



TÜRKİYE CUMHURİYETİ  
CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**HORMON İÇEREN VE İÇERMEYEN DOĞUM KONTROL  
YÖNTEMİ KULLANAN KADINLARIN CİNSEL  
FONKSİYONLARININ İNCELENMESİ**

ÖZGE BAYDAR  
YÜKSEK LİSANS TEZİ

KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM HEMŞİRELİĞİ  
ANABİLİM DALI

DANIŞMAN  
Doç. Dr. EMRE YANIKKEREM

MANİSA-2017



TÜRKİYE CUMHURİYETİ  
CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**HORMON İÇEREN VE İÇERMEYEN DOĞUM KONTROL  
YÖNTEMİ KULLANAN KADINLARIN CİNSEL  
FONKSİYONLARININ İNCELENMESİ**

ÖZGE BAYDAR  
YÜKSEK LİSANS TEZİ

KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM HEMŞİRELİĞİ  
ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Doç. Dr. EMRE YANIKKEREM

TEZ SINAV JÜRİSİ

Doç. Dr. EMRE YANIKKEREM

Doç.Dr. BİRSEN KARACA SAYDAM

Yrd.Doç.Dr. HÜLYA DEMİRCİ

MANİSA-2017



## **BEYAN**

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

17.01.2017

Özge BAYDAR

## TEŞEKKÜR

*“Devler gibi eserler bırakmak için, karıncalar gibi çalışmak lazım”*

Necip Fazıl Kısakürek

Bir hedefi gerçekleştirmek için ne olursa olsun asla vazgeçmemek gerekir. Çalışma azmine hayran olduğum ve beni tezimin her aşamasında destekleyen, akademik gelişimime katkı sağlayan değerli danışman hocam Doç.Dr. Emre YANIKKEREM’e,

Tez çalışmamda verdikleri katkı ve önerilerden dolayı jüri üyelerim Doç.Dr. Birsen KARACA SAYDAM ve Yrd.Doç.Dr. Hülya DEMİRCİ’ye,

Hayatım boyunca her zaman yanımda desteğini hissettiğim canım annem ve aileme,

Yardımlarını hiçbir zaman esirgemeyen nişanlıma,

Çalışmaya desteklerini esirgemeyen ASM sekreteri Melike TUNÇ’a ve çalışmaya katılmayı kabul eden tüm kadınlara teşekkürlerimi sunarım.

Özge BAYDAR

Manisa/2017

## İÇİNDEKİLER

<b>BEYAN</b>	
<b>TEŞEKKÜR</b>	i
<b>TABLolar DİZİNİ</b>	vii
<b>ŞEKİLLER DİZİNİ</b>	x
<b>KISALTMALAR DİZİNİ</b>	xi
<b>1. ÖZET</b>	1
<b>2. SUMMARY</b>	2
<b>3. GİRİŞ VE AMAÇ</b>	3
<b>4. GENEL BİLGİLER</b>	6
<b>4.1. Kadın Sağlığının Önemi</b>	6
<b>4.2. Üreme Sağlığı ve Cinsel Sağlık Kavramları</b>	6
<b>4.3. Cinsel Eylem Fizyolojisi</b>	7
4.3.1. Cinselliği Etkileyen Faktörler	10
<b>4.4. Doğum Kontrol Yöntemleri</b>	12
4.4.1. Hormonal Doğum Kontrol Yöntemleri	13
4.4.1.1. Kombine Hormonal Kontraseptifler	13
4.4.1.2. Kombine Oral Kontraseptifler	14
4.4.1.3. Kombine Enjektabl Hormonal Kontraseptifler	23
4.4.1.4. Kombine Vajinal Halka	27
4.4.1.5. Sadece Progesteron İçeren Kontraseptifler	28
4.4.1.5.1. Sadece Progesteron İçeren Haplar/ Mini Haplar	29
4.4.1.5.2 Sadece Progesteron İçeren Enjektabel Preparatlar	35
4.4.1.5.3 Sadece Progesteron İçeren İmplantlar	42
4.4.2. Hormonal Olmayan Doğum Kontrol Yöntemleri	49
4.4.2.1. Bariyer Yöntemler	49
4.4.2.1.1. Erkek Kondomu	49
4.4.2.1.2. Kadın Kondomu	49
4.4.2.1.3. Spermidler	50
4.4.2.1.4. Diyafram	51
4.4.2.1.5. Servikal Başlık	52
4.4.2.2. Rahim İçi Araç	53

4.4.2.3. Doğal Aile Planlaması Yöntemleri	71
4.4.2.3.1. Takvim yöntemi	71
4.4.2.3.2. Bazal vücut ısısı yöntemi	72
4.4.2.3.3. Servikal palpasyon yöntemi	72
4.4.2.3.4. Semptotermal yöntem	72
4.4.2.3.5. Laktasyonel amenore yöntemi (LAM)	73
4.4.2.3.6. Geri Çekme (Koitus interruptus)	73
4.4.2.4. Gönüllü Cerrahi Sterilizasyon	74
4.4.2.4.1. Erkek Sterilizasyonu (Vazektomi)	74
4.4.2.4.2. Tüpligasyon	75
<b>4.5. Doğum Kontrol Yöntemlerinin Cinsel Yaşama Etkisi</b>	76
4.5.1. Hormonal Doğum Kontrol Yöntemlerinin Cinsel Yaşama Etkisi ve Yapılan Çalışmalar	76
4.5.2. Hormonal Olmayan Doğum Kontrol Yöntemlerinin Cinsel Yaşama Etkisi ve Yapılan Çalışmalar	81
<b>5. GEREÇ VE YÖNTEM</b>	85
5.1. Araştırmanın Tipi	85
5.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	85
5.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme	85
5.4. Araştırmanın Hipotezleri	87
5.5. Araştırmanın Bağımlı- Bağımsız Değişkenleri	87
5.6. Veri Toplamada Kullanılan Araçlar:	87
5.6.1. Kadınların Tanıtıcı Özellikleri Soru Formu	88
5.6.2. Kadınların Kullandıkları Doğum Kontrol Yöntemleri ve Deneyimleri Soru Formu	88
5.6.3. Beck Depresyon Ölçeği	89
5.6.4. Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi	89
5.7. Veri Toplama Yöntemi	90
5.8. Verilerin Değerlendirilmesi	90
5.9. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Yaşanan Güçlükler	91
5.10. Araştırmanın Etik Yönü	92
5.11. Süre ve Olanaklar	92

<b>6. BULGULAR</b>	94
6.1. Kadınların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular	94
6.2. Kadınların Kullandıkları Doğum Kontrol Yöntemlerine İlişkin Bulgular	98
6.3. Kadınların Cinsel Yaşam Özelliklerine İlişkin Bulgular	114
6.4. Kadınların Tanıtıcı Özellikleri ile Beck Depresyon Ölçeğinden Aldıkları Puanlara İlişkin Bulgular	116
6.5. Kadınların Kullandıkları Doğum Kontrol Yöntemleri ile Beck Depresyon Ölçeğinden Aldıkları Puanlara İlişkin Bulgular	120
6.6. Kadınların Cinsel Yaşam Özellikleri ile Beck Depresyon Ölçeğinden Aldıkları Puanlara İlişkin Bulgular	124
6.7. Kadınların Tanıtıcı Özellikleri ile Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi ve Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanlara İlişkin Bulgular	127
6.8. Kadınların Kullandıkları Doğum Kontrol Yöntemleri ile Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi ve Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanlara İlişkin Bulgular	137
6.9. Kadınların Cinsel Yaşam Özellikleri ile Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi ve Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanlara İlişkin Bulgular	147
<b>7. TARTIŞMA</b>	159
7.1. Kadınların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgulara Yönelik Tartışma	159
7.2. Kadınların Kullandıkları Doğum Kontrol Yöntemlerine İlişkin Bulgulara Yönelik Tartışma	164
7.3. Kadınların Cinsel Yaşam Özelliklerine İlişkin Bulgulara Yönelik Tartışma	166
7.4. Kadınların Tanıtıcı Özellikleri ile Beck Depresyon Ölçeğinden Aldıkları Puanlara İlişkin Bulgulara Yönelik Tartışma	167
7.5. Kadınların Kullandıkları Doğum Kontrol Yöntemleri ile Beck Depresyon Ölçeğinden Aldıkları Puanlara İlişkin Bulgular	168
7.6. Kadınların Cinsel Yaşam Özellikleri ile Beck Depresyon Ölçeğinden Aldıkları Puanlara İlişkin Bulgulara Yönelik Tartışma	168
7.7. Kadınların Tanıtıcı Özellikleri ile Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi	169



ve Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanlara İlişkin Bulgulara Yönelik Tartışma	
7.8. Kadınların Kullandıkları Doğum Kontrol Yöntemleri ile Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi ve Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanlara İlişkin Bulgulara Yönelik Tartışma	173
7.9. Kadınların Cinsel Yaşam Özellikleri ile Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi ve Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanlara İlişkin Bulgulara Yönelik Tartışma	177
<b>8. SONUÇ VE ÖNERİLER</b>	179
8.1. Kadınların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Sonuçlar	179
8.2. Kadınların Kullandıkları Doğum Kontrol Yöntemlerine İlişkin Sonuçlar	179
8.3. Kadınların Tanıtıcı Özellikleri ile Beck Depresyon Ölçeğinden Aldıkları Puanlara İlişkin Sonuçlar	182
8.4. Kadınların Kullandıkları Doğum Kontrol Yöntemleri ile Beck Depresyon Ölçeğinden Aldıkları Puanlara İlişkin Sonuçlar	182
8.5. Kadınların Cinsel Yaşam Özellikleri ile Beck Depresyon Ölçeğinden Aldıkları Puanlara İlişkin Sonuçlar	183
8.6. Kadınların Tanıtıcı Özellikleri ile Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi ve Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanlara İlişkin Sonuçlar	183
8.7. Kadınların Kullandıkları Doğum Kontrol Yöntemleri ile Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi ve Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanlara İlişkin Sonuçlar	184
8.8. Kadınların Cinsel Yaşam Özellikleri ile Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi ve Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanlara İlişkin Sonuçlar	185
8.9. Öneriler	187
<b>9. KAYNAKLAR</b>	189
<b>10. EKLER</b>	207
EK-I: Kadınların Tanıtıcı Özellikleri Soru Formu	207
EK-II: Kadınların Kullandıkları Doğum Kontrol Yöntemleri ve Deneyimleri Soru Formu	209
EK-III: Beck Depresyon Ölçeği	212

EK-IV: Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi	215
EK-V Aydınlatılmış Onam Formu	219
EK-VI: Ölçek Kullanım İzni	221
EK-VII: Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Konusu Onayı	222
EK-VIII: Celal Bayar Üniversitesi Yerel Etik Kurul Onayı	223
EK-IX: Manisa Valiliği Halk Sağlığı Müdürlüğü Çalışma Uygulama İzni	224
<b>ÖZGEÇMİŞ</b>	226



## TABLolar DİZİNİ

<b>Tablo 1.</b> Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı	95
<b>Tablo 2.</b> Kadınların Doğurganlık Özelliklerine Göre Dağılımı	96
<b>Tablo 3.</b> Kadınların Eşlerinin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı	97
<b>Tablo 4.</b> Kadınların Adet Dönemi Özelliklerine İlişkin Bulguların Genel Dağılımı	97
<b>Tablo 5.</b> Kadınların Önceden Kullandıkları Doğum Kontrol Yöntemlerine İlişkin Bulguların Dağılımı	98
<b>Tablo 6.</b> Kadınların Şuan Kullandıkları Doğum Kontrol Yöntemlerinin Dağılımı	99
<b>Tablo 7.</b> Kadınların Doğum Kontrol Yöntemlerini Kullanma Sürelerine Göre Dağılımı	99
<b>Tablo 8.</b> Kadınların Hormonal Doğum Kontrol Yöntemlerini Seçme Nedenlerinin Dağılımı	100
<b>Tablo 9.</b> Kadınların Hormonal Olmayan Doğum Kontrol Yöntemi Seçme Nedenlerinin Dağılımı	101
<b>Tablo 10.</b> Kadınların Kullandıkları Doğum Kontrol Yöntemlerinden Memnun Olma Durumlarına Göre Dağılımı	102
<b>Tablo 11.</b> Erkeklerin Kullanılan Doğum Kontrol Yönteminden Memnun Olma Durumlarına Göre Dağılımı	103
<b>Tablo 12.</b> Kadınların Kullandıkları Hormonal Doğum Kontrol Yöntemlerinden Memnun Olma Nedenlerine İlişkin Verilen Yanıtların Dağılımı	104
<b>Tablo 13.</b> Kadınların Kullandıkları Hormonal Olmayan Doğum Kontrol Yöntemlerinden Memnun Olma Nedenlerine İlişkin Verilerin Yanıtların Dağılımı	106
<b>Tablo 14.</b> Kadınların Yaşadıkları Yan Etkilerin Hormonal ve Hormonal Olmayan Yöntemlere Göre Dağılımı Dağılımı	108
<b>Tablo 15.</b> Kadınların Hormonal Doğum Kontrol Yöntemleri Kullanırken Yaşadıkları Yan Etkilere İlişkin Verilerin Dağılımı	110
<b>Tablo 16.</b> Kadınların Hormonal Olmayan Doğum Kontrol Yöntemleri Kullanırken Yaşadıkları Yan Etkilere İlişkin Verilerin Dağılımı	112

<b>Tablo 17.</b> Kadınların Cinsel Yaşam Özelliklerine İlişkin Bulguların Dağılımı	114
<b>Tablo 18.</b> Kadınlarda Cinsel Disfonksiyon Riski Dağılımı	115
<b>Tablo 19.</b> Kadınlarda Depresyon Riski Dağılımı	115
<b>Tablo 20.</b> Kadınların Sosyo-Demografik Özellikleri ile Beck Depresyon Ölçeğinden Aldıkları Puanların Dağılımı	117
<b>Tablo 21.</b> Kadınların Doğurganlık Özellikleri ile Beck Depresyon Ölçeğinden Aldıkları Puanların Dağılımı	118
<b>Tablo 22.</b> Eşlerinin Tanıtıcı Özellikleri ile Beck Depresyon Ölçeğinden Aldıkları Puanların Dağılımı	119
<b>Tablo 23.</b> Kadınların Şu an Kullandıkları Doğum Kontrol Yöntemleri ile Beck Depresyon Ölçeğinden Aldıkları Puanların Dağılımı	120
<b>Tablo 24.</b> Kadınların ve Eşlerinin Kullandıkları Doğum Kontrol Yöntemlerinden Memnun Olma Durumları ile Beck Depresyon Ölçeğinden Aldıkları Puanların Dağılımı	121
<b>Tablo 25.</b> Kadınların Yaşadıkları Yan Etkiler ile Beck Depresyon Ölçeğinden Aldıkları Puanların Dağılımı	122
<b>Tablo 26.</b> Kadınların Cinsel Yaşam Özellikleri ile Beck Depresyon Ölçeğinden Aldıkları Puanların Dağılımı	124
<b>Tablo 27.</b> Çoklu Regresyon Sonuçlarına Göre Beck Depresyon Ölçeği Toplam Puan Ortalamasını Etkileyen Özellikler	126
<b>Tablo 28.</b> Kadınların Sosyo-Demografik Özellikleri ile Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi ve Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanların Dağılımı	127
<b>Tablo 29.</b> Kadınların Doğurganlık Özellikleri ile Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi ve Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanların Dağılımı	132
<b>Tablo 30.</b> Kadınların Eşlerinin Tanıtıcı Özellikleri ile Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi ve Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanların Dağılımı	136
<b>Tablo 31.</b> Kadınların Şu an Kullandıkları Doğum Kontrol Yöntemleri ile Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi ve Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanların Dağılımı	137
<b>Tablo 32.</b> Kadınların Kullandıkları Doğum Kontrol Yöntemleri ile Cinsel Disfonksiyon Riski Yaşama Durumlarının Dağılımı	139

<b>Tablo 33.</b> Kadınların ve Eşlerinin Kullandıkları Doğum Kontrol Yöntemlerinden Memnun Olma Durumları ile Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi ve Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanların Dağılımı	140
<b>Tablo 34.</b> Kadınların Eşlerinin Kullandıkları Doğum Kontrol Yöntemlerinden Memnun Olma Durumları ile Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi ve Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanların Dağılımı	142
<b>Tablo 35.</b> Kadınların Yaşadıkları Yan Etkiler ile Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi ve Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanların Dağılımı	144
<b>Tablo 36.</b> Kadınların Cinsel Yaşam Özellikleri ile Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi ve Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanların Dağılımı	147
<b>Tablo 37.</b> Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi ve Beck Depresyon Ölçeği Puanları Arasındaki Korelasyonun Dağılımı	150
<b>Tablo 38.</b> Çoklu Regresyon Sonuçlarına Göre İstek Puan Ortalamasını Etkileyen Özellikler	152
<b>Tablo 39.</b> Çoklu Regresyon Sonuçlarına Göre Uyarılma Puan Ortalamasını Etkileyen Özellikler	153
<b>Tablo 40.</b> Çoklu Regresyon Sonuçlarına Göre Lubrikasyon Puan Ortalamasını Etkileyen	154
<b>Tablo 41.</b> Çoklu Regresyon Sonuçlarına Göre Orgazm Puan Ortalamasını Etkileyen Özellikler	155
<b>Tablo 42.</b> Çoklu Regresyon Sonuçlarına Göre Doyum Puan Ortalamasını Etkileyen Özellikler	156
<b>Tablo 43.</b> Çoklu Regresyon Sonuçlarına Göre Ağrı Puan Ortalamasını Etkileyen Özellikler	157
<b>Tablo 44.</b> Çoklu Regresyon Sonuçlarına Göre KCFİ Toplam Puan Ortalamasını Etkileyen Özellikler	158

## **ŞEKİLLER DİZİNİ**

**Şekil 1.** Doğum Kontrol Yöntemi Kullanım Oranları

**Şekil 2.** Oral Kontraseptif Formulasyonları

**Şekil 3.** İmplant Çeşitleri ve Koruyuculuk Süreleri

**Şekil 4.** MNSA kent merkezi tabakalandırılmış ASM'lere bağı yıl ortası toplam 15-49 yaş arası kadın sayısı ve alınacak örneklem sayıları

**Şekil 5.** Araştırmanın Zaman Çizelgesi



## KISALTMALAR DİZİNİ

<b>ASM</b>	Aile Sağlığı Merkezi
<b>BKİ</b>	Beden Kitle İndeksi
<b>CD</b>	Cinsel Disfonksiyon
<b>CDC</b>	Centers for Disease Control
<b>CYBE</b>	Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar
<b>DAP</b>	Doğal Aile Planlaması
<b>DBÖ</b>	Beck Depresyon Ölçeği
<b>DMPA</b>	Depo Medroksiprogesteron Asetat
<b>DSÖ (WHO)</b>	Dünya Sağlık Örgütü
<b>FDA</b>	Food and Drug Administration
<b>HK</b>	Hormonal Kontraseptif
<b>KCFİ</b>	Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi
<b>KHK</b>	Kombine Hormonal Kontraseptifler
<b>KOK</b>	Kombine Oral Kontraseptifler
<b>LNG</b>	Levonorgestrel
<b>OK</b>	Oral Kontraseptif
<b>RIA</b>	Rahim İçi Araç
<b>SHBG</b>	Seks Hormonlarını Bağlayan Globülin
<b>TJOD</b>	Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği
<b>TNSA</b>	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
<b>TT</b>	Total Testosteron

**Başlık:** Hormon İçeren ve İçermeyen Doğum Kontrol Yöntemi Kullanan Kadınların Cinsel Fonksiyonlarının İncelenmesi

**Öğrencinin Adı:** Özge BAYDAR

**Danışman:** Doç.Dr. Emre YANIKKEREM

**Anabilim Dalı:** Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Anabilim Dalı

## 1. ÖZET

**Amaç:** Bu çalışmanın amacı, hormon içeren ve içermeyen kontraseptif yöntem kullanan kadınların cinsel fonksiyonlarının incelenmesidir.

**Gereç ve Yöntem:** Analitik ve kesitsel tipte olan bu araştırma Manisa il merkezine bağlı üç Aile Sağlığı Merkezine kayıtlı araştırmaya katılmayı kabul eden 380 kadınlara ev ziyareti yapılarak 01.10.2015-01.10.2016 tarihleri arasında yapılmıştır. Bu araştırmada “Kadınların Tanıtıcı Özellikleri Soru Formu”, “Doğum Kontrol Yöntemleri Soru Formu” “Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)” ve “Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi (KCFİ)” kullanılmıştır.

**Bulgular:** Kadınların yarısı (%51,1) 31-40 yaş arasında, %37,4’ü ilkokul mezunu, %46,9’u hormonal olan, %53,1’i hormonal olmayan bir doğum kontrol yöntemi kullanmaktadır. En çok kullanılan hormon içeren yöntem kombine oral kontraseptif ve hormon içermeyen yöntem erkek kondomudur. Kadınların %42,1’inde cinsel disfonksiyon riski, %6,6’sında depresif belirtiler olduğu belirlenmiştir. Eğitim durumu yüksek olan, cinsel yaşamından memnun olan ve eşlerinin hormonal olmayan yöntem kullanımından memnun olduğunu ifade eden kadınlarda KCFİ toplam puanı yüksektir. Ölü doğum öyküsü olan, evliliğinde eşi ile uyumsuz olan ve cinsel yaşamından memnun olmayan kadınlarda BDÖ ortalaması yüksektir. Hormonal yöntem kullanan kadınların %35,4’ünde, hormonal olmayan yöntem kullanan kadınların ise %48,0’inde CD riski bulunmuştur. KCFİ ile BDÖ puan ortalaması arasında negatif yönlü ve zayıf düzeyde anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

**Sonuçlar:** Hormon içeren ve içermeyen doğum kontrol yöntemi kullanan kadınların cinsel fonksiyonlarının incelenmesi risk gruplarının bilinip uygun girişimlerin planlaması açısından önemlidir.

**Anahtar Kelimeler:** Kontrasepsiyon, Cinsellik, Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi, Beck Depresyon Ölçeği



**Title:** Evaluation of Sexual Functions of Women Using Hormonal or Nonhormonal Contraceptives

**Student Name:** Özge BAYDAR

**Thesis Advisor:** Assoc. Prof. Emre YANIKKEREM

**Department:** Gynecology and Obstetrics Nursing

## **2. SUMMARY**

**Aim:** The study aimed to determine sexual functions of women using hormonal or nonhormonal contraceptives.

**Material and method:** The cross-sectional and analytic study carried out with 380 women who accepted the participating in the study registered at three Family Health Centers in Manisa. The data were collected during home visits by the researcher between the dates 1.10.2014 and 1.10.2015. “Characteristics of women questionnaire”, “Birth control methods question form”, “Beck Depression Inventory (BDI)” and “Female Sexual Function Index (FSFI)” were used the study.

**Results:** Half of women (51,1%) ranged in age from 31 to 40 years, 37,4% of graduated primary school. It was found that 46.9% of women were using hormonal contraceptive and 53,1% of them were using nonhormonal contraceptive. It was stated that oral contraceptive and condom were mostly used hormonal and nonhormonal contraceptives, respectively. Of women, 42,1% had sexual dysfunction risk and 6,6% had depressive symptoms. Women who had higher education, satisfied with their sexual life and women who stated that their husband satisfied with nonhormonal contraceptive usage had higher FSFI score. Higher BDI score was found in women who had stillbirth, in women who have incompatible marriages with their spouse and women not satisfied with their sexual life. It was found that sexual dysfunction ratio was 35,4% in women who used hormonal contraceptive and 48% who used non hormonal contraceptive. There was low and negative relationship between FSFI and BDE mean score ( $p<0,05$ ).

**Conclusion:** Evaluation of sexual functions of women using hormonal or nonhormonal contraceptives is so important for define risk group and in terms of planning appropriate initiatives.

**Key words:** Contraception, Sexuality, Female Sexual Function Index, Beck Depression Scale.

### 3. GİRİŞ ve AMAÇ

Kadın sağlığı dñnyada ve ÷lkemizde ÷zerinde durulan önemli bir konu olup (Gabalcı 2008; Taşkın 2016); kadının fiziksel, ruhsal, emosyonel, spiritüel, kültürel ve sosyal yönden tam bir iyilik halinde olması şeklinde tanımlanmaktadır (Beji 2015).

Bilindiği gibi kadınların yaşamı boyunca en çok yaşadıkları ÷reme sağlığı sorunları 15-49 yaşı arasında gör÷lmektedir (Türkiye Ulusal Anne Ölümleri Çalışması 2005). Bu sorunların başlıcaları; gebelik, doğum ve doğum sonu döneme ilişkin sorunlar, istenmeyen gebelikler, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, meme ve serviks kanseri, infertilite, cinsel sağlık sorunları, şiddet, cinsel sağlık ve ÷reme sağlığı hizmetlerinden yeterince yararlanamamadır (Beji 2015).

Dñnya Sağlık Örgütü (DSÖ) ÷reme sağlığını ‘‘*Üreme sistemi, işlevleri ve süreci ile ilgili hastalık ve sakatlığın olmaması değil, tüm bunlara ilişkin fiziksel, zihinsel ve sosyal yönden tam bir iyilik hali, bireylerin tatmin edici ve güvenli bir cinsel yaşamlarının olması, ÷reme yeteneklerine sahip olmaları ve bu kararlarında özgür olmaları*’’ şeklinde tanımlamaktadır ([http://www.who.int/topics/reproductive\\_health/en/](http://www.who.int/topics/reproductive_health/en/), Erişim tarihi: 17.01.2016). Bu tanımda da gör÷ldüğü gibi cinsellik ÷reme sağlığının bir boyutunu oluşturmaktadır (Taşkın 2016). Cinsel sağlık DSÖ tarafından ‘‘*cinsel yaşamın bedensel, ruhsal, zihinsel ve sosyal açıdan bir bütün olarak ele alınması yoluyla kişilik, iletişim ve sevginin olumlu yönde zenginleştirilmesi ve güçlendirilmesi*’’ olarak tanımlamaktadır ([http://www.who.int/topics/sexual\\_health/en/](http://www.who.int/topics/sexual_health/en/), Erişim tarihi: 17.01.2016). İnsan yaşamının her döneminde yer alan ve temel gereksinimlerinden olan cinsellik bir çok faktörden etkilenmektedir (Şirin ve Kavlak 2015). Cinsel sağlığın bozulması hem kadın hem erkeğin ruhsal sağlığını etkilemekte; bu sorunlar aile sağlığının ve sosyal sağlığın bozulmasına yol açmaktadır (Bozdemir ve Özcan 2011).

Kadının ÷reme ve cinsellik işlevlerini yerine getirebilmek için kullandığı kontraseptif yöntem gereksiniminin karşılanması ÷reme sağlığının amaçlarından biri olarak karşımıza çıkmaktadır (Gabalcı 2008; Taşkın 2016). Dñnya genelinde kontraseptif kullanım oranı 1990 yılında %54,8 iken bu oran 2010 yılında %63,3'e

yükselmiştir. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2013 sonuçlarına göre evli kadınların %74'ü herhangi bir yöntem kullanmakta, %47'si modern, %26'sı da geleneksel yöntem kullanmaktadır. En yaygın kullanılan yöntemler %26 ile geri çekme iken; bunu %17 ile rahim içi araç, %16 ile kondom, %9 ile tüp ligasyon ve %5 ile oral kontraseptiftir (OK). TNSA 2013'de üç kadından birinin kullandığı doğum kontrol yöntemini bıraktığı belirlenmiştir. Yöntem bırakma hızları kullanılan yönteme göre değişiklik göstermekte olup en yüksek yöntem bırakma oranı %48 ile OK kullanan kadınlardadır. Bunu sırasıyla geri çekme (%34) ve kondom (%33) izlemektedir (Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013).

Üreme çağında olan kadınların doğum kontrol yöntemi kullanımını ve devamını etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Kontraseptif yöntemlerin maliyeti, yan etkileri, yöntemlere yönelik endişeler, doğum kontrol yöntemleri hakkında yanlış bilgi ve inanışlar, kadının ve eşinin doğum kontrol yöntemlerine bakış açısı ve doğum kontrol yöntemlerinin çiftlerin cinsel yaşamı üzerine etkisi yöntem kullanımını ve yönteme devam etmeyi etkileyen faktörlerdendir (Yanikkerem 2006; Smith ve ark. 2014). Cinsellik psikososyal, kültürel, davranışsal ve organik nedenlerden kaynaklanan çok boyutlu, multidisipliner bir süreç olup, kadınlarda cinsel sorunların ortaya çıkmasında birçok psikososyal ve kültürel faktörler birlikte rol oynamaktadır (Kütmeç 2009). Literatür incelendiğinde diyabet, hipertansiyon gibi kronik hastalıklar, ilaç kullanımı (Güven 2007; Özerdoğan ve ark. 2009), kadının sosyodemografik özellikleri (yaşı, eğitim seviyesi, gelir düzeyi, BKİ, duygusal durumu, sosyal statüsü, sosyoekonomik ve çevresel faktörler, evlenme şekli) (Fourcroy 2006), depresyon (Assari 2014), eşler arasındaki ilişkinin niteliği ve evlilik uyumu (Hâ 2008), cinsellikle ilgili bilgi, tutum ve yanlış inanışlar (Yıldırım 2008) gibi pek çok etkenin kadınların cinsel yaşamını etkileyebileceği belirtilmektedir. Bu faktörlerden biri de kullanılan doğum kontrol yöntemlerinin cinsel yaşama etkisidir (Schaffir 2010; Battaglia 2012; Davis 2013; Roney ve Simmons 2013; Elaut 2014).

Dünyada birçok ülkede olduğu gibi ülkemizde de cinsellik tabu olarak algılanan bir konu olup, hem sağlık çalışanları hem toplum tarafından gündeme getirilmesinde çekince yaşanan bir konudur (Civil ve Yıldız 2010). Literatür incelendiğinde cinsel işlev bozukluklarının kadınlarda erkeklerden daha fazla görüldüğü belirtilmektedir

(Doğan 2011). Bunun nedenleri arasında son yıllara kadar konuya ilişkin araştırmaların erkek cinselliğine odaklanmış olması, kadın cinselliğinin daha karmaşık olması, kadınlarda cinsel işlevi tanımlayan sınıflama sisteminin olmaması ve bu konuda sınırlı sayıda araştırma yapılması nedeniyle kadın cinsel işlev patofizyolojisi, psikolojisi ve tedavisinin tam olarak aydınlatılmamış olması sayılabilir (Aygın ve Aslan 2005; Özdemir ve Pehlivan 2015).

Ülkemizde sağlık çalışanları; hormonal ve hormonal olmayan kontraseptif yöntem kullanan kadınlarda, cinsel işlevi değerlendirme konusunda eğitim ve danışmanlık yapma, yaşanan cinsel sorunları erken tespit edip, yöntem kullanımına bağlı olan cinsel sorunların tespiti ve çözümünde yapacakları izlem ziyaretleri ve danışmanlıkta önemli bir role sahiplerdir. Böylece kontraseptif yöntemlerin yan etkilerine ve toplum tarafından yanlış bilinen etkilerine yönelik danışmanlık hizmetinin hemşireler tarafından verilmesi ile yöneme devam oranlarını yükseltebilir. Bu nedenle bu çalışma hormon içeren ve içermeyen kontraseptif yöntem kullanan kadınların cinsel fonksiyonlarının incelenmesi amacıyla planlanmıştır.

## 4. GENEL BİLGİLER

### 4.1. Kadın Sağlığının Önemi

Dünya nüfusunun yarısını oluşturan kadınlardan herbirinin fiziksel, zihinsel ve sosyal sağlığa sahip olma hakkı olmasına rağmen, özellikle gelişmekte olan ülkelerde kadınların büyük bir bölümü bu haktan yararlanamamaktadır. Kadınlar çocukluk, adölesan, üreme ve ileri yaş dönemlerinde yaşadıkları ve karşılaştıkları birçok sorundan dolayı bir gruptur. (Aslan 2001).

Kadın sağlığı, doğrudan kadının sağlığını etkilerken dolaylı olarak çocuk, aile ve toplum sağlığını da etkilediği için ülkemizde ve dünyada üzerinde durulan önemli bir konudur (Gabalıcı 2008; Taşkın 2016). Kadın sağlığı; kadınların fiziksel, ruhsal, emosyonel, spiritüel, kültürel ve sosyal yönden tam bir iyilik halinde olmaları şeklinde tanımlanırken (Beji 2015), aile sağlığı; aile bireylerinin tümünün fonksiyonel kapasitelerini aile içinde ve dışında en üst seviyede sürdürmeleridir. Dolayısı ile aile üyelerinin birinin sağlığındaki bozulma aile sağlığını da etkilemektedir. Sağlığı bozulan kişi kadın olduğunda bu etkilenme daha fazla olmaktadır (Gabalıcı 2008; Taşkın 2016).

Aile sağlığının korunması için kadının sağlıklı olması gerekmektedir. Kadınlar yaşamları boyunca en çok sağlık sorunlarını üreme çağında (15-49 yaş arası) yaşamaktadır (Türkiye Ulusal Anne Ölümleri Çalışması 2005). Bu dönemde yaşanan öncelikli sorunlar; istenmeyen gebeliklerin fazla olması, anne ölümlerinin yüksek olması, cinsel yolla bulaşan hastalıklarda artış olması, gençlerin üreme sağlığı bilgi düzeylerinin düşük olması ve üreme sağlığı göstergelerinde bölgeler arasında eşitsizlikler bulunmasıdır (Arı ve ark. 2012; Taşkın 2016).

### 4.2. Üreme Sağlığı ve Cinsel Sağlık Kavramları

Üreme sağlığı en geniş tanımıyla DSÖ tarafından; “Üreme sistemi, işlevleri ve süreci ile ilgili hastalık ve sakatlığın olmaması değil, tüm bunlara ilişkin fiziksel, zihinsel ve sosyal yönden tam bir iyilik hali, bireylerin tatmin edici ve güvenli bir

cinsel yaşamlarının olması, üreme yeteneklerine sahip olmaları ve bu kararlarında özgür olmaları” şeklinde tanımlanmaktadır ([http://www.who.int/topics/reproductive\\_health/en/](http://www.who.int/topics/reproductive_health/en/), Erişim tarihi: 17.01.2016). Görüldüğü gibi cinsellik bireylerin iyiliği, sağlığı ve yaşam kalitesi açısından oldukça önemli bir yere sahip olup üreme sağlığının bir boyutunu oluşturmaktadır (Taşkın 2016). Cinsel sağlık DSÖ tarafından “cinsel yaşamın bedensel, ruhsal, zihinsel ve sosyal açıdan bir bütün olarak ele alınması yoluyla kişilik, iletişim ve sevginin olumlu yönde zenginleştirilmesi ve güçlendirilmesi” olarak tanımlanmaktadır ([http://www.who.int/topics/sexual\\_health/en/](http://www.who.int/topics/sexual_health/en/), Erişim tarihi: 17.01. 2016). İnsan yaşamının her döneminde yer alan ve temel gereksinimlerinden olan cinsellik bir çok değerden etkilenerek karmaşık bir örüntü olarak karşımıza çıkmaktadır (Şirin ve Kavlak 2015). Cinsel sağlık toplumu etkileyen önemli konulardan biri olup; yaşanan cinsel problemler insanları en çok mutsuz eden sağlık sorunlarının başında gelmektedir. Cinsel sağlığın bozulması hem kadın hem erkeğin ruhsal sağlığını etkilemekte; bu sorunlar aile sağlığının da bozulmasına neden olmaktadır (Bozdemir ve Özcan 2011).

#### **4.3. Cinsel Eylem Fizyolojisi**

İnsan yaşamının temel gereksinimlerinden biri olan cinsellik göz ardı edilmemesi gereken bir konudur (Şirin ve Kavlak 2015). Çifler arasında ilişkilerin derinleşmesini, bireylerin canlı hissetmesini ve yaşam kalitesini artırıp eşler arasında sevgi, güven ve yakınlığı artırmakta cinsellik önemli bir yere sahiptir (Pehlivan 2004).

Cinsel istek, merkezi sinir sisteminde limbik sistem tarafından yönlendirilen bir dürtüdür. Cinsel istek konusunda iki teori ortaya atılmıştır. Birinci teoriye göre, insanlar doğuştan farklı şekillerde cinsel dürtü, istek, güç, davranış, doyum ve kendilerini cinsel açıdan ifade etme biçimlerine sahiptirler. Bu nedenle bazı bireylerin cinsel istek veya kapasiteleri çok yüksek iken, bazıları yaşam boyunca cinsellikle daha az ilgilenmektedirler. Bu duruma örnek olarak bireyler arasındaki boy uzunluğu veya ten rengi farklılıkları verilebilir. İkinci teoriye göre ise cinsellik yasaklanmadığı, bastırılmadığı veya saptırılmadığı sürece insan hayatı boyunca süren cinsel dürtü herkes için çok önemli itici bir güçtür (Hatcher 1990).

Masters ve Johnson, cinselliğin fizyolojisini ilk kez laboratuvar ortamında incelemiş, yüzlerce gönüllü kadın ve erkek deneklerle yaptıkları çalışmalarında nesnel ölçüm yöntemlerini kullanarak cinsel uyarılara verilen yanıtları doğrudan gözlemlemiş ve cinsel tepki sürecini dört evrede tanımlamışlardır. Bu evreler uyarılma, plato, orgazm ve çözülme evresidir. (Masters ve Johnson 1994).

Uyarılma evresi cinsel yanıtın ilk evresidir. Bu aşamada cinsel istek ve heyecan duyulmakta, erotik duygu ve düşünceler oluşmaktadır. Erkeklerde ereksiyon, kadında genital bölgelerde kanlanma ve nöromuskuler gerilim meydana gelmektedir. Fiziksel ya da psikolojik uyarı ile ortaya çıkıp cinsel uyarının yoğunluğu ve süresine göre gösterilen tepkinin şiddeti artmakta veya uygun olmayan uyarı karşısında bu evre uzayabilmekte ya da kaybolabilmektedir (İncesu 2004). İnsanda cinsel istek ve heyecanın artmasıyla beyininin cinsel merkezi uyarılmakta ve bu alanın ereksiyon merkezi ile etkileşimi sonucunda erektil dokulara kan akımı artmaktadır. Dolayısı ile ereksiyon ve lubrikasyon daha hızlı gerçekleşmektedir. Temel olarak bu fazda kadında klitoris, labialar ve vajinal açıklık; erkeklerde penis kanlanan ve hacimce genişleyen yapılardır (Özdemir 2014).

Uyarılma evresinin bir parçası ve devamı şeklinde olan ikinci evre plato evresinde, uyarının sürdürülmesi ile orgazma geçiş sağlamaktadır (İncesu 2004). Bu evrede cinsel uyarı oluşmakta ve vajinal kayganlık, vajinal duvar genişlemesi, klitoral ereksiyon ile vajinal lümeninde artış meydana gelmektedir. Cinsel uyarılma parasempatik sistem ile devam ederken, sempatik sistem ile son bulabilmektedir. Bu evrede cinsel ilişki sırasında uygun olmayan bir uyarı ile azalabilmekte veya sönelebilmektedir. Uyarılma evresinin sürdürülmesi, orgazm için anahtar olarak görülmektedir. Evre boyunca konjesyon ve myotoni artmakta ve uyarının devam etmesi ile kan basıncı, nabız ve solunum hızı artış göstermektedir (Özdemir 2014).

Üçüncü evre olan orgazm evresi cinsel işlev siklusunun en kısa evresidir. Orgazm perineal kaslar ile vazokonjesyon sonucu büyüyen dokuların eş zamanlı refleks kasılmaları ile karakterizedir. Kadında orgazm vajinada ve klitoral bölgede yoğunluk kazanmakta (Basson 2000, İncesu 2004) ve orgazm daha uzun sürebilmektedir. Bu evrede taşıkardi, şiddetli kas kasılmaları ve istemsiz yüz mimikleri görülebilmektedir (Özdemir 2014).

Cinsel yanıtın son evresi çözülme evresidir. Erojen bölgelerde ve bedenin tamamında önceki evrelerde oluşmuş fizyolojik değişikliklerin dakikalar içerisinde aynı sırayla kaybolmasını kapsamaktadır (Basson 2000, İncesu 2004). Kadınlar, bu evrede yeni bir uyarı ile tekrar orgazm olabilme potansiyeline sahipken, erkekler refrakter döneme girerler ve tek tip cinsel yanıt sürecine sahiptirler (Özdemir 2014).

Bugünkü bilgilerimiz ışığında bu dört evre kısmen geçerli kabul edilmektedir. American Foundation for Urologic Disease tarafından 2000 yılında cinsel yanıt süreci istek, uyarılma, orgazm ve çözülme olmak üzere dört evreden oluşmak üzere son şeklini almış plato evresi, temel olarak fizyolojik olarak “uyarılma” evresinin bir kısmı olarak kabul edilmiştir (Basson ve ark. 2000; Çavaş 2008).

Birçok nörotransmitter madde, nöropeptid ve hormon cinsel işlevlerin düzenlenmesinde rol oynamaktadır (Crenshaw ve Goldberg 1996; Eşel 2006). Kadın cinsel fonksiyonlarından sorumlu olan başlıca nörotransmitterler şunlardır;

**Dopamin:** Cinsel istek, dürtü, fantezi ve motivasyon oluşması ile cinsel ilginin düzenlenmesinde gerekli olduğu bilinen en önemli nörotransmitter maddedir. Sağlıklı bir cinsel yaşam iyi çalışan bir dopaminerjik sistem gerektirmektedir (Crenshaw ve Goldberg 1996; Eşel 2006; Brown ve ark. 2007).

**Kolinerjik sistem ve asetilkolin:** Cinsel uyarılmadan sorumlu olan bir nörotransmitter sistem olduğu kabul edilmektedir. Uyarılma mesajı merkezi sinir sisteminden aşağıya, sempatik ve parasempatik periferik otonom sinir liflerine, vasküler ve genital bölgeye taşınmaktadır. Bu safhada, kadında genital lubrikasyon ve kabarma oluşmaktadır. Bu süreçlerin oluşumunda asetilkolin ve nitrik oksit önemli rol oynamaktadır (Stahl 2003).

**Nitrik oksit ve serotonin:** Nitrik oksit genital bölgedeki vasküler dokularda bulunan düz kaslarda gevşemeye neden olarak genital bölgedeki kan akımını artırarak lubrikasyonu kolaylaştırmaktadır. Serotonin ise orgazmı zorlaştırmakta ya da baskılmaktadır (Crenshaw ve Goldberg 1996, Stahl 2003).

Kadın cinsel fonksiyonlarında rol alan önemli hormonlar: östrojen, progesteron, prolaktin, oksitosin ve androjenlerdir.

Östrojen üretral, klitoral ve vajinal kan akımının sağlanması ve vajinal dokunun bütünlüğünün sürdürülmesi için gereklidir (Dennerstein 2001). Östrojen miktarındaki azalma cinsel istekte, cinsel ilişki sıklığında, cinsel yanıtta ve genital duyarlılıkta



azalmaya, orgazma ulaşmada zorluk yaşanmasına ve disparoniye neden olmaktadır (Berman ve ark. 1999; Uckert ve ark. 2006).

Östrojen ve progesteron eksikliğine bağlı vajinal kuruluk, vajinal atrofi, disparoni meydana gelebilmektedir (Karaçam 2008). Prolaktin hormonu ise cinsel isteği olumsuz etkilemektedir. Laktasyon dönemindeki kadınlarda ve hiperprolaktinemi yapan bütün durumlarda cinsel isteksizliğin ortaya çıktığı bulunmuştur (İncesu 2004).

Östrojen ile birlikte etkisi artan oksitosin ise kadınlarda cinsel artırmaktadır (Lee 2009). Cinsel yanıtta görevli ve merkezi nörotransmitterleri düzenleyen testosteronun eksikliğinde ise uyarılma, cinsel istek ve genital duyarlılıkta azalma gelişebilmekte ve orgazm bozuklukları ortaya çıkabilmektedir (Berman ve ark. 1999).

#### **4.3.1. Cinselliği Etkileyen Faktörler**

Cinsellik; psikolojik, sosyal, ekonomik, politik, kültürel, hukuki, tarihi, dini, biyolojik ve ruhsal faktörlerden etkilenmektedir (Bozdemir ve Özcan 2011).

Cinselliği etkileyen gelişimsel faktörlerden biri; adölesan dönemdir. Bu dönem fiziksel ve psikolojik değişimlerin çok hızlı yaşandığı bir dönem olup beden imajı ile ilgili değişimler, cinsel ve duygusal gereksinimleri öğrenme, kadın/erkek olarak kendi farkındalığının ve cinsel değer sisteminin gelişmesi, cinsel ve romantik iletişimin öğrenilmesi gibi boyutları içermektedir. Bu dönem cinsel davranışlar için risk oluşturabilmektedir (Şirin ve Kavlak 2015). Çalışmalarda adölesanların cinsellik, kontraseptif yöntemler ve CYBE ile ilgili bilgilerinin yetersiz olduğu bulunmuştur (Karakuş ve Yanikkerem 2014). Ülkemizde erken yaşta evlilik (%22) ve adölesan dönemde çocuk sahibi olma oranı (%5) hala yüksektir (Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013).

Yaşın ilerlemesi ile birlikte cinsel rol ve ilişkiler olgunlaşmaya başlamakta, sorumluluklar artmakta, erken yetişkinlik döneminde eş seçimi, cinsel yaşam biçimi ile ilgili tercihler ortaya çıkmakta ve bu dönemde cinsel aktivite artış göstermektedir (Şirin ve Kavlak 2015).

Gebelik ve postpartum süreç kadının cinsel yaşamını etkileyen bir diğer önemli faktördür. İlk trimester, gebeliğe bağlı fiziksel yakınmaların başlaması ile cinselliği olumsuz etkilerken ikinci trimester yakınmaların azalmasıyla birlikte cinselliği olumlu etkilemektedir. Gebeliğin son trimesterinde ise gebelikte yaşanan şikayetlerin artmasıyla cinsellik tekrar olumsuz etkilenebilmektedir. Gebelikte erektil dokulara kan akımının artmasıyla birlikte orgazm kolaylaşmakta ve çözülme fazı uzamaktadır. Galazka ve arkadaşlarının 520 gebe ile yaptıkları çalışmada gebeliğin ilerlemesi ile kadınlarda istek, uyarılma, lubrikasyon, orgazm, doyum ve ağrıyı içeren cinsel fonksiyonların olumsuz etkilendiği (Galazka ve ark. 2015) ve cinsel ilişkinin azaldığı saptanmıştır (Galazka ve ark. 2015; Rivas ve ark. 2016; Yanikkerem ve ark. 2016). Postpartum dönem süresince kadınlarda loşia varlığı, epizyotominin verdiği ağrı ve rahatsızlık, östrojen ve progesteronun azalması, bedendeki olumsuz değişiklikler, yorgunluk gibi nedenlerle cinsel istek ve ilişki azalmaktadır (Şirin ve Kavlak 2015).

