilişkiye kaç yaşında başladınız?
18. Gebelik ve Doğum Öyküsü:
 Gebelik Sayısı:
 Yaşayan çocuk sayısı:
 Son doğum şekli:
19. Geçirdiğiniz jinekolojik bir hastalık öykünüz var mı?
 Jinekolojik enfeksiyon:
 Kadın hastalıkları:
 Geçirilmiş operasyon:
 Cinsel yolla bulaşan enfeksiyon:

B) Cinsel Yaşama İlişkin Özellikler

20. Genelde cinsel ilişki sıklığınız (haftada) nedir?
21. Eşinizle genelde iletişiminiz nasıldır? ...
 a) Çok iyi b) İyi
 c) Orta d) Kötü
22. Eşinizle genelde duygusal yakınlığınız nasıldır? ...
 a) Çok iyi b) İyi
 c) Orta d) Kötü
23. Kendinizi cinsel yönden nasıl buluyorsunuz? (çekici, itici, isteksiz, soğuk, çirkin)
24. İstemediğiniz zaman eşinizin cinsel isteğine hayır diyebiliyor musunuz?
 a) Evet
 b) Hayır
25. Evet ise eşinizin tepkisi ne oluyor?

26. Cinsel yaşamınıza ilişkin probleminiz olduğunda eşinizle paylaşır mısınız?

a)Evet

b)Hayır Neden? ...

27. Eşinizin cinsel yaşamına ilişkin problemi olduğunda sizinle paylaşır mı?

a)Evet

b)Hayır Neden? ...

28. Cinsel yaşamınıza ilişkin bir probleminiz olduğunda herhangi bir yerden yardım alıyor musunuz?

C) Aile Planlaması Kullanma Durumu

29. Aile planlaması yöntemi seçiminizi etkileyen en önemli üç faktör nedir?

30. Yöntem seçimine genelde kim karar vermektedir?

C. 1. Daha Önce Kullanılan Aile Planlaması Yöntemine İlişkin

31. Daha önce hangi aile planlaması yöntemini kullandınız?

32. Bu yöntemi ne kadar süre kullandınız?

33. Yönteme ilişkin herhangi bir sorun yaşadınız mı?

a)Evet

b)Hayır

34. Evet ise ne tür sorunlar yaşadınız?

35. Yöntemi bırakma nedeniniz nedir?

36. Önceki kullandığınız aile planlaması yönteminin cinsel yaşamınız üzerine nasıl bir etkisi oldu?

Olumlu etkileri:

Olumsuz etkileri:

37. Daha önceki yöntemin cinsel yaşamınızı etkilemesi nedeniyle yöntemi bırakmak zorunda kaldınız mı?

C. 2. Son Altı Ayda Kullanılan Aile Planlaması Yöntemine İlişkin

38. Son altı aydır hangi yöntemi kullanıyorsunuz?

a)Hap c)Kondom

b)Spiral d)Geri çekme

39. Bu yöntemi ne kadar süredir kullanıyorsunuz?

40. Kullandığınız bu yöntemin cinsel yaşamınıza etkisini işaretleyiniz.

Cinsel Yaşam	Olumlu Etkiliyor	Olumsuz Etkiliyor	Etkilemiyor
Cinsel doyum			
Cinsel istek			
Cinsel ilişki sıklığı			

Olumlu Etkileri:

Olumsuz Etkileri:

41. Yönteme ilişkin yaşadığınız olumsuz etkilerin çözümüne yönelik neler yapıyorsunuz?

42. Eşinizin memnuniyetini nasıl değerlendiriyorsunuz?

a) Çok memnun c)Pek memnun değil

b) Memnun d) Hiç memnun değil

43 .Bu yöntemi daha önce kullandığınız aile planlaması yöntemi ile karşılaştırdığınızda cinsel yaşamınız üzerine nasıl bir etkisi oldu?

	Arttı	Azaldı	Değişmedi
Cinsel Doyum			
Cinsel İstek			
Cinsel İlişki Sıklığı			

44. Bu yöntemi daha önce kullandığınız aile planlaması yöntemi ile karşılaştırdığınızda eşinizin memnuniyetini nasıl değerlendiriyorsunuz?

	Arttı	Azaldı	Değişmedi
Cinsel Doyum			
Cinsel İstek			
Cinsel İlişki Sıklığı			

EK 2 : ARİZONA CİNSEL YAŞANTILAR ÖLÇEĞİ

Lütfen her maddede, bugün de dahil, geçen haftaki durumunuzu işaretleyin.

1. Cinsel açıdan ne derece isteklisiniz?

1	2	3	4	5	6
Oldukça istekli	Çok istekli	Biraz istekli	Biraz isteksiz	Çok isteksiz	Tamamen isteksiz

2. Cinsel açıdan ne kadar kolay uyarılırsınız?

1	2	3	4	5	6
Oldukça kolay	Çok kolay	Biraz kolay	Biraz kolay	Çok kolay	Oldukça kolay

3. Vajinanız/cinsel organınız ilişki sırasında ne kadar kolay ıslanır?

1	2	3	4	5	6
Oldukça Kolay	Çok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	Çok zor	Asla olmaz

4. Ne kadar kolay orgazm olursunuz?

1	2	3	4	5	6
Oldukça kolay	Çok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	Çok zor	Asla boşalamam

5. Orgazmınız tatmin edici midir?

1	2	3	4	5	6
Oldukça Tatmin edici	Çok Tatmin edici	Biraz Tatmin edici	Pek Tatmin etmiyor	Çok Tatmin etmiyor	Orgazma Ulaşamam

EK 3**EkTablo.1 Kadınların Cinsel Yaşamda Sorun Yaşamaları Nedeniyle
Yöntemi Bırakma Durumları****n: 47**

Cinsel Yaşamda Sorun Yaşama Nedeniyle Yöntemi Bırakma Durumu	S	%
Geri Çekme n: 20*		
Cinsel ilişkinin kesintiye uğraması	12	60,0
Gebe kalma endişesi/ cinsel isteksizlik	8	40,0
RİA n: 6**		
Menoraji	5	83,3
Enfeksiyon	1	16,7
Kondom n: 17***		
Eşin yöntemden memnun olmaması	8	47,0
Gebe kalma endişesi	5	29,4
Kondomdan tikslenme	2	11,8
Kondomun yırtılması	2	11,8
Oral Kontraseptif n: 4****		
Sinirlilik	2	50,0
Başağrısı	2	50,0

* Cinsel yaşamda sorun yaşama nedeniyle geri çekme yöntemini bırakan kadınların sayısıdır.

** Cinsel yaşamda sorun yaşama nedeniyle RİA kullanımını bırakan kadınların sayısıdır.

*** Cinsel yaşamda sorun yaşama nedeniyle kondom kullanımını bırakan kadınların sayısıdır.

**** Cinsel yaşamda sorun yaşama nedeniyle oral kontraseptif kullanımını bırakan kadınların sayısıdır.