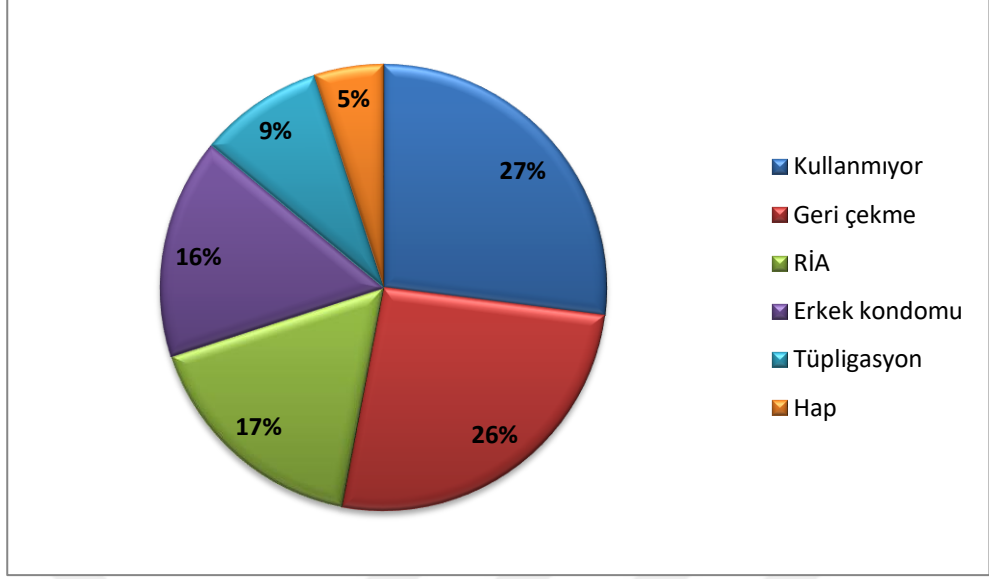
Orta yetişkinlik ve premenopozal dönemde vazomotor yakınmalar, uykusuzluk ve yorgunlukla beraber cinsel yaşam olumsuz etkilenebilmektedir. Yaşın getirdiği fizyolojik değişikliklerle birlikte cinsel istekte azalma görülürken, gebelik riskinin azalması cinsel istekte artışa neden olabilmektedir. Yaşlılık döneminde genel sağlık durumu, yaşanan stres, evlilik veya aile ilişkilerinde yaşanan olumsuzluklar, ileri yaşla cinselliğin son bulacağına ilişkin toplumsal normlar, cinsel sağlığı olumsuz etkilemektedir (Şirin ve Kavlak 2015). Yapılan bir çalışmada 64-77 yaş grubu arasında olan kadınların cinsel davranışları incelenmiştir. Bu çalışmada kadınlar yaşla cinselliklerinin olumsuz etkilenmediğini ifade etmiş, tam tersi yeni cinsel deneyimler yaşadıklarını belirtmişlerdir (Watson ve ark. 2016).

Cinselliğe ilişkin inanç, tutum ve davranışları biyolojik etkenlerle birlikte aile, toplum, kültür ve din etkilemektedir. Her kültürde cinsel davranışları etkileyen yanlış inanış ve mitler bulunmaktadır (Şirin ve Kavlak 2015). Örneğin toplumumuzda, cinselliğin erkeklere özgü olduğu, erkeklerin cinselliği istemeye, ondan zevk almaya ve doyuma ulaşmaya hakkı olduğu görüşü hakimken kadın için cinsellik görev olarak görülmektedir (İncesu 2004). Benzer şekilde yapılan bir çalışmada başta kırsal bölge olmak üzere gebelik ve postpartum dönemde kadınların anneleri tarafından dini ve sosyal normlar nedeniyle cinsellikle ilgili konularda baskı altında bırakıldıkları saptanmıştır (Cantarino ve ark. 2016).

#### 4.4. Doğum Kontrol Yöntemleri

Gebeliği önleme çabalarının insanlık tarihi kadar eskiye dayandığı bilinmektedir. Aile planlaması “*Ailelerin istedikleri zamanda ve istedikleri sayıda çocuk sahibi olma ve doğumlarının arasını açmada özgür karar vermeleri bu amaçla bilgi, eğitim ve araçlara sahip olmaları*” şeklinde tanımlanmaktadır (Beji 2015; Taşkın 2016). Dünya genelinde kontraseptif kullanım oranı 1990 yılında %54,8 iken bu oran 2010 yılında %63,3’e yükselmiştir. Ulusal düzeyde 194 ülkenin verilerine bakıldığında kontraseptif kullanımı Afrika ülkelerinde (Çad, Mali, Sierra Leone ve Güney Sudan) %10’un altındayken; Çin, Kosta Rika, Hong Kong, Malta, Norveç ve Birleşik Krallıklarda %80’in üzerindedir (Alkema ve ark. 2013). Birleşmiş Milletler 2013 verilerine göre, dünyada çiftlerin herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanma oranı %63,2 iken modern yöntem kullanma oranı %57’dir. En sık kullanılan modern yöntemler tüp ligasyon (%18,9), iken rahim içi araç (%13,9), OK (%8,9), kondom (%8,0) ve enjeksiyondur (%4,1). En sık kullanılan geleneksel yöntemler ise takvim yöntemi (%2,9) ve geri çekmedir (%2,7). Gelişmekte olan ülkelerde kullanılan en yaygın modern yöntemler sırasıyla tüpligasyon (%20,6), rahim içi araç (%14,7) ve OK’dır (%7,5). Gelişmiş ülkelerde kondom (%18,4), OK (%17,7) ve rahim içi araç (%8,9) kullanılan modern yöntemlerde ilk üç sırada yer alırken, geri çekme (%5,3) ve takvim yöntemi (%3,2) en fazla kullanılan geleneksel yöntemlerdir (World Contraceptive Patterns 2013).

Türkiye’de TNSA 2013 verilerine göre evli kadınların %47’si modern, %26’si de geleneksel yöntem kullanmaktadır. Kullanılan en yaygın yöntemler geri çekme (%26), rahim içi araç (%17), kondom (%16), tüp ligasyon (%9) ve OK’dır (%5). Ülkemizde yöntem kullanan üç kadından birinin kullandığı yöntemi bıraktığı bulunmuştur. Yöntem bırakma hızının OK’lerde %48, geri çekme yönteminde %34 ve kondom kullanımında %33 olduğu saptanmıştır (Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013).



**Şekil 1. Doğum kontrol yöntemi kullanım oranları**

Kaynak: Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması, 2013 (Erişim Tarihi: 16.01.2016)

Erişim adresi: [www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013](http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013)

#### 4.4.1. Hormonal Doğum Kontrol Yöntemleri

Hormonal doğum kontrol yöntemleri östrojen ve progesteron hormonlarının bileşiminden oluşan kombine hormonal yöntemler ve yalnız progesteron içeren tek hormonlu yöntemler olmak üzere başlıca iki grupta incelenebilir (Beji 2015).

##### 4.4.1.1. Kombine Hormonal Kontraseptifler

Kombine Hormonal Kontraseptifler (KHK) sentetik östrojen ve progestinlerden birini içermekte ve hap, enjeksiyon, halka ve bant şeklinde formları bulunmaktadır (Taşkın 2016). Bu yöntemler ovulasyonu baskılayıp, servikal mukusu kalınlaştırmakta ve endometrium tabakasını inceltmektedir (Beji 2015; Taşkın 2016).

Mide bulantısı, lekelenme, hipomenore, amenore gibi adet düzensizlikleri, kilo artışı, memelerde gerginlik hissi, deride değişiklikler, kan basıncının yükselmesi, depresyon veya ruhsal değişiklikler KHK'lerin en önemli yan etkilerindedir (Beji 2015; Taşkın 2016).

KHK'lerin etkinliği yüksek olup, cinsel ilişkiden bağımsız yöntemlerdir. Dismenoreyi önlemesi, over ve endometriyum kanserlerini, iyi huylu meme

hastalıklarının gelişme riskini azaltması, ektopik gebeliği önlemesi, aknelere fayda sağlaması ve osteoporoz riskini azaltması bu yöntemlerin olumlu yönleridir (Beji 2015; Taşkın 2016).

Vücut ağırlığında artış, kan basıncının yükselmesi, bazı ilaçlar ile etkileşiminin olması ve CYBE'lara karşı koruyuculuğunun olması KHK'lerin olumsuz yönleridir (Beji 2015; Taşkın 2016).

#### **4.4.1.2. Kombine Oral Kontraseptifler**

Kombine oral kontraseptifler (KOK) sentetik östrojen ve progestin içermekte, ovülasyonu baskılamakta, servikal mukusu spermilerin geçişini engelleyecek şekilde kalınlaştırmakta, endometriumu implantasyonu engelleyecek şekilde inceltmekte ve ovumun transportunu yavaşlatarak gebeliği önlemektedir (Şirin ve Kavlak 2015; Taşkın 2016).

KOK'ler son derece etkili ve geri dönüşü olan bir yöntemdir. Doğru kullanıldığında %99,9 oranında etkilidir. Adet kanamalarının hafif, kısa ve düzenli olmasını sağlamakta, premenstrüel şikayetleri, yumurtalıklarda kist oluşumunu ve kolon kanseri riskini azaltmaktadır. Bununla birlikte KOK'ler osteoporoz gelişimini önler ve romatoid artrit azaltır. KOK'ler mide bulantısı, memelerde dolgunluk, ara kanamaları, baş dönmesi ve baş ağrısı yapabilmektedir. Şiddetli karın ağrısı, şiddetli göğüs ağrısı ve nefes darlığı, şiddetli bacak ağrısı ve ani görme kaybı KOK'lerin tehlike belirtilerindendir (Şirin ve Kavlak 2015).

Farklı doz hormon kombinasyonlarına göre monofazik, bifazik ve trifazik olmak üzere üç ayrı tipi olan KOK'lerin quatrifazik olan formu (Natazia) 2010 yılında Food and Drug Administration (FDA) tarafından onaylanmıştır (Rafie 2013) ve 2012 yılında aşırı menstrüel kanama tedavisinde kullanılmaya başlanmıştır (Kiley 2011). Quatrifazik kullanımda dienogest (progestin) siklusun ikinci haftasında artarken, östrodiol valerate (östrojen) siklusun üçüncü günü ilk kez, sekizinci günü ikinci kez azalarak doğal menstrüel siklus taklit edilmektedir (Rafie 2013).

Geleneksel rejimde adet ilk 5 günü içerisinde kullanıma başlanan, 21 gün tek tablet alınan ve sonrasında 7 gün ara verilen KOK'lerin son zamanlarda değişik kullanım rejimleri ortaya çıkmış, (Cremer ve ark. 2010; Sanhal ve ark. 2012) aylık

siklus yerine üç ayda bir menstrüel kanama yapan OK (*seasonale*)'lar üretilmiştir. Şekil 2'de yeni OK formülasyonları verilmiştir.

Ticari İsim	Doz	Özellik
Lybrel	Levonorgestrel/Etinilestradiol 90mcg/20mcg	365 aktif hap Amenore şansı yüksek
Seasonique	Levonorgestrel 150 mcg Etinilestradiol 30 mcg Etinilestradiol 10 mcg/ gün son 7 gün	91 aktif hap Hormonsuz ara dönem yok
Seasonale	Levonorgestrel 150 mcg Etinilestradiol 30 mcg	84 aktif hap Yılda 4 adet çekilme kanaması
Yazz	Drospirenone 3 mg Etinilestradiol 20 mcg	24 aktif hap Aylık çekilme kanaması (+) Daha hafif kanama
Loestrin 24 Fe	Norethindron asetat 1 mg Etinilestradiol 20 mcg	24 aktif hap Aylık çekilme kanaması (+) Daha hafif kanama

## Şekil 2. Oral kontraseptif formülasyonları

Sanhal CY, Ulukus M, İtil İM. Current developments in contraception. J Turk Soc Obstet Gynecol. 2012; 9(2): 85-93.

24/4 olarak adlandırılan rejimde hormonsuz gün sayısı dörde indirilmiştir. Geleneksel rejimle kıyaslandığında bu rejimin ovulasyon baskılanmasını artırdığı çekilme kanaması yaşanan gün sayısını azalttığı bulunmuştur (Nakajima 2007). Geleneksel yöntemle yeni rejimleri karşılaştıran bir meta-analizde; kullanıcıların memnuniyet ve kanama şikayetlerine bağlı yöntem bırakma oranları benzer bulunmuştur (Edelman 2014).

DSÖ 2015 kontraseptif yöntem kullanımı için tıbbi uygunluk kriterlerine göre KOK'lerin kullanım kriterleri aşağıda listelenmiştir (World Health Organization 2015).

DSÖ 2015 kontraseptif yöntem kullanımı için tıbbi uygunluk kriterlerine göre KOK'lerin her durumda kullanılabilmesi durumları (*kategori 1*);

- ✓ menarş ile başlayıp 40 yaşına kadar,
- ✓ doğum sonrası emzirmeyen kadınlarda 42 günden sonra,
- ✓ nullipar veya paröz,

- ✓ tüm trimester düşüklerinden sonra,
- ✓ ektopik gebelikten sonra,
- ✓ pelvik cerrahi öyküsü varlığında,
- ✓ immobilizasyon gerektirmeyen minör cerrahi geçirme,
- ✓ varikoz ven varlığı,
- ✓ migrensiz baş ağrılarında (yönteme başlamak için),
- ✓ epilepside,
- ✓ depresif bozukluklarda,
- ✓ vajinal kanama varlığında,
- ✓ endometrioziste,
- ✓ iyi huylu over tümörlerinde,
- ✓ şiddetli dismonorede,
- ✓ gestasyonel trofoblastik hastalıklarda,
- ✓ servikal erozyonda,
- ✓ iyi huylu meme hastalıklarında,
- ✓ ailede meme kanseri öyküsünde,
- ✓ endometrial kanserde,
- ✓ over kanserinde,
- ✓ uterin fibroziste,
- ✓ pelvik inflamatuvar hastalıkta,
- ✓ cinsel yolla bulaşan hastalıklarda,
- ✓ şistozomiaziste,
- ✓ tüberkülozda,
- ✓ sıtmada,
- ✓ gestasyonel diyabet öyküsünde,
- ✓ basit guatr hastalığında,
- ✓ taşıyıcı veya kronik viral hepatit hastalarında,
- ✓ hafif sirozda,
- ✓ talasemi ve demir eksikliği anemisinde

DSÖ 2015 kontraseptif yöntem kullanımı için tıbbi uygunluk kriterlerine göre KOK'lerin genellikle kullanılabilceği durumlar (*kategori 2*);

- ✓ 40 yaş ve üstü,
- ✓ emziren kadınlarda doğumdan altı ay sonra,
- ✓ emzirmeyen kadınlarda venöz tromboemboli için risk faktörü yoksa pospartum 21-42 gün arasında,
- ✓ 35 yaş altı sigara içen kadınlarda,
- ✓ gebelikte tansiyon yüksekliği öyküsünde,
- ✓ birinci derece akrabasında derin ven trombozu öyküsü olanlarda,

- ✓ majör cerrahi sonrası  
uzamamış immobilizasyonda,
- ✓ yüzeysel venöz tromboziste,
- ✓ komplike olmayan valvüler  
kalp hastalığında,
- ✓ ciddi trombositopenisi veya  
immünosupresif tedavi alan  
sistemik lupus eritematozus  
hastalarında,
- ✓ migrene bağlı olmayan baş  
ağrısında (yönteme devam  
etmek için),
- ✓ 35 yaş altı aurasız migreni olan  
kadınlarda (yönteme başlamak  
için),
- ✓ açıklanamayan vajinal kanama  
varlığında,
- ✓ servikal intraepitelyal  
neoplazide,
- ✓ servikal kanserde,
- ✓ tanımlanmamış kitlesi olan  
meme hastalıklarında,
- ✓ vasküler hastalığı olmayan,  
insüline bağımlı olmayan veya  
insüline bağımlı olan diyabet  
hastalarında,
- ✓ kolesistektomi ile tedavi  
edilmiş veya asemptomatik  
safra kesesi hastalıklarında,
- ✓ gebelikle ilgili kolestaz öyküsü  
olanlarda,
- ✓ akut veya tekrar eden viral  
hepatit olgularında (yönteme  
devam etmek için),
- ✓ fokal nodüler hiperplazili  
karaciğer tümörlerinde,
- ✓ orak hücreli anemi

DSÖ 2015 kontraseptif yöntem kullanımı için tıbbi uygunluk kriterlerine göre KOK'lar dışında uygun bir yöntem yoksa kullanılabileceği durumlar (*kategori 3*);

- ✓ doğum sonrası emziren  
kadınlarda altıncı haftadan  
altıncı aya kadar,
- ✓ emzirmeyen kadınlarda  
venöz tromboemboli için  
riskli durum yoksa  
doğumdan sonraki ilk 21  
günde,
- ✓ venöz tromboemboli için  
riskli durumların  
varlığında doğumdan  
sonraki 21-42 gün  
arasında,
- ✓ 35 yaş ve üstü günde 15  
adet sigaradan az içen  
kadınlarda,
- ✓ kontrol altına alınabilen  
hipertansiyon varlığında,  
sistolik kan basıncının  
140-159 yada diastolik kan  
basıncının 90-99 olduğu  
kadınlarda,



- ✓ hipertansiyon hikayesi olup kan basıncının değerlendirilemediği durumlarda,
- ✓ 35 yaş altı aurasız migreni ve baş ağrısı olan kadınlarda (yönteme devam için),
- ✓ 35 yaş ve üstü aurasız migreni ve baş ağrısı olan kadınlarda (yönteme başlamak için),
- ✓ geçmişte meme kanseri olup beş yıldır hastalık belirtisi olmayanlarda,
- ✓ diyabetik olup nefropati/retinopati/ nöropati gelişenlerde (yönteme başlamak için),
- ✓ diyabetik olup diğer vasküler hastalıkları olan ya da 20 yıl üzeri diabeti olanlarda (yönteme başlamak için),
- ✓ semptomatik safra kesesi hastalığı olan tedavi edilmiş veya hasta olanlarda,
- ✓ geçmişte KOK'a bağlı kolestaz öyküsü olanlarda,

DSÖ 2015 kontraseptif yöntem kullanımı için tıbbi uygunluk kriterlerine göre KOK'lerin kesinlikle kullanılmaması gereken durumlar (*kategori 4*);

- ✓ emziren kadınlarda doğum sonrası altıncı haftadan önce,
- ✓ emzirmeyen kadınlarda venöz tromboemboli için riskli durumların varlığında doğum sonrası ilk 21 günde,
- ✓ 35 yaş ve üstü günde 15 adet sigaradan fazla tüketen kadınlarda,
- ✓ hipertansiyonu olan ve sistolik kan basıncı  $\geq 160$  ya da diastolik kan basıncı  $\geq 100$  veya vasküler hastalığı olanlarda,
- ✓ derin ven trombozu öyküsü olup antikoagülan tedavi almayanlarda akut gelişen derin ven trombozu durumunda,
- ✓ derin ven trombozu öyküsü olup antikoagülan tedavi alanlarda,
- ✓ majör cerrahi tedavi sonrası uzamış immobilizasyon durumunda,
- ✓ trombojenik mutasyonda,

- ✓ iskemik kalp hastalığı ve öyküsünde,
- ✓ inmede,
- ✓ komplike kalp kapak hastalıklarında,
- ✓ sistemik lupus eritematozus olan ve antifosfolipid antikolları pozitif kişilerde,
- ✓ 35 yaş ve üstü aurasız migreni ve baş ağrısı olanlarda (yönteme devam için), auralı migreni olanlarda tüm kadınlarda,
- ✓ meme kanseri varlığında,
- ✓ şiddetli sirozu olanlarda,
- ✓ malign veya hepatosellüler adenomu olanlarda

DSÖ 2015 kontraseptif yöntem kullanımı için tıbbi uygunluk kriterlerine göre KOK'lerin kullanım kategorisi bazı durumlarda risk değerlendirmesine göre değişmektedir. Bu durumlar; hiperlipidemi (kategori 2/3), arteriel kardiyovasküler hastalıklara yönelik multiple risk faktörlerinin (ileri yaş, sigara, diyabet, HT gibi) varlığı (kategori 3/4), akut ya da tekrar eden viral hepatit hastalığıdır (kategori 3/4) (World Health Organization 2015).

Centres for Disease Control and Prevention (CDC) 2016 kontraseptif kullanımı tıbbi uygunluk kriterlerine göre KOK'lerin kullanım kriterleri aşağıda listelenmiştir (Centers for Disease Control and Prevention 2016).

CDC 2016 kontraseptif kullanımı tıbbi uygunluk kriterlerine göre KOK'lerin her durumda kullanılabileceği durumlar (*kategori 1*);

- ✓ menarş ile başlayıp 40 yaşına kadar,
- ✓ nullipar veya paröz,
- ✓ doğum sonrası emzirmeyen kadınlarda 42 günden sonra,
- ✓ tüm trimester düşüklerinden sonra,
- ✓ ektopik gebelikten sonra,
- ✓ pelvik cerrahi öyküsü varlığında,
- ✓ immobilizasyon gerektirmeyen minör cerrahi geçirme,
- ✓ varikoz ven varlığı,
- ✓ migrensiz baş ağrılarında (yönteme başlamak için)
- ✓ epilepside,
- ✓ depresif bozukluklarda,
- ✓ vajinal kanama varlığında,
- ✓ endometrioziste,
- ✓ iyi huylu over tümörlerinde,

- ✓ şiddetli dismonorede,
- ✓ gestasyonel trofoblastik hastalıklarda,
- ✓ servikal erozyonda,
- ✓ iyi huylu meme hastalıklarında,
- ✓ ailede meme kanseri öyküsünde,
- ✓ endometrial kanserde,
- ✓ over kanserinde,
- ✓ uterin fibroziste,
- ✓ pelvik inflamatuvar hastalıkta,
- ✓ cinsel yolla bulaşan hastalıklarda,
- ✓ şistozomiaziste,
- ✓ tüberkülozda,
- ✓ sıtmada,
- ✓ gestasyonel diyabet öyküsünde,
- ✓ basit guatr hastalığında,
- ✓ taşıyıcı veya kronik viral hepatit hastalarında,
- ✓ hafif sirozda,
- ✓ talasemi ve demir eksikliği anemisinde

CDC 2016 kontraseptif kullanımı tıbbi uygunluk kriterlerine göre KOK'lerin genellikle kullanılabileceği durumlar (*kategori 2*);

- ✓ 40 yaş ve üstü,
- ✓ emziren kadınlarda venöz tromboemboli riski yoksa doğumdan bir ay sonra,
- ✓ emzirmeyen kadınlarda venöz tromboemboli için risk faktörü yoksa postpartum 21-42 gün arasında,
- ✓ 35 yaş altı sigara içen kadınlarda,
- ✓ gebelikte tansiyon yüksekliği öyküsünde,
- ✓ birinci derece akrabasında derin ven trombozu öyküsü olanlarda,
- ✓ majör cerrahi sonrası uzamamış immobilizasyonda,
- ✓ komplike olmayan valvüler kalp hastalığında,
- ✓ ciddi trombositopenisi veya immünosupresif tedavi alan sistemik lupus eritematozus hastalarında,
- ✓ aurasız migrene bağlı baş ağrısında,
- ✓ 35 yaş altı aurasız migreni olan kadınlarda (yönteme başlamak için),
- ✓ açıklanamayan vajinal kanama varlığında,

- ✓ servikal intraepitelyal neoplazide,
- ✓ servikal kanserde,
- ✓ tanımlanmamış kitlesi olan meme hastalıklarında,
- ✓ vasküler hastalığı olmayan ve insüline bağımlı olmayan veya insüline bağımlı olan diyabet hastalarında,
- ✓ kolesistektomi ile tedavi edilmiş veya
- asemptomatik safra kesesi hastalıklarında,
- ✓ gebelikle ilgili kolestaz öyküsü olanlarda,
- ✓ akut veya tekrar eden viral hepatit olgularında yonteme devam etmek için,
- ✓ fokal nodüler hiperplazili karaciğer tümörlerinde,
- ✓ orak hücreli anemide

CDC 2016 kontraseptif kullanımı tıbbi uygunluk kriterlerine göre KOK'lar dışında uygun bir yöntem yoksa kullanılabilceği durumlar (*kategori 3*);

- ✓ doğum sonrası emziren kadınlarda ilk bir ayda,
- ✓ emzirmeyen kadınlarda,
- ✓ venöz tromboemboli için riskli durumların varlığında doğumdan sonraki 21-42 gün arasında,
- ✓ 35 yaş ve üstü günde 15 adet sigaradan az içen kadınlarda,
- ✓ kontrol altına alınabilen hipertansiyon varlığında sistolik kan basıncının 140-159 yada diastolik kan basıncının 90-99 olduğu kadınlarda,
- ✓ hipertansiyon hikayesi olup kan basıncının değerlendirilmediği durumlarda,
- ✓ derin ven trombozu öyküsü olup antikoagulan tedavi alan ve tekrarlayan düşük riskli vakalarda,
- ✓ yüzeysel venöz tromboziste,
- ✓ geçmişte meme kanseri olup beş yıldır hastalık belirtisi olmayanlarda,
- ✓ diyabetik olup nefropati/ retinopati/ nöropati gelişenlerde yonteme başlamak için,

- ✓ diyabetik olup diğer vasküler hastalıklar ya da 20 yıl üzeri diabeti olanlarda yönteme başlamak için,
- ✓ semptomatik safra kesesi hastalığı olan tedavi edilmiş veya hasta olanlarda,
- ✓ geçmişte KOK'a bağlı kolestaz öyküsü olanlarda,

CDC 2016 kontraseptif kullanımı tıbbi uygunluk kriterlerine göre KOK'lerin kesinlikle kullanılmaması gereken durumlar (*kategori 4*);

- ✓ emzirmeyen kadınlarda doğum sonrası ilk 21 günde,
- ✓ 35 yaş ve üstü günde 15 adet sigaradan fazla tüketen kadınlarda,
- ✓ hipertansiyonu olan ve sistolik kan basıncı  $\geq 160$  ya da diastolik kan basıncı  $\geq 100$  veya vasküler hastalığı olanlarda,
- ✓ derin ven trombozu öyküsü olup antikoagülan tedavi almayanlarda akut gelişen derin ven trombozu veya yüksek riskli durumda,
- ✓ derin ven trombozu öyküsü olup en az üç aydır antikoagülan tedavi alıp tekrarlama riskinin yüksek olduğu durumda,
- ✓ majör cerrahi tedavi sonrası uzamış immobilizasyon durumunda,
- ✓ trombojenik mutasyonda,
- ✓ iskemik kalp hastalığı ve öyküsünde,
- ✓ inmede,
- ✓ komplike kalp kapak hastalıklarında,
- ✓ sistemik lupus eritematosus olan ve antifosfolipid antikorları pozitif kişilerde,
- ✓ auralı migrene bağlı baş ağrısı olanlarda,
- ✓ meme kanseri varlığında,
- ✓ şiddetli sirozu olanlarda,
- ✓ malign veya hepatosellüler adenomu olanlarda

CDC 2016 kontraseptif yöntem kullanımı için tıbbi uygunluk kriterlerine göre KOK'lerin kullanım kategorisi bazı durumlarda risk değerlendirmesine göre

değişmektedir. Bu durumlar; arteriel kardiyovasküler hastalıklara yönelik multiple risk faktörlerinin (ileri yaş, sigara, diyabet, HT gibi) varlığı (kategori 3/4) ve akut ya da tekrar eden viral hepatit hastalığıdır (kategori 3/4) (Centers for Disease Control and Prevention 2016).

#### **4.4.1.3. Kombine Enjektabl Hormonal Kontraseptifler**

Kombine Enjektabl Hormonal Kontraseptiflerin (KEK) doğal östrojen ve progesteron olarak “östradiol valerate 5mg+ noretisteronenantate 50mg” (Mesigyna) ve “östradiol cypionate 5 mg + medroxyprogesteron asetat 25 mg” (Cyclofem/Lunelle) içeren iki preparatı bulunmaktadır. Mesigna 1997 yılından beri ülkemizde bulunmaktadır (Wolfe ve Cansino 2015). Lunelle FDA tarafından 2000 yılında onaylanmış fakat üretim problemlerinden dolayı dağıtımını durdurulmuş olup Amerika’da bulunmamakta, Latin Amerika ve Asya kıtasının belirli bölgelerinde yaygın kullanılmaktadır (Bagade ve ark. 2014).

Diğer kontraseptif yöntemleri kullanamayan sosyo-kültürel seviyesi düşük veya unutkanlık sorunu yaşayan kadınlar için uygun olan bu yöntemler, aylık intramuskuler enjeksiyonlarla kullanılmaktadır (World Health Organization 2008).

Doğru kullanıldığında %97 koruma sağlamakta ve bırakıldığında fertilitate kısa sürede geri dönmektedir (TJOD Oral Kontasepsiyon Klavuzu 2012). Kullanımı kolay olan bu yöntemler menarştan menopaza kadar kullanılabilir. Over kistlerinden ve over kanserinden korumaktadır. KEK’ler adet düzensizliği, baş ağrısı, baş dönmesi, halsizlik, yorgunluk, memelerde hassasiyet ve kilo artışı yapabilmektedir. Enjeksiyon yapılan yerde kızarıklık, ağrı ve şişlik görülürse, adet gecikmesi, şiddetli karın ağrısı, göğüs ağrısı, baş ağrısı, uyluk ya da bacak ağrısı, nefes darlığı, ani görme kaybı ya da bulanık görme ve konuşma bozukluğu durumları KEK’lerin tehlike belirtileri olup, bu belirtiler görüldüğünde hemen doktora başvurulmalıdır (Taşkın 2016; Beji 2015).

DSÖ 2015 kontraseptif yöntem kullanımı için tıbbi uygunluk kriterlerine göre KEK’lerin kullanım kriterleri aşağıda listelenmiştir (World Health Organization 2015).

DSÖ 2015 kontraseptif yöntem kullanımı için tıbbi uygunluk kriterlerine göre KEK'lerin her durumda kullanılabilmesi durumları (*kategori 1*);

- ✓ menarş ile başlayıp 40 yaşına kadar,
- ✓ nullipar veya paröz,
- ✓ doğum sonrası emzirmeyen kadınlarda 42 günden sonra,
- ✓ tüm trimester düşüklerinden sonra,
- ✓ ektopik gebelikten sonra,
- ✓ pelvik cerrahi öyküsü varlığında,
- ✓ immobilizasyon gerektirmeyen minör cerrahi geçirme,
- ✓ varikoz ven varlığı,
- ✓ migrensiz baş ağrılarında yöntem kullanılmıyorsa başlanması durumunda,
- ✓ epilepside,
- ✓ depresif bozukluklarda,
- ✓ vajinal kanama varlığında,
- ✓ endometrioziste,
- ✓ iyi huylu over tümörlerinde,
- ✓ şiddetli dismonorede,
- ✓ gestasyonel trofoblastik hastalıklarda,
- ✓ servikal erozyonda,
- ✓ iyi huylu meme hastalıklarında,
- ✓ ailede meme kanseri öyküsünde,
- ✓ endometrial kanserde,
- ✓ over kanserinde,
- ✓ uterin fibroziste,
- ✓ pelvik inflamatuvar hastalıkta,
- ✓ cinsel yolla bulaşan hastalıklarda,
- ✓ şistozomiaziste,
- ✓ tüberkülozda,
- ✓ sıtmada,
- ✓ gestasyonel diyabet öyküsünde,
- ✓ basit guatr hastalığında,
- ✓ akut, tekrar edebilen, taşıyıcı veya kronik viral hepatit hastalarında,
- ✓ hafif sirozda,
- ✓ talasemi ve demir eksikliği anemisinde

DSÖ 2015 kontraseptif yöntem kullanımı için tıbbi uygunluk kriterlerine göre KEK'lerin genellikle kullanılabilmesi durumları (*kategori 2*);

- ✓ 40 yaş ve üstü,
- ✓ emziren kadınlarda doğumdan altı ay sonra,

- ✓ emzirmeyen kadınlarda venöz tromboemboli için risk faktörü yoksa pospartum 21-42 gün arasında,
- ✓ 35 yaş altı sigara içen kadınlarda,
- ✓ 35 yaş ve üstü günde 15 adet sigaradan az içen kadınlarda,
- ✓ gebelikte tansiyon yüksekliği öyküsünde,
- ✓ birinci derece akrabasında derin ven trombozu öyküsü olanlarda,
- ✓ majör cerrahi sonrası uzamamış immobilizasyonda,
- ✓ yüzeysel venöz tromboziste,
- ✓ komplike olmayan valvüler kalp hastalığında,
- ✓ ciddi trombositopenisi veya immünosupresif tedavi alan sistemik lupus eritematosus hastalarında,
- ✓ migrene bağlı olmayan baş ağrısında yönteme devam durumunda,
- ✓ 35 yaş altı aurasız migreni olan kadınlarda yönteme başlamak için,
- ✓ açıklanamayan vajinal kanama varlığında,
- ✓ servikal intraepitelyal neoplazide,
- ✓ servikal kanserde,
- ✓ tanımlanmamış kitlesi olan meme hastalıklarında,
- ✓ vasküler hastalığı olmayan,
- ✓ insüline bağımlı olmayan veya insüline bağımlı olan diyabet hastalarında,
- ✓ kolesistektomi ile veya tıbbi olarak tedavi edilmiş veya halen hasta ya da asemptomatik safra kesesi hastalıklarında,
- ✓ gebelikle ilgili kolestaz öyküsü olanlarda,
- ✓ geçmişte KOK'a bağlı kolestaz öyküsü olanlarda,
- ✓ fokal nodüler hiperplazili karaciğer tümörlerinde,
- ✓ orak hücreli anemi



DSÖ 2015 kontraseptif yöntem kullanımı için tıbbi uygunluk kriterlerine göre KEK'lerin dışında uygun bir yöntem yoksa kullanılabilmesi durumlar (*kategori 3*);

- ✓ doğum sonrası emziren kadınlarda altıncı haftadan altıncı aya kadar,
- ✓ 35 yaş ve üstü günde 15 adet sigaradan fazla tüketen kadınlarda,
- ✓ emzirmeyen kadınlarda venöz tromboemboli için riskli durum yoksa doğumdan sonraki ilk 21 günde,
- ✓ venöz tromboemboli için riskli durumların varlığında doğumdan sonraki 21-42 gün arasında,
- ✓ kontrol altına alınabilen hipertansiyon varlığında, sistolik kan basıncının 140-159 yada diastolik kan basıncının 90-99 olduğu kadınlarda,
- ✓ hipertansiyon hikayesi olup kan basıncının değerlendirilmediği durumlarda,
- ✓ 35 yaş altı aurasız migreni ve baş ağrısı olan kadınlarda (yönteme devam için),
- ✓ 35 yaş ve üstü aurasız migreni ve baş ağrısı olan kadınlarda (yönteme başlamak için),
- ✓ geçmişte meme kanseri olup beş yıldır hastalık belirtisi olmayanlarda,
- ✓ diyabetik olup nefropati/ retinopati/ nöropati gelişenlerde (yönteme başlamak için),
- ✓ diyabetik olup diğer vasküler hastalıklar ya da 20 yıl üzeri diabeti olanlarda yönteme başlamak için, şiddetli siroz vakalarında

DSÖ 2015 kontraseptif yöntem kullanımı için tıbbi uygunluk kriterlerine göre KEK'lerin kesinlikle kullanılmaması gereken durumlar (*kategori 4*);

- ✓ emziren kadınlarda doğum sonrası altıncı haftadan önce,
- ✓ emzirmeyen kadınlarda venöz tromboemboli için riskli durumların

- varlığında doğum sonrası ilk 21 günde,
- ✓ hipertansiyonu olan ve sistolik kan basıncı  $\geq 160$  ya da diastolik kan basıncı  $\geq 100$  veya vasküler hastalığı olanlarda,
  - ✓ derin ven trombozu öyküsü olup antikoagülan tedavi almayanlarda akut gelişen derin ven trombozu durumunda,
  - ✓ derin ven trombozu öyküsü olup antikoagülan tedavi alanlarda,
  - ✓ majör cerrahi tedavi sonrası uzamış immobilizasyon durumunda,
- ✓ trombojenik mutasyonda,
  - ✓ iskemik kalp hastalığı ve öyküsünde,
  - ✓ inmede,
  - ✓ komplike kalp kapak hastalıklarında,
  - ✓ sistemik lupus eritematosus olan ve antifosfolipid antikorları pozitif kişilerde,
  - ✓ 35 yaş ve üstü aurasız migreni ve baş ağrısı olanlarda (yönteme devam için),
  - ✓ auralı migreni olanlarda tüm kadınlarda,
  - ✓ meme kanseri varlığında,

DSÖ 2015 kontraseptif yöntem kullanımı için tıbbi uygunluk kriterlerine göre KEK'lerin kullanım kategorisi bazı durumlarda risk değerlendirmesine göre değişmektedir. Bu durumlar; hiperlipidemi (kategori 2/3), arteriel kardiyovasküler hastalıklara yönelik multiple risk faktörlerinin (ileri yaş, sigara, diyabet, HT gibi) varlığı (kategori 3/4) ve malign karaciğer tümörleridir (kategori 3/4) (World Health Organization 2015).

CDC kontraseptif kullanım kriterlerine göre KEK'ler KOK'lar ile aynı grupta değerlendirilmiştir (Centers for Disease Control and Prevention 2016).

#### 4.4.1.4. Kombine Vajinal Halka

Vajinal halkalar 1960'lardan sonra üreilmeye başlanmıştır. Adet döneminde vajinaya yerleştirilen ve üç hafta boyunca vajinada kaldıktan sonra bir hafta ara

verilen ince, renksiz, bükülebilen yumuşak bir halkadır. Kombine vajinal halka üç hafta boyunca günde 15 mcg etinilestradiol ve 120 mcg etonogestrel salgılar ve bu hormonlar vajinal mukozadan emilir (Dieben ve ark. 2002). Ovülasyonu baskılayarak etki gösteren kombine vajinal halkaların karaciğerden ilk geçiş etkisi olmadığı için daha az metabolik yan etkileri görülmektedir. Kadın vajinal halkanın doğru kullanımını öğrendiği zaman sağlık kuruluşuna gitmeden doğurganlığını kontrol altına alabilmekte ve halkayı bıraktığında hemen gebe kalabilmektedir. Ticari ismi Nuvaring (2,7 mg of ethinyl estradiol (EE) ve 11,7 mg of etonogestrel) olan kombine vajinal halkalar FDA tarafından 2001 yılında onaylanmıştır (Wieder ve Pattimakiel, 2010).

CYBE ve HIV'e karşı koruyucu olmayan kombine vajinal halkalar bazen vajenden kendiliğinden dışarı çıkabilmektedir. Hormonal bir yöntem kullanamayan, yöntemin kullanımını öğrenemeyecek durumda olan ve sık sık vajinal enfeksiyon geçiren kadınlar için uygun bir yöntem değildir. Vajinal akıntı ve yabancı cisim reaksiyonu geçirilmesine neden olabilir. En çok rapor edilen yan etkiler baş ağrısı, vajinit, kilo alma ve mide bulantısıdır (Bruni ve ark. 2008).

KHK'lere genel olarak bakıldığında KOK, transdermal yama ve vajinal halkaların koruyuculuk düzeylerinin benzer olduğu belirtilmekle birlikte, başarısızlık hızı tipik kullanımda %8, doğru kullanımda %0,3'tür (Lopez ve ark. 2010; World Health Organization 2015).

Vajinal kombine halkaların kullanım kriterlerinin KOK'ler ile aynı olduğu DSÖ ve CDC tarafından belirtilmiştir (World Health Organization 2015; Centers for Disease Control and Prevention 2016).

#### **4.4.1.5. Sadece Progesteron İçeren Kontraseptifler**

Bu grupta yer alan kontraseptifler düşük dozda progesteron içermektedir. Estrojene bağlı gelişen metabolik ve klinik yan etkilerden kaçınmak için laktasyonel dönemde, menarş veya menapozda tercih edilmektedirler (McCann ve ark. 1994; Sanhal ve ark. 2012). Sadece progesteron içeren yöntemlerin mini hap, enjektabl ve implant formları bulunmaktadır (Beji 2015). Başta ovulasyonu inhibe eden bu yöntemler endometriumu nidasyon için elverişsiz hale getirip, servikal mukusu

kalınlaştırmakta, tubal motilite ve silial aktiviteyi azaltıcı etki göstermektedirler (Erkkola ve Landgren 2005). Yalnızca progestin içeren yöntemler lekelenme, hipomenore, amenore gibi adet düzensizlikleri, baş ağrısı, memede gerginlik yapabilirler. Bununla birlikte adet kanaması miktarını ve krampları azaltmaktadırlar (Beji 2015). Sadece progestin içeren yöntemleri kullananlarda emzirmenin azalması ile yöntemin etkinliğinin azaldığı ve kombine yöntemler ile kıyaslandığında adet düzensizliklerinin daha fazla görüldüğü belirtilmektedir (Beji 2015; Taşkın 2016).

#### **4.4.1.5.1. Sadece Progesteron İçeren Haplar/ Mini Haplar**

Mini haplar 1970 tarihinde üreilmeye başlanmış ve bu yöntemlerin koruyuculuğu doğru kullanımda başarısızlık oranı %0,5'tir. Mini haplar ovülasyonu baskılayıp, servikal mukusu kalınlaştırarak etki etmektedir (McCann ve Potter 1995; Ahrendt ve ark. 2010). Noretisteron, norgestrel, levonorgestrol, etinodiol diasetat ve lynetrenol gibi farklı progestinleri içeren çok sayıda preparat mevcut olup Cerazette 75 mcg desogestrel, Microval 30 mcg levonorgestrel, Ovral 500 mcg norgestrel, Micronor 350 mcg norethisterone içermektedir (Rabe 2010; Ahrendt ve ark. 2010). Mini hapların her gün aynı saatte ve ara verilmeden 28 gün düzenli olarak kullanımına dikkat edilmesi etkinliği artırmaktadır (Ahrendt ve ark. 2010).

Laktasyon döneminde kullanılabilirleri avantaj sağlarken, menstrüel düzensizliğe sebep olması bu yöntemin dezavantajıdır. Açıklanamayan kanama, meme karsinomu ve gebelik şüphesi mini hapların kontrendikasyonlarındandır (McCann ve ark. 1994; Sanhal ve ark. 2012).

DSÖ 2015 kontraseptif yöntem kullanımı için tıbbi uygunluk kriterlerine göre mini hapların kullanım kriterleri aşağıda listelenmiştir (World Health Organization 2015).

DSÖ 2015 kontraseptif yöntem kullanımı için tıbbi uygunluk kriterlerine göre mini hapların her durumda kullanılabilen durumlar (*kategori 1*);

- |                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| ✓ menarş ile başlayıp tüm yaşlarda, | ✓ doğum sonrası emziren kadınlarda altıncı haftadan itibaren, |
| ✓ nullipar veya paröz,              |   |

- ✓ emzirmeyen kadınlarda doğumdan sonra,
- ✓ tüm trimester düşüklerinden sonra,
- ✓ pelvik cerrahi öyküsü varlığında,
- ✓ sigara içenlerde,
- ✓ kontrol altına alınabilen hipertansiyon varlığında, sistolik kan basıncının 140-159 yada diastolik kan basıncının 90-99 olduğu kadınlarda,
- ✓ gebelikte tansiyon yüksekliği öyküsünde,
- ✓ birinci derece akrabasında derin ven trombozu öyküsü olanlarda,
- ✓ immobilizasyon gerektirmeyen majör veya minör cerrahi geçirme,
- ✓ varikoz ven varlığı,
- ✓ yüzeysel venöz tromboziste,
- ✓ komplike/komplike olmayan valvüler kalp hastalığında,
- ✓ migrensiz baş ağrılarında,
- ✓ aurasız migreni ve baş ağrısı olan kadınlarda (yönteme başlamak için),
- ✓ epilepside,
- ✓ depresif bozukluklarda,
- ✓ endometrioziste,
- ✓ iyi huylu over tümörlerinde,
- ✓ şiddetli dismonorede,
- ✓ gestasyonel trofoblastik hastalıklarda,
- ✓ servikal erozyonda,
- ✓ servikal intraepitelyal neoplazide,
- ✓ servikal kanserde,
- ✓ iyi huylu meme hastalıklarında,
- ✓ ailede meme kanseri öyküsünde,
- ✓ endometrial kanserde,
- ✓ over kanserinde,
- ✓ uterin fibroziste,
- ✓ pelvik inflamatuvar hastalıkta,
- ✓ CYBH,
- ✓ şistozomiaziste,
- ✓ tüberkülozda,
- ✓ sıtmada,
- ✓ gestasyonel diyabet öyküsünde,
- ✓ basit guatr hastalığında,
- ✓ gebelikle ilgili kolestaz öyküsü olanlarda,
- ✓ taşıyıcı veya kronik viral hepatit hastalarında,
- ✓ hafif sirozda,

- ✓ talasemi, orak hücreli anemisinde
- ✓ anemide ve demir eksikliği

DSÖ 2015 kontraseptif yöntem kullanımı için tıbbi uygunluk kriterlerine göre mini hapların genellikle kullanılabilceği durumlar (*kategori 2*);

- ✓ emziren kadınlarda doğum sonrası altıncı haftadan önce,
- ✓ ektopik gebelikten sonra,
- ✓ arteriel kardiyovasküler hastalıklara yönelik multiple risk faktörlerinin (ileri yaş, sigara, diyabet, HT gibi) varlığında,
- ✓ hipertansiyonu olan ve sistolik kan basıncı  $\geq 160$  ya da diastolik kan basıncı  $\geq 100$  veya vasküler hastalığı olanlarda,
- ✓ hipertansiyon hikayesi olup kan basıncının değerlendirilmediği durumlarda,
- ✓ derin ven trombozu/pulmoner emboli öyküsü olup antikoagülan tedavi alan veya almayanlar,
- ✓ majör cerrahi sonrası uzamış immobilizasyonda,
- ✓ trombojenik mutasyonda,
- ✓ iskemik kalp hastalığı ve öyküsünde yönteme başlamak için,
- ✓ inme öyküsünde (yönteme başlamak için),
- ✓ hiperlipidemide,
- ✓ ciddi trombositopenisi veya immünosupresif tedavi alan sistemik lupus eritematozus hastalarında,
- ✓ aurasız migreni ve baş ağrısı olan kadınlarda (yönteme devam için),
- ✓ auralı migreni olanlarda tüm kadınlarda (yönteme başlamak için),
- ✓ ağır olmayan düzensiz kanamalarda,
- ✓ ağır veya uzamış vajinal kanama varlığında,
- ✓ açıklanamayan vajinal kanama varlığında,
- ✓ tanımlanmamış kitlesi olan meme hastalıklarında,
- ✓ vasküler hastalığı olmayan,
- ✓ insüline bağımlı olmayan veya insüline bağımlı olan diyabet hastalarında,
- ✓ diyabetik olup nefropati/retinopati/ nöropati gelişenlerde,

- ✓ diğer vasküler hastalıklar ya da 20 yıl üzeri diabeti olanlarda,
- ✓ kolesistektomi veya tıbbi olarak tedavi edilmiş veya halen hasta ya da asemptomatik safra kesesi hastalıklarında,
- ✓ geçmişte KOK'a bağlı kolestaz öyküsü olanlarda,
- ✓ akut veya tekrar eden viral hepatit olgularında (yönteme devam etmek için),
- ✓ fokal nodüler hiperplazili karaciğer tümörlerinde

DSÖ 2015 kontraseptif yöntem kullanımı için tıbbi uygunluk kriterlerine göre mini haplar dışında uygun bir yöntem yoksa kullanılabileceği durumlar (*kategori 3*);

- ✓ akut gelişen derin ven trombozu durumunda,
- ✓ iskemik kalp hastalığı ve öyküsünde (yönteme devam için),
- ✓ inme öyküsünde (yönteme devam için),
- ✓ sistemik lupus eritematozus olan ve antifosfolipid antikorları pozitif kişilerde,
- ✓ auralı migreni olanlarda kadınlarda (yönteme devam için),
- ✓ geçmişte meme kanseri olup beş yıldır hastalık belirtisi olmayanlarda,
- ✓ akut ya da tekrar eden viral hepatit hastalığı olanlarda (yönteme başlamak için),
- ✓ şiddetli sirozu olanlarda,
- ✓ hepatosellüler veya malign adenomu olanlarda

DSÖ 2015 kontraseptif yöntem kullanımı için tıbbi uygunluk kriterlerine göre mini hapların kesinlikle kullanılmaması gereken durumlar (*kategori 4*);

- ✓ meme kanseri varlığı

CDC 2016 kontraseptif kullanımı tıbbi uygunluk kriterlerine göre mini hapların kullanım kriterleri aşağıda listelenmiştir (Centers for Disease Control and Prevention 2016).

CDC 2016 kontraseptif kullanımı tıbbi uygunluk kriterlerine göre mini hapların her durumda kullanılabileceği durumlar (*kategori 1*);

- ✓ menarş ile başlayıp tüm yaşlarda,
- ✓ nullipar veya paröz,

- ✓ doğum sonrası emziren kadınlarda doğumdan bir ay sonra,
- ✓ emzirmeyen kadınlarda doğumdan sonra,
- ✓ tüm trimester düşüklerinden sonra,
- ✓ pelvik cerrahi öyküsü varlığında,
- ✓ sigara içenlerde,
- ✓ kontrol altına alınabilen hipertansiyon varlığında,
- ✓ sistolik kan basıncının 140-159 ya da diastolik kan basıncının 90-99 olduğu kadınlarda,
- ✓ gebelikte tansiyon yüksekliği öyküsünde,
- ✓ en az üç aydır antikoagülan tedavisi alan ve birinci derece akrabasında derin ven trombozu öyküsü olanlarda,
- ✓ immobilizasyon gerektirmeyen majör veya minör cerrahi operasyon geçirme,
- ✓ varikoz ven varlığı,
- ✓ yüzeyel venöz tromboziste,
- ✓ komplike/komplike olmayan valvüler kalp hastalığında,
- ✓ migrensiz baş ağrılarında,
- ✓ auralı ve aurasız migrene bağlı baş ağrısı olan kadınlarda,
- ✓ epilepside,
- ✓ depresif bozukluklarda,
- ✓ endometrioziste,
- ✓ iyi huylu over tümörlerinde,
- ✓ şiddetli dismenorede,
- ✓ gestasyonel trofoblastik hastalıklarda,
- ✓ servikal erozyonda,
- ✓ servikal intraepitelyal neoplazide,
- ✓ servikal kanserde,
- ✓ iyi huylu meme hastalıklarında,
- ✓ ailede meme kanseri öyküsünde,
- ✓ endometrial kanserde,
- ✓ over kanserinde,
- ✓ uterin fibroziste,
- ✓ pelvik inflamatuvar hastalıkta,
- ✓ cinsel yolla bulaşan hastalıklarda,
- ✓ şistozomiaziste,
- ✓ tüberkülozda,
- ✓ sıtmada,
- ✓ gestasyonel diyabet öyküsünde,
- ✓ basit guatr hastalığında,
- ✓ gebelikle ilgili kolestaz öyküsü olanlarda,
- ✓ akut, tekrar eden, taşıyıcı veya kronik viral hepatit hastalarında, hafif sirozda,



- ✓ talasemi, orak hücreli anemide ve demir eksikliği anemisinde

CDC 2016 kontraseptif kullanımı tıbbi uygunluk kriterlerine göre mini hapların genellikle kullanılabilceği durumlar (*kategori 2*);

- ✓ emziren kadınlarda doğum sonrası ilk bir ayda,
- ✓ ektopik gebelikten sonra,
- ✓ arteriel kardiyovasküler hastalıklara yönelik multiple risk faktörlerinin (ileri yaş, sigara, diyabet, HT gibi) varlığında,
- ✓ hipertansiyonu olan ve sistolik kan basıncı  $\geq 160$  ya da diastolik kan basıncı  $\geq 100$  veya vasküler hastalığı olanlarda,
- ✓ hipertansiyon hikayesi olup kan basıncının değerlendirilmediği durumlarda,
- ✓ derin ven trombozu/pulmoner emboli öyküsü olup en az üç aydır antikoagülan tedavi alan veya almayanlarda,
- ✓ akut gelişmiş derin ven trombozu durumunda,
- ✓ majör cerrahi sonrası uzamış immobilizasyonda,
- ✓ trombojenik mutasyonda,
- ✓ iskemik kalp hastalığı ve öyküsünde (yönteme başlamak için),
- ✓ inme öyküsünde (yönteme başlamak için),
- ✓ hiperlipidemide,
- ✓ ciddi trombositopenisi olan veya immünosupresif tedavi alan sistemik lupus eritematozus hastalarında,
- ✓ ağır olmayan düzensiz vajinal kanamada,
- ✓ ağır veya uzamış vajinal kanama varlığında,
- ✓ açıklanamayan vajinal kanama varlığında,
- ✓ tanımlanmamış kitlesi olan meme hastalıklarında,
- ✓ vasküler hastalığı olmayan, insüline bağımlı olmayan veya insüline bağımlı olan diyabet hastalarında,
- ✓ diyabetik olup nefropati/retinopati/ nöropati gelişenlerde,
- ✓ diğer vasküler hastalığı ya da 20 yıl üzeri diabeti olanlarda,
- ✓ kolesistektomi veya tıbbi olarak tedavi edilmiş veya halen hasta ya da asemptomatik safra kesesi hastalıklarında,
- ✓ geçmişte KOK'a bağlı kolestaz öyküsü olanlarda, fokal nodüler

hiperplazili karaciğer

tümörlerinde

CDC 2016 kontraseptif kullanımı tıbbi uygunluk kriterlerine göre mini haplar dışında uygun bir yöntem yoksa kullanılabilceği durumlar (*kategori 3*);

- |   |  |
|---|--|
| ✓ iskemik kalp hastalığı ve öyküsünde (yönteme devam için), | antifosfolipid antikorları pozitif kişilerde,                            |
| ✓ inme öyküsünde (yönteme devam için),                      | ✓ geçmişte meme kanseri olup beş yıldır hastalık belirtisi olmayanlarda, |
| ✓ sistemik lupus eritematosus olan ve                       | ✓ şiddetli sirozu olanlarda,   |
|   | ✓ hepatosellüler veya malign adenomu olanlarda                           |

CDC 2016 kontraseptif yöntem kullanımı için tıbbi uygunluk kriterlerine göre mini hapların kesinlikle kullanılmaması gereken durumlar (*kategori 4*);

- ✓ meme kanseri varlığı

#### **4.4.1.5.2 Sadece Progesteron İçeren Enjektabel Preparatlar**

150 mgr depo medroksiprogesteronasetat (DMPA/Depo-Provera®) üç ayda bir Noristerat 200mg noretisterone enantate (NET-EN/Noristerat®) iki ayda bir kez intramuskuler yolla uygulanır. Bu yöntemler ovülasyonu inhibe ederek, servikal mukusu etkileyerek ve endometriumu implantasyon için elverişsiz hala getirerek yüksek düzeyde kontraseptif etki sağlarlar (Kapp ve Gaffield 2013). Doğru kullanımda %99,8, tipik kullanımda %94 koruyucudur (Trussell 2011). Fertilite geri dönüş süresinin 12-18 ay oluşu ve kemik mineral dansitesini azaltıcı etkisi olumsuz özelliklerinden olup kırık riskini artırdığı gösterilmemiştir (Curtis ve Martins 2006; Lopez 2014; Stewart ve ark. 2016). Enjeksiyon sonrası tekrarlayan şiddetli migren tipi baş ağrıları, aşırı adet kanaması, adet düzensizlikleri, görmede bulanıklık, karnın alt bölgesinde şiddetli ağrı ve sarılık bu yöntemin tehlike belirtilerindedir (Taşkın 2016).

DMPA intramusküler formundan sonra DMPA subkütanoz formu (Sayana Press®) üzerinde evde yapılabilmesi için (insülin iğnesi gibi) çalışılmış olup kullanım oranının artırılması amaçlanmıştır (Wolfe ve Cansino 2015).

DSÖ 2015 kontraseptif yöntem kullanımı için tıbbi uygunluk kriterlerine göre DMPA'ların kullanım kriterleri aşağıda listelenmiştir (World Health Organization 2015).

DSÖ 2015 kontraseptif yöntem kullanımı için tıbbi uygunluk kriterlerine göre DMPA'nın her durumda kullanılabilmesi için durumlar (*kategori 1*);

- ✓ 18-45 yaş arası,
- ✓ nullipar veya paröz,
- ✓ doğum sonrası emziren kadınlarda altıncı haftadan itibaren,
- ✓ emzirmeyen kadınlarda doğumdan sonra,
- ✓ tüm trimester düşüklerinden sonra,
- ✓ ektopik gebelikten sonra,
- ✓ pelvik cerrahi öyküsü varlığında,
- ✓ sigara içenlerde,
- ✓ gebelikte tansiyon yüksekliği öyküsünde,
- ✓ birinci derece akrabasında derin ven trombozu öyküsü olanlarda,
- ✓ immobilizasyon gerektirmeyen majör veya minör cerrahi geçirme,
- ✓ varikoz ven varlığı,
- ✓ yüzeysel venöz tromboziste,
- ✓ komplike/komplike olmayan valvüler kalp hastalığında,
- ✓ migrensiz baş ağrılarında,
- ✓ epilepside,
- ✓ depresif bozukluklarda,
- ✓ endometrioziste,
- ✓ iyi huylu over tümörlerinde,
- ✓ şiddetli dismonorede,
- ✓ gestasyonel trofoblastik hastalıklarda,
- ✓ servikal erozyonda,
- ✓ iyi huylu meme hastalıklarında,
- ✓ ailede meme kanseri öyküsünde,
- ✓ endometrial kanserde,
- ✓ over kanserinde,
- ✓ uterin fibroziste,
- ✓ pelvik inflamatuvar hastalıkta,
- ✓ CYBH,
- ✓ şistozomiaziste,
- ✓ tüberkülozda,
- ✓ sıtmada,
- ✓ gestasyonel diyabet öyküsünde,
- ✓ basit guatr hastalığında,
- ✓ gebelikle ilgili kolestaz öyküsü olanlarda,

- ✓ taşıyıcı veya kronik viral hepatit hastalarında,
- ✓ akut, tekrar eden, taşıyıcı veya kronik viral hepatit hastalarında,
- ✓ hafif sirozda,
- ✓ talasemi, orak hücreli anemide ve demir eksikliği anemisinde

DSÖ 2015 kontraseptif yöntem kullanımı için tıbbi uygunluk kriterlerine göre DMPA'ların genellikle kullanılabileceği durumlar (*kategori 2*);

- ✓ menarştan 18 yaşına kadar ve 45 yaşından sonra,
- ✓ emziren kadınlarda altı aydan sonra,
- ✓ kontrol altına alınabilen hipertansiyon varlığında, sistolik kan basıncının 140-159 yada diastolik kan basıncının 90-99 olduğu kadınlarda,
- ✓ hipertansiyon hikayesi olup kan basıncının değerlendirilmediği durumlarda,
- ✓ derin ven trombozu/pulmoner emboli öyküsü olup antikoagülan tedavi alan veya almayanlar,
- ✓ majör cerrahi sonrası uzamış immobilizasyonda,
- ✓ trombojenik mutasyonda,
- ✓ hiperlipidemide,
- ✓ ciddi trombositopenisi olan hastalarda (yönteme devam etmek için),
- ✓ immünosupresif tedavi alan sistemik lupus eritematozus hastalarında
- ✓ aurasız migreni ve baş ağrısı olan kadınlarda,
- ✓ ağır olmayan düzensiz vajinal kanamada,
- ✓ ağır veya uzamış vajinal kanama varlığında,
- ✓ açıklanamayan vajinal kanama varlığında,
- ✓ servikal intraepitelyal neoplazide,
- ✓ servikal kanserde,
- ✓ tanımlanmamış kitlesi olan meme hastalıklarında,
- ✓ vasküler hastalığı olmayan, insüline bağımlı olmayan veya insüline bağımlı olan diyabet hastalarında,

- ✓ kolesistektomi veya tıbbi olarak tedavi edilmiş veya halen hasta ya da asemptomatik safra kesesi hastalıklarında,

- ✓ geçmişte KOK'a bağılı kolestaz öyküsü olanlarda,
- ✓ fokal nodüler hiperplazili karaciğer tümörlerinde

DSÖ 2015 kontraseptif yöntem kullanımı için tıbbi uygunluk kriterlerine göre DMPA dışında uygun bir yöntem yoksa kullanılabileceği durumlar (*kategori 3*);

- ✓ emziren kadınlarda doğum sonrası altıncı haftadan önce,
- ✓ arteriel kardiyovasküler hastalıklara yönelik multiple risk faktörlerinin (ileri yaş, sigara, diyabet, HT gibi) varlığında,
- ✓ hipertansiyonu olan ve sistolik kan basıncı  $\geq 160$  ya da diastolik kan basıncı  $\geq 100$  veya vasküler hastalığı olanlarda,
- ✓ akut gelişen derin ven trombozu durumunda,
- ✓ iskemik kalp hastalığı ve öyküsünde,
- ✓ inme öyküsünde,
- ✓ sistemik lupus eritematozus olan ve

- antifosfolipid antikorları pozitif kişilerde,
- ✓ ciddi trombositopenisi olan hastalarda yöntem başlamak için,
- ✓ auralı migreni olanlarda kadınlarda (yönteme devam için),
- ✓ geçmişte meme kanseri olup beş yıldır hastalık belirtisi olmayanlarda,
- ✓ diyabetik olup nefropati/retinopati/nöropati gelişenlerde,
- ✓ diğer vasküler hastalıklar ya da 20 yıl üzeri diabeti olanlarda,
- ✓ şiddetli sirozu olanlarda,
- ✓ hepatosellüler veya malign adenomu olanlarda

DSÖ 2015 kontraseptif yöntem kullanımı için tıbbi uygunluk kriterlerine göre DMPA'ların kesinlikle kullanılmaması gereken durumlar (*kategori 4*);

- ✓ meme kanseri varlığında

CDC 2016 kontraseptif kullanımı tıbbi uygunluk kriterlerine göre DMPA'nın kullanım kriterleri aşağıda listelenmiştir (Centers for Disease Control and Prevention 2016).

CDC 2016 kontraseptif kullanımı tıbbi uygunluk kriterlerine göre DMPA'nın her durumda kullanılabileceği durumlar (*kategori 1*);

- ✓ 18-45 yaş arası,
- ✓ nullipar veya paröz,
- ✓ doğum sonrası emziren kadınlarda derin ven trombozu için risk faktörü yoksa ilk bir aydan sonra,
- ✓ emzirmeyen kadınlarda doğumdan sonra,
- ✓ tüm trimester düşüklerinden sonra,
- ✓ ektopik gebelikten sonra,
- ✓ pelvik cerrahi öyküsü varlığında,
- ✓ sigara içenlerde,
- ✓ gebelikte tansiyon yüksekliği öyküsünde,
- ✓ birinci derece akrabasında derin ven trombozu öyküsü olanlarda,
- ✓ immobilizasyon gerektirmeyen majör veya minör cerrahi geçirme,
- ✓ varikoz ven varlığı,
- ✓ yüzeysel venöz tromboziste,
- ✓ komplike/komplike olmayan valvüler kalp hastalığında,
- ✓ migrene bağlı olan veya olmayan baş ağrılarında,
- ✓ epilepside,
- ✓ depresif bozukluklarda,
- ✓ endometrioziste,
- ✓ iyi huylu over tümörlerinde,
- ✓ şiddetli dismonorede,
- ✓ gestasyonel trofoblastik hastalıklarda,
- ✓ servikal erozyonda,
- ✓ iyi huylu meme hastalıklarında,
- ✓ ailede meme kanseri öyküsünde,
- ✓ endometrial kanserde,
- ✓ over kanserinde,
- ✓ uterin fibroziste,
- ✓ pelvik inflamatuvar hastalıkta,
- ✓ cinsel yolla bulaşan hastalıklarda,
- ✓ şistozomiaziste,
- ✓ tüberkülozda,

- ✓ sıtmada,
- ✓ gestasyonel diyabet öyküsünde,
- ✓ tiroid hastalıklarında,
- ✓ gebelikle ilgili kolestaz öyküsü olanlarda,
- ✓ taşıyıcı veya kronik viral hepatit hastalarında,
- ✓ akut, tekrar eden, taşıyıcı veya kronik viral hepatit hastalarında,
- ✓ hafif sirozda,
- ✓ talasemi, orak hücreli anemide ve demir eksikliği anemisinde

CDC 2016 kontraseptif kullanımı tıbbi uygunluk kriterlerine göre DMPA'ların genellikle kullanılabilceği durumlar (*kategori 2*);

- ✓ menarştan 18 yaşına kadar ve 45 yaşından sonra,
- ✓ emziren kadınlarda ilk bir ayda,
- ✓ kontrol altına alınabilen hipertansiyon varlığında, sistolik kan basıncının 140-159 yada diastolik kan basıncının 90-99 olduğu kadınlarda,
- ✓ derin ven trombozu/pulmoner emboli öyküsü olup antikoagülan tedavi alan veya almayanlar ile akut derin ven trombozu gelişenlerde,
- ✓ majör cerrahi sonrası uzamış immobilizasyonda,
- ✓ trombojenik mutasyonda,
- ✓ hiperlipidemide,
- ✓ ciddi trombositopenisi olan sistemik lupus eritematozus hastalarında (yönteme devam etmek için),
- ✓ immünosupresif tedavi alan sistemik lupus eritematozus hastalarında,
- ✓ aurasız migreni ve baş ağrısı olan kadınlarda,
- ✓ ağır olmayan düzensiz vajinal kanamada,
- ✓ ağır veya uzamış vajinal kanama varlığında,
- ✓ servikal intraepitelyal neoplazide,
- ✓ servikal kanserde,
- ✓ tanımlanmamış kitlesi olan meme hastalıklarında,
- ✓ vasküler hastalığı olmayan, insüline bağımlı olmayan veya insüline

- |  |   |
|--|---|
| bağımlı olan diyabet hastalarında,                                       | asemptomatik safra kesesi hastalıklarında,          |
| ✓ kolesistektomi veya tıbbi olarak tedavi edilmiş veya halen hasta ya da | ✓ geçmişte KOK'a bağlı kolestaz öyküsü olanlarda,   |
|  | ✓ fokal nodüler hiperplazili karaciğer tümörlerinde |

CDC 2016 kontraseptif kullanımı tıbbi uygunluk kriterlerine göre DMPA dışında uygun bir yöntem yoksa kullanılabilceği durumlar (*kategori 3*);

- |  |   |
|--|---|
| ✓ arteriel kardiyovasküler hastalıklara yönelik multiple risk faktörlerinin (ileri yaş, sigara, diyabet, HT gibi) varlığında,      | ✓ ciddi trombositopenisi olan hastalarda (yönteme başlamak için),         |
| ✓ hipertansiyonu olan ve sistolik kan basıncı $\geq 160$ ya da diastolik kan basıncı $\geq 100$ veya vasküler hastalığı olanlarda, | ✓ açıklanamayan vajinal kanama varlığında,                                |
| ✓ iskemik kalp hastalığı ve öyküsünde,   | ✓ geçmişte meme kanseri olup beş yıldır hastalık belirtisi olmayanlarda,  |
| ✓ inme öyküsünde,  | ✓ diyabetik olup nefropati/retinopati/nöropati gelişenlerde,              |
| ✓ sistemik lupus eritematosus olan ve antifosfolipid antikoları pozitif kişilerde,   | ✓ diğer vasküler hastalıklar ya da 20 yıl üzeri diabeti olanlarda,        |
|  | ✓ şiddetli sirozu olanlarda, hepatosellüler veya malign adenomu olanlarda |

CDC 2016 kontraseptif kullanımı tıbbi uygunluk kriterlerine göre DMPA'ların kesinlikle kullanılmaması gereken durumlar (*kategori 4*);

- ✓ meme kanseri varlığında



#### 4.4.1.5.3 Sadece Progesteron İçeren İmplantlar

Kullanıcı hatasına izin vermemesi ve uzun etkili olması implantların avantajlarından. Etken maddelerin serum konsantrasyon değerleri kullanıcının kilosuna ve uygulama sonrası geçen süreye bağlı değişmektedir. 68 mg progestogen etonorgestrel içeren İmplanon lokal anestezi ile dominant olmayan kolun deri altına yerleştirilmektedir. Üç yılın üzerinde koruma sağlayan bu yöntem ovülasyonu baskılayarak, servikal mukusu kalınlaştırarak ve endometriumu inceltip implantasyonu önleyerek etki etmektedir (Mansour ve ark. 2010). Doğru kullanımda implantların koruyuculuğu %99,9'dur (Trussell 2011). İmplanon 2011 yılında modifiye edilerek Nexplanon adını almıştır. Yeni ürün radioopak olup ultrason, radyografi, tomografi ya da manyetik rezonans ile yeri tespit edilebilmektedir. Bununla birlikte Nexplanon'un vücuda yerleştirilip çıkarılması daha kolay olmakta ve yerleşime bağlı hataları azalmaktadır. Üç yıl kullanılabilen tekli çubuğun koruyuculuğu implanonla aynıdır (Dahan-Farkas ve Irhuma 2016). İmplant tipleri ve koruyuculuk süreleri Şekil 3'de verilmiştir (Bagade ve ark. 2014).

<b>Progestin</b>	<b>Ticari isim</b>	<b>Bileşen</b>	<b>Koruma süresi</b>
Levonorgestrel	Norplant*	Altı çubuk	7 yıl
Levonorgestrel	Jadelle*	İki çubuk	5 yıl
Etonogestrel	Implanon	Tek çubuk	3 yıl
Levonorgestrel	Capronor	İki çubuk	5 yıl

#### Şekil 3. İmplant çeşitleri ve koruyuculuk süreleri

Kaynak: Bagade O, Pawar V, Patel R, Patel B, Awasarkar V, Diwate S. Increasing use of long-acting reversible contraception: safe, reliable, and cost-effective birth control. World Journal of Pharmacy and Pharmaceutical Sciences. 2014; 3(10): 364-392.

DSÖ 2015 kontraseptif yöntem kullanımı için tıbbi uygunluk kriterlerine göre KEK'lerin kullanım kriterleri aşağıda listelenmiştir (World Health Organization 2015).

DSÖ 2015 kontraseptif yöntem kullanımı için tıbbi uygunluk kriterlerine göre implantların her durumda kullanılabileceği durumlar (*kategori 1*);

- ✓ menarş ile başlayıp tüm yaşlarda,
- ✓ nullipar veya paröz,
- ✓ doğum sonrası emziren kadınlarda altıncı haftadan itibaren,
- ✓ emzirmeyen kadınlarda doğumdan sonra,
- ✓ tüm trimester düşüklerinden sonra,
- ✓ ektopik gebelikten sonra,
- ✓ pelvik cerrahi öyküsü varlığında,
- ✓ sigara içenlerde,
- ✓ kontrol altına alınabilen hipertansiyon varlığında, sistolik kan basıncının 140-159 yada diastolik kan basıncının 90-99 olduğu kadınlarda,
- ✓ gebelikte tansiyon yüksekliği öyküsünde,
- ✓ birinci derece akrabasında derin ven trombozu öyküsü olanlarda,
- ✓ immobilizasyon gerektirmeyen majör veya minör cerrahi geçirme,
- ✓ varikoz ven varlığı,
- ✓ yüzeysel venöz tromboziste,
- ✓ komplike/komplike olmayan valvüler kalp hastalığında,
- ✓ migrensiz baş ağrılarında,
- ✓ epilepside,
- ✓ depresif bozukluklarda,
- ✓ endometrioziste,
- ✓ iyi huylu over tümörlerinde,
- ✓ şiddetli dismonorede,
- ✓ gestasyonel trofoblastik hastalıklarda,
- ✓ servikal erozyonda,
- ✓ iyi huylu meme hastalıklarında,
- ✓ ailede meme kanseri öyküsünde,
- ✓ endometrial kanserde,
- ✓ over kanserinde,
- ✓ uterin fibroziste,
- ✓ pelvik inflamatuvar hastalıkta,
- ✓ cinsel yolla bulaşan hastalıklarda,
- ✓ şistozomiaziste,
- ✓ tüberkülozda,
- ✓ sıtmada,

- ✓ gestasyonel diyabet öyküsünde,
- ✓ basit guatr hastalığında,
- ✓ gebelikle ilgili kolestaz öyküsü olanlarda,
- ✓ akut ya da tekrar eden viral hepatit hastalığı olanlarda,
- ✓ taşıyıcı veya kronik viral hepatit hastalarında,
- ✓ hafif sirozda,
- ✓ talasemi, orak hücreli anemide ve demir eksikliği anemisinde

DSÖ 2015 kontraseptif yöntem kullanımı için tıbbi uygunluk kriterlerine göre implantların genellikle kullanılabileceği durumlar (*kategori 2*);

- ✓ emziren kadınlarda doğum sonrası altıncı haftadan önce,
- ✓ arteriel kardiyovasküler hastalıklara yönelik multiple risk faktörlerinin (ileri yaş, sigara, diyabet, HT gibi) varlığında,
- ✓ hipertansiyonu olan ve sistolik kan basıncı  $\geq 160$  ya da diastolik kan basıncı  $\geq 100$  veya vasküler hastalığı olanlarda,
- ✓ hipertansiyon hikayesi olup kan basıncının değerlendirilmediği durumlarda,
- ✓ derin ven trombozu/pulmoner emboli öyküsü olup antikoagulan tedavi alan veya almayanlar,
- ✓ majör cerrahi sonrası uzamış immobilizasyonda,
- ✓ trombojenik mutasyonda,
- ✓ iskemik kalp hastalığı ve öyküsünde (yönteme başlamak için),
- ✓ inme öyküsünde (yönteme başlamak için),
- ✓ hiperlipidemide,
- ✓ ciddi trombositopenisi veya immünosupresif tedavi alan sistemik lupus eritematozus hastalarında,
- ✓ aurasız migreni ve baş ağrısı olan kadınlarda,
- ✓ auralı migreni olan tüm kadınlarda (yönteme başlamak için),
- ✓ ağır olmayan düzensiz vajinal kanama varlığında,
- ✓ ağır veya uzamış vajinal kanama varlığında,

- ✓ servikal intraepitelyal neoplazide,
- ✓ servikal kanserde yonteme devam etmek için,
- ✓ tanımlanmamış kitlesi olan meme hastalıklarında,
- ✓ vasküler hastalığı olmayan, insüline bağımlı olmayan veya insüline bağımlı olan diyabet hastalarında,
- ✓ diyabetik olup nefropati/ retinopati/ nöropati gelişenlerde,
- ✓ diğer vasküler hastalıklar ya da 20 yıl üzeri diabeti olanlarda,
- ✓ kolesistektomi veya tıbbi olarak tedavi edilmiş veya halen hasta ya da asemptomatik safra kesesi hastalıklarında,
- ✓ geçmişte KOK'a bağılı kolestaz öyküsü olanlarda,
- ✓ fokal nodüler hiperplazili karaciğer tümörlerinde

DSÖ 2015 kontraseptif yöntem kullanımı için tıbbi uygunluk kriterlerine göre implant dışında uygun bir yöntem yoksa kullanılabilceği durumlar (*kategori 3*);

- ✓ akut gelişen derin ven trombozu durumunda,
- ✓ iskemik kalp hastalığı ve öyküsünde yonteme devam için,
- ✓ inme öyküsünde yonteme devam için,
- ✓ sistemik lupus eritematosus olan ve antifosfolipid antikörları pozitif kişilerde,
- ✓ auralı migreni olanlarda kadınlarda yonteme devam için,
- ✓ açıklanamayan vajinal kanama varlığında,
- ✓ geçmişte meme kanseri olup beş yıldır hastalık belirtisi olmayanlarda,
- ✓ şiddetli sirozu olanlarda,
- ✓ hepatosellüler veya malign adenomu olanlarda

DSÖ 2015 kontraseptif yöntem kullanımı için tıbbi uygunluk kriterlerine göre implantların kesinlikle kullanılmaması gereken durumlar (*kategori 4*);

- ✓ servikal kanserde (yonteme başlamak için),
- ✓ meme kanseri varlığında,

CDC 2016 kontraseptif kullanımı tıbbi uygunluk kriterlerine göre implantların kullanım kriterleri aşağıda listelenmiştir (Centers for Disease Control and Prevention 2016).

CDC 2016 kontraseptif kullanımı tıbbi uygunluk kriterlerine göre implantların her durumda kullanılabileceği durumlar (*kategori 1*);

- ✓ menarş ile başlayıp tüm yaşlarda,
- ✓ nullipar veya paröz,
- ✓ emziren kadınlarda derin ven trombozu için risk faktörü yoksa doğum sonrası birinci aydan itibaren,
- ✓ emzirmeyen kadınlarda doğumdan sonra,
- ✓ tüm trimester düşüklerinden sonra,
- ✓ ektopik gebelikten sonra,
- ✓ pelvik cerrahi öyküsü varlığında,
- ✓ sigara içenlerde,
- ✓ kontrol altına alınabilen hipertansiyon varlığında, sistolik kan basıncının 140-159 yada diastolik kan basıncının 90-99 olduğu kadınlarda,
- ✓ gebelikte tansiyon yüksekliği öyküsünde,
- ✓ birinci derece akrabasında derin ven trombozu öyküsü olanlarda,
- ✓ immobilizasyon gerektirmeyen majör veya minör cerrahi geçirme,
- ✓ varikoz ven varlığı,
- ✓ yüzeysel venöz tromboziste,
- ✓ komplike/komplike olmayan valvüler kalp hastalığında,
- ✓ migrensiz baş ağrılarında,
- ✓ epilepside,
- ✓ depresif bozukluklarda,
- ✓ endometrioziste,
- ✓ iyi huylu over tümörlerinde,
- ✓ şiddetli dismonorede,
- ✓ gestasyonel trofoblastik hastalıklarda,
- ✓ servikal erozyonda,
- ✓ iyi huylu meme hastalıklarında,
- ✓ ailede meme kanseri öyküsünde,
- ✓ endometrial kanserde,
- ✓ over kanserinde,
- ✓ uterin fibroziste,

- ✓ pelvik inflamatuvar hastalıkta,
- ✓ CYBE,
- ✓ şistozomiaziste,
- ✓ tüberkülozda,
- ✓ sıtmada, gestasyonel diyabet öyküsünde,
- ✓ tiroid hastalıklarında,
- ✓ gebelikle ilgili kolestaz öyküsü olanlarda,
- ✓ akut ya da tekrar eden viral hepatit hastalığı olanlarda,
- ✓ taşıyıcı veya kronik viral hepatit hastalarında,
- ✓ hafif sirozda,
- ✓ talasemi, orak hücreli anemide ve demir eksikliği anemisinde

CDC 2016 kontraseptif kullanımı tıbbi uygunluk kriterlerine göre implantların genellikle kullanılabilceği durumlar (*kategori 2*);

- ✓ emziren kadınlarda doğum sonrası ilk bir ayda,
- ✓ arteriel kardiyovasküler hastalıklara yönelik multiple risk faktörlerinin (ileri yaş, sigara, diyabet, HT gibi) varlığında,
- ✓ hipertansiyonu olan ve sistolik kan basıncı  $\geq 160$  ya da diastolik kan basıncı  $\geq 100$  veya vasküler hastalığı olanlarda,
- ✓ derin ven trombozu/pulmoner emboli öyküsü olup en az üç ay antikoagülan tedavi alan veya almayanlar,
- ✓ akut gelişen derin ven trombozu durumunda,
- ✓ majör cerrahi sonrası uzamış immobilizasyonda,
- ✓ trombojenik mutasyonda,
- ✓ iskemik kalp hastalığı ve öyküsünde (yönteme başlamak için),
- ✓ inme öyküsünde (yönteme başlamak için),
- ✓ hiperlipidemide,
- ✓ ciddi trombositopenisi veya immünosupresif tedavi alan sistemik lupus eritematozus hastalarında,
- ✓ migrene bağlı olan veya olmayan baş ağrılarında,
- ✓ ağır olmayan düzensiz vajinal kanama varlığında,
- ✓ ağır veya uzamış vajinal kanama varlığında,

- ✓ servikal intraepitelyal neoplazide,
- ✓ servikal kanserde,
- ✓ tanımlanmamış kitlesi olan meme hastalıklarında,
- ✓ vasküler hastalığı olmayan, insüline bağımlı olmayan veya insüline bağımlı olan diyabet hastalarında,
- ✓ diyabetik olup nefropati/retinopati/ nöropati gelişenlerde,
- ✓ diğer vasküler hastalıklar ya da 20 yıl üzeri diabeti olanlarda,
- ✓ kolesistektomi veya tıbbi olarak tedavi edilmiş veya halen hasta ya da asemptomatik safra kesesi hastalıklarında,
- ✓ geçmişte KOK'a bağlı kolestaz öyküsü olanlarda,
- ✓ fokal nodüler hiperplazili karaciğer tümörlerinde

CDC 2016 kontraseptif kullanımı tıbbi uygunluk kriterlerine göre implant dışında uygun bir yöntem yoksa kullanılabilceği durumlar (*kategori 3*);

- ✓ iskemik kalp hastalığı ve öyküsünde (yönteme devam için),
- ✓ inme öyküsünde (yönteme devam için),
- ✓ sistemik lupus eritematosus olan ve antifosfolipid antikoları pozitif kişilerde,
- ✓ açıklanamayan vajinal kanama varlığında,
- ✓ geçmişte meme kanseri olup beş yıldır hastalık belirtisi olmayanlarda,
- ✓ şiddetli sirozu olanlarda,
- ✓ hepatosellüler veya malign adenomu olanlarda

CDC 2016 kontraseptif kullanımı tıbbi uygunluk kriterlerine göre implantlar kesinlikle kullanılmaması gereken durumlar (*kategori 4*);

- ✓ meme kanseri varlığında

## 4.4.2. Hormonal Olmayan Doğum Kontrol Yöntemleri

### 4.4.2.1. Bariyer Yöntemler

#### 4.4.2.1.1. Erkek Kondomu

Erkek için olan lateks maddesinden ve kadın için olan poliüretandan üretilen, erkek ya da kadın cinsel organına takmaya elverişli, çoğunlukla spermisit içeren, gebelikten ve CYBE' dan koruyan bir yöntemdir. Lateks kondom CYBE'lara karşı en iyi korumayı sağlarken poliüretan ya da koyun bağırsağından yapılan çeşitleride bulunmaktadır (Şirin ve Kavlak 2015; Taşkın 2016).

Spermisit içeren kondomların gebelikten koruyuculuk oranları daha yüksek olup doğru kullanımda başarı oranı %97'dir (<http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/a%C3%A7sap36.pdf>, Erişim tarihi: 16.01.2016) Cinsel ilişki sırasında spermin kondom içinde kalıp kadın genital sistemine ulaşmasını engelleyerek etki etmektedir (Şirin ve Kavlak 2015).

Kondom ucuz, kolay elde edilebilen, güvenli bir yöntem olup, doğum kontrolünde erkeklerinde yer almasını sağlamaktadır. Erken boşalmayı önlemeye yardımcı olan kondomun erkeklerde duyarlılığı azaltma, cinsel ilişkiyi kesintiye uğratma, erkeklerde ereksiyon sorununa neden olabilme, kullanım sırasında yırtılma görülebilmeye gibi olumsuz yönleri bulunmaktadır. Bununla birlikte her cinsel ilişkide yeni bir kondom kullanılması ek maliyet gerektirmektedir. Eretil problemlerde kondomun kullanılması zor olabilmektedir (Şirin ve Kavlak 2015; Taşkın 2016).

#### 4.4.2.1.2. Kadın Kondomu

Kadın kondomu özellikle eşleri kondom kullanmayan kadınlarda CYBE'lara karşı korunma olanağı tanımaktadır. 1992 yılında Avrupa'da ortaya çıkan kadın kondomu günümüzde farklı markalarla (Femidom, Reality, Women's Choice) kadına fertilitasını kontrol etme imkanı vermektedir. Poliüretan kılıf serviksi örten (iç halka) ve vulvada kalan (dış halka) iki farklı boyutta halkadan oluşmaktadır (Clinton ve Laaser 2010). Kadın kondomu semenin vajinaya dökülmesini önleyerek etki



etmektedir (Taşkın 2016). Kadın kondomunun CYBE'dan koruma düzeyi erkek kondomundan iki kat fazladır (Clinton ve Laaser 2010). İlk bir yıl içinde tipik başarısızlık oranının %15-21 olduğu, doğru ve düzenli kullanımda başarısızlık oranının %2-5 olduğu belirtilmektedir (Özdemir 2014). Sabit olduğu için erkeklere erkek kondomuna göre daha doğal ve zevk verici gelmesine rağmen kadınlara çıkardığı sesler ve görünümü nedeniyle rahatsızlık verebildiği belirtilmektedir (Clinton ve Laaser 2010; Özdemir 2014). Uygulanmasının zor olması kadın kondomunun olumsuz özelliği olmasına rağmen yağ bazlı ürünlerle kullanılabilmesi, sistemik yan etkilerinin olmaması ve kontrolü kadına vermesi olumlu özelliklerindedir (Everett 2014; Özdemir 2014).

DSÖ rehberine göre kondomun (erkek lateks/poliüretan kondomu, kadın kondomu) her durumda kullanılabilmesi; tüm yaşlarda, nullipar veya paröz, doğum ve düşük sonrası, septik düşüktan sonra, ektopik gebelik ve pelvik cerrahi öyküsü olanlarda, toksik şok sendromunda, üriner enfeksiyon varlığında, anatomik anormalliklerde, servikal kanserlerde, valvüler kalp hastalıklarında, HIV enfeksiyonunda (*kategori 1*), kondomun dışında uygun bir yöntem yoksa kullanılabilmesi; lateks alerjisi (*kategori 2*).

CDC kriterlerine göre kondomun her durumda kullanılabilmesi; obezite cerrahisi geçirenlerde, romatoid artriti olanlarda, solid organ transplantasyonu yapılanlarda, peripartum kardiyomiyopati geçirenlerde, endometrial hiperplazi varlığında ve inflamatuvar barsak hastalığı olanlarda (*kategori 1*) (Centers for Disease Control and Prevention 2016).

#### **4.4.2.1.3. Spermisidler**

Spermlerin motilitesini azaltan vajinal spermisidler vajina derinine yerleştirilerek spermlerin hücre membranlarını tahrip edip, spermleri servikse ulaşmadan etkisiz hale getirmektedir. Farklı formları olan vajinal spermistlerin (tablet, jel, köpük, krem, fitil, sünger ve film) hepsi inert baz ve nonoxynol-9 ya da octoxynol-9 içermektedir. Bu maddeler spermleri inaktif hale getirerek etki göstermektedir (Taşkın 2016; Özdemir 2014). Spermisidlerin diyafram ile birlikte kullanımının etkinliği artmaktadır. Bu yöntemlerin sistemik etkisi bulunmamakta ve

hemen etki göstermektedir. Emziren ya da premenopozal dönemde olan kadınlarda vajinal kuruluğu azaltmaktadır. Reçete ve muayeneye gerek yoktur. Antiviral özelliğinden dolayı serviks kanseri riskini azaltmakta ve bazı CYBE'dan koruma sağlamaktadır (Şirin ve Kavlak 2015).

Spermisidler genital sistemde irritasyon veya yanmaya neden olabilir. Etkinliği doğru kullanılmasına bağlı değişmekle birlikte diğer modern yöntemlere oranla düşüktür. Spermisid kolaylıkla ve ucuz olarak temin edilemeyebilir (Şirin ve Kavlak 2015). Köpüren formları uygulandıktan sonra cinsel ilişki için en az 5-10 dakika beklenmesi gerekir. Etkinliği bir saat devam etmektedir (Evlilik Öncesi Danışmanlık Rehberi 2014).

DSÖ kullanım kriterlerine göre spermisidlerin her durumda kullanılabilceği durumlar; tüm yaşlarda, nullipar veya paröz, doğum ve düşük sonrası, septik düşüktan sonra, ektopik gebelik ve pelvik cerrahi öyküsü olanlarda, toksik şok sendromunda, üriner enfeksiyon varlığında, anatomik anormalliklerde, servikal kanserlerde, valvüler kalp hastalıklarında (*kategori 1*), spermisidlerin genellikle kullanılabilceği durumlar; servikal kanserde (*kategori 2*), spermisidler dışında uygun bir yöntem yoksa kullanılabilceği durumlar; asemptomatik/hafif HIV veya ciddi HIV enfeksiyonunda (*kategori 3*), spermisidlerin kesinlikle kullanılmaması gereken durumlar; yüksek HIV riski varsa (*kategori 4*) (World Health Organization 2015).

CDC kriterlerine göre spermisidlerin her durumda kullanılabilceği durumlar; obezite cerrahisi geçirenlerde, romatoid artriti olanlarda, solid organ transplantasyonu yapılanlarda, peripartum kardiyomiyopati geçirenlerde, endometrial hiperplazi varlığında ve inflamatuvar barsak hastalığı olanlarda (*kategori 1*) (Centers for Disease Control and Prevention 2016).

#### **4.4.2.1.4. Diyafram**

Serviksi mekanik olarak kapatan kenarları bükülebilen, kubbe şeklinde, ince, kauçuktan yapılmış araçlardır. Spermisidle birlikte kullanılması etkinliğini artırmaktadır. Diyafram kullanımını engelleyecek ya da güçleştirecek etkenler olup olmadığını belirlemek amacıyla kullanım öncesi pelvik muayene yapılmalıdır. 4,5 kg

ve üzerinde kilo alımında ve gebelikte diyaframın ölçüsü kontrol edilmelidir. Diyafram mekanik koruyuculuğu ile serviks kanserine karşı koruyucu etkisi olmakla birlikte tekrar eden enfeksiyon durumunda kullanılmamalıdır. (Özdemir 2014; Taşkın 2016). Doğru kullanıldığında istenmeyen gebeliklerden koruyuculuğu %94 olan diyaframın hatalı kullanımı sonucu bu oran %80'e düşebilmektedir (Clinton ve Laaser 2010; Taşkın 2016; Özdemir 2014).

DSÖ kullanım kriterlerine göre diyaframın her durumda kullanılabilceği durumlar; tüm yaşlarda, nullipar kadınlarda, postpartum 6 haftadan sonra, düşükten sonra, septik düşükten sonra, ektopik gebelik ve pelvik cerrahi öyküsü olanlarda, servikal kanserde, komplike olmayan valvüler kalp hastalığında (*kategori 1*), diyaframın genellikle kullanılabilceği durumlar; multipar kadınlarda, üriner enfeksiyonu olanlarda, komplike valvüler kalp hastalığı olanlarda (*kategori 2*), spermid dışında uygun bir yöntem yoksa kullanılabilceği durumlar; lateks allerjisi olanlar, toksik şok sendromu varlığında, asemptomatik/hafif HIV veya ciddi HIV enfeksiyonunda (*kategori 3*), diyaframın kesinlikle kullanılmaması gereken durumlar; yüksek HIV riski varlığında (*kategori 4*) (World Health Organization 2015).

CDC kriterlerine göre diyaframın kullanım kriterleri DSÖ ile aynı olup DSÖ rehberinde olmayan durumlar aşağıda sıralanmıştır. Diyaframın her durumda kullanılabilceği durumlar; obezite cerrahisi geçirenlerde, romatoid artriti olanlarda, solid organ transplantasyonu yapılanlarda, peripartum kardiyomiyopati geçirenlerde, endometrial hiperplazi varlığında ve inflamatuvar barsak hastalığı olanlarda (*kategori 1*) (Centers for Disease Control and Prevention 2016).

#### **4.4.2.1.5. Servikal Başlık**

Etkinliği diyaframa yakın olan servikal başlık diyaframa göre daha sert, yüksek kubbeli ve küçüktür. Bu sayede enfeksiyonları önler ve 48 saate kadar kalabilir. Tipik kullanıma bağlı istenmeyen gebelik oranı multipar kadınlarda %29-32 iken doğru kullanımda bu oran %14-26'ya düşmektedir (Clinton ve Laaser 2010; Özdemir 2014). İlişki öncesi yerleştirilmesinin ilişkiyi kesintiye uğrattığını düşünen çiftler olmasına rağmen bazı çiftler cinsel ilişkide servikal başlığı hissetmediklerini ve rahat

ettiklerini bildirmektedirler (Clinton ve Laaser 2010). Servikal başlığın uygulanması ve çıkarılmasında bazı zorluklar yaşanabildiği ve kadının bedenini iyi tanınması ve servikal başlığın kullanımı konusunda eğitim almasının önemli olduğu belirtilmektedir (Everett 2014; Özdemir 2014).

DSÖ kullanım kriterlerine göre servikal başlık ve diyaframın kullanım kriterleri aynı olup servikal intraepitelyal neoplazi ve servikal kanserde diyafram kullanılabilirken servikal başlık kullanılmamalıdır (World Health Organization 2015).

CDC kriterlerine göre servikal başlığın kullanım kriterleri DSÖ kriterleri ile aynı kabul edilmiştir (Centers for Disease Control and Prevention 2016).

#### **4.4.2.2. Rahim İçi Araç**

Bakırlı, inert ve hormonlu olmak üzere üç çeşit rahim içi araç kullanılmaktadır. Üst genital sisteme sperm ulaşmasını engelleyerek ve endometriumda inflamatuvar etki meydana getirip implantasyon için olumsuz ortam oluşturarak etki etmektedirler. Levonorgestrel içeren rahim içi araç (LNG-RİA) adetın ilk 7 günü içinde takılır ve günde 20 mcg levonorgestrel salgılar (Thonneau ve Almont 2008). Endometriumda proliferasyonun baskılanması, yüzeysel damarlarda frajilite oluşması ile implantasyon engellenir. Bunun yanında sperm için zararlı bir ortam hazırlanır, motilite ve kapasitasyon inhibe olur, fertilizasyon önlenir. Ovulasyon devam ederken overden salgılanan hormon düzeylerinde azalma olur. Rahim içi araç takıldıktan sonraki üç ay içinde lekelenme tarzında düzensiz kanamalar görülebilir ve etkinliği beş yıldır (Thonneau ve Almont 2008). Güvenli ve etkili bir yöntem olan rahim içi araç cinsel ilişkiden bağımsız ve emzirme döneminde de kullanılabilir. RİA çıkarıldıktan sonra doğurganlık hemen geri döner. Şikayet olmadığı takdirde yılda bir kontrolü yeterlidir (Beji 2015). Uygulanması ve çıkarılması kadını rahatsız edebilir. Kadınların bazılarında ağrı, kanama, lekelenme ve uzamış kanama görülebilir. Kayarak vajinaya atılabilir. CYBE karşı koruyuculuğu yoktur. Uygulama sırasında uterus perforasyonu riski taşımaktadır (Gabalıcı 2008; Beji 2015).

DSÖ 2015 kontraseptif yöntem kullanımı için tıbbi uygunluk kriterlerine göre LNG'lerin kullanım kriterleri aşağıda listelenmiştir (World Health Organization 2015).

DSÖ 2015 kontraseptif yöntem kullanımı için tıbbi uygunluk kriterlerine göre LNG'lerin her durumda kullanılabilmesi için durumlar (*kategori 1*);

- ✓ 20 yaş ve üzerinde,
- ✓ multipar,
- ✓ emzirmeyen kadınlarda plasenta çıktıktan sonraki 48 saat içinde,
- ✓ doğumdan 4 hafta sonra tüm kadınlara,
- ✓ ilk trimester düşüklerinden sonra,
- ✓ ektopik gebelikten sonra,
- ✓ pelvik cerrahi öyküsü varlığında,
- ✓ sigara içenlerde,
- ✓ kontrol altına alınabilen hipertansiyon varlığında, sistolik kan basıncının 140-159 yada diastolik kan basıncının 90-99 olduğu kadınlarda,
- ✓ gebelikte tansiyon yüksekliği öyküsünde,
- ✓ birinci derece akrabasında derin ven trombozu öyküsü olanlarda,
- ✓ immobilizasyon gerektirmeyen majör veya minör cerrahi geçirme,
- ✓ varikoz ven varlığı,
- ✓ yüzeysel venöz tromboziste,
- ✓ komplike olmayan valvüler kalp hastalığında,
- ✓ migrensiz baş ağrılarında,
- ✓ epilepside,
- ✓ depresif bozukluklarda,
- ✓ ağır olmayan düzensiz vajinal kanama varlığında,
- ✓ ağır veya uzamış vajinal kanama durumunda (yönteme başlamak için),
- ✓ endometrioziste,
- ✓ şiddetli dismonorede,
- ✓ servikal erozyonda,
- ✓ iyi huylu meme hastalıklarında,
- ✓ ailede meme kanseri öyküsünde,
- ✓ uterin kavitede distorsiyon olmadan uterin fibroziste,
- ✓ şistozomiaziste,
- ✓ pelvik olmayan tüberkülozda,
- ✓ sıtmada,

- ✓ gestasyonel diyabet öyküsünde,
- ✓ basit guatr hastalığında,
- ✓ gebelikle ilgili kolestaz öyküsü olanlarda,
- ✓ akut veya tekrar eden viral hepatit olgularında,
- ✓ taşıyıcı veya kronik viral hepatit hastalarında,
- ✓ hafif sirozda, talasemi,
- ✓ orak hücreli anemide ve demir eksikliği anemisinde

DSÖ 2015 kontraseptif yöntem kullanımı için tıbbi uygunluk kriterlerine göre LNG'lerin genellikle kullanılabilceği durumlar (*kategori 2*);

- ✓ menarştan 20 yaşına kadar,
- ✓ emziren kadınlarda plasenta çıktıktan sonraki 48 saat içinde,
- ✓ ikinci trimester düşüklerinden sonra,
- ✓ arteriel kardiyovasküler hastalıklara yönelik multiple risk faktörlerinin (ileri yaş, sigara, diyabet, HT gibi) varlığında,
- ✓ hipertansiyonu olan ve sistolik kan basıncı  $\geq 160$  ya da diastolik kan basıncı  $\geq 100$  veya vasküler hastalığı olanlarda,
- ✓ hipertansiyon hikayesi olup kan basıncının değerlendirilmediği durumlarda,
- ✓ derin ven trombozu/pulmoner emboli öyküsü olup antikoagulan tedavi alan veya almayanlarda,
- ✓ majör cerrahi sonrası uzamış immobilizasyonda,
- ✓ trombojenik mutasyonda,
- ✓ iskemik kalp hastalığı ve öyküsünde (yönteme başlamak için),
- ✓ inme öyküsü olanlarda,
- ✓ hiperlipidemide,
- ✓ komplike valvüler kalp hastalığında,
- ✓ ciddi trombositopenisi veya immünosupresif tedavi alan sistemik lupus eritematozus hastalarında,
- ✓ aurasız migreni ve baş ağrısı olan kadınlarda,
- ✓ auralı migreni olan tüm kadınlarda (yönteme başlamak için),

- ✓ açıklanamayan vajinal kanama varlığında (yönteme devam için),
- ✓ servikal intraepitelyal neoplazide,
- ✓ servikal kanserde (yönteme devam için),
- ✓ endometrial kanserde (yönteme devam etmek için),
- ✓ over kanserinde (yönteme devam etmek için),
- ✓ uterin kavite distorsiyonu olan anatomik anomalilerde,
- ✓ öncesinde gebelik olmamış pelvik inflamatuvar hastalıkta,
- ✓ pelvik inflamatuvar hastalık varlığında (yönteme devam etmek için),
- ✓ pürülan servisit, klamidyal enfeksiyon ya da gonore varlığında (yönteme devam etmek için),
- ✓ diğer CYBE (HIV ve hepatit hariç) ve vajinitis (trikomona ve bakteriyel vajinozis dahil) varlığında,
- ✓ CYBE riskinin yüksek olduğu durumlarda (yönteme başlamak için),
- ✓ HIV riskinin yüksek olduğu veya asemptomatik evrede,
- ✓ HIV'in ilerlediği semptomatik evrede (yönteme devam etmek için),
- ✓ tanımlanmamış kitlesi olan meme hastalıklarında,
- ✓ vasküler hastalığı olmayan, insüline bağımlı olmayan veya insüline bağımlı olan diyabet hastalarında,
- ✓ diyabetik olup nefropati/ retinopati/ nöropati gelişenlerde,
- ✓ diğer vasküler hastalıklar ya da 20 yıl üzeri diabeti olanlarda,
- ✓ kolesistektomi veya tıbbi olarak tedavi edilmiş veya halen hasta ya da asemptomatik safra kesesi hastalıklarında,
- ✓ geçmişte KOK'a bağlı kolestaz öyküsü olanlarda, fokal nodüler hiperplazili karaciğer tümörlerinde

DSÖ 2015 kontraseptif yöntem kullanımı için tıbbi uygunluk kriterlerine göre LNG dışında uygun bir yöntem yoksa kullanılabilceği durumlar (*kategori 3*);

- ✓ doğum sonrası 48 saat ile dört hafta arasında,
- ✓ akut gelişen derin ven trombozu durumunda,
- ✓ iskemik kalp hastalığı ve öyküsünde (yönteme devam için),
- ✓ sistemik lupus eritematозus olan ve antifosfolipid antikoları pozitif kişilerde,
- ✓ auralı migreni olan kadınlarda (yönteme devam için),
- ✓ azalan ya da  $\beta$ -hCG seviyesi belirlenemeyen gestasyonel trofoblastik hastalıklarda,
- ✓ over kanserinde yöntemeye başlamak için,
- ✓ CYBE riskinin yüksek olduğu durumlarda (yönteme devam etmek için),
- ✓ HIV'in ilerlediği semptomatik evrede (yönteme başlamak için),
- ✓ pelvik tüberkülozda (yönteme devam etmek için), geçmişte meme kanseri olup beş yıldır hastalık belirtisi olmayanlarda,
- ✓ şiddetli sirozu olanlarda, hepatosellüler veya malign adenomu olanlarda

DSÖ 2015 kontraseptif yöntem kullanımı için tıbbi uygunluk kriterlerine göre LNG'lerin kesinlikle kullanılmaması gereken durumlar (*kategori 4*);

- ✓ septik düşükten hemen sonra,
- ✓ açıklanamayan vajinal kanama varlığında (yönteme başlamak için),
- ✓  $\beta$ -hCG seviyesi artan gestasyonel trofoblastik hastalıklarda,
- ✓ servikal kanserde (yönteme başlamak için),
- ✓ endometrial kanserde (yönteme başlamak için),
- ✓ uterin kavitede distorsiyon ile uterin fibroziste,
- ✓ uterin kavite distorsiyonu olan anatomik anomalilerde,
- ✓ öncesinde gebelik olmamış, pelvik inflamatuvar hastalık



- varlığında (yönteme başlamak için),
- ✓ pürülan servisit, klamidyal enfeksiyon ya da gonore

- varlığında (yönteme başlamak için),
- ✓ pelvik tüberkülozda (yönteme başlamak için),
  - ✓ meme kanseri varlığında

Centres for Disease Control and Prevention (CDC) 2016 kontraseptif kullanımı tıbbi uygunluk kriterlerine göre LNG'lerin kullanım kriterleri aşağıda listelenmiştir (Centers for Disease Control and Prevention 2016).

CDC 2016 kontraseptif kullanımı tıbbi uygunluk kriterlerine göre LNG'lerin her durumda kullanılabilceği durumlar (*kategori 1*);

- ✓ 20 yaş ve üzerinde,
- ✓ multipar,
- ✓ emzirmeyen kadınlarda plasenta çıktıktan sonraki on dakika içinde,
- ✓ emziren/emzirmeyen kadınlarda doğumdan dört hafta sonra,
- ✓ ilk trimester düşüklerinden sonra,
- ✓ ektopik gebelikten sonra,
- ✓ pelvik cerrahi öyküsü varlığında,
- ✓ sigara içenlerde,
- ✓ kontrol altına alınabilen hipertansiyon varlığında, sistolik kan basıncının 140-159 yada diastolik kan basıncının 90-99 olduğu kadınlarda,
- ✓ gebelikte tansiyon yüksekliği öyküsünde,

- ✓ birinci derece akrabasında derin ven trombozu öyküsü olanlarda,
- ✓ immobilizasyon gerektirmeyen majör veya minör cerrahi geçirme,
- ✓ varikoz ven varlığı,
- ✓ yüzeysel venöz tromboziste,
- ✓ komplike/komplike olmayan valvüler kalp hastalığında,
- ✓ migrene bağlı olan veya olmayan baş ağrılarında,
- ✓ epilepside,
- ✓ depresif bozukluklarda,
- ✓ ağır olmayan düzensiz vajinal kanama varlığında,
- ✓ ağır veya uzamış vajinal kanama durumunda (yönteme başlamak için),
- ✓ endometrioziste,

- ✓ iyi huylu over tümörlerinde,
- ✓ gestasyonel trofoblastik hastalık şüphesinde boyutu ilk trimester ölçüsüne sahip uterus varlığında,
- ✓ gestasyonel trofoblastik hastalık teşhisi sonrası saptanamamış  $\beta$ -hCG durumunda,
- ✓ gestasyonel trofoblastik hastalık teşhisi sonrası intrauterin hastalık şüphesi olmayan ve sürekli artan  $\beta$ -hCG seviyesi durumunda veya azalan  $\beta$ -hCG seviyesi durumunda (yönteme devam etmek için),
- ✓ şiddetli dismonorede,
- ✓ servikal erozyonda,
- ✓ iyi huylu meme hastalıklarında,
- ✓ ailede meme kanseri öyküsünde,
- ✓ over kanserinde,
- ✓ şistozomiaziste,
- ✓ pelvik bölgede olmayan tüberkülozda,
- ✓ sıtmada,
- ✓ gestasyonel diyabet öyküsünde,
- ✓ tiroid hastalıklarında,
- ✓ gebelikle ilgili kolestaz öyküsü olanlarda,
- ✓ taşıyıcı veya kronik viral hepatit hastalarında,
- ✓ hafif sirozda,
- ✓ talasemi, orak hücreli anemide ve demir eksikliği anemisinde

CDC 2016 kontraseptif kullanımı tıbbi uygunluk kriterlerine göre LNG'lerin genellikle kullanılabilceği durumlar (*kategori 2*);

- ✓ menarştan 20 yaşına kadar,
- ✓ Nullipar kadınlarda,
- ✓ emziren kadınlarda plasenta çıktıktan sonraki on dakika içinde,
- ✓ emziren/emzirmeyen kadınlarda plasenta çıktıktan sonra on dakika ile dört hafta içinde,
- ✓ ikinci trimester düşüklerinden sonra,
- ✓ arteriel kardiyovasküler hastalıklara yönelik multiple risk faktörlerinin (ileri yaş, sigara, diyabet, HT gibi) varlığında,

- ✓ hipertansiyonu olan ve sistolik kan basıncı  $\geq 160$  ya da diastolik kan basıncı  $\geq 100$  veya vasküler hastalığı olanlarda,
- ✓ hipertansiyon hikayesi olup kan basıncının değerlendirilmediği durumlarda,
- ✓ derin ven trombozu/pulmoner emboli öyküsü olup antikoagülan tedavi alan veya almayanlarda,
- ✓ majör cerrahi sonrası uzamış immobilizasyonda,
- ✓ trombojenik mutasyonda,
- ✓ iskemik kalp hastalığı ve öyküsünde (yönteme başlamak için),
- ✓ inme öyküsü olanlarda,
- ✓ hiperlipidemide,
- ✓ ciddi trombositopenisi veya immünoşpresif tedavi alan sistemik lupus eritematozus hastalarında,
- ✓ açıklanamayan vajinal kanama varlığında (yönteme devam için),
- ✓ gestasyonel trofoblastik hastalık şüphesinde boyutu ikinci trimester ölçüsüne sahip uterus varlığında,
- ✓ gestasyonel trofoblastik hastalık teşhisi sonrası intrauterin hastalık şüphesi olmayan ve sürekli artan  $\beta$ -hCG seviyesi durumunda veya azalan  $\beta$ -hCG seviyesi durumunda (yönteme başlamak için),
- ✓ gestasyonel trofoblastik hastalık teşhisi sonrası intrauterin hastalık şüphesi olan ve sürekli artan  $\beta$ -hCG seviyesi durumunda (yönteme devam etmek için),
- ✓ servikal intraepitelyal neoplazide,
- ✓ servikal kanserde (yönteme devam için),
- ✓ endometrial kanserde (yönteme devam etmek için),
- ✓ uterin fibroziste,
- ✓ uterin kavite distorsiyonu olan anatomik anomalilerde,
- ✓ gebelik sonrası gelişen pelvik inflamatuvar hastalıkta,

- ✓ pelvik inflamatuvar hastalık varlığında (yönteme devam etmek için),
- ✓ pürülan servisit, klamidyal enfeksiyon ya da gonore varlığında (yönteme devam etmek için),
- ✓ diğer CYBE (HIV ve hepatit hariç) ve vajinitis (trikomona ve bakteriyel vajinozis dahil) varlığında,
- ✓ CYBE riskinin yüksek olduğu durumlarda
- ✓ HIV riskinin yüksek olduğu durumlarda,
- ✓ Antiretroviral tedavi almayan HIV enfekte kişilerde yönteme başlamak için,
- ✓ tanımlanmamış kitlesi olan meme hastalıklarında,
- ✓ vasküler hastalığı olmayan, insüline bağımlı olmayan veya insüline bağımlı olan diyabet hastalarında,
- ✓ diyabetik olup nefropati/ retinopati/ nöropati gelişenlerde,
- ✓ diğer vasküler hastalıklar ya da 20 yıl üzeri diabeti olanlarda,
- ✓ kolesistektomi veya tıbbi olarak tedavi edilmiş veya halen hasta ya da asemptomatik safra kesesi hastalıklarında,
- ✓ geçmişte KOK'a bağlı kolestaz öyküsü olanlarda,
- ✓ akut veya tekrar eden viral hepatit olgularında (yönteme devam etmek için), fokal nodüler hiperplazili karaciğer tümörlerinde

CDC 2016 kontraseptif kullanımı tıbbi uygunluk kriterlerine göre LNG dışında uygun bir yöntem yoksa kullanılabilen durumlar (*kategori 3*);

- ✓ iskemik kalp hastalığı ve öyküsünde (yönteme devam için),
- ✓ sistemik lupus eritematosus olan ve antifosfolipid antikoru pozitif kişilerde,
- ✓ geçmişte meme kanseri olup beş yıldır hastalık belirtisi olmayanlarda,
- ✓ pelvik tüberkülozda (yönteme başlamak için),

- ✓ şiddetli sirozu olanlarda, adenomu olanlarda
- hepatosellüler veya malign

CDC 2016 kontraseptif kullanımı tıbbi uygunluk kriterlerine göre LNG'lerin kesinlikle kullanılmaması gereken durumlar (*kategori 4*);

- ✓ gebelikte,
- ✓ septik düşükten hemen sonra,
- ✓ açıklanamayan vajinal kanama varlığında (yönteme başlamak için),
- ✓ gestasyonel trofoblastik hastalık teşhisi sonrası intrauterin hastalık şüphesi olan ve sürekli artan  $\beta$ -hCG seviyesi durumunda (yönteme başlamak için),
- ✓ servikal kanserde (yönteme başlamak için),
- ✓ endometrial kanserde (yönteme başlamak için),
- ✓ uterin kavite distorsiyonu olan anatomik anomalilerde,
- ✓ pelvik inflamatuvar hastalık varlığında (yönteme başlamak için),
- ✓ pürülan servisit, klamidyal enfeksiyon ya da gonore varlığında yönteme başlamak için,
- ✓ pelvik tüberkülozda yönteme başlamak için,
- ✓ meme kanseri varlığında

DSÖ 2015 kontraseptif yöntem kullanımı için tıbbi uygunluk kriterlerine göre RİA'nın kullanım kriterleri aşağıda listelenmiştir (World Health Organization 2015).

DSÖ 2015 kontraseptif yöntem kullanımı için tıbbi uygunluk kriterlerine göre RİA'nın her durumda kullanılabilceği durumlar (*kategori 1*);

- ✓ 20 yaş ve üzerinde,
- ✓ multipar,
- ✓ plasenta çıktıktan sonraki 48 saat içinde,
- ✓ doğumdan 4 hafta sonra tüm kadınlara,
- ✓ ilk trimester düşüklerinden sonra,
- ✓ ektopik gebelikten sonra,
- ✓ pelvik cerrahi öyküsü varlığında,
- ✓ sigara içenlerde,

- ✓ kontrol altına alınabilen hipertansiyon varlığında, sistolik kan basıncının 140-159 yada diastolik kan basıncının 90-99 olduğu kadınlarda,
- ✓ arteriel kardiyovasküler hastalıklara yönelik multiple risk faktörlerinin (ileri yaş, sigara, diyabet, HT gibi) varlığında,
- ✓ hipertansiyonu olan ve sistolik kan basıncı  $\geq 160$  ya da diastolik kan basıncı  $\geq 100$  veya vasküler hastalığı olanlarda,
- ✓ hipertansiyon hikayesi olup kan basıncının değerlendirilmediği durumlarda,
- ✓ gebelikte tansiyon yüksekliği öyküsünde,
- ✓ derin ven trombozu/pulmoner emboli öyküsü olup antikoagülan tedavi alan veya almayanlar,
- ✓ birinci derece akrabasında derin ven trombozu öyküsü olanlarda,
- ✓ akut gelişen derin ven trombozu durumunda,
- ✓ majör cerrahi sonrası uzamış immobilizasyonda,
- ✓ immobilizasyon gerektirmeyen majör veya minör cerrahi geçirme,
- ✓ trombojenik mutasyonda,
- ✓ varikoz ven varlığı,
- ✓ yüzeysel venöz tromboziste,
- ✓ iskemik kalp hastalığı ve öyküsünde,
- ✓ inme öyküsü olanlarda, hiperlipidemide,
- ✓ komplike olmayan valvüler kalp hastalığında,
- ✓ sistemik lupus eritematozus olan ve antifosfolipid antikorları pozitif kişilerde,
- ✓ immünosupresif tedavi alan sistemik lupus eritematozus hastalarında (yönteme devam etmek için),
- ✓ migren kaynaklı olan/olmayan baş ağrılarında,
- ✓ epilepside,
- ✓ depresif bozukluklarda,
- ✓ ağır olmayan düzensiz vajinal kanama varlığında,
- ✓ ağır veya uzamış vajinal kanama durumunda (yönteme başlamak için),
- ✓ servikal erozyonda,
- ✓ servikal intraepitelyal neoplazide,

- ✓ iyi huylu meme hastalıklarında,
- ✓ ailede meme kanseri öyküsünde,
- ✓ meme kanseri varlığında,
- ✓ geçmişte meme kanseri olup beş yıldır hastalık belirtisi olmayanlarda,
- ✓ uterin kavitede distorsiyon olmadan uterin fibroziste,
- ✓ şistozomiaziste,
- ✓ pelvik olmayan tüberkülozda,
- ✓ sıtmada,
- ✓ gestasyonel diyabet öyküsünde,
- ✓ basit guatr hastalığında,
- ✓ vasküler hastalığı olmayan,
- ✓ insüline bağımlı olmayan veya insüline bağımlı olan diyabet hastalarında,
- ✓ diyabetik olup nefropati/ retinopati/ nöropati gelişenlerde,
- ✓ diğer vasküler hastalıklar ya da 20 yıl üzeri diabeti olanlarda,
- ✓ kolesistektomi veya tıbbi olarak tedavi edilmiş veya halen hasta ya da asemptomatik safra kesesi hastalıklarında,
- ✓ gebelikte veya geçmişte KOK'a bağlı kolestaz öyküsü olanlarda,
- ✓ akut veya tekrar eden viral hepatit olgularında,
- ✓ taşıyıcı veya kronik viral hepatit hastalarında,
- ✓ hafif ve şiddetli sirozda,
- ✓ fokal nodüler hiperplazili karaciğer tümörlerinde, hepatosellüler veya malign adenomu olanlarda

DSÖ 2015 kontraseptif yöntem kullanımı için tıbbi uygunluk kriterlerine göre RİA'nın genellikle kullanılabilceği durumlar (*kategori 2*);

- ✓ menarştan 20 yaşına kadar,
- ✓ ikinci trimester düşüklerinden sonra,
- ✓ komplike valvüler kalp hastalığında,
- ✓ ciddi trombositopenisi olan sistemik lupus eritematozus hastalarında (yönteme devam etmek için),
- ✓ immünosupresif tedavi alan sistemik lupus eritematozus hastalarında (yönteme başlamak için),

- ✓ aurasız migreni ve baş ağrısı olan kadınlarda,
- ✓ ağır veya uzamış vajinal kanama durumunda,
- ✓ açıklanamayan vajinal kanama varlığında (yönteme devam için),
- ✓ endometrioziste,
- ✓ şiddetli dismonorede,
- ✓ servikal kanserde,
- ✓ endometrial kanserde (yönteme devam etmek için),
- ✓ over kanserinde (yönteme devam etmek için),
- ✓ uterin kavite distorsiyonu olan anatomik anomalilerde,
- ✓ öncesinde gebelik olmamış pelvik inflamatuvar hastalıkta,
- ✓ pelvik inflamatuvar hastalık varlığında (yönteme devam etmek için),
- ✓ pürülan servisit, klamidyal enfeksiyon ya da gonore varlığında (yönteme devam etmek için),
- ✓ diğer CYBE (HIV ve hepatit hariç) ve vajinitis (trikomonas ve bakteriyel vajinozis dahil) varlığında,
- ✓ CYBE riskinin yüksek olduğu durumlarda (yönteme başlamak için),
- ✓ HIV riskinin yüksek olduğu veya asemptomatik evrede,
- ✓ HIV'in ilerlediği semptomatik evrede (yönteme devam etmek için),
- ✓ talasemi, orak hücreli anemide ve demir eksikliği anemisinde,
- ✓ tanımlanmamış kitlesi olan meme hastalıklarında

DSÖ 2015 kontraseptif yöntem kullanımı için tıbbi uygunluk kriterlerine göre RİA dışında uygun bir yöntem yoksa kullanılabilceği durumlar (*kategori 3*);

- ✓ doğum sonrası 48 saat ile dört hafta arasında,
- ✓ ciddi trombositopenisi olan sistemik lupus eritematozus hastalarında (yönteme başlamak için),
- ✓ azalan ya da  $\beta$ -hCG seviyesi belirlenemeyen gestasyonel trofoblastik hastalıklarda,
- ✓ over kanserinde (yönteme başlamak için),



- ✓ CYBE riskinin yüksek olduğu durumlarda (yönteme devam etmek için),

- ✓ HIV'in ilerlediği semptomatik evrede (yönteme başlamak için),
- ✓ pelvik tüberkülozda yönteme devam etmek için

DSÖ 2015 kontraseptif yöntem kullanımı için tıbbi uygunluk kriterlerine göre RİA'nın kesinlikle kullanılmaması gereken durumlar (*kategori 4*);

- ✓ septik düşükten hemen sonra,
- ✓ açıklanamayan vajinal kanama varlığında (yönteme başlama),
- ✓  $\beta$ -hCG seviyesi artan gestasyonel trofoblastik hastalıklarda,
- ✓ endometrial kanserde (yönteme başlamak için),
- ✓ uterin kavitede distorsiyon ile uterin fibroziste,

- ✓ uterin kavite distorsiyonu olan anatomik anomalilerde,
- ✓ öncesinde gebelik olmamış, pelvik inflamatuvar hastalık varlığında (yönteme başlamak için),
- ✓ pürülan servisit,
- ✓ klamidyal enfeksiyon ya da gonore varlığında (yönteme başlamak için),
- ✓ pelvik tüberkülozda (yönteme başlamak için)

Centres for Disease Control and Prevention (CDC) 2016 kontraseptif kullanımı tıbbi uygunluk kriterlerine göre RİA'nın kullanım kriterleri aşağıda listelenmiştir (Centers for Disease Control and Prevention 2016).

CDC 2016 kontraseptif kullanımı tıbbi uygunluk kriterlerine göre RİA'nın her durumda kullanılabileceği durumlar (*kategori 1*);

- ✓ 20 yaş ve üzerinde,
- ✓ multipar,
- ✓ plasenta çıktıktan sonraki 10 dakika veya 4 hafta sonra tüm kadınlara,

- ✓ ilk trimester düşüklerinden sonra,
- ✓ ektopik gebelikten sonra,
- ✓ pelvik cerrahi öyküsü varlığında,
- ✓ sigara içenlerde,

- ✓ kontrol altına alınabilen hipertansiyon varlığında, sistolik kan basıncının 140-159 yada diastolik kan basıncının 90-99 olduğu kadınlarda,
- ✓ arteriel kardiyovasküler hastalıklara yönelik multiple risk faktörlerinin (ileri yaş, sigara, diyabet, HT gibi) varlığında,
- ✓ hipertansiyonu olan ve sistolik kan basıncı  $\geq 160$  ya da diastolik kan basıncı  $\geq 100$  veya vasküler hastalığı olanlarda,
- ✓ hipertansiyon hikayesi olup vasküler hastalığı olanlarda,
- ✓ gebelikte tansiyon yüksekliği öyküsünde,
- ✓ derin ven trombozu/pulmoner emboli öyküsü olup antikoagülan tedavi alan veya almayanlar,
- ✓ birinci derece akrabasında derin ven trombozu öyküsü olanlarda,
- ✓ majör cerrahi sonrası uzamış immobilizasyonda,
- ✓ immobilizasyon gerektirmeyen majör veya minör cerrahi geçirme,
- ✓ trombojenik mutasyonda,
- ✓ varikoz ven varlığı,
- ✓ yüzeysel venöz tromboziste,
- ✓ iskemik kalp hastalığı ve öyküsünde,
- ✓ inme öyküsü olanlarda,
- ✓ komplike olmayan valvüler kalp hastalığında,
- ✓ sistemik lupus eritematozus olan ve antifosfolipid antikorları pozitif kişilerde,
- ✓ immünosupresif tedavi alan sistemik lupus eritematozus hastalarında (yönteme deam etmek için),
- ✓ migren kaynaklı olan/olmayan baş ağrılarında,
- ✓ epilepside,
- ✓ depresif bozukluklarda,
- ✓ ağır olmayan düzensiz vajinal kanama varlığında,
- ✓ iyi huylu over tümörlerinde,
- ✓ gestasyonel trofoblastik hastalık şüphesinde boyutu ilk trimester ölçüsüne sahip uterus varlığında,
- ✓ gestasyonel trofoblastik hastalık teşhisi sonrası saptanamamış  $\beta$ -hCG durumunda,
- ✓ gestasyonel trofoblastik hastalık teşhisi sonrası intrauterin hastalık şüphesi

- olmayan ve sürekli artan  $\beta$ -hCG seviyesi durumunda veya azalan  $\beta$ -hCG seviyesi durumunda (yönteme devam etmek için),
- ✓ servikal erozyonda,
  - ✓ servikal intraepitelyal neoplazide,
  - ✓ tanımlanmamış kitlesi olan meme hastalıklarında,
  - ✓ iyi huylu meme hastalıklarında,
  - ✓ ailede meme kanseri öyküsünde,
  - ✓ meme kanseri varlığında,
  - ✓ geçmişte meme kanseri olup beş yıldır hastalık belirtisi olmayanlarda,
  - ✓ over kanserinde,
  - ✓ geçmişte gebelik sonrası gelişmiş pelvik inflamatuvar hastalıkta,
  - ✓ şistozomiaziste,
  - ✓ pelvik bölgede olmayan tüberkülozda,
  - ✓ sıtmada,
  - ✓ gestasyonel diyabet öyküsünde,
  - ✓ tiroid hastalıklarında,
  - ✓ vasküler hastalığı olmayan,
  - ✓ insüline bağımlı olmayan veya insüline bağımlı olan diyabet hastalarında,
  - ✓ diyabetik olup nefropati/retinopati/nöropati gelişenlerde,
  - ✓ diğer vasküler hastalıklar ya da 20 yıl üzeri diabeti olanlarda,
  - ✓ kolesistektomi veya tıbbi olarak tedavi edilmiş veya halen hasta ya da asemptomatik safra kesesi hastalıklarında,
  - ✓ gebelikte veya geçmişte KOK'a bağlı kolestaz öyküsü olanlarda,
  - ✓ akut veya tekrar eden viral hepatit olgularında,
  - ✓ taşıyıcı veya kronik viral hepatit hastalarında,
  - ✓ hafif ve şiddetli sirozda,
  - ✓ fokal nodüler hiperplazili karaciğer tümörlerinde, hepatosellüler veya malign adenomu olanlarda

CDC 2016 kontraseptif kullanımı tıbbi uygunluk kriterlerine göre RİA'nın genellikle kullanılabilceği durumlar (*kategori 2*);

- ✓ menarştan 20 yaşına kadar,
- ✓ nulliplarlarda,

- ✓ plasenta çıktıktan sonra on dakika ile dört hafta arasında,
- ✓ ikinci trimester düşüklerinden sonra,
- ✓ akut gelişen derin ven trombozu öyküsünde ve en az üç ay antikoagülan tedavi almış kadınlarda,
- ✓ komplike valvüler kalp hastalığında,
- ✓ ciddi trombositopenisi olan sistemik lupus eritematozus hastalarında (yönteme devam etmek için),
- ✓ immünosupresif tedavi alan sistemik lupus eritematozus hastalarında (yönteme başlamak için),
- ✓ akut gelişen derin ven trombozu durumunda,
- ✓ ağır veya uzamış vajinal kanama durumunda,
- ✓ açıklanamayan vajinal kanama varlığında (yönteme devam için),
- ✓ endometrioziste,
- ✓ şiddetli dismonorede,
- ✓ gestasyonel trofoblastik hastalık şüphesinde boyutu ikinci trimester ölçüsüne sahip uterus varlığında,
- ✓ gestasyonel trofoblastik hastalık teşhisi sonrası intrauterin hastalık şüphesi olmayan ve sürekli artan  $\beta$ -hCG seviyesi durumunda veya azalan  $\beta$ -hCG seviyesi durumunda (yönteme başlamak için),
- ✓ gestasyonel trofoblastik hastalık teşhisi sonrası intrauterin hastalık şüphesi olan ve sürekli artan  $\beta$ -hCG seviyesi durumunda (yönteme devam etmek için),
- ✓ servikal kanserde,
- ✓ endometrial kanserde (yönteme devam etmek için),
- ✓ over kanserinde (yönteme devam etmek için),
- ✓ uterin fibroziste,
- ✓ uterin kavite distorsiyonu olmayan anatomik anomalilerde,
- ✓ gebeliğe bağlı gelişmemiş pelvik inflamatuvar hastalıkta,

- ✓ pelvik inflamatuvar hastalık varlığında (yönteme devam etmek için),
- ✓ pürülan servisit, klamidyal enfeksiyon ya da gonore varlığında (yönteme devam etmek için),
- ✓ diğer CYBE (HIV ve hepatit hariç) ve vajinitis (trikomona ve bakteriyel vajinozis dahil) varlığında,
- ✓ CYBE riskinin yüksek olduğu durumlarda,
- ✓ HIV riskinin yüksek olduğu durumlarda,
- ✓ HIV ile enfekte antiretroviral tedavi alamayan kadınlarda yönteme başlamak için,
- ✓ talasemi, orak hücreli anemide ve demir eksikliği anemisinde,

CDC 2016 kontraseptif kullanımı tıbbi uygunluk kriterlerine göre RİA dışında uygun bir yöntem yoksa kullanılabilen durumlar (*kategori 3*);

- ✓ ciddi trombositopenisi olan sistemik lupus eritematozus hastalarında (yönteme başlamak için),
- ✓ pelvik tüberkülozda (yönteme devam etmek için)

CDC 2016 kontraseptif kullanımı tıbbi uygunluk kriterlerine göre RİA'nın kesinlikle kullanılmaması gereken durumlar (*kategori 4*);

- ✓ gebelikte,
- ✓ postpartum sepsiste,
- ✓ septik düşükten hemen sonra,
- ✓ açıklanamayan vajinal kanama varlığında (yönteme başlama için),
- ✓ gestasyonel trofoblastik hastalık teşhisi sonrası intrauterin hastalık şüphesi olan ve sürekli artan  $\beta$ -hCG seviyesi durumunda (yönteme başlamak için),
- ✓ servikal kanserde (yönteme başlamak için),
- ✓ endometrial kanserde (yönteme başlamak için),
- ✓ uterin kavite distorsiyonu olan anatomik anomalilerde,
- ✓ öncesinde gebelik olmamış pelvik inflamatuvar hastalık varlığında (yönteme başlamak için),

- ✓ pürülan servisit, klamidyal enfeksiyon ya da gonore varlığında (yönteme başlamak için),
- ✓ pelvik tüberkülozda (yönteme başlamak için)

#### 4.4.2.3. Doğal Aile Planlaması Yöntemleri

Doğal aile planlaması, çiftlerin doğurganlık bilinci ile bazı kuralların birlikte uygulaması yoluyla gebeliği önlemeyi ya da oluşturmayı sağlayan yöntemlerdir. Bu yöntem servikal mukus ya da ovülasyon (Billings metodu) yöntemi, bazal beden ısısı yöntemi, servikal palpasyon yöntemi ve bu üç yöntemin birleşimi olan semptotermal yöntem ile takvim yöntemlerini içermektedir (Beji 2015; Taşkın 2016). DAP yöntemlerinin başarısızlık oranları tipik kullanımda %20-24 iken, doğru ve düzenli kullanımda %1-10 arasında değişmektedir. Bu yöntemler kadının menstrüel siklus boyunca vücudunda olan değişiklikleri tanınmasına ve ovülasyon zamanını fark etmesine yardımcı olmaktadır (Everett 2014; Özdemir 2014).

##### 4.4.2.3.1. Takvim yöntemi

Altı aylık bir gözlem süresi sonunda menstrüel siklusun fertil ve infertil günlerinin matematiksel formüllere dayanarak hesaplanmasını içeren bu yöntemi kadının kullanabilmesi için adetlerinin düzenli olması gerekmektedir. Kadının adet döngüsü stres, hastalık ve seyahat gibi pek çok faktörden etkilenebileceği için bu yöntemin kullanımı zorlaşmaktadır (Everett 2014; Özdemir 2014). Etkili kullanımda takvim yönteminin başarısızlık hızı %9 olarak saptanmıştır (Bozdağ 2013).

DSÖ kontraseptif kullanım kriterlerine göre takvime dayalı yöntemlerin gebelikte kullanımı uygun değildir (UD=Uygun değil). Menarş sonrasında ve peri menopozal dönemde, adet başladıktan sonra takvime dayalı yöntemlerin kullanımı zorlaşabilir bu nedenle ekstra bir hazırlık ve önlem gerekir (C=Uyarı). Doğum sonrası emziren kadınlarda adet başlayana kadar, düşükten sonra, düzensiz vajinal kanamada takvim yöntemine başlama ertelenmelidir (D=Erteleme). Vajinal akıntı ve akut/kronik hastalıklarda takvim yöntemine başlanabilir (A=Kabul, onay). Takvim

yöntemi düzenli menstrüel siklus varlığında kullanılabilir (C=Uyarı/ D=Erteleme) (World Health Organization 2015).

CDC kontraseptif kullanım kriterlerine göre takvime dayalı yöntemlerin kullanım kategorisi DSÖ kontraseptif kullanım kriterleri ile aynı değerlendirilmiştir (Centers for Disease Control and Prevention 2016).

#### **4.4.2.3.2. Bazal vücut ısısı yöntemi**

Bazal vücut ısısı yönteminin esasını ovulasyon sonrası, korpus luteumdan salgılanan progesteron hormonu ile vücut ısısının 0,2-0,5°C arasında yükselmesi (termal kayma) oluşturur. Ovulasyon, muhtemelen ilk ısı artışından önceki gün gerçekleşmiştir. Bu yöntemle ilk ısı artışının saptandığı günden üçüncü günün akşamına kadar cinsel perhizle gebelikten korunabilir. Bazal beden ısısı enfeksiyon, antibiyotik kullanımı, düzensiz uyku, stres, hastalık ve hatalı ölçüm gibi durumlardan etkilenir. Bu nedenle fertil- infertil dönemleri belirlemede vücut ısısı yöntemi tek başına yetersiz kalabileceğinden danışmanlıkta, bu yöntemin tek başına kullanılmaması gerektiği vurgulanmalıdır (Beji 2015; Şirin ve Kavlak 2015; Taşkın 2016).

#### **4.4.2.3.3. Servikal palpasyon yöntemi**

Bu yöntem, kadının menstrual siklus boyunca kendi kendini muayene ederek, servikal kıvamdaki değişiklikleri yorumlaması esasına dayanmaktadır. İnfertil dönemde servikse ulaşmak kolaydır, kıvamı serttir ve dış darlık kapalıdır. Östrojenedeki artış ile fertil dönemde serviks yumuşar ve yükselir. Korunmak isteyen çift ilk servikal değişikliklerin hissedilmesinden serviksin yeniden sert ve kolay ulaşılabilir durumuna dönmesine kadar cinsel pehriz uygulamalıdır (Beji 2015).

#### **4.4.2.3.4. Semptotermal yöntem**

Bu yöntem servikal mukus, vücut ısısı yöntemi ve servikal palpasyon yöntemlerinin birlikte kullanılarak yorumlanması esasına dayanır. Bu yöntemi

kullanırken üç yöntemin kuralları geçerlidir ve bu üç yöntemin birlikte kullanımı yöntem başarısını arttırmaktadır (Beji 2015).

DSÖ kullanım kriterlerine göre semptoma dayalı yöntemlerin gebelikte kullanımını uygun değildir (UD=Uygun değil). Menarş sonrasında ve peri menopozal dönemde, emziren kadınlarda altı aydan sonra veya adet başladıktan sonra, düşükten sonra ve kronik hastalıkların varlığında semptoma dayalı yöntemlerin kullanımını zorlaşabilir bu nedenle ekstra bir hazırlık ve önlem gerekir (C=Uyarı). Doğum sonrası emziren kadınlarda ilk altı hafta boyunca, emzirmeyen kadınlarda dört haftadan önce, düzensiz vajinal kanamada, vajinal akıntı ve akut hastalıklarda yönteme başlama ertelenmelidir (D=Erteleme). Doğumdan sonra emzirmeyen kadınlarda dört haftadan sonra yönteme başlanabilir (A=Kabul, onay). Siklüs düzenini, hormonları ve/veya fertilité işaretlerini etkileyen ilaç kullanımı durumunda fertilité işaretlerinin etkilenme derecesi belirlenene kadar bariyer bir yöntem kullanılmalıdır. Takvime dayalı yöntemler düzenli menstrüel siklus varlığında kullanılabilir (C=Uyarı/ D=Erteleme) (World Health Organization 2015).

CDC kontraseptif kullanım kriterlerine göre semptoma dayalı yöntemlerin kullanım kategorisi DSÖ kontraseptif kullanım kriterleri ile aynı değerlendirilmiştir (Centers for Disease Control and Prevention 2016).

#### **4.4.2.3.5. Laktasyonel amenore yöntemi (LAM)**

Laktasyonel Amenore Yöntemi (LAM), bazı koşullar sağlandığında emzirmenin bir doğum kontrol yöntemi olarak kullanılmasıdır. LAM'ın gebeliğin ilk altı ayı içinde %98 oranında koruyuculuğu vardır. Bu koşullar; bebeğin beslenmesinin en az %85'inin emzirmeyle sağlanması, annenin adet görmeye başlamamış olması ve doğumdan sonra altı aydan uzun bir süre geçmemiş olmasıdır (Beji 2015; Şirin ve Kavlak 2015; Taşkın 2016).

#### **4.4.2.3.6. Geri Çekme (Koitus interruptus)**

Daha çok Müslüman ve Hristiyan ülkelerde kullanılan bu yöntem en eski gebelikten korunma yöntemlerinden birisidir (Everett 2014). Halk arasında “çekilme,



dışarı boşalma, erkeğin korunması, dikkatli olma” gibi farklı isimlerle de adlandırılmaktadır (Yılmaz 2003). Korunma olmadan bir yıl içinde istenmeyen gebelik oranı %85-90 iken, geri çekme ile korunarlarda ilk yıldaki başarısızlık hızı tipik uygulamada %19-27, doğru ve düzenli kullanımda ise %4 olarak bildirilmektedir (Bozdağ 2013;Everett 2014; Özdemir 2014).

Güvenilir bulunması, gebelik istendiği durumda kolay bırakılabilmesi, hormon içermemesi ve yan etkisinin olmaması nedeniyle yaygın kullanılan bu yöntemin ejakülasyondan önce bir miktar seminal mayinin vajene kaçabilmesi, koitusa ara vermek için yeterli otokontrolün sağlanamaması, sürekli kullanıldığında cinsel doyumsuzluk ve psikolojik gerginliğe yol açabilmesi gibi olumsuz yönleri vardır (Yanikkerem ve ark. 2006; Temel 2012; Taşkın 2016).

#### **4.4.2.4. Gönüllü Cerrahi Sterilizasyon**

##### **4.4.2.4.1. Erkek Sterilizasyonu (Vazektomi)**

Erkeklerde vas deferenslerin kapatılması ile spermelerin epididimden ejakülatoryusa geçişini engelleyen bu yöntem tüm dünyada kabul edilen ve giderek yaygınlaşan bir doğum kontrol yöntemidir (Şirin ve Kavlak 2015; Taşkın 2016). Başarısızlık oranı %0,15-0,10 olmasına rağmen gebelikler genellikle vazektomiden hemen sonra görülür. Bu nedenle çiftlere 20 boşalma (3 ay veya daha fazla) boyunca ek bir yöntemle korunmaları gerektiği anlatılmalı ve vazektomiden 8-16 hafta sonra semen analizi yaptırmaları (en az iki negatif sonuç alınana kadar) konusunda mutlaka bilgi verilmelidir (Bozdağ 2013;Everett 2014; Özdemir 2014). Vazektomi, kolay, basit ve kısa sürede uygulanan ve cinsel ilişkiye etkisi bulunmayan ve özellikle çocuk istemeyen çiftler için uygun bir yöntemdir Bu yöntemin geriye dönüşümü mümkün ancak pahalı, güç ve %100 değildir. Bu yöntem CYBE'ye karşı korumaz (Kurtuluş 2009).

DSÖ kullanım kriterlerine göre vazektomi HIV için yüksek risk varlığında ve orak hücreli anemide kullanılabilir (A=Kabul, onay). Genç yaşta, depresif bozuklukta, skrotum yaralanmalarında, ciddi varikozel/hidrozel varlığında, diabette bu yöntemin kullanımı için ekstra bir hazırlık ve önlem gerektirmektedir (C=Uyarı).

Skrotal deri enfeksiyonu, aktif CYBE, epididimitis, intra-skrotal kitle ve sistemik enfeksiyonda yönteme başlama ertelenmelidir (D=Erteleme). Ciddi HIV varlığı kriptorşidizm, ve inguinal hernide sterilizasyon için özel durum gerekmektedir (S=zel durum) (World Health Organization 2015).

#### 4.4.2.4.2. Tüpligasyon

Mini laparotomi ve laparoskopji yöntemleri ile fallop tüplerinin mekanik olarak kapatılması sağlanarak kalıcı cerrahi sterilizasyon yapılmakta ve bu uygulamanın etkinliği %99,9 olduğu belirtilmektedir (Beji 2015). 2827 sayılı yasa gereği 18 yaşını tamamlamış kadınlarda evli iseler eşlerinin onayı ile tp ligasyon yaptırabilmektedirler (AÇSAP 2007). Fallop tüpleri mekanik olarak kapalı olduğundan sperm ve ovumun birleşmesi önlenmektedir (Beji 2015; şirin ve Kavlak 2015). Bu yöntemin koruyuculuğu hemen başlamakta ve başarısızlık oranı düşüktür. Adet düzenini, hormonları ve cinsel ilişkiyi etkilemez. İleri dönemlerde ortaya çıkan bir sağlık sorunu yoktur. Gebelik endişesi olmadığı için cinsel isteği ve performansı olumlu etkileyebilir. Operasyonu izleyen birkaç gün boyunca kanama ve enfeksiyon riski, kesi yeri ve alt karında ağrı olabilir. Geri dönüşü zor ve pahalı işlem gerektirir. Düşük oranda gebelik olasılığı ve dış gebelik riski taşımaktadır. CYBE'ye karşı korumaz (Evlilik ncesi Danışmanlık Rehberi 2014; Beji 2015; şirin ve Kavlak 2015).

DSÖ kullanım kriterlerine göre kadınlarda sterilizasyon yöntemi nullipar/parz kadınlarda, emzirenlerde, postpartum dönemde ilk hafta veya postpartum 42 günden sonra ve hafif preeklamsi varlığında, komplike olmayan düşük sonrası, sigara kullanımında, baş ağrısında, HIV için yüksek risk varlığında, taşıyıcı ya da kronik hepatitte kullanılabilir (A=Kabul, onay). Genç yaş, BKİ'nin 30 ve üzerinde olması, kontrol altına alınmış hipertansiyon, iskemik kalp hastalığı öyküsü, inme ve komplike olmayan valvüler kalp hastalığında, 20 yıldan kısa süreli diyabette, talasemide (Hg=7-10 g/dl), böbrek hastalığında, abdominal veya pelvik cerrahi operasyon geçirme durumunda yöntemin kullanımı ekstra bir hazırlık ve önlem gerektirmektedir (C=Uyarı). Gebelik döneminde, doğum sonrası ilk 7-42 gün arasında, ciddi preeklamsi ve uzamış membran rüptüründe, şiddetli hemorajide,

genital bölgede ciddi travma varlığında, düşük sonrası ateş veya sepsiste, ciddi hemorajide ve genital bölgede ciddi travma varlığında, akut derin ven trombozunda, iskemik kalp hastalığında, servikal/over/endometrial kanserde, pelvik inflamatuvar hastalığında, genital enfeksiyon varlığında, hemoglobinin yedinin altında olduğu anemide, sistemik enfeksiyonda ve akut viral hepatitte yõteme başlama ertelenmelidir (D=Erteleme). Hipertansiyonda sistolik kan basıncının 160, diastolik kan basıncının 100'ün üzerinde olduğu durumlarda, komplike valvüler kalp hastalığında, 20 yıl üzerinde diyabet varlığında sterilizasyon için özel durum gerekmektedir (S=Özel durum) (World Health Organization 2015).

#### **4.5. Doğum Kontrol Yöntemlerinin Cinsel Yaşama Etkisi**

##### **4.5.1. Hormonal Doğum Kontrol Yöntemlerinin Cinsel Yaşama Etkisi ve Yapılan Çalışmalar**

Kadın cinsel fonksiyonu sinir sistemi ve vajinal dokular üzerine farklı etkileri olan cinsiyet hormonları (östrojen, androjen ve progesterin) başta olmak üzere stres, gebelik, sigara kullanımı, evlilik süresi ve çocuk isteği gibi birçok faktörden etkilenmektedir (Wallwiener ve ark. 2010).

Hormonal doğum kontrol yöntemleri cinsiyet hormonlarını etkileyerek cinsel işlevlerde değişiklikler yapabilmektedir (Burrows ve ark. 2012). OK'lerin cinsel isteği azalttığını belirten çalışmalarda bu etkinin kandaki testosteron seviyesindeki azalmaya bağlı gerçekleştiği belirtilmektedir. Bilindiği gibi testosteron kadınlarda cinsel isteği etkileyen primer seks steroidi olup, kandaki miktarının azalması kadınlarda libidoda değişimlere neden olabilmektedir (Schaffir ve ark. 2010).

Danimarka'da yaşları 25-44 arasında olan 560 kadınla yapılan bir çalışmada total testosteron (TT) ve serbest testosteron seviyesindeki artış ile cinsel istek arasında pozitif ilişki olduğu saptanmıştır (Wählin-Jacobsen ve ark. 2015).

Yapılan çalışmalarda yüksek doz etinil östriol içeren KOK seks hormonlarını bağlayan globülinleri (SHBG) arttırarak serbest testosteronların azalmasına yol açabildiği gösterilmiştir (Strufaldi ve ark. 2010; Caruso ve ark. 2011b; Heiman ve ark. 2011; Battaglia 2012).

Bir çalışmada OK kullanan 47 ve kullanmayan 46 kadının hormon düzeyleri incelenmiş; hormonal kontraseptif kullanan kadınlarda TT seviyesi kullanmayan kadınlara oranla daha düşük, SHBG seviyesi daha yüksek bulunmuştur. Bu çalışmada serbest testosteronda artış ve SHBG seviyesindeki azalışın cinsel uyarılmayı olumlu etkilediği saptanmıştır (Heiman ve ark. 2011).

İtalya'da yapılan bir araştırmada (n=21 kadın) KOK başlanan kadınlarda üç ay sonra estriöl seviyesi azalmış, SHBG plazma seviyesi artmış ve labia minör ve vajina introitusunun kalınlığında azalma bulunmuştur. Aynı çalışmada cinsel ilişki ve orgazm sıklığında azalma ve cinsel ilişki sırasında yaşanan ağrı da artma saptanmıştır (Battaglia ve ark. 2012). Vajinal duvarların tonusunu ve klitoral ereksiyonu sağlayan testosteronun azalmasının kadında vajinal atrofiye yol açabilmesi yönünden önemli olduğu belirtilmektedir (Berman 2005; Eşel 2006).

Kaliforniya'da KOK kullanan 24 kadın ve hormonal yöntem kullanmayan 28 kadınla yapılan bir araştırmada OK kullanan kadınlarda serbest testosteron seviyesinde azalma bulunurken Female Sexual Function Index (Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi) skorları genital uyarılma (klitoral duyarlılık) ve vestibular ağrı arasında fark bulunmamıştır (Lee 2011).

Amerika'da levonorgestrel'in serum androjen, SHBG seviyesi ve cinsel fonksiyona etkisinin incelendiği 36 kadınla yapılan deneysel bir çalışmada Levonorgestrel (LNG) kullanan kadınlarda serum TT, androjen, dihidrotestosteron, dehydroepiandrosterone sulfat değerlerinin azaldığı, fakat cinsel işlev ve androjen biyoaktivitesi markırlarına etkisi olmadığı bulunmuştur (Kovalevsky ve ark. 2010).

Bir sistematik derlemede 1975-2011 yılları arasında yapılan 8,422 OK kullanan kadını içeren 36 çalışma incelenmiştir. OK'lerin serbest testosteron üzerinde etkisini inceleyen 18 çalışmanın 15'inde testosteron seviyesinde azalma olduğu, üç çalışmada ise değişim olmadığı bulunmuştur. Araştırmalarda testosterondaki azalmaya bağlı kadının libidosunda azalma beklenirken yedi çalışmada libidoda artma, dört çalışmada azalma ve dört çalışmada değişiklik olmadığı saptanmıştır (Pastor ve ark. 2013).

Kalifornia'da yapılan bir çalışmada östrodiol ve progesteronun testosteronun etkisinden bağımsız olarak kadın cinselliği üzerinde uyarıcı ve baskılayıcı etkilerinin olduğu bulunmuştur (Roney ve Simmons 2013). Kadın hormonal döngüsünün

foliküler fazında cinsel isteğin östrojenle birlikte arttığı, ovulasyonda zirve yaptığı ve luteal fazda azalış gösterdiği saptanmıştır (Pillsworth ve ark. 2004).

Diğer bir çalışmada ise östrojen seviyesinin en yüksek olduğu ovülasyon döneminde cinsel ilişki sıklığının en fazla olduğu belirlenmiştir (Wilcox ve ark. 2004).

Hormonal kontraseptif kullanımı menstrual döngü boyunca cinsel isteği etkileyebilmektedir. Atlanta'da 30 heteroseksüel kadınla yapılan bir çalışmada menstrual siklus boyunca cinsel istek değişimi incelenmiş; normal siklusa sahip kadınların ovulasyon dönemlerinde, KOK kullanan kadınların ise menstruasyon döneminde cinsel istek artışı yaşadıkları saptanmıştır (Wallen ve ark. 2010).

Fransa'da KOK kullanan kadınlarda menstrual döngü boyunca cinsel istek ve cinsel davranışları inceleyen başka bir araştırmada cinsel isteğin menstrual siklus boyunca değişmediği ancak OK alımının son günlerinde cinsel ilişki sıklığının azaldığı bulunmuştur (Elaut ve ark. 2014).

Hormonal kontraseptif yöntemin içerdiği hormonal doz miktarı da kadınlarda cinsel fonksiyonu ve plazmada bazı parametreleri etkileyebilmektedir. Brezilya'da içeriği aynı, dozları farklı iki hormonal kontraseptifin kadın cinsel fonksiyon ve plazma androjen seviyesi üzerine etkisini inceleyen bir çalışmada (n=97) bir grup 30 mcg ethinil östriol (EE) ve 150 mcg LNG içeren hapları diğer grup 20 EE ve 100 mcg LNG hapları altı siklus boyunca kullanmıştır. 30 mcg EE ve 150 mcg LNG kullanan grupta plazma androjen seviyesi azalırken, cinsel istekte azalma bulunmamıştır. 20 EE ve 100 mcg LNG alan grupta cinsel istek skoru artış göstermiştir (Strufaldi ve ark. 2010). Benzer şekilde Pastor ve arkadaşlarının (2013) sistematik derlemesinde düşük doz (15–20 µg) östrojen içeren hap kullanan kadınlarda libidoda artış (%17), yüksek doz (25–35 µg) EE içeren hap kullanan kadınlardaki artıştan (%7) yüksek bulunmuştur (Pastor ve ark. 2013). Strufadi ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında ise düşük doz EE ve LNG içeren hap kullanan kadınlarda SHBG seviyesi %22, serbest androjen %42 oranında azalmasına rağmen cinsel istek skorunda artış bulunmuştur (Strufadi ve ark. 2010). Almanya, Avusturya ve İsveç'de üniversite öğrencileri ile yapılan çalışmalarda da östrojen dozuna bağlı Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi skorlarında önemli bir farklılık saptanmamışken (Wallwiener ve ark. 2010; Wallwiener ve ark. 2015), Fransa'da yapılan bir çalışmada

35 mcg EE ve 2 mg cyproterone acetate kullanan kadınların cinsel fonksiyonlarının 20 mcg EE ve 75 mcg gestoden ile 30 mcg EE ve 3 mg drospirenone acetate kullanan kadınlardan daha iyi olduğu saptanmıştır (Elaut ve ark. 2014).

İtalya'da cinsel davranışları değerlendirmek için Short Personal Experience Questionnaire ölçeği kullanılarak 115 kadınla yapılan bir çalışmada, 20 mg EE kullanmaya başlayan kadınların üçüncü sikluslarında cinsel ilişki memnuniyeti, uyarılma, orgazm ve cinsel istekte artış bulunmuşken; 3 mg drospirenone kullanmaya başlayan kadınlarda farklılık saptanmamıştır. Bununla birlikte 20 mg EE kullanan kadınlarda başlangıç durumlarına göre altıncı siklusta cinsel deneyimlerinde olumlu sonuçlar olduğu saptanmıştır. Çalışmada yer alan iki grupta da OK kullanımı sonrası kadınların yaşadığı disparoninin üçüncü ve altıncı sikluslarda azaldığı bulunmuştur (Caruso ve ark. 2011a). Caruso ve arkadaşlarının diğer bir çalışmasında da estradiol valerate ve dienogest kullanan kadınlarda (n=57) üçüncü ve altıncı sikluslarda disparonide azalma olduğu ve cinselliğin olumlu etkilendiği saptanmıştır (Caruso ve ark. 2011b).

Hormonal yöntem kullanırken uygulanan rejim de cinsel fonksiyonları farklı şekilde etkileyebilmektedir. 21/4 (2mg chlormadinone acetate / 0.03 mg ethinylestradiol) rejimini kullanan kadınlarla yapılan üç çalışmanın analizinin yapıldığı 194 kadını kapsayan bir çalışmada OK kullanan kadınlarda libidoda değişiklik bulunmamışken (Göretzlehner ve ark. 2011); 21/7 (30 mcg EE sabit farklı progesteron (3 mg drospirenone, 75 mcg gestodene, 150 mcg LNG) rejimini kullanan kadınlarda (n=215) altı ayın sonundaki değerlendirmede KCFİ skorunda artış saptanmıştır (Çetin ve ark. 2015). Benzer şekilde 72/4 (20 mg EE/3 mg Direspironon) rejimi uygulanan (n=50) grupta da ikinci siklusun sonunda yapılan değerlendirmede cinsel fonksiyonlarda olumlu etki görülmüştür (Caruso ve ark. 2013).

Farklı hormonal kontraseptif yöntemler de kandaki cinsiyet hormonlarını etkileyerek cinsel fonksiyonlarda değişiklik yapabilmektedir. Amerika'da 50 kadınla yapılan bir çalışmada KOK kullanan kadınlar Depo-Provera (DMPA) kullanan kadınlara göre daha yüksek östrodiol seviyesi ve daha düşük serbest testosteron seviyesine sahip iken; cinsel istek, uyarılma ve toplam KCFİ puanında farklılık bulunmamıştır (Schaffir ve ark. 2010).

Belçika’da yapılan bir araştırmada (n=55) düşük doz KOK, sadece progesteron içeren OK ve vajinal halka kullanan kadınların cinsel fonksiyonları incelenmiştir. Vajinal halka kullanan kadınlarda cinsel isteğin daha yüksek olduğu saptanmıştır (Elaut ve ark. 2012).

Mısır’da yapılan çalışmada vajinal halka kullanan grupta lökore, vajinit, libido azalması ve halka kaynaklı sorunlar (rahatsızlık, vajinal halkanın cinsel ilişki sırasında kadın ya da erkek tarafından hissedilmesi, halkanın yerleştirilmesi ve çıkarılmasındaki zorluklar) daha yaygın bulunmuştur (Mohamed ve ark. 2011).

Gracia ve arkadaşlarının (2010) patch ve halka kullanımının cinsel fonksiyona etkisini inceledikleri çalışmada ilk kez halka kullanan grupta KCFİ skoru azalırken, patch kullanan grupta KCFİ skorunun artış gösterdiği (Gracia ve ark. 2010) gözlenmiştir. Üniversite öğrencileri ile yapılan bir araştırmada (n=2,612) KCFİ skoru OK kullanan kadınlarda 28,5, oral olmayan hormonal kontraseptif kullanan kadınlarda 28,9 ve hormonal olmayan kontraseptif kullanan kadınlarda 29,2 olarak bulunmuştur (Wallwiener ve ark. 2015).

Hormonal yöntemlerin hormonal olmayan yöntemlerle karşılaştırıldığı araştırmalarda hormonal yöntemlerin kadın cinsel fonksiyonlarında değişiklik yaptığı saptanmıştır (Wallwiener ve ark. 2010; Smith ve ark. 2014). Ankara’da emzirme döneminde olan ve kontrasepsiyon amaçlı RİA veya DMPA kullanan 100 kadınla yapılan prospektif bir çalışmada DMPA grubunda bir kadında (%2) cinsel disfonksiyon gözlenmiştir (Minareci ve ark. 2008).

Amerika’da yapılan bir çalışmada hormonal yöntem kullanan 535 kadın ve hormonal olmayan yöntem kullanan 566 kadın ile karşılaştırılmış; hormonal yöntem kullanan kadınların cinsel ilişki boyunca daha fazla ağrı ve rahatsızlık (0,21 ve 0,06 sırasıyla) daha sık lubrikant kullanımı (0,31 ve 0,19 sırasıyla), daha fazla vajinal kuruluk yaşadıkları (0,29 ve 0,08 sırasıyla) saptanmıştır. Hormonal olmayan yöntem kullanan kadınlar daha sık cinsel ilişkide bulduklarını (0,59 ve 0,46 sırasıyla) ve daha fazla uyarılma (0,86 ve 0,67 sırasıyla) ve orgazm (1,18 ve 0,88) yaşadıklarını belirtmişlerdir (Smith ve ark. 2014).

Wallwiener ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında ise hormonal kontraseptif kullanan kadınların KCFİ, cinsel istek, uyarılma skorları kontraseptif kullanmayan ve hormonal olmayan kontraseptif kullanan kadınlardan daha düşük bulunmuştur

(Wallwiener ve ark. 2010). Amerika’da hormonal yöntemlerin kondom ile karşılaştırıldığı bir çalışmada kondom kullanımında cinsel istekte azalmanın hormonal yöntem kullanımından daha fazla olduğu saptanmıştır (Higgins ve ark. 2008). Benzer şekilde Amerika’da 30 çift ile derinlemesine görüşme yapılmış; çiftler en çok kondomun his kaybına neden olması ve ilişkiyi bölmesi nedeniyle bu yöntemi kullanmak istemediklerini bu nedenle hormonal yöntemlere yöneldiklerini ifade etmişlerdir (Fennell 2014).

Hormonal kontraseptif kullanımının cinsel yaşamı etkilediği çalışmalarda görülmekte olup nasıl etkilediği karmaşık şekilde karşımıza çıkmaktadır. Çalışmalarda KOK kullanımının serbest testosteron seviyesini azalttığı bulunmuş fakat çoğunda bu durumun libidoda azalmaya neden olmadığı saptanmıştır (Caruso S ve ark. 2011; Lee ve ark. 2011). Farklı doz EE içeren yöntemlerinde cinsel istekte değişiklik yaptığı gösterilmiştir (Strufaldi ve ark. 2010; Wallwiener M ve ark. 2010). Serum serbest testosteron seviyesinin ancak belli bir değerin altına düşmesi cinsel isteği etkilemektedir. Bu değişikliklerin hassas kadınlar tarafından algılandığı, cinselliğin kişisel özellikler kadar psikososyal, kültürel ve diğer pekçok faktörden etkilendiği dikkate alındığında KOK kullanımının karmaşık kadın cinselliği üzerinde direkt etkisini açıklamak kolay olmamaktadır (Pastor ve ark. 2013).

#### **4.5.2. Hormonal Olmayan Doğum Kontrol Yöntemlerinin Cinsel Yaşama Etkisi ve Yapılan Çalışmalar**

Almanya’da 1999 yılında 1466 kadınla yapılan çalışmada RİA kullanan 119 kadının yarısından fazlası (%55) RİA’nın cinsel yaşamlarını olumlu etkilediğini belirtmiştir. Kadınlar cinsel ilişki sıklığı (%13,7), cinsel istekte artış (%5,2) yaşadıklarını ifade etmişlerdir (Oddens 1999).

Polanya’da hormonlu RİA veya bakırlı RİA kullanan (n=100) ve hiç yöntem kullanmayan (n=100) kadınlar ile yapılan bir çalışmada cinsel disfonksiyon (CD) en yüksek oranda hiç yöntem kullanmayan kadınlarda (%35) görülmüş bunu sırasıyla bakırlı RİA (%21) ve hormonlu RİA (%10) kullanan kadınlar izlemiştir (Skrzypulec ve Drosdzol 2008).



Amerika'da 40 kadınla yapılan bir çalışmada RİA kullanımına bağlı gelişen kanama ve kramp, RİA'nın ipinin eşi tarafından hissedilmesi gibi yan etkiler cinsel yaşamı olumsuz etkilerken; gebelik korkusunun olmaması, cinselliğin spontan hazırlık yapmadan gerçekleşmesinin cinselliği olumlu etkilediği bulunmuştur (Sanders ve ark. 2014; Higgins ve ark. 2015).

İran'da OK, kondom, RİA, vazektomi, tüpligasyon, doğal aile planlaması ve enjekte edilen kontraseptif yöntem kullanan (puan ortalaması=26,5) ve hiçbir yöntem kullanmayan kadınlarla (puan ortalaması=18,1) yapılan çalışmada yöntem kullanmayan kadınların KCFİ skorlarının daha iyi olduğu tespit edilmiştir. Çalışmada CD en yüksek vazektomi yöntemi ile korunanlarda (14±4,1) bulunmuşken, en düşük kondom kullanan (22,9±4,5) gruptadır (Fataneh ve ark. 2013).

Roumen'in çalışmasında eşleri vajinal halka kullanan erkeklerin %72'si cinsel ilişki sırasında halkayı hiç hissetmediğini, %92'si cinsel histe değişiklik yaşamadığını ve %87'si ilişki sırasında halkanın hareketini hissetmediğini belirtmiştir. Aynı çalışmada erkeklerin %16'sı halkanın ilişki sırasında çıktığını ifade etmesine rağmen sadece iki erkek bunu olumsuz olarak karşılamıştır (Roumen 2008).

Bir çalışmada yaklaşık dört buçuk ay (iki siklus uzamış rejim) vajinal halka kullanmış kadınlarda (n=52) cinsel istek, uyarılma, lubrikasyon, orgazm ve memnuniyette artış ve disparonide iyileşme bulunmuştur (Caruso ve ark. 2014).

Belçika'da RİA kullanan 402 kadınla yapılan bir çalışmada kadınların %95'i RİA kullanmaktan memnun olduğunu, %90'ı arkadaşına tavsiye ettiğini belirtmiştir. Hormonlu RİA kullanan kadınların memnuniyet oranı bakırlı RİA kullanan kadınlardan daha yüksek bulunmuştur. Çalışmada üç kadından biri cinsel fonksiyonlarında değişiklik olduğunu bildirmiş; bunlardan %29'u cinsel istekte artma, %36'sı cinsel istekte azalma, %20'si uyarılma sorunu ve %10'u orgazm problemi yaşadığını belirtmiştir (Enzlin ve ark. 2012).

Toorzani ve arkadaşlarının 140 çiftle İran'da yaptığı çalışmada geri çekme, tüpligasyon, oral kontrasepsiyon, kondom, vazektomi, RİA ve enjekte edilen kontraseptif yöntemleri kullanan kadınlar değerlendirilmiştir. Çalışmada kadınlar arasında kullanılan yöntem ile cinsel doyum arasında ilişki bulunmamışken, erkeklerde cinsel memnuniyetin kondom kullanımında en düşük, enjekte edilebilir

kontrasepsiyon ve tüpligasyon yöntemlerinde en yüksek olduğu saptanmıştır (Mehdizadeh Toorzani ve ark. 2010).

Yanikkerem ve arkadaşlarının (2006) Manisa'da yaptığı bir araştırmada en yaygın ve güvenilir yöntem olarak RİA'nın (%28,6) kullanıldığı saptanmıştır. Kadınların RİA'nın ipliklerinin kendi ve eşi tarafından hissedileceği, uterusu perfor edebileceği, abdomene ilerleyebileceği ve ağrı yapabileceği gibi endişeleri olduğu saptanmıştır (Yanikkerem ve ark. 2006).

Afyonkarahisar'da 54 çiftle yapılan çalışmada RİA kullanan çiftlerin çoğunluğunun cinsel fonksiyonlarında bir değişiklik olmadığı bulunmuştur (Temel 2012).

Literatür incelendiğinde, kondomun doğum kontrolüne erkeklerin katılımını sağlaması, yan etkisinin olmaması, erken boşalmayı önlemesi, ereksiyonu kolaylaştırması ve vajen kuruluğu olanlarda kayganlaştırıcı etkisinden yararlanılması gibi olumlu yönleri olduğu belirtilmektedir (Berkiten ve Aslan 2001). Buna karşı erkekler cinsel hissi azalttığı, cinsel ilişkiyi böldüğü ve ereksiyonu sürdürmeyi zorlaştırdığı için kondom kullanmak istememektedir (Flood 2003; Jones 2009). İngiltere ve Amerika'da yapılan çalışmalarda kondom kullanımının kadınlarda cinsel doyumunu azaltması nedeniyle kondom kullanmadıkları saptanmıştır (Ehrhardt ve ark. 2002). Özellikle kadının kondom kullanımının cinsel doyumunu etkileyebileceğine karşı tutumu erkeğin tutumundan daha etkili olabilmektedir. Kanada ve Amerika'da 5600 yetişkinle yapılan çalışmada uyarılma kaybı nedeni ile korunmasız cinsel ilişki yaşama kadınlarda daha yaygın bulunmuştur (Higgins ve ark. 2009). Aile Büyümesi Ulusal Anketi (National Survey of Family Growth) ile Amerika'da yapılan bir araştırmada (n=3517) erkek ve kadınların kondomun cinsel hissi azaltması nedeniyle geri çekme yöntemini kullanmayı tercih ettikleri saptanmıştır (Higgins ve Wang 2015).

Yanikkerem ve arkadaşlarının Manisa'da yaptığı bir çalışmada, kondom kullanan erkeklerin yöntemden memnun olmadıkları için kullanmayı bıraktıkları ve kondom kullanan kadınlarda vajinada kuruluk ve tahrişe neden olduğu saptanmıştır (Yanikkerem ve ark. 2006).

Norveç'de 871 genç yetişkinle yapılan bir çalışmada katılımcıların %20'si son cinsel ilişkisinde kondom kullanmış, erkeklerin %15'i ve kadınların %9'u daha temiz

hissettiklerini, erkeklerin %18 ve kadınların %23'ü kirliliği önlemek için kondom kullandıklarını ve kadın ve erkeklerin %2'si zevk için kondomu tercih ettiklerini ve erkeklerin %9'u ve kadınların %7'si cinsel ilişkiyi uzatmak için kondom kullandıklarını ifade etmişlerdir (Træen ve Gravningen 2011).

Crosby ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada (n=949) katılımcıların üçte biri (%38,3) kondom kullanırken en az birkere sorun yaşadığını belirtmiş olup en çok his kaybı, natürel olmama, kondomun boyutuyla ilgili sorunlar, cinsel zevki azaltma, ağrı ve rahatsızlığa sebep olma gibi problemlerle karşılaştıklarını söylemişlerdir (Crosby ve ark. 2013).

Geri çekme yönteminin tıbbi yan etkileri bulunmamakla birlikte, cinsel ilişkinin yarıda kesilmesi eşlerin cinsel doyumlarını azalttığı belirtilmektedir (Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi 2005). Yapılan bazı çalışmalarda geri çekme yönteminin cinsel yaşam üzerine olumsuz etkilerinden bahsedilmiştir. Berkiten ve Aslan'ın çalışmasında geri çekmeyi kullanan erkeklerin tatmin olamama sorununu yaşadıkları belirlenmiştir (Berkitan ve Aslan 2001). Yanikkerem ve ark (2006) çalışmasında geri çekme yöntemi ile korunan çiftlerde kadınların dörtte birinin cinsel yaşamının olumsuz etkilendiği bulunmuştur (Yanikkerem ve ark. 2006). İran'da 2010 yılında 300 kadınla yapılan bir başka çalışmada ise kadınların % 34'ü ile eşlerinin %42'sinin geri çekme yöntemi nedeniyle cinsel zevklerinin azaldığı saptanmıştır (Rahnama ve ark. 2010).

## **5. GEREÇ VE YÖNTEM**

### **5.1. Araştırmanın Tipi**

Bu araştırma, hormon içeren ve içermeyen kontraseptif yöntem kullanan kadınların cinsel fonksiyonlarının incelenmesi amacıyla yapılan analitik ve kesitsel bir araştırmadır.

### **5.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı**

Araştırma T.C. Manisa il merkezine bağlı üç Aile Sağlığı Merkezinde (ASM) (Şehzadeler'e bağlı 5 ve 9 Nolu ASM'ler ile Yunusemre Belediyesi'ne bağlı 8 Nolu ASM) gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın verileri Ekim 2015- Ekim 2016 tarihleri arasında toplanmıştır.

### **5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

Araştırmanın evrenini, Manisa il merkezine bağlı üç Aile Sağlığı Merkezine kayıtlı 15-49 yaş arasındaki kadınlar oluşturmuştur. Manisa İl Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden alınan verilere göre, 2015 yılında üç Aile Sağlığı Merkezine kayıtlı 15-49 yaş arası toplam kadın sayısı 16.221'dir. EPI Info 2000 programı ile evreni bilinen formül kullanılarak %95 güven aralığı, %5 sapma ve bilinmeyen prevalans %50 alınarak en küçük örneklem sayısı 375 olarak hesaplanmıştır. Örneklem seçiminde Manisa Nüfus ve Sağlığı Araştırmaları'nda (MNSA) kullanılan kent merkezi ASM'lerinin tabakalandırılması yöntemi kullanılmış ve ASM bölgelerine göre örneklem sayıları Şekil 1'de sunulmuştur (Manisa Nüfus ve Sağlık Araştırması 2005).

Tabaka	ASM No	Evren sayısı	Örneklem
			sayısı
Kentsel	9	3286	76
Yarı kentsel	8	8890	205
Kırsal	5	4045	94

**Şekil 4. MNSA kent merkezi tabakalandırılmış ASM'lere bağlı yıl ortası toplam 15-49 yaş arası kadın sayısı ve alınacak örneklem sayıları**

Araştırmaya dahil edilme kriterleri:

- ✓ Araştırmaya katılmaya gönüllü olan kadınlar
- ✓ 15-49 yaş arasında olan kadınlar
- ✓ Menopoza girmemiş kadınlar
- ✓ Gebe ve lohusalık döneminde olmayan kadınlar
- ✓ Eşiyle birlikte yaşayan ve aktif cinsel hayatı olan kadınlar
- ✓ Hormon içeren veya içermeyen doğum kontrol yöntemini en az üç ay süre ile kullanmış kadınlar
- ✓ Depresyon, kanser ve kronik hastalık tanısı olmayan kadınlar

Araştırma dışında tutulma kriterleri:

- ✓ Hormon içeren ve içermeyen yöntemleri en az üç ay süre ile kullanmamış olan kadınlar
- ✓ Kronik hastalığı olan kadınlar
- ✓ Kanser tanısı almış kadınlar
- ✓ Emziren kadınlar
- ✓ Eşiyle birlikte yaşamayan kadınlar
- ✓ Gebelik, lohusalık ve menopoz döneminde olan kadınlar,
- ✓ Histerektomi operasyonu geçirmiş, prolapsus, sistosel, rektosel tanısı almış kadınlar
- ✓ Depresyon ve herhangi bir ruhsal hastalık tanısı almış ve tedavi gören kadınlar
- ✓ 15 yaşın altında olan ve 49 yaşın üzerinde olan kadınlar

#### 5.4. Araştırmanın Hipotezleri

**I. Ho:** Kullanılan doğum kontrol yöntemi kadınların cinsel fonksiyonunu etkilemez.

**H<sub>1</sub>:** Kullanılan doğum kontrol yöntemi kadınların cinsel fonksiyonunu etkiler.

**II. Ho:** Kullanılan doğum kontrol yönteminin hormon içerip içermemesi kadınların cinsel fonksiyonunu etkilemez.

**H<sub>1</sub>:** Kullanılan doğum kontrol yönteminin hormon içerip içermemesi kadınların cinsel fonksiyonunu etkiler.

**III. Ho:** Kadınların sosyo-demografik özellikleri ile Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi puan ortalaması arasında ilişki yoktur.

**H<sub>1</sub>:** Kadınların sosyo-demografik özellikleri ile Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi puan ortalaması arasında ilişki vardır.

#### 5.5. Araştırmanın Bağımlı- Bağımsız Değişkenleri

**Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri:** Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi toplam puanıdır.

**Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri:** Kadınların yaşı, eğitim durumu, mesleği, sosyal güvencesi, evlilik yaşı, evlenme şekli, aile tipi, gelir durumu, yaşadığı yer, BKİ, gebelik sayısı, doğum ve yaşayan çocuk sayısı, aile tipi, ilk adet yaşı, menstrüel kanama miktarı, menstrüel siklus boyunca cinsel istek değişimi, eş ile evlilik uyumu, eşin yaşı, eşin eğitimi, eşi ve kendisinin cinsel yaşamdan memnuniyeti, son bir aydaki cinsel ilişki sıklığı, kullandığı doğum kontrol yöntemi, yöntemi kullanma süresi, eşi ve kendisinin doğum kontrol yönteminden memnuniyeti, yöntemle bağlı yaşadığı şikayetler, Beck Depresyon Ölçeği toplam puanıdır.

**5.6. Veri Toplamada Kullanılan Araçlar:** Araştırma verilerinin toplanmasında kullanılacak anket formu beş bölümden oluşmaktadır.

a) Araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda geliştirilen “Kadınların Tanıtıcı Özellikleri Soru Formu” (EK I),

- b) Araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda geliştirilen “Kadınlardan Kullandıkları Doğum Kontrol Yöntemleri ve Deneyimleri” Soru Formu (EK II),
- c) Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilen Hisli (1988) tarafından geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılan “Beck Depresyon Ölçeği” (EK III),
- d) Rosen ve arkadaşları tarafından geliştirilen Öksüz ve Malhan (2005) tarafından geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılan “Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi” (EK IV) kullanılmıştır.

### **5.6.1. Kadınlardan Tanıtıcı Özellikleri Soru Formu**

Bu soru formu; araştırmacı tarafından literatür incelenerek oluşturulmuştur. Kadının yaşı, kilosu, boyu, eğitim durumu, mesleği, sosyal güvence durumu, ilk evlilik yaşı, evlenme şekli, gebelik ve doğum sayıları, eşin yaşı, eğitim durumu, çalışma durumu, mesleği, gelir durumu, evlilik süresi, kadınlardan menstrual siklus özellikleri ve cinsel yaşamlarına ilişkin toplam 31 sorudan oluşmaktadır (Ek I) (Fourcroy 2006, Gabalcı 2008, Hâ 2008, Schaffir 2010, Battaglia 2012; Davis 2013; Roney ve Simmons 2013; Elaut 2014, Assari 2014).

### **5.6.2. Kadınlardan Kullandıkları Doğum Kontrol Yöntemleri ve Deneyimleri Soru Formu**

Anket formunun ikinci bölümünü oluşturan bu soru formunda kadınlardan kullandıkları doğum kontrol yöntemleri incelenmiştir. Bu bölümde kadınlardan kullandıkları doğum kontrol yöntemleri ve bu yöntemleri ne kadar süre kullandıkları, yöntemi seçme nedenleri ve memnuniyet durumları, yöntemle bağlı yaşadıkları yan etkiler olmak üzere toplam dokuz sorudan oluşmaktadır (Ek II) (Fourcroy 2006, Gabalcı 2008, Hâ 2008, Schaffir 2010, Battaglia 2012; Davis 2013; Roney ve Simmons 2013; Elaut 2014, Assari 2014).

### 5.6.3. Beck Depresyon Ölçeği

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) depresyonun duygusal, somatik, motivasyonel boyutlarına ait bulguları derecelendirerek, depresif belirtiler hakkında bilgi veren bir ölçektir. Beck tarafından 1961 yılında geliştirilmiş ölçeğin ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Hisli tarafından 1988'de yapılmıştır. BDÖ'nin 11'i biliş, 2'si duygu, 2'si açıkça görülen davranış, 1'i kişiler arası sorunlar, 5'i somatik semptomları ölçmekte ve toplam 21 sorudan oluşmaktadır. Yapılan araştırmalarda BDÖ'nin kesim noktaları farklı alınabildiği görülmekle birlikte 17 kesim puanı üzeri klinik depresyonu belirlemeye yeterli olacağı belirtilmiştir. Ölçekten en düşük sıfır en yüksek 63 puan alınmaktadır. Türkçe formunun güvenilirlik çalışmasında Cronbach alfa katsayısı 0,80 olarak bulunmuştur (Hisli 1988) (Ek III).

### 5.6.4. Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi

Rosen ve arkadaşları tarafından 2000 yılında geliştirilmiş ve 19 sorudan oluşan Female Sexual Function Index (FSFI)'in ülkemizde geçerlilik ve güvenilirliği Öksüz ve Malhan tarafından (2005) yapılmıştır. Bu ölçek istek, uyarılma, lubrikasyon, orgazm, doyum ve ağrı olmak üzere altı boyuttan oluşmaktadır. Bu ölçekte her bir başlık 0 veya 1 ile 6 arasında skorlanmıştır. Ölçekteki 1. ve 2. sorular "istek" alt boyutunu, 3. 4. 5. ve 6. sorular "uyarılma" alt boyutunu, 7. 8. 9. ve 10. sorular "lubrikasyon" alt boyutunu, 11. 12. ve 13. sorular "orgazm" alt boyutunu, 14. 15. ve 16. sorular "doyum" alt boyutunu, 17. 18. ve 19. sorular "ağrı" alt boyutunu oluşturmaktadır. Toplam puan bu altı alt boyutun puanlarının toplanmasıyla elde edilmekte ve her bir alt boyut toplam puanı kendine ait faktör katsayı ile çarpılarak ölçeğin puanı hesaplanmaktadır. İstek alt ölçek puanı 0,6 ile, uyarılma ve kayganlaşma alt ölçek puanları 0,3 ile, orgazm, doyum ve ağrı alt ölçek puanları 0,4 ile çarpılarak toplam puan hesaplanmaktadır. Toplam ölçek puanının 26,55 ve altında olması cinsel disfonksiyon riskini göstermektedir. İstek alt ölçek puanı  $\leq 3,6$  (puan aralığı 1,2-6), Uyarılma alt ölçek puanı  $\leq 3,9$  (puan aralığı 0-6), Kayganlaşma alt



ölçek puanı  $\leq 3,6$  (puan aralığı 0-6), Orgazm alt ölçek puanı  $\leq 3,6$  (puan aralığı 0-6), Doyum alt ölçek puanı  $\leq 3,6$  (puan aralığı 0-6) ve Ağrı alt ölçek puanı  $\leq 4,4$  (puan aralığı 0-6) olduğunda ise alt boyutlara ilişkin "cinsel işlev bozuklukları" olduğu belirtilmektedir. Tam skala skor aralığı 2 (en az skor) ile 36 (en fazla skor) arasındadır. Yüksek skor daha iyi cinsel fonksiyona işaret etmektedir. Rosen ve ark. (2000) tarafından yapılan çalışmada fonksiyonel durum FSFI skoru 30 puan ve üzeri ise "iyi", 23-29 puan arası ise "orta", 23 puandan az ise "kötü" olarak sınıflandırılmıştır. Türkiye’de cinsel disfonksiyon için ölçeğin kesin skor eşik değeri belirlenmiş olmamakla birlikte total skorun  $\leq 30$  olması cinsel disfonksiyon varlığı şeklinde yorumlanmaktadır. Bu ölçeğin Cronbach’s alpha değeri Rosen’in çalışmasında 0,82 Öksüz ve Malhan’ın çalışmasında 0,95 bulunmuştur (Erol ve ark.2002, Öksüz ve Malhan 2005) (EK IV).

### **5.7. Veri Toplama Yöntemi**

Veriler T.C. Manisa il merkezine bağlı üç ASM’de (Şehzadelere bağlı 5 ve 9 Nolu ASM’ler ile Yunusemre Belediyesi’ne bağlı 8 Nolu ASM) kadınların adresleri alınıp telefon edilerek ev ziyareti yöntemiyle toplanmıştır. Veri toplama süreci 01.10.2015-01.10.2016 tarihleri arasındadır. Her kadın ile ortalama 20 dakika görüşülerek veriler toplanmıştır.

### **5.8. Verilerin Değerlendirilmesi**

Araştırmada kullanılan anket formları araştırmacı tarafından değerlendirilip hata kontrolleri yapıldıktan sonra veri girişi bilgisayar SPSS programı ile yapılmıştır. Verilerin denetimi, yönetimi ve analizi Celal Bayar Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı Doç.Dr. Emre YANIKKEREM danışmanlığında değerlendirilmiştir.

Araştırmada kadınların tanıtıcı özellikleri sayı yüzde olarak tanımlayıcı analizler yapılmıştır. Hormon içeren ve içermeyen yöntemleri en son üç ay içerisinde kullanan kadınlar iki gruba ayrılarak değerlendirilmiştir. Sınıflandırma: Hormon içeren yöntem kullanan kadınlar (kombine yöntemler: OK, mesigna, vajinal halka; sadece

progesteron içeren yöntemler: mini hap, patch, implantlar, DMPA) ve hormon içermeyen yöntem (kadın kondomu, erkek kondomu, rahim içi araç, diyafram, servikal başlık, takvim yöntemi, geri çekme, vazektomi, tüp ligasyon) kullanan kadınlar olarak yapılmıştır. Ancak en çok kullanılan hormon içeren yöntemler; OK, mesigna ve DMPA olup hormon içermeyen yöntemler; erkek kondomu, rahim içi araç, geri çekme ve tüp ligasyon olduğu için bu yedi yöntem incelenmiştir. Eğer kadınlar hem hormonal hem hormonal olmayan yöntem kullanıyorsa bu grup hormonal yöntem kullanan grup olarak değerlendirilmiştir.

Bağımsız değişkenler ile KCFİ toplam puanı ve BDÖ toplam puanı arasındaki ilişki t-test, tek yönlü varyans analizi, Mann Whitney U, Kruskal Wallis ve Fisher'in kesin testleri ile değerlendirilmiştir. BDÖ ve KCFİ toplam puanları arasındaki ilişki pearson korelasyon testi ile değerlendirilmiştir. Korelasyonun gücü için genel geçer bir yaklaşım olarak;

$r=0,00-0,24$  ise zayıf

$r=0,25-0,49$  ise orta

$r=0,50-0,74$  ise güçlü

$r=0,75-1,00$  ise çok güçlü sınırları kullanılmıştır (Aksakoğlu 2001).

Bağımlı ve bağımsız değişkenler arasında yapılan tek yönlü analizler sonrası BDÖ, KCFİ toplam ve alt ölçek puanları ile istatistiksel olarak anlamlı bulunan ve aralarında yüksek korelasyon olmayan bağımsız değişkenler ile bağımlı değişkenler arasındaki ilişki lineer regresyon modeli ile incelenmiştir.

## **5.9. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Yaşanan Güçlükler**

Araştırma verileri üç aile merkezinden kadınların onayları ve adresleri alınarak ev ziyareti ile toplanmış, hormon içeren doğum kontrol yöntemi kullanımı hormon içermeyen yöntem kullanımı kadar yaygın olmadığı için veri toplama süresi uzun sürmüştür. Veri toplama formunda soru sayısının fazla olması ve toplumumuzda tabu olarak görülen cinsellik ile ilgili sorular veri toplamayı güçleştirmiştir.

## 5.10. Araştırmanın Etik Yönü

Kadınlara araştırmanın amacı açıklanarak, araştırmaya katılımları için yazılı bilgilendirilmiş onam alınmıştır (EK V). Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi'nin araştırmada kullanımı için Ergün Öksüz'den izin alınmıştır (EK VI). Araştırmada kullanılan BDÖ kullanıma açık bir ölçektir. Tez konusunun onayı 14.05.2015 tarihinde Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü tarafından alınmıştır (Ek VII). Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Yerel Etik Kurulu tarafından araştırmanın yürütülmesi için etik onay 27.05.2015 tarihinde alınmıştır (Ek VIII). Manisa İl Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden çalışmanın yürütülmesi için 12.08.2015 tarihinde yazılı izin alınmıştır (EK IX).

## 5.11. Süre ve Olanaklar

Araştırmanın zaman çizelgesi Şekil 5'de sunulmuştur.

### Kavramsal Faz

1. Araştırma konusunu belirleme: Ocak 2015
2. Araştırma ile ilgili literatür toplama: Aralık 2014-Aralık 2016

### Desen Kurma ve Planlama

3. Araştırma deseninin seçilmesi: Ocak 2015
4. İncelenecek evreni belirleme: Ocak 2015
5. Verilerin toplanmasına uygun yöntem belirleme: Şubat 2015
6. Örneklem planlanması: Şubat 2015
7. Tez konusunun onaylanması: Mayıs 2015
8. Etik kurul onayı: Mayıs 2015

### Yürütme ve Analiz Aşaması

9. Veri toplama: Ekim 2015- Ekim 2016
10. Verilerin analize hazırlanması: Ekim 2016-Kasım 2016
11. İstatiksel analiz: Kasım 2016
12. Yorum: Kasım 2016- Aralık 2016
13. Tezin yazımı: Ocak 2015-Aralık 2016

Tez aşamaları	Aralık 2014	Ocak 2015	Şubat 2015	Mart-Nisan 2015	Mayıs 2015	Haziran-Eylül 2015	Ekim 2015-Nisan 2016	Mayıs 2016	Haziran 2016	Temmuz 2016	Ağustos 2016	Eylül 2016	Ekim 2016	Kasım 2016	Aralık 2016
Literatür tarama															
Tez konusunun belirlenmesi															
Uygun yöntemin belirlenmesi															
Tez konusunun onaylanması															
Etik kurul onayının alınması															
Kurum ve kişilerden izin alınması															
Veri toplama aşaması															
Verilerin bilgisayar ortamına aktarılması															
Verilerin istatistiksel değerlendirilmesi															
Giriş bölümünün yazılması															
Gereç ve yöntem bölümünün yazılması															
Araştırma raporunun yazılması															
Düzeltilmelerin yapılması, tezin bitimi															

**Şekil 5. Araştırmanın Zaman Çizelgesi**

## 6. BULGULAR

Bu bölüm; Kadınların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular, Kadınların Kullandıkları Doğum Kontrol Yöntemlerine İlişkin Bulgular, Kadınların Cinsel Yaşam Özelliklerine İlişkin Bulgular, Kadınların Tanıtıcı Özellikleri ile BDÖ'den Aldıkları Puanlara İlişkin Bulgular, Kadınların Kullandıkları Doğum Kontrol Yöntemleri ile BDÖ'den Aldıkları Puanlara İlişkin Bulgular, Kadınların Cinsel Yaşam Özellikleri ile BDÖ'den Aldıkları Puanlara İlişkin Bulgular, Kadınların Tanıtıcı Özellikleri ile KCFİ ve Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanlara İlişkin Bulgular, Kadınların Kullandıkları Doğum Kontrol Yöntemleri ile KCFİ ve Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanlara İlişkin Bulgular, Kadınların Cinsel Yaşam Özellikleri ile KCFİ ve Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanlara İlişkin Bulgular şeklinde sunulmuştur.

### 6.1. Kadınların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Araştırmada kadınların yaş ortalaması  $33,5 \pm 6,5$  (min=18 maks=50) olup, %51,1'i 31-40 yaş arasındadır. Kadınların %37,4'ü ilkokul mezunu ve %28,2'si çalışmaktadır. Kadınların yaklaşık yarısı (%48,7) normal BKİ'ne sahip, BKİ ortalaması  $26,0 \pm 4,7$ 'dir. Kadınların yaşadıkları aile sağlığı merkezinin bölgesel dağılımları incelendiğinde; kadınların %25,3'ü kırsal, %53,9'u yarı kentsel ve %20,8'i kentsel bölgede yaşamaktadır. Araştırmaya katılan kadınların %73,9'u 19 yaşından sonra, %59,5'i eşi ile anlaşarak evlenmiş ve %30,5'i 16 yıl ve üzerinde evlidir. Kadınların yarısı (%50) eşleri ile uyumlu bir evliliği olduğunu ifade etmiştir. Kadınların %96,8'inin sosyal güvencesi bulunmakta ve %71,1'i gelirlerinin giderlerine eşit olduğunu belirtmiştir (Tablo 1).

**Tablo 1. Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı**

<b>Kadınların Sosyo-Demografik Özellikleri</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b>Yaş grubu</b>		
18-30 yaş	128	33,6
31-40 yaş	194	51,1
41 yaş ve üzeri	58	15,3
<b>Eğitim durumu</b>		
Okuryazar olmayan/ okuryazar	35	9,2
İlkokul mezunu	142	37,4
Ortaokul mezunu	50	13,2
Lise mezunu	105	27,6
Üniversite mezunu	48	12,6
<b>Çalışma durumu</b>		
Çalışmayan	273	71,8
Çalışan	107	28,2
<b>Beden kitle indeksi</b>		
Zayıf (19,7 kg/m <sup>2</sup> ve altı)	28	7,3
Normal (19,8-26 kg/m <sup>2</sup> )	185	48,7
Yüksek (26,1-29 kg/m <sup>2</sup> )	87	22,9
Şişman (29,1 kg/m <sup>2</sup> ve üzeri)	80	21,1
<b>Kadınların yaşadığı aile sağlığı merkezi</b>		
5 No'lu Asm* (Kırsal)	96	25,3
8 No'lu Asm (Yarı kentsel)	205	53,9
9 No'lu Asm (Kentsel)	79	20,8
<b>Sosyal güvence durumu</b>		
Var	368	96,8
Yok	12	3,2
<b>Evlilik yaşı</b>		
18 yaş ve altı	99	26,1
19 yaş ve üstü	281	73,9
<b>Evlenme şekli</b>		
Görücü usulü	154	40,5
Anlaşarak	226	59,5
<b>Evlilik yılı</b>		
1-5 yıl	80	21,1
6-10 yıl	93	24,5
11-15 yıl	91	23,9
16 yıl ve üzeri	116	30,5
<b>Gelir gider durumu</b>		
Gelir giderden az	91	23,9
Gelir gidere eşit	270	71,1
Gelir giderden fazla	19	5,0
<b>Evlilik uyumu</b>		
Çok uyumlu	76	20,0
Uyumlu	190	50,0
Orta derecede uyumlu	101	26,6
Uyumsuz	13	3,4
<b>Toplam</b>	<b>380</b>	<b>100,0</b>

\*Asm=Aile Sağlığı Merkezi

**Tablo 2. Kadınların Doğurganlık Özelliklerine Göre Dağılımı**

<b>Kadınların Doğurganlık Özellikleri</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b>Gebelik sayısı</b>		
Hiç gebe kalmamış	4	1,0
1 gebelik	70	18,4
2 gebelik	142	37,4
3 gebelik	84	22,1
4 ve üzeri gebelik	80	21,1
<b>Doğum sayısı</b>		
Hiç doğum yapmamış	5	1,3
1 doğum	102	26,8
2 doğum	192	50,6
3 doğum	55	14,5
4 ve üzeri doğum	26	6,8
<b>Sahip olunan çocuk sayısı</b>		
Hiç çocuğu olmayan	4	1,1
1 çocuk	102	26,8
2 çocuk	191	50,3
3 çocuk	59	15,5
4 çocuk ve üzeri	24	6,3
<b>Evde yaşayan çocuk sayısı</b>		
Çocuk yok	7	1,8
1 çocuk	123	32,4
2 çocuk	175	46,1
3 çocuk ve üzeri	75	19,7
<b>Düşük sayısı</b>		
Var	94	24,7
Yok	286	75,3
<b>Küretaj sayısı</b>		
Var	78	20,5
Yok	302	79,5
<b>Ölü doğum sayısı</b>		
Var	5	1,3
Yok	375	98,7
<b>İlk adet yaşı</b>		
13 yaş ve altı	234	61,6
14 yaş ve üstü	146	38,4
<b>Adet düzeni</b>		
Düzenli	339	89,2
Düzensiz	41	10,8
<b>Toplam</b>	<b>380</b>	<b>100,0</b>

Araştırmaya katılan kadınların %37,4'ü iki kez gebe kaldığını, %50,5'i iki kez doğum yaptığını, %50,3'ü iki çocuğa sahip olduğunu belirtmiştir. Kadınların %24,7'sinin düşük, %20,5'inin küretaj, %1,3'ünün ölü doğum öyküsü bulunmaktadır. Kadınların %61,6'sı 13 yaş ve altında adet olmaya başlamış ve %89,2'si düzenli adet siklusuna sahip olduklarını belirtmiştir (Tablo 2).

**Tablo 3. Kadınların Eşlerinin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı**

<b>Kadınların Eşlerinin Tanıtıcı Özellikleri</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b>Eşin yaşı</b>		
20-30 yaş	74	19,5
31 yaş ve üzeri	306	80,5
<b>Eşin eğitim durumu</b>		
Okuryazar olmayan/ okuryazar	11	2,8
İlkokul mezunu	116	30,5
Ortaokul mezunu	69	18,2
Lise mezunu	99	26,1
Yüksekokul mezunu	85	22,4
<b>Eşin çalışma durumu</b>		
Çalışan	368	96,8
Çalışmayan	12	3,2
<b>Toplam</b>	<b>380</b>	<b>100,0</b>

Kadınların eşlerinin yaş ortalaması  $37,5 \pm 7,5$  (min=20 maks=63) olup, %80,5'i 31 yaş ve üzerinde, %30,5'i ilkokul mezunu ve %96,8'i çalışmaktadır (Tablo 3).

**Tablo 4. Kadınların Adet Dönemi Özelliklerine İlişkin Bulguların Genel Dağılımı**

<b>Adet Dönemi Özellikleri</b>	<b>Ort<math>\pm</math>SS</b>	<b>Min-Maks</b>
Adet siklusu	28,2 $\pm$ 9,1	15-90
Adet süresi	5,4 $\pm$ 1,9	1-20
Kullanılan ped sayısı	3,4 $\pm$ 1,4	1-10

Araştırmada kadınların adet siklusu ortalaması  $28,2 \pm 9,1$  gün (min=15, maks=90) adet süresi ortalaması  $5,4 \pm 1,9$  gün (min=1, maks=20) saptanmıştır. Adetin en yoğun olduğu günde kullanılan ped sayısı ortalaması  $3,4 \pm 1,4$ 'dür (min=1, maks=10) (Tablo 4).



## 6.2. Kadınların Kullandıkları Doğum Kontrol Yöntemlerine İlişkin Bulgular

**Tablo 5. Kadınların Önceden Kullandıkları Doğum Kontrol Yöntemlerine İlişkin Bulguların Dağılımı**

Daha Önce Farklı Doğum Kontrol Yöntemi Kullanma Durumuna İlişkin Özellikler	Sayı	%
<b>Şu an kullanılan doğum kontrol yönteminden farklı bir yöntem kullandınız mı?</b>		
Evet	301	79,2
Hayır	79	20,8
<b>Hangi yöntemi kullandınız?*</b>		
Oral kontraseptif	68	17,9
Mesigna	21	5,5
Mini hap	1	0,3
DMPA	15	3,9
Erkek kondomu	139	36,6
Rahim içi araç	93	24,5
Takvim yöntemi	4	1,1
Geri çekme	109	28,7
<b>Doğum kontrol yönteminden sonra cinsel ilişkide değişiklik yaşadınız mı?</b>		
Evet	27	7,1
Hayır	353	92,9
<b>Toplam</b>	<b>380</b>	<b>100,0</b>
<b>Cinsel yaşamda nasıl bir değişiklik yaşadınız?</b>		
Cinsel istekte artma	5	18,5
Cinsel istekte azalma	15	55,6
Daha zevkli cinsel ilişki	5	18,5
Cinsel ilişki sırasında rahatsızlık	2	7,4
<b>Toplam</b>	<b>27</b>	<b>100,0</b>

\*Birden fazla cevap verilmiştir, kadınların şu an kullandıkları yöntemlerden farklı olarak kullandıkları doğum kontrol yöntemleri sorulmuştur.

Kadınların büyük çoğunluğu (%79,2) şu an kullandıkları doğum kontrol yönteminden farklı bir doğum kontrol yöntemi kullandığını ifade etmiştir. Kadınların %36,6'sı kondom, %28,7'si geri çekme, %17,9'u OK kullanmıştır. Kadınların %7,1'i kullandıkları doğum kontrol yöntemine bağlı olarak cinsel ilişkide değişiklik yaşadığını ifade etmiş olup, yaklaşık yarıdan fazlası (%55,6) cinsel istekte azalma olduğunu belirtmiştir (Tablo 5).

**Tablo 6. Kadınların Şu an Kullandıkları Doğum Kontrol Yöntemlerinin Dağılımı**

<b>Kullanılan Doğum Kontrol Yöntemi</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b>Hormonal yöntemler</b>		
Kombine oral kontraseptif	115	30,3
Mesigna	61	16,1
DMPA	2	0,5
<b>Toplam</b>	178	46,9
<b>Hormonal olmayan yöntemler</b>		
Erkek kondomu	54	14,2
Rahim içi araç	52	13,7
Geri çekme	50	13,2
Tüpligasyon	46	12,0
<b>Toplam</b>	202	53,1

Kadınların şu an kullandıkları doğum kontrol yöntemleri incelendiğinde; %46,9'u hormonal, %53,1'i hormonal olmayan bir doğum kontrol yöntemi kullanmaktadır. En çok kullanılan hormonal yöntem KOK (%30,3), en fazla kullanılan hormonal olmayan yöntem erkek kondomudur (%14,2) (Tablo 6).

**Tablo 7. Kadınların Doğum Kontrol Yöntemlerini Kullanma Sürelerine Göre Dağılımı**

<b>Kullanım Süreleri</b>	<b>Ort±SS</b>	<b>Min-Maks</b>
Kombine oral kontraseptif (n=115)	45,0±44,7	3-240
Mesigna (n=61)	21,5±24,1	3-120
DMPA (n=2)	8,0±5,6	4-12
Erkek kondomu (n=54)	52,2±44,8	3-168
Rahim içi araç (n=52)	71,8±67,0	3-276
Geri çekme (n=50)	91,1±74,5	3-276
Tüpligasyon (n=46)	63,0±53,8	3-216

Kadınların doğum kontrol yöntemlerini kullanma süresi ortalamaları incelendiğinde; KOK kullanım süresi ortalaması 45,0±44,7 ay (min=3, maks=240) gün, mesigna kullanım süresi ortalaması 21,5±24,1 ay (min=3, maks=120), DMPA kullanım süresi ortalaması 8,0±5,6 aydır (min=4, maks=12). Kullanım süresi ortalaması erkek kondomu için 52,2±44,8 ay (min=3, maks=168) gün; Rahim içi araç için 71,8±67,0 ay (min=3, maks=276), geri çekme yöntemi için 91,1±74,5 ay (min=3, maks=276) ve tüpligasyon yöntemi için 63,0±53,8 aydır (min=3, maks=216) (Tablo 7).

**Tablo 8. Kadınların Hormonal Doğum Kontrol Yöntemlerini Seçme Nedenlerinin Dağılımı**

<b>Hormonal Doğum Kontrol Yöntemi Seçme Nedenleri</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b>Kombine Oral Kontraseptif (n=115)</b>		
Kullanımının rahat olduğunu düşünüyorum	54	47,0
Sağlık personeli tavsiye ettiği için seçtim	16	13,9
Diğer yöntemleri kullanmamın sağlıklı olmadığını düşünüyorum	14	12,2
Eşim istedi	11	9,5
Diğer yöntemleri kullanmaktan korkuyorum	6	5,2
Tedavi için bu yöntemi kullanıyorum	5	4,3
Eşime güvenmiyorum	3	2,6
Uzun süreli bir yöntem olduğu için bu yöntemi kullanıyorum	2	1,7
Arkadaş/komşu tavsiye ettiği için bu yöntemi seçtim	2	1,7
Diğer yöntemlerden memnun kalmadım	1	0,9
Bu yöntemi denemek istedim	1	0,9
<b>Mesigna (n=61)</b>		
Kullanımının rahat olduğunu düşünüyorum	33	54,1
Sağlık personeli tavsiye ettiği için seçtim	12	19,7
Uzun süreli bir yöntem olduğu için bu yöntemi kullanıyorum	4	6,6
Eşim istedi	4	6,6
Diğer yöntemleri kullanmamın sağlıklı olmadığını düşünüyorum	3	4,9
Diğer yöntemleri kullanmaktan korkuyorum	3	4,9
Arkadaş/komşu tavsiye ettiği için bu yöntemi seçtim	1	1,6
Diğer yöntemlerden memnun kalmadım	1	1,6
<b>DMPA (n=2)</b>		
Diğer yöntemleri kullanmamın sağlıklı olmadığını düşünüyorum	1	50,0
Tedavi için bu yöntemi kullanıyorum	1	50,0
<b>Toplam</b>	<b>178</b>	<b>100,0</b>

Kadınlar KOK yöntemini kullanımının rahat olması (%47,0), sağlık personelinin tavsiyesi (%13,9) ve diğer yöntemlerin sağlıklı olmadığını düşündüğü için (%12,2) seçmişlerdir. Mesigna yöntemi ise kullanımının rahat olması (%54,1), sağlık personelinin tavsiyesi (%19,7) ve uzun süreli bir yöntem olması (%6,6) nedeniyle tercih edilmiştir. Bir kadın diğer yöntemlerin sağlıklı olmadığını düşündüğü için ve bir kadın ise tedavi amacıyla DMPA kullandığını belirtmiştir (Tablo 8).

**Tablo 9. Kadınların Hormonal Olmayan Doğum Kontrol Yöntemi Seçme Nedenlerinin Dağılımı**

<b>Hormonal Olmayan Doğum Kontrol Yöntemi Seçme Nedenleri</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b>Erkek kondomu (n=54)</b>		
Kullanımının rahat olduğunu düşünüyorum	21	38,9
Diğer yöntemleri kullanmamın sağlıklı olmadığını düşünüyorum	9	16,7
Eşim istedi	8	14,8
Sağlık personeli tavsiye ettiği için seçtim	6	11,1
Sağlıklı olduğunu düşünüyorum	6	11,1
Diğer yöntemleri kullanmaktan korkuyorum	2	3,7
Diğer yöntemlerden memnun kalmadım	2	3,7
<b>Rahim içi araç (n=52)</b>		
Kullanımının rahat olduğunu düşünüyorum	15	28,8
Uzun süreli bir yöntem olduğu için bu yöntemi kullanıyorum	12	23,1
Eşim istedi	7	13,5
Diğer yöntemleri kullanmamın sağlıklı olmadığını düşünüyorum	7	13,5
Sağlık personeli tavsiye ettiği için seçtim	5	9,6
Arkadaş/komşu tavsiye ettiği için bu yöntemi seçtim	3	5,8
Sağlıklı olduğunu düşünüyorum	1	1,9
Tedavi için bu yöntemi kullanıyorum	1	1,9
Eşime güvenmiyorum	1	1,9
<b>Geri çekme (n=50)</b>		
Eşim kullanmak istiyor	17	34,0
Kullanımının rahat olduğunu düşünüyorum	16	32,0
Diğer yöntemleri kullanmamın sağlıklı olmadığını düşünüyorum	5	10,0
Sağlıklı olduğunu düşünüyorum	5	10,0
Diğer yöntemlerden memnun kalmadım	5	10,0
Diğer yöntemleri kullanmaktan korkuyorum	2	4,0
<b>Tüpligasyon (n=46)</b>		
Başka çocuk istemediğim için bu yöntemi seçtim	21	45,7
Diğer yöntemleri kullanmamın sağlıklı olmadığını düşünüyorum	7	15,2
Uzun süreli bir yöntem olduğu için bu yöntemi kullanıyorum	5	10,8
Eşim istedi	4	8,7
Sezeryan sonrası çocuk tehlikeli olduğu için tüpligasyonu oldum	4	8,7
Sağlık personeli tavsiye ettiği için seçtim	2	4,3
Kullanımının rahat olduğunu düşünüyorum	1	2,2
Tedavi için bu yöntemi kullanıyorum	1	2,2
Diğer yöntemlerden memnun kalmadım	1	2,2
<b>Toplam</b>	<b>202</b>	<b>100,0</b>

Erkek kondomunun tercih nedenleri incelendiğinde; yöntem kullanımının rahat olması (%38,9), diğer yöntemleri kullanmanın sağlıklı olmadığını düşünülmesi (%16,7) ve eşin istemesidir (%14,8). Rahim içi araç kullanan kadınların %28,8'i kullanımının rahat olması, %23,1'i uzun süreli bir yöntem olması ve %13,5'i eşinin istemesi nedeniyle bu yöntemi tercih ettiğini belirtmiştir. Geri çekme yöntemi ise eşin istemesi (%34,0), kullanımının rahat olması (%32,0), diğer yöntemlerin sağlığa uygun olmaması (%10,0) ve bu yöntemin sağlıklı olması (%10,0) nedeniyle

kullanılmaktadır. Tüpligasyon yaptıran kadınlar başka çocuk istememe (%45,7), diğer yöntemlerin sağlığa uygun olmaması (%15,2) ve uzun süreli bir yöntem olması (%10,8) gibi nedenlerle tüpligasyon yaptırdıklarını ifade etmişlerdir (Tablo 9).

**Tablo 10. Kadınların Kullandıkları Doğum Kontrol Yöntemlerinden Memnun Olma Durumlarına Göre Dağılımı**

<b>Doğum Kontrol Yöntemlerinden Memnun Olma</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b>Kombine oral kontraseptif (n=115)</b>		
Memnun	99	86,1
Kısmen memnun	10	8,7
Memnun değil	6	5,2
<b>Mesigna (n=61)</b>		
Memnun	43	70,5
Kısmen memnun	12	19,7
Memnun değil	6	9,8
<b>DMPA (n=2)</b>		
Memnun	1	50,0
Kısmen memnun	0	0,0
Memnun değil	1	50,0
<b>Erkek Kondomu (n=54)</b>		
Memnun	40	74,1
Kısmen memnun	10	18,5
Memnun değil	4	7,4
<b>Rahim içi araç (n=52)</b>		
Memnun	42	80,8
Kısmen memnun	6	11,5
Memnun değil	4	7,7
<b>Geri Çekme (n=50)</b>		
Memnun	43	86,0
Kısmen memnun	5	10,0
Memnun değil	2	4,0
<b>Tüpligasyon (n=46)</b>		
Memnun	46	100
Kısmen memnun	0	0,0
Memnun değil	0	0,0
<b>Toplam</b>	<b>380</b>	<b>100,0</b>

Kadınların kullandıkları doğum kontrol yöntemlerinden memnun olma durumları Tablo 10'da yer almaktadır. En çok memnun olunan yöntem (%100,0) tüpligasyon iken bunu sırasıyla hap (%86,1), geri çekme (%86,0), rahim içi araç (%80,8), erkek kondomu (%74,1), mesigna (%70,5) ve DMPA (%50) izlemektedir (Tablo 10).

**Tablo 11. Erkeklerin Kullanılan Doğum Kontrol Yönteminden Memnun Olma Durumlarına Göre Dağılımı**

<b>Doğum Kontrol Yöntemlerinden Memnun Olma</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b>Kombine oral kontraseptif (n=115)</b>		
Memnun	108	93,9
Kısmen memnun	3	2,6
Memnun değil	4	3,5
<b>Mesigna (n=61)</b>		
Memnun	60	98,4
Kısmen memnun	-	0,0
Memnun değil	1	1,6
<b>DMPA (n=2)</b>		
Memnun	2	100,0
Kısmen memnun	0	0,0
Memnun değil	0	0,0
<b>Hormonal yöntem (178)</b>		
Memnun	170	95,5
Kısmen memnun	3	1,7
Memnun değil	5	2,8
<b>Erkek kondomu (n=54)</b>		
Memnun	32	59,3
Kısmen memnun	13	24,0
Memnun değil	9	16,7
<b>Rahim içi araç (n=52)</b>		
Memnun	48	92,4
Kısmen memnun	2	3,8
Memnun değil	2	3,8
<b>Geri çekme (n=50)</b>		
Memnun	36	72,0
Kısmen memnun	6	12,0
Memnun değil	8	16,0
<b>Tüpligasyon (n=46)</b>		
Memnun	46	100,0
Kısmen memnun	0	0,0
Memnun değil	0	0,0
<b>Hormonal olmayan yöntem (n=202)</b>		
Memnun	162	80,2
Kısmen memnun	21	10,4
Memnun değil	19	9,4

Erkeklerin kullanılan doğum kontrol yönteminden memnun olma durumları kadınların ifadelerine göre Tablo 11’de verilmiştir. Kadınların tümü DMPA ve tüpligasyon yöntemlerinden eşlerinin memnun olduğunu ifade etmiştir. En düşük memnuniyet erkek kondomundadır (%59,3). En çok memnun olunan yöntemler sırasıyla geri çekme (%72,0), RİA (%92,4), KOK (%93,9) ve mesignadır (%98,4) (Tablo 11).

**Tablo 12. Kadınların Kullandıkları Hormonal Doğum Kontrol Yöntemlerinden Memnun Olma Nedenlerine İlişkin Verilen Yanıtların Dağılımı**

Yöntemden Memnuniyet Nedeni	Kombine oral kontraseptif		Mesigna		DMPA		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Şikayetim yok	28	28,3	13	30,2	-	0,0	41	28,7
Neden belirtmeyen	36	36,4	14	32,6	1	100,0	51	35,7
Etkili bir yöntem	9	9,1	6	14,0	-	0,0	15	10,5
Kesin çözüm	-	0,0	1	2,3	-	0,0	1	0,7
Doğal	-	0,0	-	0,0	-	0,0	-	0,0
Rahat	11	11,1	5	11,6	-	0,0	16	11,2
Adetimi düzenledi	13	13,1	4	9,3	-	0,0	17	11,8
Hijyenik	-	0,0	-	0,0	-	0,0	-	0,0
Sorumluluk eşimde	-	0,0	-	0,0	-	0,0	-	0,0
Adet ağrılarımı azalttı	1	1,0	-	0,0	-	0,0	1	0,7
Kilo aldım	1	1,0	-	0,0	-	0,0	1	0,7
<b>Kısmen memnuniyet nedeni</b>								
Kanamamı artırdı	-	0,0	-	0,0	-	0,0	-	0,0
Kilo aldım	1	10,0	4	33,3	-	0,0	5	22,7
Kanamamı azalttı	-	0,0	1	8,4	-	0,0	1	4,5
Kullanımı zor	-	0,0	-	0,0	-	0,0	-	0,0
Kullanmayı unutuyorum	2	20,0	-	0,0	-	0,0	2	9,1
Cinsel ilişkide hissi azaltıyor	-	0,0	-	0,0	-	0,0	-	0,0
Cinsel ilişkiye ara verilmesi	-	0,0	-	0,0	-	0,0	-	0,0
Neden belirtmeyen	2	20,0	-	0,0	-	0,0	2	9,1
Adet düzensizliği yapması	3	30,0	4	33,3	-	0,0	7	31,9
Ağrı yapması	1	10,0	-	0,0	-	0,0	1	4,5
Yöntem kullanırken gebe kaldım	-		-	0,0	-	0,0	-	0,0
Enjeksiyon sonrası ağrı yaşadım	-		1	8,3	-	0,0	1	4,5
Stres yaşadım	1	10,0	2	16,7	-	0,0	3	13,7
<b>Memnun olmama nedeni</b>								
İlişkiden zevk alamadım	-	0,0	-	0,0	-	0,0	-	0,0
Etkili değil	-	0,0	-	0,0	-	0,0	-	0,0
Kanamamı artırdı	-	0,0	-	0,0	-	0,0	-	0,0
Kanamamı azalttı	-	0,0	1	16,7	-	0,0	1	7,7
Adet düzensizliği yaptı	5	83,3	3	50,0	1	100,0	9	69,2
Bel ağrısı yaptı	-	0,0	-	0,0	-	0,0	-	0,0
Kullanımı zor	-	0,0	-	0,0	-	0,0	-	0,0
Kilo aldım	1	16,7	2	33,3	-	0,0	3	23,1

KOK kullanan ve yöntemden memnun olan kadınların %36,4'ü neden belirtmemiş, %28,3'ü yöntemle ilgili şikayet yaşamadığını ve %13,1'i adetinin düzene girdiğini ifade etmiştir. KOK kullanan ve memnun olmayan kadınların %83,3'ü adet düzensizliği yaşadığını ve %16,7'si kilo aldığı belirtmiştir.

Mesigna kullanıp yöntemden memnun olan kadınların %32,6'sı neden belirtmemiş, %30,2'si yöntemle ilgili şikayet yaşamadığını ve %14,0'ü etkili bir yöntem olduğunu düşünmesi nedeniyle bu yöntemden memnun olduğunu söylemiştir. Yöntemden memnun olmama nedeni ise sırasıyla; adet düzensizliği (%50,0) ve kilo almadır (%33,3).

DMPA kullanan iki kadından biri memnuniyet nedeni belirtmezken, diğeri adet düzensizliği yaşaması nedeniyle memnun olmadığını ifade etmiştir (Tablo 12).





**Tablo 13. Kadınların Kullandıkları Hormonal Olmayan Doğum Kontrol Yöntemlerinden Memnun Olma Nedenlerine İlişkin Yanıtların Dağılımı**

Yöntemden memnuniyet nedeni	Erkek Kondomu		RİA		Geri Çekme		Tüpligasyon		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Şikayetim yok	8	19,5	21	50,0	10	23,3	14	30,4	53	30,8
Neden belirtmeyen	14	34,1	11	26,2	20	46,5	19	41,3	64	37,2
Etkili	7	17,1	5	11,9	4	9,3	-	0,0	16	9,3
Kesin çözüm	-	0,0	-	0,0	-	0,0	8	17,4	8	4,7
Doğal	1	2,4	-	0,0	6	14,0	-	0,0	7	4,1
Rahat	8	19,6	5	11,9	2	4,6	5	10,9	20	11,6
Adetimi düzenledi	-	0,0	-	0,0	-	0,0	-	0,0	-	0,0
Hijyenik	3	7,3	-	0,0	-	0,0	-	0,0	3	1,7
Sorumluluk eşimde	-	0,0	-	0,0	1	2,3	-	0,0	1	0,6
Adet ağrılarımı azalttı	-	0,0	-	0,0	-	0,0	-	0,0	-	0,0
Kilo aldım	-	0,0	-	0,0	-	0,0	-	0,0	-	0,0
<b>Kısmen memnuniyet nedeni</b>										
Kanamamı artırdı	-	0,0	5	83,3	-	0,0	-	0,0	5	23,8
Kilo aldım	-	0,0	1	16,7	-	0,0	-	0,0	1	4,8
Kanamamı azalttı	-	0,0	-	0,0	-	0,0	-	0,0	-	0,0
Kullanımı zor	3	30,0	-	0,0	-	0,0	-	0,0	3	14,3
Kullanmayı unutuyorum	-	0,0	-	0,0	-	0,0	-	0,0	-	0,0
Cinsel ilişkide hissi azaltıyor	3	30,0	-	0,0	-	0,0	-	0,0	3	14,3
Cinsel ilişkiye ara verilmesi	-	0,0	-	0,0	2	40,0	-	0,0	2	9,4
Neden belirtmek istemiyorum	2	0,20	-	0,0	3	60,0	-	0,0	5	23,8
Adet düzensizliği yapması	-	0,0	-	0,0	-	0,0	-	0,0	-	0,0
Ağrı yapması	1	0,10	-	0,0	-	0,0	-	0,0	1	4,8
Yöntem kullanırken gebe kaldım	1	10,0	-	0,0	-	0,0	-	0,0	1	4,8
Enjeksiyon sonrası ağrı yaşadım	-	0,0	-	0,0	-	0,0	-	0,0	-	0,0
Stres yaşadım	-	0,0	-	0,0	-	0,0	-	0,0	-	0,0
<b>Memnun olmama nedeni</b>										
Cinsel ilişkiden zevk alamadım	1	33,3	-	0,0	-	0,0	-	0,0	1	11,1
Etkili değil	-	0,0	-	0,0	2	100,0	-	0,0	2	22,2
Kanamamı artırdı	-	0,0	2	50,0	-	0,0	-	0,0	2	22,2
Kanamamı azalttı	-	0,0	-	0,0	-	0,0	-	0,0	-	0,0
Adet düzensizliği yaşadım	-	0,0	1	25,0	-	0,0	-	0,0	1	11,1
Bel ağrısı yaptı	-	0,0	1	25,0	-	0,0	-	0,0	1	11,1
Kullanımı zor	2	66,7	-	0,0	-	0,0	-	0,0	2	22,2
Kilo aldım	-	0,0	-	0,0	-	0,0	-	0,0	-	0,0

Eşleri kondom kullanan ve yöntemden memnun olduğunu belirten kadınların %34,1'i neden belirtmezken, memnun olmayan kadınların %66,7'si kondom kullanımının zor olduğunu belirtmiştir.

Rahim içi araç ile korunan ve yöntemden memnun olan kadınların yarısı şikayet yaşamadığı için memnun olduğunu belirtmiş olup, memnun olmayan kadınların ise yarısı kanama şikayeti yaşadıklarını ifade etmişlerdir.

Eşleri geri çekme yöntemi ile korunan ve yöntem kullanımından memnun olan kadınların %46,5'i neden belirtmezken, memnun olmayan kadınların tamamı etkisi düşük bir yöntem olduğunu ifade etmişlerdir.

Kullandığı yöntemden memnun olan tüpligasyonu yaptırmış kadınların %41,3'ü neden belirtmemiş olup, yöntemden memnun olmayan kadınların %45,5'i adet düzensizliği yaşadığını ifade etmiştir (Tablo 13).

**Tablo 14. Kadınların Yaşadıkları Yan Etkilerin Hormonal ve Hormonal Olmayan Yöntemlere Göre Dağılımı**

<b>Yaşanan Yan Etkiler</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>	<b>Yaşanan Yan Etkiler</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b>Adet miktarında artma</b>			<b>Ağrılı adet görme</b>		
Evet hormonal	31	8,2	Evet hormonal	22	5,8
Evet hormonal olmayan	49	12,9	Evet hormonal olmayan	52	13,7
Hayır	300	78,9	Hayır	306	80,5
<b>Adet miktarında azalma</b>			<b>Kasık ağrısı</b>		
Evet hormonal	85	22,4	Evet hormonal	47	12,4
Evet hormonal olmayan	39	10,2	Evet hormonal olmayan	65	17,1
Hayır	256	67,4	Hayır	268	70,5
<b>Kilo alma</b>			<b>Göğüs ağrısı</b>		
Evet hormonal	73	19,2	Evet hormonal	28	7,4
Evet hormonal olmayan	70	18,4	Evet hormonal olmayan	49	12,9
Hayır	237	62,4	Hayır	303	79,7
<b>Kilo verme</b>			<b>Hipoglisemi (şeker düşüklüğü)</b>		
Evet hormonal	17	4,5	<b>atağı</b>		
Evet hormonal olmayan	26	6,8	Evet hormonal	5	1,3
Hayır	337	88,7	Evet hormonal olmayan	9	2,4
<b>Baş ağrısı</b>			Hayır	366	96,3
Evet hormonal	43	11,3	<b>Tansiyon yüksekliği</b>		
Evet hormonal olmayan	54	14,2	Evet hormonal	5	1,3
Hayır	283	74,5	Evet hormonal olmayan	12	3,2
<b>Bulantı</b>			Hayır	363	95,5
Evet hormonal	17	4,5	<b>Tansiyon düşüklüğü</b>		
Evet hormonal olmayan	23	6,0	Evet hormonal	3	0,8
Hayır	340	89,5	Evet hormonal olmayan	8	2,1
<b>Kusma</b>			Hayır	369	97,1
Evet hormonal	6	1,6	<b>Cinsel istekte azalma</b>		
Evet hormonal olmayan	8	2,1	Evet hormonal	30	7,9
Hayır	366	96,3	Evet hormonal olmayan	57	15,0
<b>Görmede bulanıklık</b>			Hayır	293	77,1
Evet hormonal	8	2,1	<b>Cinsel istekte artma</b>		
Evet hormonal olmayan	10	2,6	Evet hormonal	8	2,1
Hayır	362	95,3	Evet hormonal olmayan	7	1,8
<b>Baş dönmesi</b>			Hayır	365	96,1
Evet hormonal	18	4,7	<b>Haznede kuruluk</b>		
Evet hormonal olmayan	24	6,4	Evet hormonal	27	7,1
Hayır	338	88,9	Evet hormonal olmayan	39	10,3
<b>Akne (Sivilce)</b>			Hayır	314	82,6
Evet hormonal	18	4,7	<b>Ağrılı cinsel ilişki</b>		
Evet hormonal olmayan	24	6,4	Evet hormonal	40	10,5
Hayır	338	88,9	Evet hormonal olmayan	42	11,1
<b>Tüylene</b>			Hayır	298	78,4
Evet hormonal	20	5,3	<b>Depresyon</b>		
Evet hormonal olmayan	15	3,9	Evet hormonal	2	0,5
Hayır	345	90,8	Evet hormonal olmayan	6	1,6
<b>Saç Dökülmesi</b>			Hayır	372	97,9
Evet hormonal	46	12,1	<b>Anksiyete (kaygı)</b>		
Evet hormonal olmayan	64	16,8	Evet hormonal	11	2,9
Hayır	270	71,1	Evet hormonal olmayan	17	4,5
<b>Kansızlık</b>			Hayır	352	92,6
Evet hormonal	42	11,1	<b>Sinirlilik</b>		
Evet hormonal olmayan	64	16,8	Evet hormonal	88	23,2
Hayır	274	72,1	Evet hormonal olmayan	85	22,4
			Hayır	207	54,4

Hormonal yöntem kullanan kadınlarda en sık yaşanan yan etkiler sinirlilik (%23,2), adet miktarında azalma (%22,4) ve kilo almadır (%19,2). Hormon içermeyen yöntem kullanan kadınlarda ise en sık ifade edilen şikayetler sırasıyla sinirlilik (%22,4), kilo alma (%18,4), kasık ağrısı (%17,1), saç dökülmesi (%16,8) ve kansızlıktır (%16,8) (Tablo 14).



**Tablo 15. Kadınların Hormonal Doğum Kontrol Yöntemleri Kullanırken Yaşadıkları Yan Etkilerin Dağılımı**

Yan Etkiler	Kullanılan Yöntem							
	Kombine oral kontraseptif		Mesigna		DMPA		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
<b>Adet miktarında artma</b>								
Evet	13	11,3	18	29,5	-	0,0	31	17,4
Hayır	102	88,7	43	70,5	2	100,0	147	82,6
<b>Adet miktarında azalma</b>								
Evet	49	42,6	35	57,4	1	50,0	85	47,7
Hayır	66	57,4	26	42,6	1	50,0	93	52,3
<b>Kilo alma</b>								
Evet	47	40,9	26	42,6	-	0,0	73	41,0
Hayır	68	59,1	35	57,4	2	100,0	105	59,0
<b>Kilo verme</b>								
Evet	12	10,4	4	6,6	1	50,0	17	9,5
Hayır	103	89,6	57	93,4	1	50,0	161	90,5
<b>Baş ağrısı</b>								
Evet	34	29,6	8	13,1	-	0,0	43	24,0
Hayır	81	70,4	53	86,9	1	50,0	135	75,8
<b>Bulantı</b>								
Evet	15	13,0	2	3,2	-	0,0	17	9,6
Hayır	100	87,0	59	96,8	2	100,0	161	90,4
<b>Kusma</b>								
Evet	5	4,3	-	0,0	-	0,0	6	3,4
Hayır	110	95,7	60	98,4	2	100,0	172	96,6
<b>Görmede bulanıklık</b>								
Evet	2	1,7	6	9,8	-	0,0	8	4,5
Hayır	113	98,3	55	90,2	2	100,0	170	95,5
<b>Baş dönmesi</b>								
Evet	9	7,8	9	14,8	-	0,0	18	10,1
Hayır	106	92,2	52	85,2	2	100,0	160	89,9
<b>Akne (Sivilce)</b>								
Evet	13	11,3	5	8,2	-	0,0	18	10,1
Hayır	102	88,7	56	91,8	2	100,0	160	89,9
<b>Tüülenme</b>								
Evet	16	13,9	4	6,6	-	0,0	20	11,2
Hayır	99	86,1	57	93,4	2	100,0	158	88,8
<b>Saç Dökülmesi</b>								
Evet	28	24,3	17	27,9	1	50,0	46	25,8
Hayır	87	75,7	44	72,1	1	50,0	132	74,2
<b>Kansızlık</b>								
Evet	27	23,5	14	22,9	1	50,0	42	23,6
Hayır	88	76,5	47	77,0	1	50,0	136	76,4

**Tablo 15. (devam) Kadınların Hormonal Doğum Kontrol Yöntemleri Kullanırken Yaşadıkları Yan Etkilerin Dağılımı**

Yan Etkiler	Kullanılan Yöntem							
	Kombine oral kontraseptif		Mesigna		DMPA		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
<b>Ağrılı adet görme</b>								
Evet	11	9,5	11	18,0	-	0,0	22	12,4
Hayır	104	90,4	50	82,0	2	100,0	156	87,6
<b>Kasık ağrısı</b>								
Evet	27	23,5	19	31,1	1	50,0	47	26,4
Hayır	88	76,5	42	68,9	1	50,0	131	73,6
<b>Göğüs ağrısı</b>								
Evet	18	15,7	10	16,4	-	0,0	28	15,8
Hayır	97	84,3	51	83,6	2	100,0	150	84,3
<b>Hipoglisemi atağı</b>								
Evet	3	2,6	2	3,3	-	0,0	5	2,8
Hayır	112	97,4	59	96,7	2	100,0	173	97,2
<b>Tansiyon yüksekliği</b>								
Evet	3	2,6	2	3,3	-	0,0	5	2,8
Hayır	112	97,4	59	96,7	2	100,0	173	97,2
<b>Tansiyon düşüklüğü</b>								
Evet	1	0,9	2	3,3	-	0,0	3	1,7
Hayır	114	99,1	59	96,7	2	100,0	175	98,3
<b>Cinsel istekte azalma</b>								
Evet	17	14,8	13	21,3	-	0,0	30	16,9
Hayır	98	85,2	48	78,7	2	100,0	148	83,1
<b>Cinsel istekte artma</b>								
Evet	3	2,6	5	8,2	-	0,0	8	4,5
Hayır	112	97,4	56	91,8	2	100,0	170	95,5
<b>Haznede kuruluk</b>								
Evet	16	13,9	10	16,4	1	50,0	27	15,2
Hayır	99	86,1	51	83,6	1	50,0	151	84,8
<b>Ağrılı cinsel ilişki</b>								
Evet	26	22,6	13	21,4	1	50,0	40	22,5
Hayır	89	77,4	48	78,7	1	50,0	138	77,5
<b>Depresyon</b>								
Bazen	1	0,9	1	1,6	-	0,0	2	1,1
Hayır	114	99,1	60	98,4	2	100,0	176	98,9
<b>Anksiyete (kaygı)</b>								
Evet	4	3,5	7	11,4	-	0,0	11	6,2
Hayır	111	96,5	54	88,5	2	100,0	167	93,8
<b>Sinirlilik</b>								
Evet	51	44,3	39	59,0	1	50,0	88	49,4
Hayır	64	55,7	25	41,0	1	50,0	90	50,6
<b>Toplam</b>	115	100,0	61	100,0	2	100,0	178	100,0

KOK kullanan kadınların en çok yaşadıkları şikayetler sırasıyla; sinirlilik (%44,3), kilo alma (%40,9), adet miktarında azalma (%42,6), saç dökülmesi (%24,3) ve kansızlıktır (%23,5). Mesigna kullanırken yaşanan şikayetler ise sırasıyla; sinirlilik (%59,0), adet miktarında azalma (%57,4), kilo alma (%42,6) ve saç

dökülmesidir (%27,9). DMPA kullanan iki kişiden biri adet miktarında azalma, kilo verme, saç dökülmesi, haznede kuruluk ve sinirlilik yaşadığını ifade etmiştir (Tablo 15).

**Tablo 16. Kadınların Hormonal Olmayan Doğum Kontrol Yöntemleri Kullanırken Yaşadıkları Yan Etkilerin Dağılımı**

Yan Etkiler	Kullanılan Yöntem									
	Erkek Kondomu		RİA		Geri Çekme		Tüpligasyon		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
<b>Adet miktarında artma</b>										
Evet	4	7,4	25	48,1	8	16,0	12	26,1	49	24,3
Hayır	50	92,6	27	51,9	42	84,0	34	73,9	153	75,7
<b>Adet miktarında azalma</b>										
Evet	9	16,7	7	13,5	7	14,0	16	34,8	39	19,3
Hayır	45	83,3	45	86,5	43	86,0	30	65,2	163	80,7
<b>Kilo alma</b>										
Evet	20	37,0	16	30,8	20	40,0	14	30,4	70	34,7
Hayır	34	63,0	36	69,2	30	60,0	32	69,6	132	65,3
<b>Kilo verme</b>										
Evet	9	16,7	8	15,4	5	10,0	4	8,7	26	12,9
Hayır	45	83,3	44	84,6	45	90,0	42	91,3	176	87,1
<b>Baş ağrısı</b>										
Evet	19	35,2	15	28,8	11	22,0	9	19,6	254	26,7
Hayır	35	64,8	37	71,2	39	78,0	37	80,4	148	73,3
<b>Bulantı</b>										
Evet	9	16,7	5	9,6	4	8,0	5	10,8	23	11,4
Hayır	45	83,3	47	90,4	46	92,0	41	89,1	179	88,6
<b>Kusma</b>										
Evet	4	7,4	1	1,9	-	0,0	3	6,5	8	4,0
Hayır	50	92,6	51	98,1	50	100,0	43	93,5	194	96,0
<b>Görmede bulanıklık</b>										
Evet	2	3,7	3	5,8	2	4,0	3	6,5	10	5,0
Hayır	52	96,3	49	94,2	48	96,0	43	93,5	192	95,0
<b>Baş dönmesi</b>										
Evet	5	9,3	4	7,7	-	0,0	9	19,6	24	11,9
Hayır	49	90,7	48	92,3	44	88,0	37	80,4	178	88,1
<b>Akne (Sivilce)</b>										
Evet	7	13,0	8	15,4	7	14,0	2	4,3	24	12,0
Hayır	46	85,2	44	84,6	43	86,0	44	95,7	177	88,0
<b>Tüyenme</b>										
Evet	5	9,3	5	9,6	4	8,0	1	2,2	15	7,4
Hayır	49	90,7	47	90,4	46	92,0	45	97,8	187	92,6
<b>Saç dökülmesi</b>										
Evet	13	24,1	18	34,6	17	34,0	16	34,8	64	31,7
Hayır	41	75,9	34	65,4	33	66,0	30	65,2	138	68,3
<b>Kansızlık</b>										
Evet	9	16,7	19	36,5	19	38,0	17	37,0	64	31,7
Hayır	45	83,3	33	63,5	31	62,0	29	63,0	138	68,3
<b>Ağrılı adet görme</b>										
Evet	19	35,2	11	21,2	12	24,0	10	21,7	52	25,7
Hayır	35	64,8	41	78,8	38	76,0	36	78,3	150	74,3

**Tablo 16. (devam) Kadınların Hormonal Olmayan Doğum Kontrol Yöntemleri Kullanırken Yaşadıkları Yan Etkilerin Dağılımı**

Yan Etkiler	Kullanılan Yöntem									
	Erkek Kondomu		RİA		Geri Çekme		Tüpligasyon		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
<b>Kasık ağrısı</b>										
Evet	20	37,0	19	36,5	11	22,0	15	32,6	65	32,2
Hayır	34	63,0	33	63,5	39	78,0	31	67,4	137	67,8
<b>Göğüs ağrısı</b>										
Evet	13	24,1	19	36,5	7	14,0	10	21,7	49	24,3
Hayır	41	75,9	33	63,5	43	86,0	36	78,3	153	75,7
<b>Hipoglisemi atağı</b>										
Evet	6	11,1	2	3,8	-	0,0	1	2,2	9	4,5
Hayır	48	88,9	50	96,2	50	100,0	45	97,8	193	95,5
<b>Tansiyon yüksekliği</b>										
Evet	2	3,8	3	5,8	3	6,0	4	8,7	12	6,0
Hayır	52	96,2	49	94,2	47	94,0	42	91,3	190	94,0
<b>Tansiyon düşüklüğü</b>										
Evet	4	7,4	1	1,9	2	4,0	1	2,2	8	4,0
Hayır	50	92,6	51	98,1	48	96,0	45	97,8	194	96,0
<b>Cinsel istekte azalma</b>										
Evet	16	29,6	17	32,7	12	24,0	12	26,1	57	28,3
Hayır	38	70,4	35	67,3	38	76,0	34	73,9	145	71,7
<b>Cinsel istekte artma</b>										
Evet	4	7,5	1	1,9	-	0,0	2	4,3	7	3,5
Hayır	50	92,5	51	98,1	50	100,0	44	95,7	195	96,5
<b>Haznede kuruluk</b>										
Evet	10	18,5	10	19,2	10	20,0	9	19,6	39	19,3
Hayır	44	81,5	42	80,8	40	80,0	37	80,4	163	80,7
<b>Ağrılı cinsel ilişki</b>										
Evet	9	16,7	9	17,3	14	28,0	10	21,7	42	20,8
Hayır	45	83,3	43	82,7	36	72,0	36	78,3	160	79,2
<b>Depresyon</b>										
Bazen	4	7,4	-	0,0	1	2,0	1	2,2	6	3,0
Hayır	50	92,6	52	100,0	49	98,0	45	97,8	196	97,0
<b>Anksiyete (kaygı)</b>										
Evet	5	9,3	4	7,7	3	6,0	5	10,9	17	8,5
Hayır	49	90,7	48	92,3	47	94,0	41	89,1	185	91,5
<b>Sinirlilik</b>										
Evet	23	42,6	21	40,3	18	36,0	23	50,0	85	42,1
Hayır	31	57,4	31	59,7	32	64,0	23	50,0	117	57,9
<b>Toplam</b>	54	100,0	52	100,0	50	100,0	46	100,0	202	100,0

Erkek kondomu ile korunan kadınların %42,6'sı sinirlilik, %37,0'sı kilo alma ve %29,6'sı cinsel istekte azalma yaşadığını ifade etmiştir. Rahim içi araç ile korunan kadınların %36,5'i kansızlık, %34,6'sı saç dökülmesi ve %30,8'i kilo aldığını belirtmiştir. Geri çekme yöntemi ile korunan kadınların %38,0'si kansızlık, %36,0'sı sinirlilik ve %34,0'ü kilo alma sorunu yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Tüpligasyonu



olan kadınların belirttikleri şikayetler sırasıyla; sinirlilik (%50,0), kansızlık (%37,0) ve saç dökülmesidir (%34,8) (Tablo 16).

### 6.3. Kadınların Cinsel Yaşam Özelliklerine İlişkin Bulgular

**Tablo 17. Kadınların Cinsel Yaşam Özelliklerine İlişkin Bulguların Dağılımı**

<b>Kadınların Cinsel Yaşam Özellikleri</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b>Adetin ilk beş günü cinsel istek değişimi</b>		
Artar	73	19,2
Azalır	71	18,7
Değişmez	236	62,1
<b>Adet bitiminden sonraki günlerde cinsel istek değişimi</b>		
Artar	103	27,1
Azalır	38	10,0
Değişmez	239	62,9
<b>Adet başlamadan önceki günlerde cinsel istek değişimi</b>		
Artar	102	26,8
Azalır	50	13,2
Değişmez	228	60,0
<b>Kadının cinsel yaşam memnuniyeti</b>		
Çok memnun	26	6,8
Memnun	262	68,8
Orta derecede memnun	73	19,2
Memnun değil/Hiç memnun değil	19	5,0
<b>Eşin cinsel yaşam memnuniyeti</b>		
Çok memnun	43	11,3
Memnun	283	74,5
Orta derecede memnun	31	8,2
Memnun değil/Hiç memnun değil	23	6,0
<b>Cinsel ilişki sıklığı</b>		
Haftada 1	96	25,3
Haftada 2	115	30,3
Haftada 3	110	28,9
Haftada 4 ve üzeri	59	15,5
<b>Toplam</b>	<b>380</b>	<b>100,0</b>

Kadınların %62,1'i adet ilk beş günü, %62,9'u adet bitiminden sonraki günlerde, %60,0'ı adet başlamadan önceki günlerde cinsel isteklerinde bir değişiklik olmadığını ve %68,9'u cinsel yaşamlarından memnun olduklarını belirtmiştir. Kadınların ifadelerine göre eşlerinin %74,5'i cinsel yaşamlarından memnundur. Kadınların %30,3'ü eşleriyle haftada iki kez cinsel ilişkiye girdiklerini belirtmiştir (Tablo 17).

**Tablo 18. Kadınlarda Cinsel Disfonksiyon Riski Dağılımı**

<b>Cinsel disfonksiyon*</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
Cinsel disfonksiyon riski var (12,4 / $\leq$ 26,55)	160	42,1
Cinsel disfonksiyon riski yok (26,55 > /34,8)	220	57,9

\*KCFİ puanı kesim noktası 26.55 olarak alındığında

Kadınlarda %42,1’inde CD riski bulunmaktadır (Tablo 18).

**Tablo 19. Kadınlarda Depresyon Riski Dağılımı**

<b>Depresif belirti*</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
Depresyon riski var	25	6,6
Depresyon riski yok	355	93,4

\*BDÖ kesim noktası 17 alınmıştır.

Kadınlarda %6,6’sında BDÖ puan ortalaması 17 ve üzerinde saptanmıştır (Tablo 19). Depresyon riski olan kadınların çoğunluğunda (%64) CD riski bulunmuştur

#### **6.4. Kadınların Tanıtıcı Özellikleri ile Beck Depresyon Ölçeğinden Aldıkları Puanlara İlişkin Bulgular**

Araştırmaya katılan kadınların sosyo-demografik özellikleri ile BDÖ'nden aldıkları puanların dağılımı Tablo 20'de verilmiştir. Kadınların yaş grubu, eğitim ve çalışma durumları, gelir düzeyleri, sosyal güvence durumları, evlilik yaşı, evlenme şekli ve evlilik yılları ile BDÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

BDÖ puan ortalaması BKİ'ne göre zayıf olan kadınlarda  $9,5\pm 9,0$ , normal kiloda olan grupta  $5,7\pm 5,2$ , kilolu kadınlarda  $6,9\pm 6,7$ , şişman olanlarda  $7,6\pm 5,4$ 'tür. BKİ ile BDÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ( $p<0,05$ ).

BDÖ puan ortalaması yarı kentsel bölgede yaşayan kadınlarda ( $7,3\pm 6,0$ ), kırsal ( $6,0\pm 5,3$ ) ve kentsel bölgede ( $5,6\pm 6,6$ ) yaşayanlardan yüksek bulunmuş olup gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0,05$ ).

Evlilik uyumu ile BDÖ puanı arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş ( $p<0,001$ ), evlilik uyumu azaldıkça BDÖ puan ortalaması artmaktadır. BDÖ puan ortalaması çok uyumlu evliliği olan kadınlarda  $5,1\pm 4,6$ , uyumlu evliliği olanlarda  $6,3\pm 5,1$ , orta derecede uyumlu evliliği olan grupta  $7,2\pm 6,4$  ve uyumsuz evliliği olanlarda  $16,0\pm 11,8$ 'dir (Tablo 20).

**Tablo 20. Kadınların Sosyo-Demografik Özellikleri ile Beck Depresyon Ölçeğinden Aldıkları Puanların Dağılımı**

Sosyo-Demografik Özellikler	BDÖ Toplam Puanı		Sosyo-Demografik Özellikler	BDÖ Toplam Puanı	
	Ort±SS	Test		Ort±SS	Test
<b>Yaş grubu</b>			<b>Evlilik yaşı</b>		t=1,403
18-30 yaş	6,4±6,8	F=0,165 p=0,848	18 yaş ve altı	7,4±6,4 6,4±5,8	df=378
31-40 yaş	6,8±5,7		19 yaş ve üstü		p=0,162
41 yaş ve üzeri	6,6±5,3				
<b>Eğitim durumu</b>			<b>Evlilik uyumu</b>		
Okuryazar değil ve okuryazar	4,9±3,9	F=0,873 p=0,480	Çok uyumlu	5,1±4,6	X <sup>2</sup> =17,980 <b>p=0,000</b>
İlkokul mezunu	6,7±6,1		Uyumlu	6,3±5,1	
Ortaokul mezunu	6,9±7,3		Orta derecede uyumlu	7,2±6,4	
Lise mezunu	6,8±5,7		Uyumsuz	16,0±11,8	
Üniversite mezunu	7,1±5,9				
<b>Çalışma durumu</b>		t=-0,130	<b>Evlilik şekli</b>		t=0,120
Çalışmayan	6,6±6,2	df=378	Görücü usulü	6,7±6,6	df=378
Çalışan	6,7±5,6	p=0,897	Anlaşarak	6,6±5,6	p=0,904
<b>Beden kitle indeksi</b>			<b>Gelir gider durumu</b>		
Zayıf (19.7 ve altı)	9,5±9,0	X <sup>2</sup> =11,879 <b>p=0,008</b>	Gelir giderden az	8,5±8,0	X <sup>2</sup> =5,555
Normal (19.8-26)	5,7±5,2		Gelir gidere eşit	6,2±5,1	p=0,062
Yüksek (26.1-29)	6,9±6,7		Gelir giderden fazla	4,8±4,8	
Şişman (29.1 ve üzeri)	7,6±5,4				
<b>Kadınların yaşadığı aile sağlığı merkezi</b>			<b>Evlilik Yılı</b>		
5 No'lu Asm (Kırsal)	6,0±5,3	F=3,171 <b>p=0,043</b>	1-5 yıl	6,8±7,9	F=0,705 p=0,550
8 No'lu Asm (Yarı kentsel)	7,3±6,0		6-10 yıl	5,9±5,4	
9 No'lu Asm (Kentsel)	5,6±6,6		11-15 yıl	6,6±5,0	
<b>Sosyal güvence durumu</b>			16 yıl ve üzeri	7,1±5,6	
Var	6,7±6,0	MU=1808,0			
Yok	5,6±6,7	p=0,284			

F= One way Anova , X<sup>2</sup>= Kruskal-Wallis, t= t-test, MU= Mann Whitney

**Tablo 21. Kadınların Doğurganlık Özellikleri ile Beck Depresyon Ölçeğinden Aldıkları Puanların Dağılımı**

Kadınların Doğurganlık Özellikleri	BDÖ Toplam Puanı	
	Ort±SS	Test
<b>Gebelik sayısı</b>		
Hiç gebe kalmamış	10,0±13,4	
1 gebelik	6,5±6,5	X <sup>2</sup> =1,357 p=0,716
2 gebelik	6,8±6,2	
3 gebelik	6,4±5,7	
4 ve üzeri gebelik	6,6±5,0	
<b>Doğum sayısı</b>		
Hiç doğum yapmamış	8,2±12,3	
1 doğum	7,0±6,5	X <sup>2</sup> =1,794 p=0,616
2 doğum	6,4±5,9	
3 doğum	7,2±5,4	
4 ve üzeri	5,8±4,1	
<b>Sahip olunan çocuk sayısı</b>		
Hiç çocuğu olmayan	10,0±13,4	
1 çocuk	7,1±6,5	X <sup>2</sup> =2,303 p=0,512
2 çocuk	6,3±5,9	
3 çocuk	7,3±5,5	
4 çocuk ve üzeri	5,5±3,6	
<b>Evde yaşayan çocuk sayısı</b>		
Çocuk yok	11,6±9,7	
1 çocuk	6,9±6,4	X <sup>2</sup> =3,316 p=0,190
2 çocuk	6,0±5,7	
3 çocuk ve üzeri	7,1±5,2	
<b>Düşük sayısı</b>		t=1,636
Var	6,9±6,4	df=214,537
Yok	5,9±4,7	p=0,103
<b>Küretaj sayısı</b>		t=-1,469
Var	6,4±6,0	df=378
Yok	7,5±6,1	p=0,143
<b>Ölü doğum sayısı</b>		
Var	13,0±7,10	MU=436,0
Yok	6,6±6,0	<b>p=0,039</b>
<b>İlk adet yaşı</b>		t=0,702
13 yaş ve altı	6,8±6,5	df=378
14 yaş ve üstü	6,4±5,2	p=0,483
<b>Adet düzeni</b>		t=-1,183
Düzenli	6,5±5,9	df=47,194
Düzensiz	7,8±6,9	p=0,243

X<sup>2</sup>= Kruskal-Wallis, t= t-test, MU= Mann Whitney U

Araştırmaya katılan kadınların doğurganlık özellikleri ile BDÖ'den aldıkları puanların dağılımı Tablo 21'de sunulmuştur. Ölü doğum öyküsü olan kadınların BDÖ puan ortalaması ölü doğuma sahip olmayan kadınlardan yüksek olup iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (p<0,05).

BDÖ puan ortalaması ile gebelik, doğum, çocuk, düşük ve küretaj sayısı, ilk adet yaşı, adet düzeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 21).

**Tablo 22. Eşlerinin Tamıtcı Özellikleri ile Beck Depresyon Ölçeğinden Aldıkları Puanların Dağılımı**

Eşlerin Tamıtcı Özellikleri	BDÖ Toplam Puanı	
	Ort±SS	Test
<b>Eşin yaşı</b>		t=-0,369
20-30 yaş	6,4±7,5	df=378
31 yaş ve üzeri	6,7±5,6	p=0,712
<b>Eşin eğitim durumu</b>		
Okuryazar olmayan/ okuryazar	4,5±2,4	
İlkokul mezunu	6,3±5,4	X <sup>2</sup> =3,380
Ortaokul mezunu	7,9±6,9	p=0,496
Lise mezunu	6,8±6,6	
Yüksekokul mezunu	6,2±5,3	
<b>Eşin çalışma durumu</b>		
Çalışan	6,6±6,0	MU=2071,5
Çalışmayan	6,8±5,1	p=0,715

BDÖ puan ortalaması ile eşin yaşı, eğitimi ve mesleği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 22).

## 6.5. Kadınların Kullandıkları Doğum Kontrol Yöntemleri ile Beck Depresyon Ölçeğinden Aldıkları Puanlara İlişkin Bulgular

Tablo 23. Kadınların Şu an Kullandıkları Doğum Kontrol Yöntemleri ile Beck Depresyon Ölçeğinden Aldıkları Puanların Dağılımı

Kadınların Şu an Kullandıkları Doğum Kontrol Yöntemleri	BDÖ Toplam Puanı	
	Ort±SS	Test
<b>Kombine oral kontraseptif</b>		t=-1,420
Evet	5,9±5,5	df=378
Hayır	6,9±6,2	p=0,156
<b>Mesigna</b>		t= 0,678
Evet	7,1±7,2	df=378
Hayır	6,5±5,7	p=0,498
<b>DMPA</b>		MU=231,5
Evet	3,0±4,2	p=0,343
Hayır	6,7±6,0	t= -2,217
<b>Erkek kondomu</b>		df=378
Evet	5,4±4,3	<b>p=0,029</b>
Hayır	6,8±6,2	t= 0,469
<b>Rahim içi araç</b>		df=378
Evet	7,0±7,0	p=0,639
Hayır	6,6±5,8	t= 1,015
<b>Geri çekme</b>		df=378
Evet	7,4±5,6	p=0,311
Hayır	6,5±6,1	t= 1,699
<b>Tüpligasyon</b>		df=378
Evet	8,0±6,3	p=0,090
Hayır	6,4±6,0	t= -0,931
<b>Yöntem çeşidi</b>		df=378
Hormonal yöntem	6,3±6,1	p=0,353
Hormonal olmayan yöntem	6,9±5,9	

t= t-test, MU= Mann Whitney U

Kadınların araştırmanın yürütüldüğü zamanda kullandıkları doğum kontrol yöntemleri ile BDÖ puan ortalamalarının dağılımı Tablo 23'de sunulmuştur. Oral kontraseptif, mesigna, DMPA, rahim içi araç, geri çekme, tüpligasyon ve hormon içeren ve içermeyen yöntem kullanımı ile BDÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Erkek kondomu kullanmayan kadınlarda BDÖ puan ortalaması yüksek saptanmış olup, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmiştir ( $p<0,05$ ) (Tablo 23).

**Tablo 24. Kadınların ve Eşlerinin Kullandıkları Doğum Kontrol Yöntemlerinden Memnun Olma Durumları ile Beck Depresyon Ölçeğinden Aldıkları Puanların Dağılımı**

Kadınların Kullandıkları Doğum Kontrol Yöntemlerinden Memnun Olma Durumu	BDÖ Toplam Puanı		Kadınların Eşlerinin Kullandıkları Doğum Kontrol Yöntemlerinden Memnun Olma Durumu	BDÖ Toplam Puanı	
	Ort±SS	Test		Ort±SS	Test
<b>Kombine oral kontraseptif</b>			<b>Kombine oral kontraseptif</b>		
Memnun	5,8±5,3	$X^2=0,282$ $p=0,869$	Memnun	6,0±5,6	$X^2=0,021$ $p=0,989$
Kısmen memnun	7,7±7,6		Kısmen memnun	5,0±2,6	
Memnun değil	5,5±4,0		Memnun değil	5,0±3,6	
<b>Mesigna</b>			<b>Mesigna</b>		
Memnun	5,8±5,1	$X^2=3,773$ $p=0,152$	Memnun	7,2±7,2	MU=1,000 $p=0,098$
Kısmen memnun	11,4±11,9		Memnun değil	0,0±0,0	
Memnun değil	8,2±5,8				
<b>DMPA</b>			<b>DMPA</b>		
Memnun	N/A	N/A	Memnun	N/A	N/A
Memnun değil					
<b>Erkek kondomu</b>			<b>Erkek kondomu</b>		
Memnun	6,1±4,6	$X^2=3,795$ $p=0,150$	Memnun	5,9±5,0	$X^2=1,235$ $p=0,539$
Kısmen memnun	3,4±2,5		Kısmen memnun	5,0±2,6	
Memnun değil	3,3±1,5		Memnun değil	3,9±3,2	
<b>Rahim içi araç</b>			<b>Rahim içi araç</b>		
Memnun	7,0±7,0	$X^2=1,702$ $p=0,427$	Memnun	6,9±7,3	$X^2=1,745$ $p=0,418$
Kısmen memnun	6,6±5,8		Kısmen memnun	11,0±4,2	
Memnun değil	6,6±6,0		Memnun değil	5,0±1,4	
<b>Geri çekme</b>			<b>Geri Çekme</b>		
Memnun	7,2±5,3	$X^2=1,407$ $p=0,495$	Memnun	6,3±4,8	$X^2=4,256$ $p=0,119$
Kısmen memnun	10,8±8,2		Kısmen memnun	12,3±7,2	
Memnun değil	4,5±2,1		Memnun değil	8,9±6,5	
<b>Hormonal yöntemler</b>			<b>Hormonal yöntemler</b>		
Memnun	5,8±5,2	$X^2=4,227$ $p=0,121$	Memnun	6,4±6,2	$X^2=0,885$ $p=0,642$
Kısmen memnun	9,7±10,1		Kısmen memnun	5,0±2,6	
Memnun değil	6,8±4,8		Memnun değil	4,0±3,8	
<b>Hormonal olmayan yöntemler</b>			<b>Hormonal olmayan yöntemler</b>		
Memnun	7,0±6,0	$X^2=0,637$ $p=0,727$	Memnun	6,9±6,1	$X^2=1,448$ $p=0,485$
Kısmen memnun	6,7±6,1		Kısmen memnun	7,7±5,5	
Memnun değil	5,1±3,4		Memnun değil	6,1±5,2	

$X^2$ = Kruskal-Wallis, MU= Mann Whitney U, N/A=Kullanılamaz

Kadınların ve eşlerinin kullandıkları doğum kontrol yönteminden memnun olma durumları ile BDÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 24).



**Tablo 25. Kadınların Yaşadıkları Yan Etkiler ile Beck Depresyon Ölçeğinden Aldıkları Puanların Dağılımı**

Yan Etkiler	BDÖ Toplam		Yan Etkiler	BDÖ Toplam	
	Ort±SS	Test		Ort±SS	Test
<b>Adet miktarında artma</b>			<b>Ağrılı adet görme</b>		
Hormonal	6,7±4,9	t=-0,757	Hormonal	8,5±5,4	MU=490,0
Hormonal olmayan	7,9±7,4	df=78	Hormonal olmayan	7,6±6,2	p=0,331
		p=0,451			
<b>Adet miktarında azalma</b>			<b>Kasık ağrısı</b>		
Hormonal	6,4±6,0	t=-2,257	Hormonal	6,3±6,0	t=-1,017
Hormonal olmayan	9,2±7,7	df=122	Hormonal olmayan	7,4±5,8	df=110
		<b>p=0,044</b>			p=0,312
<b>Kilo alma</b>			<b>Göğüs ağrısı</b>		
Hormonal	6,7±6,9	t=-1,190	Hormonal	6,0±6,6	MU=551,0
Hormonal olmayan	8,0±6,1	df=141	Hormonal olmayan	8,0±7,4	p=0,151
		p=0,236			
<b>Kilo verme</b>			<b>Hipoglisemi atağı</b>		
Hormonal	8,9±8,4	MU=194,5	Hormonal	10,4±5,7	MU=22,00
Hormonal olmayan	9,4±6,8	p=0,509	Hormonal olmayan	9,8±6,8	p=0,947
<b>Baş ağrısı</b>			<b>Tansiyon yüksekliği</b>		
Hormonal	8,1±8,1	t=0,086	Hormonal	7,4±5,6	MU=28,00
Hormonal olmayan	8,0±6,3	df=95	Hormonal olmayan	7,7±7,6	p=0,831
		p=0,931			
<b>Bulantı</b>			<b>Tansiyon düşüklüğü</b>		
Hormonal	9,2±7,3	MU=191,0	Hormonal	2,0±1,7	MU=1,500
Hormonal olmayan	9,8±7,5	p=0,902	Hormonal olmayan	10,8±6,7	<b>p=0,031</b>
<b>Kusma</b>			<b>Cinsel istekte azalma</b>		
Hormonal	7,5±3,3	MU=18,00	Hormonal	10,8±9,7	t=1,526
Hormonal olmayan	11,9±7,7	p=0,435	Hormonal olmayan	8,2±5,9	df=85
					p=0,131
<b>Görmede bulanıklık</b>			<b>Cinsel istekte artma</b>		
Hormonal	4,1±2,0	MU=15,50	Hormonal	8,3±6,0	MU=23,50
Hormonal olmayan	9,2±6,4	<b>p=0,028</b>	Hormonal olmayan	10,0±6,8	p=0,600
<b>Baş dönmesi</b>			<b>Haznede kuruluk</b>		
Hormonal	8,9±11,1	MU=164,0	Hormonal	8,8±6,7	MU=511,50
Hormonal olmayan	11,1±9,1	p=0,185	Hormonal olmayan	8,8±7,5	p=0,845
<b>Akne (Sivilce)</b>			<b>Ağrılı cinsel ilişki</b>		
Hormonal	6,6±6,6	MU=124,0	Hormonal	7,0±5,7	t=0,038
Hormonal olmayan	11,1±6,5	<b>p=0,019</b>	Hormonal olmayan	7,0±6,0	df=80
					p=0,970
<b>Tüylene</b>			<b>Depresyon</b>		
Hormonal	8,6±9,6	MU=140,5	Hormonal	20,5±4,9	MU=1,00
Hormonal olmayan	6,6±4,2	p=0,751	Hormonal olmayan	14,5±3,1	p=0,094
<b>Saç dökülmesi</b>			<b>Anksiyete (kaygı)</b>		
Hormonal	8,5±8,3	t=0,515	Hormonal	10,6±7,5	MU=68,50
Hormonal olmayan	7,8±5,8	df=108	Hormonal olmayan	15,1±8,3	p=0,238
		p=0,608			
<b>Kansızlık</b>			<b>Sinirlilik</b>		
Hormonal	6,8±8,1	t=-1,229	Hormonal	8,7±7,4	t=0,618
Hormonal olmayan	8,7±7,3	df=104	Hormonal olmayan	8,0±6,9	df=171
		p=0,222			p=0,537

F= One way Anova , X<sup>2</sup>= Kruskal-Wallis

Adet miktarında azalma yaşıyan ve hormonal olmayan yöntem kullanan kadınlarda BDÖ puanı (9,2±7,7) hormonal yöntem kullanan gruptan (6,4±6,0) yüksek olup aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,05).

Hormonal yöntem kullanan ve bulanık görme şikayeti olan kadınlarda BDÖ puanı (4,1±2,0) hormonal olmayan yöntem kullananlardan (9,2±6,4) düşüktür. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,05).

Hormonal yöntem kullanan ve akne şikayeti olan kadınlarda BDÖ ölçek puan ortalaması 6,6±6,6, hormonal olmayan yöntem kullanan grupta 11,1±6,5'dir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,05).

Tansiyon düşüklüğü yaşıyan ve hormonal yöntem kullanan kadınların BDÖ puan ortalaması 2,0±1,7, hormonal olmayan yöntem kullanan kadınların 10,8±6,7'dir. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (p<0,05).

Adet miktarında artma, kilo alma, kilo verme, baş ağrısı, bulantı, kusma, baş dönmesi, tüylenme, saç dökülmesi, kansızlık, ağrılı adet görme, kasık ağrısı, göğüs ağrısı, hipoglisemi atağı, tansiyon yüksekliği, cinsel istekte azalma veya artma, hazinede kuruluk, ağrılı cinsel ilişki, depresyon, anksiyete, sinirlilik ile BDÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0,05) (Tablo 25).

## 6.6. Kadınların Cinsel Yaşam Özellikleri ile Beck Depresyon Ölçeğinden Aldıkları Puanlara İlişkin Bulgular

**Tablo 26. Kadınların Cinsel Yaşam Özellikleri ile Beck Depresyon Ölçeğinden Aldıkları Puanların Dağılımı**

Kadınların Cinsel Yaşam Özellikleri	BDÖ Toplam	
	Ort±SS	Test
<b>Adetin ilk beş günü cinsel istek değişimi</b>		
Artar	6,8±5,6	F=0,275 p=0,760
Azalı	7,0±7,6	
Değişmez	6,5±5,6	
<b>Adet bitiminden sonraki günlerde cinsel istek değişimi</b>		
Artar	6,4±5,1	F=5,75 <b>p=0,003</b>
Azalı	9,7±9,6	
Değişmez	6,2±5,5	
<b>Adet başlamadan önceki günlerde cinsel istek değişimi</b>		
Artar	6,4±6,0	F=0,846 p=0,430
Azalı	7,7±7,2	
Değişmez	6,5±5,7	
<b>Kadının cinsel yaşam memnuniyeti</b>		
Çok memnun	4,0±2,7	X <sup>2</sup> =11,845 <b>p=0,003</b>
Memnun	6,0±5,1	
Orta derecede memnun	8,9±8,2	
Memnun değil/Hiç memnun değil	9,8±7,5	
<b>Eşin cinsel yaşam memnuniyeti</b>		
Çok memnun	4,7±3,7	X <sup>2</sup> =11,040 <b>p=0,004</b>
Memnun	6,5±5,9	
Orta derecede memnun	9,9±8,0	
Memnun değil/Hiç memnun değil	8,0±6,4	
<b>Cinsel ilişki sıklığı</b>		
Haftada 1	8,5±6,9	F=4,346 <b>p=0,005</b>
Haftada 2	6,1±5,9	
Haftada 3	5,8±5,5	
Haftada 4 ve üzeri	6,2±4,8	

F= One way Anova , X<sup>2</sup>= Kruskal-Wallis

Adetin ilk beş günü ve adet başlamadan önce yaşanan cinsel istek değişimi ile BDÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Adet bitiminden sonra cinsel isteğinin arttığını belirten grupta BDÖ puan ortalaması (6,4±5,1), cinsel isteğinin azaldığını belirten kadınlara göre (9,7±9,6) düşük olup gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Cinsel yaşam memnuniyeti azaldıkça BDÖ puan ortalaması artmakta ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0,05$ ). Eşlerinin cinsel

yaşamlarından çok memnun olduğunu belirten kadınlarda BDÖ puan ortalaması  $4,7\pm 3,7$ , memnun olduğunu ifade eden kadınlarda  $6,5\pm 5,9$ , orta derecede memnun olduğunu bildiren kadınlarda  $9,9\pm 8,0$  ve memnun olmadığını belirten grupta  $8,0\pm 6,4$ 'tür ( $p<0,05$ ).

BDÖ puanı haftada bir kez cinsel ilişki yaşadığını belirten kadınlarda  $8,5\pm 6,9$ , haftada iki kez cinsel ilişki yaşadığını ifade edenlerde  $6,1\pm 5,9$ , haftada üç kez cinsel ilişki yaşadığını belirten grupta  $5,8\pm 5,5$ , haftada dört ve üzerinde cinsel ilişki yaşayan kadınlarda  $6,2\pm 4,8$ 'dir. Cinsel ilişki yaşama sıklığı ile BDÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmiştir ( $p<0,05$ ) (Tablo 26).



**Tablo 27. Çoklu Regresyon Sonuçlarına Göre Beck Depresyon Ölçeği Toplam Puan Ortalamasını Etkileyen Özellikler (Durbin-Watson metodu)**

Model	Bağımlı Değişken: BDÖ Toplam Edilmiş				
	Standardize Edilmemiş Katsayılar		Standardize Katsayılar	t	p
Bağımsız değişkenler (sabit)	Beta	Standart hata	Beta	t	p
	-8,610	4,071		-2,115	<b>0,035</b>
*Evlilik uyumu	1,277	0,415	0,163	3,078	<b>0,002</b>
**Ölü doğum hikayesi	6,430	2,577	0,122	2,495	<b>0,013</b>
**Cinsel yaşam memnuniyeti	1,527	0,499	0,163	3,062	<b>0,002</b>

F=6,232, p=0,000

\*Evlilik uyumu sorusu: 1. Çok uyumlu, 2. Uyumlu, 3. Orta derecede uyumlu, 4. Uyumsuz, 5. Çok uyumsuz

\*\*Ölü doğum hikayesi sorusu: 1. Yok, 2. Var

\*\*\*\* Cinsel yaşam memnuniyeti sorusu: 1. Çok Memnunum, 2. Memnunum, 3. Orta derecede memnunum, 4. Memnun değilim, 5. Hiç memnun değilim

BDÖ toplam puanı ile kadının BKİ, yaşadığı yer, evlilik uyumu, ölü doğum hikayesi, erkek kondomu kullanma durumu, adet bitiminden sonraki günlerde cinsel istek değişimi, kadının cinsel yaşamdan memnuniyeti, cinsel ilişki sıklığı incelenmiştir. BDÖ toplam puanı ve etkileyen özellikler arasındaki regresyon analizi sonucunda modele alınan bağımsız değişkenlerin BDÖ puanının varyansının %9'unu açıkladığı görülmüştür.

BDÖ ile evlilik uyumu, ölü doğum hikayesi ve cinsel yaşam memnuniyeti arasında pozitif anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p < 0,05$ ). Ölü doğum öyküsü olan, evliliğinde eşi ile uyumsuz olan ve cinsel yaşamından memnun olmayan kadınlarda BDÖ ortalaması yüksektir.

## 6.7. Kadınların Tanıtıcı Özellikleri ile Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi ve Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanlara İlişkin Bulgular

**Tablo 28. Kadınların Sosyo-Demografik Özellikleri ile Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi ve Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanların Dağılımı**

Sosyo-Demografik Özellikler	İstek		Uyarılma		Lubrikasyon		Orgazm		Doyum		Ağrı		KCFİ Toplam	
	Ort±SS	Test	Ort±SS	Test	Ort±SS	Test	Ort±SS	Test	Ort±SS	Test	Ort±SS	Test	Ort±SS	Test
<b>Yaş grubu</b>														
18-30 yaş	3,2±0,9		3,9±1,1		5,4±1,1		4,3±1,0		4,8±0,8		5,1±5,1		26,8±4,0	
31-40 yaş	3,3±0,9	F=1,977	3,9±1,0	F=1,277	5,4±1,0	F=0,083	4,2±1,3	F=0,340	4,7±1,0	F=0,942	5,3±5,3	F=2,340	26,8±4,2	F=0,229
41 yaş ve üzeri	3,0±0,9	p=0,140	3,7±1,2	p=0,280	5,3±1,0	p=0,920	4,3±1,3	p=0,712	4,6±1,0	p=0,391	5,5±5,5	p=0,098	26,4±4,5	p=0,795
<b>Eğitim durumu</b>														
Okuryazar olmayan/okuryazar	2,5±1,0		3,4±1,3		5,5±1,1		3,8±1,5		4,1±0,9		5,2±1,5		24,4±5,2	
İlkokul mezunu	3,1±0,9		3,7±1,1		5,5±1,1		4,1±1,2		4,7±0,9		5,2±1,2		26,3±4,2	
Ortaokul mezunu	3,3±0,8	F=10,854	3,9±0,9	F=9,234	5,6±0,8	F=0,709	4,2±1,1	F=5,602	4,8±0,9	F=5,674	5,2±1,1	F=1,436	27,0±3,8	F=5,848
Lise mezunu	3,7±0,8	<b>p=0,000</b>	4,1±1,0	<b>p=0,000</b>	5,3±1,1	p=0,586	4,4±1,2	<b>p=0,000</b>	4,8±0,9	<b>p=0,000</b>	5,4±1,0	p=0,221	27,4±3,7	<b>p=0,000</b>
Üniversite mezunu	3,2±0,7		4,5±1,0		5,3±0,9		4,9±0,7		5,0±0,8		5,0±1,3		28,3±3,7	
<b>Çalışma durumu</b>														
Çalışmayan	3,1±1,0	t=-2,518	3,8±1,1	t=-2,321	5,5±1,0	t=1,299	4,2±1,2	t=-2,122	4,7±0,9	t=-1,242	5,2±1,2	t=-0,736	26,5±4,4	t=-1,842
Çalışan	3,4±0,8	df=242,798	4,1±1,0	df=378	5,3±1,1	df=378	4,5±1,1	df=378	4,8±0,8	df=378	5,3±1,2	df=378	27,4±3,6	df=378
		<b>p=0,012</b>		<b>p=0,021</b>		p=0,195		<b>p=0,034</b>		p=0,215		p=0,462		<b>p=0,066</b>
<b>Beden kitle indeksi</b>														
Zayıf (19,7 ve altı)	3,1±1,2		3,8±1,1		5,4±0,9		4,0±1,1		4,3±1,1		4,4±1,7		24,9±4,7	
Normal (19,8-26)	3,2±0,9	X <sup>2</sup> =1,264	3,9±1,1	X <sup>2</sup> =2,747	5,3±1,1	X <sup>2</sup> =6,943	4,3±1,2	X <sup>2</sup> =3,675	4,8±0,9	X <sup>2</sup> =5,856	5,2±1,1	X <sup>2</sup> =11,503	26,8±4,3	X <sup>2</sup> =6,372
Yüksek (26,1-29)	3,2±0,9	p=0,738	3,8±1,1	p=0,432	5,5±1,0	p=0,074	4,3±1,2	p=0,299	4,7±0,9	p=0,119	5,3±1,0	<b>p=0,009</b>	26,8±4,1	p=0,095
Şişman (29,1 ve üzeri)	3,1±0,9		3,9±1,1		5,6±1,0		4,3±1,2		4,8±0,9		5,2±1,2		27,3±3,8	
<b>Kadınların yaşadığı aile sağlığı merkezi</b>														
5 No'lu Asm (Kırsal)	3,2±1,0		3,8±1,0		5,4±1,1		4,3±1,1		4,6±0,9		5,1±1,2		26,5±4,3	
8 No'lu Asm (Yarı kentsel)	3,2±0,9	F=0,061	4,0±1,1	F=0,824	5,4±1,1	F=0,007	4,2±1,2	F=0,536	4,7±0,9	F=0,885	5,2±1,2	F=0,779	26,8±4,4	F=0,347
9 No'lu Asm (Kentsel)	3,2±0,8	p=0,941	3,9±1,1	p=0,440	5,4±0,9	p=0,993	4,3±1,2	p=0,585	4,8±0,9	p=0,414	5,4±1,0	p=0,460	27,1±3,4	p=0,707

F= One way Anova , X<sup>2</sup>= Kruskal-Wallis, t= t-test

**Tablo 28. (devam) Kadınların Sosyo-Demografik Özellikleri ile Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi ve Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanların Dağılımı**

Sosyo-Demografik Özellikler	İstek		Uyarılma		Lubrikasyon		Orgazm		Doyum		Ağrı		KCFİ Toplam	
	Ort±SS	Test	Ort±SS	Test	Ort±SS	Test	Ort±SS	Test	Ort±SS	Test	Ort±SS	Test	Ort±SS	Test
<b>Sosyal güvence durumu</b>														
Var	3,2±0,9	MU=1883,0	3,9±1,1	MU=2087,0	5,4±1,0	MU=1496,0	4,3±1,2	MU=1911,0	4,7±0,9	MU=2141,0	5,3±1,2	MU=1829,0	26,8±4,2	MU=1883,0
Yok	3,5±0,8	p=0,368	4,1±0,8	p=0,745	4,7±1,4	<b>p=0,021</b>	4,4±1,4	p=0,424	4,7±1,0	p=0,852	5,0±1,3	p=0,236	26,4±3,3	p=0,385
<b>Evlilik yaşı</b>		t=-2,414		t=-3,176		t=-0,432		t=-2,722		t=-3,318		t=-1,136		t=-3,327
18 yaş ve altı	3,0±0,9	df=378	3,6±1,1	df=378	5,4±1,1	df=378	4,0±1,3	df=378	4,5±1,0	df=157,567	5,1±1,3	df=152,608	25,6±4,6	df=378
19 yaş ve üstü	3,3±0,9	<b>p=0,016</b>	4,0±1,1	<b>p=0,002</b>	5,4±1,0	p=0,666	4,4±1,1	<b>p=0,007</b>	4,8±0,9	<b>p=0,001</b>	5,3±1,1	p=0,258	27,2±4,0	<b>p=0,001</b>
<b>Evlenme şekli</b>		t=-3,937		t=-2,878		t=1,164		t=-2,576		t=-2,027		t=0,949		t=-2,151
Görücü usulü	3,0±1,0	df=378	3,7±1,2	df=288,080	5,5±1,1	df=378	4,1±1,2	df=378	4,6±1,0	df=307,858	5,3±1,2	df=378	26,2±4,6	df=293,467
Anlaşarak	3,4±0,8	<b>p=0,000</b>	4,0±1,0	<b>p=0,004</b>	5,4±1,0	p=0,245	4,4±1,1	<b>p=0,010</b>	4,8±0,9	<b>p=0,044</b>	5,2±1,8	p=0,343	27,2±3,9	<b>p=0,032</b>
<b>Evlilik yılı</b>														
1-5 yıl	3,4±0,8		4,0±1,0		5,5±1,0		4,3±1,1		5,0±0,8		5,2±1,2		27,3±3,8	
6-10 yıl	3,3±1,0	F=4,351	4,0±1,1	F=3,631	5,4±1,2	F=0,204	4,4±1,0	F=1,321	4,7±0,8	F=3,116	5,1±1,2	F=1,138	26,8±4,2	F=1,884
11-15 yıl	3,3±0,9	<b>p=0,005</b>	4,0±1,1	<b>p=0,013</b>	5,4±1,0	p=0,894	4,4±1,3	p=0,267	4,7±1,0	<b>p=0,026</b>	5,3±1,2	p=0,333	27,2±4,4	p=0,132
16 yıl ve üzeri	3,0±0,9		3,6±1,1		5,4±1,0		4,1±1,3		4,6±1,0		5,4±1,1		26,0±4,2	
<b>Gelir gider durumu</b>														
Gelir giderden az	2,9±1,0	X <sup>2</sup> =13,800	3,5±1,2	X <sup>2</sup> =13,086	5,4±1,1	X <sup>2</sup> =0,994	3,9±1,4	X <sup>2</sup> =5,005	4,4±1,0	X <sup>2</sup> =14,290	5,1±1,4	X <sup>2</sup> =3,863	25,1±5,0	X <sup>2</sup> =11,847
Gelir gidere eşit	3,3±0,8	<b>p=0,001</b>	4,0±1,0	<b>p=0,001</b>	5,4±1,0	p=0,608	4,4±1,1	p=0,082	4,8±0,8	<b>p=0,001</b>	5,3±1,1	p=0,145	27,3±3,6	<b>p=0,003</b>
Gelir giderden fazla	3,0±1,3		4,1±1,2		5,4±0,8		4,3±1,4		4,9±1,1		5,7±0,8		27,3±5,5	
<b>Evlilik uyumu</b>														
Çok uyumlu	3,5±0,8		4,3±1,0		5,5±0,9		4,8±1,0		5,3±0,7		5,3±1,3		28,7±3,5	
Uyumlu	3,2±0,9	X <sup>2</sup> =11,068	4,0±1,1	X <sup>2</sup> =22,897	5,5±1,0	X <sup>2</sup> =9,754	4,3±1,1	X <sup>2</sup> =31,174	4,7±0,7	X <sup>2</sup> =57,746	5,3±1,1	X <sup>2</sup> =6,587	27,0±4,0	X <sup>2</sup> =41,525
Orta derecede uyumlu	3,0±0,9	<b>p=0,011</b>	3,7±1,1	<b>p=0,000</b>	5,2±1,2	<b>p=0,021</b>	3,9±1,2	<b>p=0,000</b>	4,4±1,0	<b>p=0,000</b>	5,0±1,2	p=0,086	25,2±4,0	<b>p=0,000</b>
Uyumsuz	2,7±1,1		3,1±1,0		5,7±0,8		3,4±1,7		3,8±1,2		5,2±1,5		24,0±5,5	

F= One way Anova , X<sup>2</sup>= Kruskal-Wallis, MU= Mann Whitney U, t= t-test

Araştırmaya katılan kadınların sosyo-demografik özellikleri ile KCFİ ve alt ölçeklerinden aldıkları puanların dağılımı Tablo 28 'de sunulmuştur. Kadınların yaş grubu ile KCFİ alt ölçek ve toplam ölçek puanı arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Kadınların KCFİ istek alt boyut puan ortalaması okuryazar olmayan/okuryazar olanlarda  $2,5\pm1,0$ , ilkokul mezunu olanlarda  $3,1\pm0,9$ , ortaokul mezunu olanlarda  $3,3\pm0,8$ , lise mezunu olanlarda  $3,7\pm0,8$  ve üniversite mezunu olanlarda  $3,2\pm0,7$ 'dir. Kadınların KCFİ uyarılma alt boyut puan ortalaması okuryazar olmayan/okuryazarlarda  $3,4\pm1,3$ , ilkokul mezunu kadınlarda  $3,7\pm1,1$ , ortaokul mezunu grupta  $3,9\pm0,9$ , lise mezunu olanlarda  $4,1\pm1,0$  ve üniversite mezunu olan grupta  $4,5\pm1,0$ 'dir. Kadınların KCFİ orgazm alt boyut puan ortalaması en düşük okuryazar olmayan/okuryazar grupta ( $3,8\pm1,5$ ), en yüksek üniversite mezunu olan ( $4,9\pm0,7$ ) gruptadır. Kadınların KCFİ doyum alt boyut puan ortalaması kadınların eğitim durumu arttıkça yükselmektedir (okuryazar olmayan/okuryazar =  $4,1\pm0,9$ , ilkokul mezunu=  $4,7\pm0,9$ , ortaokul mezunu=  $4,8\pm0,9$ , lise mezunu=  $4,8\pm0,9$ , üniversite mezunu  $5,0\pm0,8$ ). Kadınların KCFİ toplam puan ortalaması en yüksek üniversite mezunu kadınlarda ( $28,3\pm3,7$ ), en düşük okuryazar olmayan/okuryazar kadınlardadır ( $24,4\pm5,2$ ). KCFİ istek, uyarılma, orgazm doyum alt ölçek ve toplam ölçek puanı ile kadınların eğitim durumu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0,001$ ). KCFİ lubrikasyon ve ağrı alt ölçek puanı ile kadınların eğitim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Kadınların KCFİ istek alt boyut puan ortalaması çalışmayan kadınlarda  $3,1\pm1,0$  çalışan kadınlarda  $3,4\pm0,8$ 'dir. Kadınların KCFİ uyarılma alt boyut puan ortalaması çalışmayan kadınlarda  $3,8\pm1,1$  olup çalışan kadınlarda  $4,1\pm1,0$ 'dir. Çalışmayan kadınlarda KCFİ orgazm alt boyut puan ortalaması  $4,2\pm1,2$ , çalışan kadınlarda  $4,5\pm1,1$ 'dir. KCFİ toplam ölçek puan ortalaması çalışan kadınlarda ( $27,4\pm3,6$ ) çalışmayan kadınlara ( $26,5\pm4,4$ ) göre yüksektir. KCFİ istek, uyarılma, orgazm ve toplam ölçek puanı ile kadınların çalışma durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0,05$ ). KCFİ lubrikasyon, doyum ve ağrı alt boyut puanları ile kadınların çalışma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).



Kadınların KCFİ ağrı alt ölçek puanı en fazla BKİ yüksek olan kadınlarda ( $5,3\pm 1,0$ ) en az BKİ düşük olan kadınlardadır ( $4,4\pm 1,7$ ). Kadınların BKİ ile KCFİ ağrı alt ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ( $p<0,05$ ). KCFİ istek, uyarılma, lubrikasyon, orgazm, doyum alt ölçek ve toplam ölçek puanı ile kadınların BKİ arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ( $p>0,05$ ).

Kadınların yaşadığı aile sağlığı merkezi ile KCFİ toplam puan ve alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

Kadınların KCFİ lubrikasyon alt ölçek puanı sosyal güvencesi olan kadınlarda ( $5,4\pm 1,0$ ) sosyal güvencesi olmayanlara göre daha yüksektir ( $4,7\pm 1,4$ ). Lubrikasyon alt ölçek puanı ile kadınların sosyal güvencesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ). KCFİ istek, uyarılma, orgazm, doyum ağrı alt ölçek ve toplam ölçek puanı ile kadınların sosyal güvencesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Evlilik yaşı 18 ve altında olan kadınlarda istek, uyarılma, orgazm, doyum alt ölçek puanı ve toplam KCFİ puanı, 19 ve üstü yaşta evlenen kadınlardan düşüktür (sırasıyla istek=  $3,0\pm 0,9/3,3\pm 0,9$ , uyarılma=  $3,6\pm 1,1/4,0\pm 1,1$ , orgazm=  $4,0\pm 1,3/4,4\pm 1,1$ , doyum=  $4,5\pm 1,0/4,8\pm 0,9$ , toplam puan=  $25,6\pm 4,6/27,2\pm 3,9$ ). Kadınların evlilik yaşı ile KCFİ istek, uyarılma, orgazm, doyum alt ölçek puanı ve toplam KCFİ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Lubrikasyon ve ağrı alt ölçek puanı ile evlilik yaşı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Görücü usulü ile evlenen kadınların KCFİ istek ( $3,0\pm 1,0$ ) uyarılma ( $3,7\pm 1,2$ ) orgazm ( $4,1\pm 1,2$ ) doyum ( $4,6\pm 1,0$ ) ve toplam ölçek puanı ( $26,2\pm 4,6$ ) anlaşarak evlenen kadınların istek ( $3,4\pm 0,8$ ), uyarılma ( $4,0\pm 1,0$ ), orgazm ( $4,4\pm 1,1$ ), doyum ( $4,8\pm 0,9$ ) ve toplam ölçek puanından ( $27,2\pm 3,9$ ) düşüktür. Evlenme şekli ile istek, uyarılma, orgazm, doyum alt ölçek puanı ve toplam ölçek puanı arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0,05$ ). Lubrikasyon ve ağrı alt ölçek puanı ile evlenme şekli arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

Evlilik yılı artıkça KCFİ istek ,uyarılma ve doyum alt ölçek puanları azalmaktadır. Evlilik yılı ile KCFİ istek, uyarılma ve doyum alt ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Evlilik yılı ile KCFİ

lubrikasyon, orgazm, ağrı alt ölçek ve toplam ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Kadınların istek alt ölçeğinden aldıkları puan en yüksek geliri giderine eşit grupta ( $3,3\pm0,8$ ) en düşük geliri giderinden az olan kadınlardadır ( $2,9\pm1,0$ ). Uyarılma alt ölçeğinden alınan en yüksek puan geliri giderinden fazla olan kadınlarda ( $4,1\pm1,2$ ) en düşük puan geliri giderinden az olanlardadır ( $3,5\pm1,2$ ). Kadınların doyum alt ölçek puanları; geliri giderden az olanlarda  $4,4\pm1,0$ , geliri gidere eşit olanlarda  $4,8\pm0,8$  ve geliri giderden fazla olanlarda  $4,6\pm1,1$ 'dir. İstek, uyarılma, doyum alt ölçek puanı ve toplam ölçek puanı ile gelir durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Lubrikasyon, orgazm ve ağrı alt ölçek puanları ile gelir durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ( $p>0,05$ ).

KCFİ istek alt ölçeğinden alınan puan çok uyumlu evliliğe sahip kadınlarda en yüksek ( $3,5\pm0,8$ ), uyumsuz evliliğe sahip kadınlarda en düşüktür ( $2,7\pm1,1$ ). Kadınların uyarılma alt ölçek puanı evlilik uyumu arttıkça artmaktadır (Uyumsuz= $3,1\pm1,0$ , orta derecede uyumlu= $3,7\pm1,1$ , uyumlu= $4,0\pm1,1$ , çok uyumlu= $4,3\pm1,0$ ). Uyumsuz evliliğe sahip kadınlar lubrikasyon alt ölçeğinden en yüksek ( $5,7\pm0,8$ ), orta derecede uyumlu evliliğe sahip kadınlar en düşük ( $5,2\pm1,2$ ) puanı almıştır. Orgazm alt ölçek puan ortalaması evlilik uyumu ile artış göstermektedir (Uyumsuz= $3,4\pm1,7$ , orta derecede uyumlu= $3,9\pm1,2$ , uyumlu= $4,3\pm1,1$ , çok uyumlu= $4,8\pm1,0$ ). Kadınlarda evlilik uyumu azaldıkça doyum alt ölçek puanı azalmaktadır (Çok uyumlu=  $5,3\pm0,7$ , uyumlu= $4,7\pm0,7$ , orta derecede uyumlu= $4,4\pm1,0$ , uyumsuz= $3,8\pm1,2$ ). Toplam ölçek puanı evlilik uyumu arttıkça artmakta en yüksek puan çok uyumlu evliliğe sahip grupta ( $28,7\pm3,5$ ), en düşük puan uyumsuz evliliği olan gruptadır ( $24,0\pm5,5$ ). Evlilik uyumu ile istek, uyarılma, lubrikasyon, orgazm, doyum alt ölçek puanı ve toplam ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ( $p<0,05$ ). Ağrı alt ölçek puanı ile evlilik uyumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 28).

**Tablo 29. Kadınların Doğurganlık Özellikleri ile Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi ve Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanların Dağılımı**

Kadınların Doğurganlık Özellikleri	İstek		Uyarılma		Lubrikasyon		Orgazm		Doyum		Ağrı		KCFİ Toplam	
	Ort±SS	Test	Ort±SS	Test	Ort±SS	Test	Ort±SS	Test	Ort±SS	Test	Ort±SS	Test	Ort±SS	Test
<b>Gebelik sayısı</b>														
Hiç gebe kalmamış	3,0±0,0		3,2±0,4		6,0±0,0		3,7±0,6		4,4±0,0		6,0±0,0		26,3±0,8	
1 gebelik	3,5±0,8	$X^2=22,843$ <b>p=0,000</b>	4,3±0,9	$X^2=19,026$ <b>p=0,000</b>	5,3±1,0	$X^2=2,484$ <b>p=0,478</b>	4,7±0,9	$X^2=16,594$ <b>p=0,001</b>	5,0±0,8	$X^2=26,422$ <b>p=0,000</b>	5,1±1,3	$X^2=2,933$ <b>p=0,402</b>	27,9±3,8	$X^2=14,191$ <b>p=0,003</b>
2 gebelik	3,3±0,9		3,9±1,1		5,4±0,9		4,3±1,1		4,8±0,9		5,2±1,2		27,0±4,0	
3 gebelik	3,3±0,8		3,9±1,0		5,4±1,2		4,1±1,2		4,7±0,9		5,4±1,1		26,8±4,1	
4 ve üzeri gebelik	2,8±1,0		3,6±1,2		5,4±1,1		3,9±1,4		4,3±1,0		5,3±1,2		25,3±4,6	
<b>Doğum sayısı</b>														
Hiç doğum yapmamış	3,0±0,0		3,4±0,5		6,0±0,0		3,2±1,2		4,6±0,4		5,8±0,5		25,9±1,1	
1 doğum	3,5±0,8	$X^2=20,065$ <b>p=0,000</b>	4,2±0,9	$X^2=20,141$ <b>p=0,000</b>	5,3±1,1	$X^2=2,976$ <b>p=0,395</b>	4,6±1,0	$X^2=19,591$ <b>p=0,000</b>	4,9±0,8	$X^2=19,725$ <b>p=0,000</b>	5,1±1,3	$X^2=3,514$ <b>p=0,319</b>	27,7±4,2	$X^2=13,672$ <b>p=0,003</b>
2 doğum	3,2±0,9		3,9±1,1		5,5±0,9		4,2±1,2		4,8±0,9		5,3±1,1		26,8±4,1	
3 doğum	3,1±0,9		3,6±1,1		5,5±1,2		4,0±1,3		4,6±1,0		5,3±1,3		26,0±4,8	
4 ve üzeri doğum	2,6±0,9		3,5±1,1		5,4±1,2		3,8±1,1		4,1±1,0		5,6±0,9		25,0±3,2	
<b>Sahip olunan çocuk sayısı</b>														
Hiç çocuğu olmayan	3,0±0,0		3,2±0,4		6,0±0,0		3,7±0,6		4,4±0,0		6,0±0,0		26,3±0,8	
1 çocuk	3,5±0,8	$X^2=21,315$ <b>p=0,000</b>	4,2±0,9	$X^2=19,898$ <b>p=0,000</b>	5,3±1,1	$X^2=4,144$ <b>p=0,246</b>	4,7±1,0	$X^2=20,546$ <b>p=0,000</b>	4,9±0,8	$X^2=18,047$ <b>p=0,000</b>	5,1±1,3	$X^2=2,613$ <b>p=0,455</b>	27,7±4,2	$X^2=14,981$ <b>p=0,002</b>
2 çocuk	3,2±0,9		3,9±1,1		5,5±0,9		4,2±1,2		4,7±0,9		5,3±1,1		26,7±4,1	
3 çocuk	3,1±0,9		3,6±1,1		5,5±1,2		4,1±1,3		4,6±1,0		5,3±1,3		26,3±4,7	
4 çocuk ve üzeri	2,5±0,9		3,5±1,1		5,3±1,2		3,8±1,1		4,1±1,0		5,5±0,9		24,7±3,2	
<b>Evde yaşayan çocuk sayısı</b>														
Çocuk yok	3,3±0,5		3,9±1,2		5,7±0,5		4,3±1,1		4,7±0,6		6,0±0,0		27,9±2,7	
1 çocuk	3,4±0,9	$X^2=11,955$ <b>p=0,003</b>	4,1±1,0	$X^2=9,695$ <b>p=0,008</b>	5,4±1,0	$X^2=1,602$ <b>p=0,449</b>	4,5±1,1	$X^2=13,199$ <b>p=0,001</b>	4,9±0,9	$X^2=11,360$ <b>p=0,003</b>	5,1±1,3	$X^2=2,501$ <b>p=0,286</b>	27,4±4,3	$X^2=8,010$ <b>p=0,018</b>
2 çocuk	3,2±0,9		3,9±1,1		5,5±0,9		4,2±1,2		4,8±0,9		5,2±1,2		26,7±4,0	
3 çocuk ve üzeri	2,9±1,0		3,6±1,1		5,4±1,3		4,0±1,3		4,4±1,0		5,4±1,1		25,8±4,4	
<b>Düşük sayısı</b>			t=1,258				t=1,202				t=-0,360			
Var	3,3±0,9	df=85	3,9±1,1	df=25,909	5,3±1,3	df=85	4,1±1,3	df=85	4,6±0,9	df=85	5,4±1,1	df=85	26,7±4,3	df=25,620
Yok	3,0±1,0	p=0,212	3,5±1,4	p=0,240	5,5±1,1	p=0,720	4,0±1,5	p=0,796	4,4±1,1	p=0,345	5,2±1,3	p=0,510	25,6±5,8	p=0,438
<b>Küretaj sayısı</b>		t=1,292		t=0,617		t=-0,208		t=1,318		t=2,229		t=-0,828		t=1,071
Var	3,2±0,9	df=107,856	3,9±1,0	df=378	5,4±1,0	df=378	4,3±1,1	df=106,887	4,8±0,9	df=378	5,2±1,2	df=378	26,9±4,1	df=378
Yok	3,1±1,0	p=0,199	3,8±1,2	p=0,538	5,4±1,1	p=0,835	4,1±1,4	p=0,190	4,5±0,9	<b>p=0,026</b>	5,3±1,1	p=0,408	26,3±4,5	p=0,285
<b>Ölü doğum sayısı</b>														
Var	3,2±0,8	MU=859,000	4,0±1,2	MU=825,500	5,6±0,5	MU=929,000	4,4±1,3	MU=878,500	4,7±1,1	MU=923,000	5,4±1,4	MU=840,000	27,4±5,1	MU=794,000
Yok	3,2±0,9	p=0,739	3,9±1,1	p=0,645	5,4±0,5	p=0,966	4,3±1,2	p=0,807	4,7±0,9	p=0,951	5,2±1,2	p=0,640	26,8±4,2	p=0,556
<b>İlk adet yaşı</b>		t=0,299		t=0,137		t=-0,413		t=-0,310		t=0,139		t=-0,471		t=-0,193
13 yaş ve altı	3,2±0,8	df=378	3,9±1,1	df=378	5,4±1,1	df=378	4,2±1,3	df=378	4,7±0,9	df=378	5,2±1,2	df=378	26,7±4,1	df=378
14 yaş ve üstü	3,2±1,0	p=0,765	3,9±1,1	p=0,891	5,4±1,0	p=0,680	4,3±1,2	p=0,757	4,7±0,9	p=0,890	5,3±1,2	p=0,638	26,8±4,2	p=0,847
<b>Adet düzeni</b>		t=0,559		t=0,700		t=-1,669		t=-0,703		t=0,833		t=0,085		t=-0,027
Düzenli	3,2±0,9	df=378	3,9±1,1	df=378	5,4±1,1	df=58,096	4,3±1,2	df=378	4,7±0,9	df=378	5,2±1,1	df=378	26,8±4,2	df=378
Düzensiz	3,1±1,0	p=0,576	3,8±1,0	p=0,484	5,6±0,8	p=0,101	4,4±1,0	p=0,482	4,6±0,8	p=0,405	5,2±1,5	p=0,932	26,8±4,5	p=0,978

$X^2$ = Kruskal-Wallis, MU= Mann Whitney U, t= t-test

Kadınların doğurganlık özelliklerine ile kadın cinsel fonksiyon indeksi ve alt ölçeklerinden aldıkları puanların dağılımı Tablo 29'da verilmiştir. İstek alt ölçek puan ortalaması bir gebeliği olan kadınlarda en yüksek ( $3,5\pm0,8$ ) olup, gebelik sayısı artıkça istek puan ortalaması azalmaktadır. Bir gebeliğe sahip olan kadınlarda uyarılma puan ortalaması en yüksektir ( $4,3\pm0,9$ ). Orgazm alt ölçek puanı hiç gebe kalmamış kadınlarda en düşük ( $3,7\pm0,6$ ), bir gebeliği olan kadınlarda en yüksektir ( $4,7\pm1,1$ ). Gebelik sayısı ile doyum alt ölçek puan ortalaması arasındaki ilişki incelendiğinde; en yüksek puan bir gebeliği olan grupta ( $5,0\pm0,8$ ) en düşük puan dört ve üzerinde gebeliği olan kadınlardadır ( $4,3\pm1,0$ ). KCFİ toplam ölçek puan ortalaması bir gebeliği olan kadınlarda en yüksek ( $27,9\pm3,8$ ) olup dört ve üzerinde gebeliği olanlarda en düşüktür ( $25,3\pm4,6$ ). Gebelik sayısı ile istek, uyarılma, orgazm, doyum ve toplam ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş ( $p<0,05$ ), ağrı ve lubrikasyon alt boyutları ile gebelik sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

İstek alt ölçek puanı hiç doğum yapmamış kadınlarda en düşük ( $3,0\pm0,0$ ), bir kez doğum yapanlarda en yüksek ( $3,5\pm0,8$ ) saptanmış olup gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p<0,001$ ). Uyarılma puan ortalaması doğum yapmamış kadınlarda en düşük bulunmuş, doğum sayısı artıkça uyarılma puan ortalaması azalmaktadır (puan ortalamaları sırasıyla hiç doğum yapmamış= $3,4\pm0,5$ , bir doğum yapmış= $4,2\pm0,9$ , iki doğum yapmış= $3,9\pm1,1$ , üç doğum yapmış= $3,6\pm1,1$ , dört ve üzeri doğum yapmış= $3,5\pm1,1$ ) ( $p<0,001$ ). Orgazm alt ölçek puan ortalaması doğum sayısı artıkça azalmakta, bir doğum yapmış olanlarda  $4,6\pm1,0$ , iki doğum yapmış olanlarda  $4,2\pm1,2$ , üç doğum yapmış grupta  $4,0\pm1,3$ , dört ve üzerinde doğum yapmış olan kadınlarda  $3,8\pm1,1$  olup doğum yapmamış kadınlarda en düşüktür ( $3,2\pm1,2$ ). Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ( $p<0,001$ ). Doyum alt ölçek puan ortalaması en yüksek bir doğum yapmış kadınlarda ( $4,9\pm0,8$ ), en düşük dört ve üzeri doğum yapan gruptadır ( $4,1\pm1,0$ ) ( $p<0,001$ ). KCFİ toplam ölçek puanı en düşük dört ve üzerinde doğum yapmış kadınlarda ( $25,0\pm3,2$ ) en yüksek bir kez doğum yapmış gruptadır ( $25,9\pm1,1$ ). Doğum sayısı artıkça toplam ölçek puanı azalmakta, puan ortalamaları sırasıyla; hiç doğum yapmamışlarda  $25,9\pm1,1$ , bir doğum yapmış olanlarda  $27,7\pm4,2$ , iki doğum yapmış grupta  $26,8\pm4,1$ , üç doğum yapmış olanlarda  $26,0\pm4,8$ , dört ve üzerinde doğum yapmış olanlarda  $25,0\pm3,2$ 'dir.

Doğum sayısı ve KCFİ toplam ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ( $p<0,05$ ).

Sahip olunan çocuk sayısı ile KCFİ alt boyut ve toplam ölçek puanı arasındaki ilişki incelendiğinde; çocuk sayısı arttıkça istek, uyarılma, orgazm, doyum ve toplam ölçek puanı artmaktadır. İstek, uyarılma, orgazm, doyum ve toplam ölçek puan ortalaması en yüksek bir çocuğu olan kadınlardadır (istek= $3,5\pm0,8$ , uyarılma= $4,2\pm0,9$ , orgazm= $4,7\pm1,0$ , doyum= $4,9\pm0,8$ , toplam ölçek puanı= $27,7\pm4,2$ ). Uyarılma ve orgazm alt boyut puanı hiç çocuğu olmayan grupta (uyarılma= $3,2\pm0,4$ , orgazm= $3,7\pm0,6$ ) istek, doyum ve toplam ölçek puanı dört ve üzerinde çocuğu olan grupta (istek= $2,5\pm0,9$ , doyum= $4,1\pm1,0$ , toplam ölçek puanı= $24,7\pm3,2$ ) en düşüktür. İstek, uyarılma, orgazm, doyum alt boyutları ile sahip olunan çocuk sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede ilişki bulunmuştur ( $p<0,001$ ). Toplam ölçek puan ortalaması ile çocuk sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ( $p<0,05$ ). Sahip olunan çocuk sayısı ile lubrikasyon ve ağrı alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

İstek alt boyut puan ortalaması evde yaşayan çocuğu olmayan kadınlarda  $3,3\pm0,5$ , evde bir çocuğu yaşayan grupta  $3,4\pm0,9$ , evde iki çocuğu yaşayanlarda  $3,2\pm0,9$  ve evde üç çocuk ve üzeri yaşayanlarda  $2,9\pm1,0$ 'dır. Evdeki çocuk sayısı arttıkça istek puan ortalamasının azaldığı saptanmış ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Evde tek çocuğu olan grupta uyarılma puan ortalaması en yüksek ( $4,1\pm1,0$ ), evde çocuğu olmayan grupta en düşüktür ( $3,2\pm0,4$ ). Evdeki çocuk sayısı ile uyarılma puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ( $p<0,05$ ). Orgazm puan ortalaması evde üç ve üzerinde çocuğu olan grupta  $4,0\pm1,3$ , evde iki çocuğu olanlarda  $4,2\pm1$ , evde çocuğu olmayan kadınlarda  $4,3\pm1,1$  ve evde tek çocuğu olanlarda  $4,5\pm1,1$  olup gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Doyum alt ölçek puanı evde üç ve üzerinde çocuğu olan kadınlarda en düşük ( $4,4\pm1,0$ ), evde tek çocuğu olan grupta en yüksek bulunmuş ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmiştir ( $p<0,05$ ). KCFİ toplam ölçek puanı evde çocuğu olmayan grupta en yüksek ( $27,9\pm2,7$ ), evde üç ve üzerinde çocuğu olan kadınlarda en düşüktür

(25,8±4,4) ( $p<0,05$ ). KCFİ lubrikasyon ve ağrı alt boyutları ile evde yaşayan çocuk sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Düşük, ölü doğum öyküsü, ilk adet yaşı ve adet düzeni ile KCFİ alt ölçek ve toplam ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

Küretaj olan grupta doyum alt boyut puanı daha yüksek olup gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0,05$ ) (Tablo 29).



**Tablo 30. Kadınların Eşlerinin Tanıtıcı Özellikleri ile Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi ve Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanların Dağılımı**

Eşlerin Tanıtıcı Özellikleri	İstek		Uyarılma		Lubrikasyon		Orgazm		Doyum		Ağrı		KCFİ Toplam	
	Ort±SS	Test	Ort±SS	Test	Ort±SS	Test	Ort±SS	Test	Ort±SS	Test	Ort±SS	Test	Ort±SS	Test
<b>Eşi yaşı</b>		t=0,725		t=-0,523		t=1,368		t=0,866		t=1,753		t=-1,414		t=0,489
20-30 yaş	3,3±0,9	df=378	3,8±1,1	df=378	5,6±0,9	df=121,793	4,4±0,9	df=141,611	4,9±0,8	df=378	5,1±1,3	df=101,533	27,0±4,1	df=378
31 yaş ve üzeri	3,2±0,9	p=0,469	3,9±1,1	p=0,601	5,4±1,1	p=0,174	4,3±1,2	p=0,388	4,7±0,9	p=0,080	5,3±1,2	p=0,160	26,7±4,2	p=0,625
<b>Eşin eğitim durumu</b>														
Okuryazar olmayan/ okuryazar	2,9±1,1		3,5±1,1		5,8±0,7		4,3±1,3		4,3±0,6		5,7±0,8		26,5±4,3	
İlkokul mezunu	3,1±0,9		3,8±1,1		5,5±1,0		4,2±1,2		4,6±1,0		5,1±1,3		26,3±4,4	
Ortaokul mezunu	3,1±0,9	X <sup>2</sup> =7,101 p=0,131	3,9±1,0	X <sup>2</sup> =7,321 p=0,120	5,2±1,3	X <sup>2</sup> =16,993 p=0,002	4,2±1,1	X <sup>2</sup> =8,275 p=0,082	4,7±0,8	X <sup>2</sup> =8,736 p=0,068	5,2±1,1	X <sup>2</sup> =6,334 p=0,176	26,2±4,2	X <sup>2</sup> =5,310 p=0,257
Lise mezunu	3,3±0,8		3,9±1,1		5,5±0,9		4,4±1,1		4,8±0,8		5,3±1,2		27,2±3,7	
Yüksekokul mezunu	3,4±1,0		4,2±1,0		5,2±1,0		4,4±1,4		4,8±0,9		5,3±1,1		27,3±4,4	
<b>Eşin çalışma durumu</b>														
Çalışan	3,2±0,9	MU=1553,5	3,9±1,1	MU=1721,0	5,4±1,0	MU=1799,0	4,3±1,2	MU=1806,5	4,8±0,9	MU=1233,5	5,3±1,2	MU=1479,5	26,9±4,1	MU=1496,0
Çalışmayan	2,7±1,1	p=0,070	3,3±1,5	p=0,191	5,1±1,3	p=0,186	3,7±1,6	p=0,279	4,0±0,9	p=0,007	4,6±1,3	p=0,057	23,3±6,4	p=0,057

X<sup>2</sup>= Kruskal-Wallis, MU= Mann Whitney U, t= t-test

Kadınların eşlerinin yaşı ile KCFİ alt boyut ve toplam ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p>0,05). Eşlerin eğitim durumları ile KCFİ puanları incelendiğinde; eşleri okuryazar olmayan ve okuryazar olan kadınlarda lubrikasyon puan ortalaması en yüksek (5,8±0,7), eşleri yüksekokul (5,2±1,0) ve ortaokul mezunu (5,2±1,3) olan grupta en düşüktür (p<0,05). İstek, uyarılma, orgazm, doyum, ağrı ve toplam ölçek puanları ile eşlerin eğitim durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p>0,05). Doyum puan ortalaması eşi çalışan kadınlarda (4,8±0,9) eşi çalışmayan kadınlara göre yüksek olup gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (p<0,05). Eşin çalışma durumu ile istek, uyarılma, lubrikasyon, orgazm, ağrı ve ölçek toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p>0,05) (Tablo 30).

## 6.8. Kadınların Kullandıkları Doğum Kontrol Yöntemleri ile Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi ve Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanlara İlişkin Bulgular

**Tablo 31. Kadınların Kullandıkları Doğum Kontrol Yöntemleri ile Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi ve Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanların Dağılımı**

Kadınların Şu an Kullandıkları Doğum Kontrol Yöntemleri	İstek		Uyarılma		Lubrikasyon		Orgazm		Doyum		Ağrı		KCFİ Toplam	
	Ort±SS	Test	Ort±SS	Test	Ort±SS	Test	Ort±SS	Test	Ort±SS	Test	Ort±SS	Test	Ort±SS	Test
<b>Kombine oral kontraseptif</b>		t= 1,131		t=2,820		t=2,412		t=2,292		t=1,837		t=-0,327		t=2,362
Evet	3,3±0,8	df=378	4,1±0,9	df=264,694	5,6±0,9	df=248,307	4,5±1,1	df=246,653	4,8±0,8	df=267,143	5,2±1,2	df=378	27,5±3,9	df=378
Hayır	3,2±1,0	p=0,259	3,8±1,1	<b>p=0,005</b>	5,3±1,1	<b>p=0,017</b>	4,2±1,2	<b>p=0,023</b>	4,7±1,0	p=0,067	5,3±1,2	p=0,744	26,4±4,3	<b>p=0,019</b>
<b>Mesigna</b>		t=-0,739		t=-1,085		t=-1,542		t=0,037		t=-0,170		t=0,012		t=-0,922
Evet	3,1±0,9	df=378	3,8±1,0	df=378	5,2±1,3	df=73,356	4,3±1,1	df=378	4,7±0,8	df=378	5,2±1,2	df=378	26,3±4,3	df=378
Hayır	3,2±0,9	p=0,460	3,9±1,1	p=0,279	5,5±1,0	p=0,127	4,3±1,2	p=0,971	4,7±0,9	p=0,865	5,2±1,2	p=0,990	26,9±4,2	p=0,357
<b>DMPA</b>		MU=173,000		MU=246,000		MU=214,000		MU=289,000		MU=365,000		MU=222,00		MU=313,500
Evet	3,9±0,4	p=0,170	4,5±0,8	p=0,392	5,4±1,0	p=0,200	4,3±1,2	p=0,562	4,7±0,9	p=0,930	5,2±1,2	p=0,239	26,8±4,2	p=0,677
Hayır	3,2±0,9	t=0,812	3,9±1,1	t=0,746	5,3±1,0	t=-0,667	4,4±1,2	t=1,071	4,9±0,8	t=1,097	5,3±1,1	t=0,249	27,2±3,4	t=0,813
<b>Erkek kondomu</b>		df=378		df=378		df=378		df=378		df=378		df=378		df=378
Evet	3,3±0,9	p=0,417	4,0±1,0	p=0,456	5,4±1,0	p=0,505	4,3±1,2	p=0,285	4,7±0,9	p=0,273	5,2±1,2	p=0,804	26,7±4,3	p=0,417
Hayır	3,2±0,9	t=0,106	3,9±1,1	t=0,338	5,4±1,0	t=0,969	4,3±1,2	t=-0,251	4,7±0,9	t=0,104	5,2±1,2	t=0,414	26,7±4,3	t=0,418
<b>RIA</b>		df=378		df=378		df=378		df=378		df=378		df=378		df=378
Evet	3,2±1,0	p=0,916	3,9±1,1	p=0,736	5,4±1,1	p=0,333	4,3±1,2	p=0,802	4,7±0,9	p=0,917	5,2±1,2	p=0,679	26,7±4,3	p=0,676
Hayır	3,2±0,9	t=-0,024	3,9±1,1	t=-0,516	5,4±1,1	t=-0,897	4,3±1,2	t=-0,778	4,7±0,9	t=-0,045	5,2±1,2	t=-1,100	26,7±4,3	t=-0,809
<b>Geri çekme</b>		df=378		df=57,736		df=378		df=59,406		df=59,259		df=378		df=58,448
Evet	3,2±1,0	p=0,981	3,8±1,4	p=0,608	5,4±1,1	p=0,370	4,3±1,2	p=0,439	4,7±0,9	p=0,964	5,3±1,2	p=0,272	26,8±4,0	p=0,422
Hayır	3,2±0,9	t=-1,963	3,9±1,0	t=-3,119	5,4±1,1	t=-0,461	4,3±1,2	t=-3,211	4,7±0,9	t=-2,680	5,3±1,2	t=1,001	26,8±4,0	t=-2,707
<b>Tüpligasyon</b>		df=378		df=378		df=378		df=378		df=51,332		df=378		df=378
Evet	3,0±1,0	p=0,050	3,4±1,2	p=0,002	5,4±1,2	p=0,645	4,3±1,1	p=0,001	4,8±0,8	p=0,010	5,4±1,1	p=0,317	25,2±4,7	df=378
Hayır	3,2±0,9	t=0,653	4,0±1,0	t=1,718	5,4±1,2	t=0,708	4,3±1,1	t=2,137	4,8±0,8	t=1,462	5,4±1,1	t=-0,369	27,0±4,1	t=1,556
<b>Doğum kontrol yöntemi</b>		df=378		df=374,990		df=378		df=377,759		df=374,355		df=378		df=378
Hormonal yöntem	3,2±0,8	p=0,514	4,0±0,9	p=0,087	5,5±1,1	p=0,479	4,4±1,1	p=0,033	4,8±0,8	p=0,145	5,2±1,2	p=0,712	27,1±4,1	df=378
Hormonal olmayan yöntem	3,2±1,0		3,8±1,2		5,4±1,0		4,2±1,3		4,7±1,0		5,3±1,2		26,5±4,3	p=0,121

MU= Mann Whitney U, t= t-test



Kadınların şu an kullandıkları doğum kontrol yöntemleri ile KCFİ ve alt ölçeklerden aldıkları puanların dağılımı Tablo 31’de verilmiştir. KOK kullanan kadınlarda uyarılma puan ortalaması (4,1±0,9) KOK kullanmayan kadınlardan (3,8±1,1) yüksek bulunmuştur (p<0,05). Lubrikasyon alt boyut puan ortalaması KOK kullanan kadınlarda (5,6±0,9) kullanmayanlara (5,3±1,1) göre daha yüksek olup gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (p<0,05). KOK kullanan grupta orgazm alt ölçek puanı kullanmayan kadınlara göre daha yüksek saptanmış ve puan ortalamaları sırasıyla 4,5±1,1 ve 4,2±1,2’dir. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır (p<0,05). KOK kullanan kadınlarda KCFİ toplam ölçek puan ortalaması 27,5±3,9, KOK kullanmayan grupta 26,4±4,3’tir. KCFİ toplam ölçek puanı ile KOK kullanım durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır (p<0,05). İstek, doyum ve ağrı alt boyutları ile KOK kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur (p>0,05).

Mesigna kullanımı ile KCFİ toplam ölçek ve alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0,05).

KCFİ alt ölçek ve toplam ölçek puanı ile DMPA kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0,05).

Erkek kondomu ile KCFİ toplam ölçek ve alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (p>0,05).

Doğum kontrol yöntemi olarak rahim içi araç kullanan ve kullanmayan kadınların istek, uyarılma, lubrikasyon, orgazm, doyum, ağrı ve KCFİ toplam ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p>0,05).

Eşleri geri çekme yöntemi ile korunan kadınların KCFİ alt boyut ve toplam ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (p>0,05).

Tüpligasyon yaptırmış kadınlarda yaptırmayan kadınlara göre istek, uyarılma, orgazm, doyum ve toplam ölçek puanı daha düşüktür (puan ortalamaları sırasıyla istek=3,0±1,0/ 3,2±0, uyarılma=3,4±1,2/ 4,0±1,0, orgazm=3,8±1,3/ 4,3±1,1, doyum= 4,3±1,2/ 4,8±0,8, toplam ölçek puanı=25,2±4,7/ 27,0±4,1) ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,05) (Tablo 31).

**Tablo 32. Kadınların Kullandıkları Doğum Kontrol Yöntemleri ile Cinsel Disfonksiyon Riski Yaşama Durumlarının Dağılımı**

Kadınların Cinsel Disfonksiyon Riski Yaşama Durumu	Cinsel Disfonksiyon				Test*
	Var		Yok		
Doğum kontrol yöntemleri	Sayı	%	Sayı	%	p=0,017
Hormonal yöntem	63	35,4	115	64,6	
Hormonal olmayan yöntem	97	48,0	105	52,0	

\*Analiz için Fisher'in kesin testi kullanılmıştır.

Hormon içeren ve içermeyen doğum kontrol yöntemi kullanan kadınların CD yaşama durumları incelendiğinde; hormonal yöntem kullanan kadınların %35,4'ünde, hormonal olmayan yöntem kullanan kadınların ise %48,0'inde CD riski bulunmuştur. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır (Tablo 32).

**Tablo 33. Kadınların ve Eşlerinin Kullandıkları Doğum Kontrol Yöntemlerinden Memnun Olma Durumları ile Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi ve Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanların Dağılımı**

Kadınların Kullandıkları Doğum Kontrol Yöntemlerinden Memnun Olma Durumu	İstek		Uyarılma		Lubrikasyon		Orgazm		Doyum		Ağrı		KCFİ Toplam	
	Ort±SS	Test	Ort±SS	Test	Ort±SS	Test	Ort±SS	Test	Ort±SS	Test	Ort±SS	Test	Ort±SS	Test
<b>Kombine oral kontraseptif</b>														
Memnun	3,3±0,8	X <sup>2</sup> =0,106	4,1±0,9	X <sup>2</sup> =0,263	5,6±1,0	X <sup>2</sup> =4,236	4,5±1,0	X <sup>2</sup> =6,454	4,9±0,8	X <sup>2</sup> =1,343	5,2±1,2	X <sup>2</sup> =0,017	27,6±4,0	X <sup>2</sup> =2,614
Kısmen memnun	3,4±0,6	p=0,949	4,3±0,6	p=0,877	5,8±0,3	p=0,120	4,9±0,7	<b>p=0,040</b>	5,0±0,7	p=0,511	5,0±1,7	p=0,992	28,2±2,3	p=0,271
Memnun değil	3,1±1,3		3,7±1,4		5,2±1,1		3,1±1,7		4,5±0,7		5,3±1,2		24,9±4,4	
<b>Mesigna</b>														
Memnun	3,2±0,8	X <sup>2</sup> =0,268	3,8±1,0	X <sup>2</sup> =0,767	4,9±1,4	X <sup>2</sup> =7,046	4,3±1,2	X <sup>2</sup> =1,214	4,7±0,9	X <sup>2</sup> =1,869	5,3±1,1	X <sup>2</sup> =0,854	26,3±4,3	X <sup>2</sup> =0,482
Kısmen memnun	3,0±1,2	p=0,875	3,7±1,0	p=0,682	5,8±0,5	<b>p=0,030</b>	4,3±1,0	p=0,545	4,8±0,7	p=0,393	5,0±1,7	p=0,652	26,6±4,8	p=0,786
Memnun değil	3,1±1,3		3,5±1,1		6,0±0,0		4,1±0,5		4,5±0,9		5,1±1,0		26,3±3,1	
<b>DMPA</b>														
Memnun	3,6±0,0	N/A	5,1±0,0	N/A	5,4±0,0	N/A	4,8±0,0	N/A	6,0±0,0	N/A	4,8±0,0	N/A	29,7±0,0	N/A
Memnun değil	4,2±0,0		3,9±0,0		5,4±0,0		4,8±0,0		3,6±0,0		4,8±0,0		26,7±0,0	
<b>Erkek kondomu</b>														
Memnun	3,2±0,9	X <sup>2</sup> =1,131	4,0±1,0	X <sup>2</sup> =1,406	5,4±1,0	X <sup>2</sup> =1,276	4,4±1,2	X <sup>2</sup> =0,058	4,8±0,9	X <sup>2</sup> =1,101	5,3±1,2	X <sup>2</sup> =0,299	27,1±3,7	X <sup>2</sup> =0,175
Kısmen memnun	3,5±0,8	p=0,568	3,8±1,2	p=0,495	5,4±0,9	p=0,528	4,6±0,6	p=0,972	5,0±0,7	p=0,577	5,3±1,0	p=0,861	27,8±2,6	p=0,916
Memnun değil	3,6±0,8		4,5±0,6		4,7±1,5		4,0±2,0		4,8±0,3		5,4±1,2		27,0±3,0	
<b>RIA</b>														
Memnun	3,3±1,0	X <sup>2</sup> =4,072	4,0±1,0	X <sup>2</sup> =0,198	5,6±0,8	X <sup>2</sup> =1,620	4,2±1,1	X <sup>2</sup> =1,146	4,8±0,7	X <sup>2</sup> =2,509	5,4±1,1	X <sup>2</sup> =1,654	27,1±3,5	X <sup>2</sup> =0,697
Kısmen memnun	3,0±1,0	p=0,131	3,9±1,4	p=0,906	5,5±0,6	p=0,445	4,6±1,3	p=0,564	4,9±1,2	p=0,285	5,0±0,8	p=0,437	26,9±4,2	p=0,706
Memnun değil	2,6±0,9		3,9±0,2		5,6±0,6		4,4±0,3		4,2±0,7		5,3±0,9		25,9±2,7	
<b>Geri Çekme</b>														
Memnun	3,3±0,9	X <sup>2</sup> =1,260	3,9±1,2	X <sup>2</sup> =0,293	5,3±0,9	X <sup>2</sup> =2,285	4,2±1,3	X <sup>2</sup> =2,699	4,7±1,0	X <sup>2</sup> =1,050	5,2±1,3	X <sup>2</sup> =1,848	26,5±4,4	X <sup>2</sup> =0,569
Kısmen memnun	2,6±2,0	p=0,533	3,4±2,3	p=0,864	4,9±1,0	p=0,319	3,1±2,0	p=0,259	4,6±1,9	p=0,592	4,6±1,3	p=0,397	23,1±10,0	p=0,752
Memnun değil	3,6±0,0		3,2±2,8		6,0±0,0		5,2±0,0		5,4±0,8		4,0±2,8		27,4±6,4	
<b>Tüpligasyon</b>														
Memnun		NA		NA		NA		NA		NA		NA		NA
<b>Hormonal yöntemler</b>														
Memnun	3,3±0,8	X <sup>2</sup> =0,249	4,0±0,9	X <sup>2</sup> =1,598	5,4±1,2	X <sup>2</sup> =0,237	4,5±1,1	X <sup>2</sup> =5,674	4,8±0,8	X <sup>2</sup> =4,539	5,3±1,2	X <sup>2</sup> =0,454	27,2±4,1	X <sup>2</sup> =3,134
Kısmen memnun	3,1±1,0	p=0,883	3,9±0,9	p=0,450	5,8±0,4	p=0,888	4,6±0,9	p=0,059	4,9±0,7	p=0,103	5,0±1,6	p=0,797	27,3±3,9	p=0,209
Memnun değil	3,2±1,2		3,6±1,2		5,6±0,8		3,7±1,3		4,4±0,8		5,2±1,0		25,7±3,6	
<b>Hormonal olmayan yöntemler</b>														
Memnun	3,2±0,9	X <sup>2</sup> =0,028	3,8±1,1	X <sup>2</sup> =0,445	5,4±1,0	X <sup>2</sup> =0,947	4,1±1,3	X <sup>2</sup> =1,205	4,6±1,0	X <sup>2</sup> =2,573	5,3±1,1	X <sup>2</sup> =3,186	26,4±4,2	X <sup>2</sup> =0,325
Kısmen memnun	3,2±1,2	p=0,986	3,7±1,5	p=0,801	5,3±0,9	p=0,623	4,3±1,4	p=0,547	4,9±1,1	p=0,276	5,0±1,1	p=0,203	26,4±5,6	p=0,850
Memnun değil	3,2±0,9		4,0±1,1		5,3±1,1		4,4±1,3		4,7±0,7		5,1±1,4		26,6±3,2	

X<sup>2</sup>= Kruskal-Wallis, t= t-test, N/A=Kullanılmaz

KOK kullanan kadınların yöntemden memnun olma durumları ile KCFİ istek, uyarılma, lubrikasyon, doyum, ağrı ve toplam ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). KOK kullanmaktan kısmen memnun olan kadınlarda orgazm ölçek puanı en yüksek ( $4,9\pm0,7$ ), yöntemden memnun olmayan kadınlarda en düşük ( $3,1\pm1,7$ ) olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0,05$ ). Mesigna kullanan kadınların lubrikasyon alt ölçek puan ortalaması ile yöntemden memnun olma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiş; puan ortalamaları yöntemden memnun olmayan grupta  $6,0\pm0,0$ , kısmen memnun kadınlarda  $5,8\pm0,5$  ve memnun olanlarda  $4,9\pm1,4$ 'tür. Mesigna kullanan kadınların yöntem memnuniyetleri ile istek, uyarılma, orgazm, doyum, ağrı ve toplam ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). DMPA, erkek kondomu, rahim içi araç, geri çekme, hormonal yöntem ve hormonal olmayan yöntem kullanan kadınların yöntem memnuniyet durumları ile alt boyut ve toplam ölçek puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 33).

**Tablo 34. Kadınların Eşlerinin Kullandıkları Doğum Kontrol Yöntemlerinden Memnun Olma Durumları ile Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi ve Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanların Dağılımı**

Eşlerin Doğum Kontrol Yöntemlerinden Memnun Olma Durumları	İstek		Uyarılma		Lubrikasyon		Orgazm		Doyum		Ağrı		KCFİ Toplam	
	Ort±SS	Test	Ort±SS	Test	Ort±SS	Test	Ort±SS	Test	Ort±SS	Test	Ort±SS	Test	Ort±SS	Test
<b>Kombine oral kontraseptif</b>														
Memnun	3,3±0,8	X <sup>2</sup> =5,624	4,1±0,9	X <sup>2</sup> =3,108	5,6±1,0	X <sup>2</sup> =1,145	4,5±1,0	X <sup>2</sup> =0,992	4,9±0,8	X <sup>2</sup> =1,111	5,2±1,3	X <sup>2</sup> =0,317	27,6±3,9	X <sup>2</sup> =1,394
Kısmen memnun	3,0±0,6	p=0,060	4,0±0,6	p=0,211	5,9±0,2	p=0,564	3,7±2,2	p=0,609	5,1±0,5	p=0,574	5,2±1,4	p=0,853	26,9±3,9	p=0,498
Memnun değil	2,3±1,0		3,2±1,4		6,0±0,0		3,7±1,8		4,4±1,3		5,6±0,8		25,1±5,5	
<b>Mesigna</b>														
Memnun	3,1±0,9	MU=4,500	3,8±1,0	MU=27,000	5,2±1,3	MU=17,500	4,3±1,1	MU=5,000	4,7±0,8	MU=11,000	5,2±1,2	MU=19,500	26,3±4,3	MU=10,500
Memnun değil	4,2±0,0	p=0,133	4,2±0,0	p=0,863	4,8±0,0	p=0,402	5,6±0,0	p=0,150	5,2±0,0	p=0,245	6,0±0,0	p=0,481	30,0±0,0	p=0,268
<b>DMPA</b>														
Memnun		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A
<b>Erkek kondomu</b>														
Memnun	3,3±0,9	X <sup>2</sup> =2,571	4,1±0,8	X <sup>2</sup> =0,595	5,5±0,8	X <sup>2</sup> =2,861	4,5±1,1	X <sup>2</sup> =5,718	4,9±0,8	X <sup>2</sup> =0,954	5,2±1,2	X <sup>2</sup> =0,991	27,5±3,0	X <sup>2</sup> =4,354
Kısmen memnun	3,6±0,7	p=0,277	4,2±1,0	p=0,743	5,1±1,2	p=0,239	5,0±0,6	p=0,057	4,9±0,7	p=0,621	5,5±0,9	p=0,609	28,3±2,3	p=0,113
Memnun değil	2,9±1,1		3,5±1,7		4,9±1,3		3,5±1,6		4,5±1,0		5,1±1,1		24,5±5,0	
<b>Rahim içi araç</b>														
Memnun	3,2±1,0	X <sup>2</sup> =5,223	3,9±1,0	X <sup>2</sup> =2,695	5,6±0,8	X <sup>2</sup> =0,384	4,2±1,1	X <sup>2</sup> =2,149	4,7±0,8	X <sup>2</sup> =3,087	5,3±1,1	X <sup>2</sup> =1,307	26,8±3,5	X <sup>2</sup> =3,784
Kısmen memnun	4,8±0,0	p=0,073	5,3±1,1	p=0,260	5,3±1,1	p=0,825	5,0±0,3	p=0,341	5,2±0,0	p=0,214	6,0±0,0	p=0,520	31,5±1,8	p=0,151
Memnun değil	3,0±0,0		3,9±0,4		5,7±0,4		4,6±0,3		4,2±0,8		5,0±1,4		26,4±2,5	
<b>Geri Çekme</b>														
Memnun	3,2±1,0	X <sup>2</sup> =0,816	3,8±1,4	X <sup>2</sup> =1,507	5,2±1,0	X <sup>2</sup> =0,804	4,2±1,5	X <sup>2</sup> =1,295	4,7±1,1	X <sup>2</sup> =2,731	5,3±1,2	X <sup>2</sup> =7,752	26,4±5,3	X <sup>2</sup> =2,254
Kısmen memnun	3,4±1,4	p=0,665	4,2±1,7	p=0,471	5,3±1,1	p=0,669	4,3±0,9	p=0,523	5,3±1,1	p=0,255	5,4±0,9	<b>p=0,021</b>	27,8±5,5	p=0,324
Memnun değil	3,0±0,8		3,5±0,9		5,6±0,7		3,8±1,1		4,4±1,0		3,8±1,6		24,1±4,2	
<b>Hormonal yöntemler</b>														
Memnun	3,3±0,8	X <sup>2</sup> =2,127	4,0±0,9	X <sup>2</sup> =1,864	5,4±1,1	X <sup>2</sup> =0,214	4,4±1,0	X <sup>2</sup> =0,075	4,8±0,8	X <sup>2</sup> =0,496	5,2±1,2	X <sup>2</sup> =0,689	27,2±4,1	X <sup>2</sup> =0,282
Kısmen memnun	3,0±0,6	p=0,345	4,0±0,6	p=0,394	5,9±0,2	p=0,394	3,7±2,2	p=0,963	5,1±0,5	p=0,780	5,2±1,4	p=0,709	26,9±3,9	p=0,868
Memnun değil	2,6±1,2		3,4±1,3		5,8±0,5		4,1±1,8		4,6±1,2		5,7±0,7		26,1±5,2	
<b>Hormonal olmayan yöntemler</b>														
Memnun	3,1±1,0	X <sup>2</sup> =6,039	3,8±1,1	X <sup>2</sup> =4,685	5,4±1,0	X <sup>2</sup> =1,626	4,1±1,3	X <sup>2</sup> =7,126	4,6±1,0	X <sup>2</sup> =4,939	5,3±1,1	X <sup>2</sup> =7,613	26,4±4,3	X <sup>2</sup> =9,510
Kısmen memnun	3,6±0,9	p=0,049	4,3±1,2	p=0,096	5,2±1,1	p=0,444	4,8±0,7	<b>p=0,028</b>	5,0±0,8	p=0,085	5,5±0,9	<b>p=0,022</b>	28,5±3,5	<b>p=0,009</b>
Memnun değil	3,0±0,9		3,5±1,3		5,3±1,0		3,7±1,3		4,4±0,9		4,5±1,4		24,5±4,3	

X<sup>2</sup>= Kruskal-Wallis, MU= Mann Whitney U, N/A= Kullanılmaz

Kadınların eşlerinin kullandıkları doğum kontrol yöntemlerinden memnun olma durumları ile KCFİ ve alt ölçeklerinden aldıkları puanların dağılımı Tablo 34'de verilmiştir. Erkeklerin yöntem memnuniyet durumuna ait bilgiler eşlerinden alınmıştır. KOK, mesigna, DMPA, erkek kondomu, Rahim içi araç yöntemleri ile korunan grupta erkeklerin yöntemden memnun olma durumları ile KCFİ toplam ve alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ( $p>0,05$ ). Geri çekme yöntemi kullanan erkeklerin yöntem memnuniyeti ile ağrı alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmiş olup puan ortalaması memnun olan grupta  $5,3\pm 1,2$ , kısmen memnun erkeklerde  $5,4\pm 0,9$ , yöntemden memnun olmayan erkeklerde  $3,8\pm 1,6$ 'dır. KCFİ'nin diğer alt boyutları ve toplam ölçek puanı ile geri çekme yöntemi kullanan erkeklerin yöntem memnuniyet durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Hormonal bir yöntem kullanan grupta eşlerin kullandıkları yöntemden memnuniyet durumları ile KCFİ toplam puan ve alt ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Hormonal olmayan yöntemle korunan çiftlerde erkeklerin yöntemden memnun olmaları ile kadınların orgazm alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Yöntemden kısmen memnun erkeklerin eşlerinde orgazm puan ortalaması en yüksek ( $4,8\pm 0,7$ ), memnun olmayan grupta en düşüktür ( $3,7\pm 1,3$ ). Kadınların ağrı puan ortalaması ile eşlerinin yöntemden memnun olma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmış ( $p<0,05$ ) olup; puan ortalaması eşi yöntemden memnun olmayan grupta  $4,5\pm 1,4$ , memnun olanlarda  $5,3\pm 1,1$ , kısmen memnun olanlarda  $5,5\pm 0,9$ 'dur. Hormon içermeyen yöntem kullanan erkeklerin KCFİ toplam ölçek puan ortalaması yöntemden memnun olmayan erkeklerin eşlerinde  $24,5\pm 4,3$ , memnun olanlarda  $26,4\pm 4,3$ , kısmen memnun olanlarda  $28,5\pm 3,5$  olup; gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0,05$ ) (Tablo 34).

**Tablo 35. Kadınların Yaşadıkları Yan Etkiler ile Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi ve Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanların Dağılımı**

Yan Etkiler	İstek		Uyarılma		Lubrikasyon		Orgazm		Doyum		Ağrı		KCFİ Toplam	
	Ort±SS	Test	Ort±SS	Test	Ort±SS	Test	Ort±SS	Test	Ort±SS	Test	Ort±SS	Test	Ort±SS	Test
<b>Adet miktarında artma</b>														
Evet hormonal	2,7±1,0	t=-2,012 df=78	3,5±1,0	t=-1,223 df=78	5,1±1,5	t=-0,564 df=45,585	4,1±1,2	t=-0,742 df=78	4,6±1,0	t=-0,408 df=78	5,0±1,4	t=-1,139 df=78	25,0±5,3	t=-1,452 df=78
Evet hormonal olmayan	3,2±1,0	<b>p=0,048</b>	3,9±1,1	p=0,225	5,3±0,9	p=0,575	4,3±1,2	p=0,460	4,7±1,0	p=0,685	5,3±1,1	p=0,258	26,6±4,1	p=0,151
<b>Adet miktarında azalma</b>														
Evet hormonal	3,2±0,9	t=0,880 df=122	4,0±1,0	t=1,111 df=122	5,6±0,9	t=0,913 df=122	4,4±1,1	t=1,689 df=122	4,9±0,8	t=1,844 df=52,346	5,2±1,1	t=0,407 df=122	27,4±3,9	t=1,741 df=122
Evet hormonal olmayan	3,1±0,9	p=0,381	3,7±1,2	p=0,192	5,5±0,9	p=0,192	4,0±1,3	p=0,094	4,5±1,2	p=0,071	5,1±1,3	p=0,685	26,0±4,7	p=0,110
<b>Kilo alma</b>														
Evet hormonal	3,3±0,8	t=-0,858 df=141	4,1±0,9	t=1,215 df=141	5,5±1,0	t=0,289 df=141	4,6±1,0	t=1,399 df=141	4,8±0,6	t=0,845 df=116,468	5,4±1,1	t=0,048 df=141	27,7±3,5	t=0,807 df=141
Evet hormonal olmayan	3,4±1,0	p=0,392	3,9±1,2	p=0,226	5,5±0,9	p=0,773	4,4±1,2	p=0,164	4,7±1,0	p=0,400	5,4±1,0	p=0,962	27,2±4,1	p=0,421
<b>Kilo verme</b>														
Evet hormonal	3,3±0,8	MU=220,500	3,9±0,8	MU=218,000	5,5±1,0	MU=207,000	4,4±1,1	MU=182,000	4,8±0,9	MU=211,500	4,8±1,2	MU=169,500	26,6±3,8	MU=216,500
Evet hormonal olmayan	3,2±1,2	p=0,990	3,8±1,5	p=0,940	5,4±1,0	p=0,676	3,9±1,4	p=0,329	4,7±1,3	p=0,809	5,3±1,2	p=0,147	26,3±5,6	p=0,911
<b>Baş ağrısı</b>														
Evet hormonal	3,2±0,9	t=0,804 df=95	4,0±1,0	t=1,743 df=95	5,3±1,3	t=-0,087 df=95	4,5±0,9	t=1,720 df=93,407	4,7±0,8	t=0,464 df=95	5,0±1,4	t=-1,375 df=77,327	26,7±4,3	t=0,668 df=95
Evet hormonal olmayan	3,1±1,0	p=0,423	3,7±1,1	p=0,085	5,3±1,0	p=0,931	4,2±1,2	p=0,089	4,6±1,0	p=0,644	5,3±1,1	p=0,173	26,1±4,5	p=0,506
<b>Bulantı</b>														
Evet hormonal	3,3±1,0	MU=129,500	4,1±1,1	MU=17,500	5,8±0,4	MU=132,000	4,4±1,2	MU=150,000	4,8±1,0	MU=153,000	5,0±1,5	MU=185,500	27,5±4,4	MU=126,000
Evet hormonal olmayan	2,7±1,1	p=0,063	3,6±1,3	p=0,187	5,0±1,3	<b>p=0,046</b>	3,9±1,5	p=0,209	4,4±1,2	p=0,238	5,0±1,3	p=0,761	24,6±5,1	p=0,057
<b>Kusma</b>														
Evet hormonal	2,9±1,0	MU=20,000	3,7±0,6	MU=19,500	5,7±0,5	MU=14,500	4,1±0,9	MU=24,000	4,8±1,1	MU=13,000	5,1±1,3	MU=22,000	26,3±3,1	MU=16,500
Evet hormonal olmayan	2,6±1,1	p=0,585	3,3±1,2	p=0,558	4,7±1,5	p=0,190	3,9±1,3	p=1,000	4,0±0,7	p=0,141	5,1±1,7	p=0,775	23,5±5,0	p=0,332
<b>Görmede bulanıklık</b>														
Evet hormonal	3,1±0,6	MU=27,500	4,0±0,7	MU=21,500	5,9±0,5	MU=28,500	4,3±1,3	MU=36,500	5,0±0,4	MU=32,500	5,9±0,3	MU=22,500	28,1±2,4	MU=23,500
Evet hormonal olmayan	2,5±1,1	p=0,253	3,4±0,8	p=0,095	5,4±0,9	p=0,196	4,1±1,6	p=0,753	4,6±1,2	p=0,426	4,8±1,6	p=0,064	24,7±4,9	p=0,142
<b>Baş Dönmesi</b>														
Evet hormonal	2,9±1,2	MU=195,000	3,5±1,0	MU=202,500	5,5±1,0	MU=197,500	3,8±0,9	MU=211,500	4,8±1,1	MU=188,500	5,5±0,9	MU=201,000	26,0±4,3	MU=208
Evet hormonal olmayan	2,9±1,0	p=0,584	3,6±1,2	p=0,730	5,5±1,0	p=0,555	3,9±1,2	p=0,908	4,5±1,0	p=0,476	5,3±1,3	p=0,641	25,6±4,7	p=0,839
<b>Akne (Sivilce)</b>														
Evet hormonal	3,5±0,9	MU=177,500	4,2±0,7	MU=152,000	5,4±0,9	MU=203,000	4,6±1,0	MU=134,500	4,9±0,7	MU=181,000	4,9±1,4	MU=199,500	27,5±3,3	MU=164,500
Evet hormonal olmayan	3,2±0,9	p=0,310	3,6±1,2	p=0,100	5,1±1,2	p=0,718	4,0±1,4	<b>p=0,035</b>	4,6±1,1	p=0,354	5,1±1,5	p=0,636	25,7±4,1	p=0,190
<b>Tüülenme</b>														
Evet hormonal	3,2±1,0	MU=133,500	3,8±1,0	MU=130,500	5,6±0,8	MU=119,500	4,2±1,3	MU=142,500	4,8±0,7	MU=134,000	5,1±1,4	MU=142,000	26,7±4,1	MU=144,500
Evet hormonal olmayan	3,5±0,9	p=0,570	3,9±1,3	p=0,512	5,0±1,4	p=0,217	4,3±1,1	p=0,801	4,9±1,0	p=0,569	5,4±0,9	p=0,745	27,0±4,3	p=0,854
<b>Saç Dökülmesi</b>														
Evet hormonal	3,0±1,0	t=-0,715 df=108	3,9±1,1	t=1,242 df=108	5,4±1,1	t=0,719 df=108	4,2±1,2	t=0,776 df=108	4,7±0,9	t=0,569 df=108	5,0±1,3	t=-0,315 df=108	26,2±4,6	t=0,567 df=108
Evet hormonal olmayan	3,2±1,0	p=0,476	3,6±1,3	p=0,217	5,3±1,2	p=0,474	4,1±1,3	p=0,439	4,6±1,0	p=0,571	5,0±1,3	p=0,753	25,7±5,0	p=0,572
<b>Kansızlık</b>														
Evet hormonal	3,3±1,0	t=1,289 df=104	3,8±1,0	t=0,660 df=104	5,6±0,9	t=0,741 df=104	4,5±0,8	t=1,641 df=103,158	4,9±0,8	t=1,528 df=104	5,3±1,1	t=1,111 df=104	27,4±3,9	t=1,645 df=104
Evet hormonal olmayan	3,0±1,1	p=0,200	3,7±1,2	p=0,511	5,5±0,9	p=0,460	4,1±1,4	p=0,104	4,6±1,1	p=0,129	5,1±1,2	p=0,269	26,0±4,7	p=0,103

MU= Mann Whitney U, t= t-test,

**Tablo 35. (devam) Kadınların Yaşadıkları Yan Etkiler ile KCFİve Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanların Dağılımı**

Yan Etkiler	İstek		Uyarılma		Lubrikasyon		Orgazm		Doyum		Ağrı		KCFİ Toplam	
	Ort±SS	Test	Ort±SS	Test	Ort±SS	Test	Ort±SS	Test	Ort±SS	Test	Ort±SS	Test	Ort±SS	Test
<b>Ağrılı adet görme</b>														
Evet hormonal	2,6±0,9	MU=416,500	3,4±1,3	MU=482,500	5,0±1,4	MU=509,000	3,8±1,6	MU=523,500	4,4±0,9	MU=494,000	4,6±1,8	MU=479,000	23,8±5,8	MU=456,000
Evet hormonal olmayan	3,0±0,9	p=0,058	3,8±1,1	p=0,287	5,3±1,0	p=0,409	4,2±1,2	p=0,563	4,7±1,0	p=0,337	5,2±1,3	p=0,207	26,2±4,1	p=0,170
<b>Kasık ağrısı</b>														
Evet hormonal	3,1±1,0	t=0,588	3,9±1,0	t=1,021	5,3±1,3	t=-0,587	4,3±1,1	t=0,201	4,8±0,9	t=0,108	4,9±1,5	t=-0,755	26,1±4,7	t=0,068
Evet hormonal olmayan	2,9±0,9	df=110 p=0,558	3,7±1,2	df=110 p=0,310	5,4±1,0	df=110 p=0,558	4,2±1,2	df=110 p=0,841	4,7±0,9	df=110 p=0,914	5,2±1,3	df=110 p=0,452	26,1±4,1	df=110 p=0,946
<b>Göğüs ağrısı</b>														
Evet hormonal	3,3±0,9	MU=542,000	4,0±1,0	MU=591,500	5,5±0,9	MU=593,000	4,5±1,1	MU=550,00	4,8±0,7	MU=638,000	4,9±1,4	MU=622,000	27,1±4,3	MU=537,00
Evet hormonal olmayan	3,1±0,9	p=0,112	3,7±1,1	p=0,314	5,2±1,2	p=0,253	4,2±1,2	p=0,145	4,8±0,9	p=0,595	5,2±1,1	p=0,452	26,1±3,9	p=0,115
<b>Hipoglisemi (şeker düşüklüğü) atağı</b>														
Evet hormonal	3,1±0,5	MU=22,000	4,3±0,5	MU=16,500	4,6±1,9	MU=21,000	5,0±0,5	MU=22,000	5,0±0,8	MU=20,500	5,4±1,3	MU=17,000	27,6±3,8	MU=17,500
Evet hormonal olmayan	3,1±1,0	p=0,945	3,6±1,3	p=0,422	4,9±1,0	p=0,839	5,0±0,8	p=0,946	4,8±1,0	p=0,797	5,0±1,0	p=0,414	26,3±4,7	p=0,504
<b>Tansiyon yükseklüğü</b>														
Evet hormonal	2,9±0,8	MU=30,00	4,4±0,9	MU=23,500	4,8±2,0	MU=21,500	4,7±0,8	MU=26,000	4,7±1,0	MU=28,000	5,0±1,2	MU=22,000	26,4±4,7	MU=25,000
Evet hormonal olmayan	2,8±1,1	p=1,000	3,9±1,3	p=0,491	5,9±0,4	p=0,228	4,7±1,3	p=0,670	4,8±1,0	p=0,828	5,2±1,6	p=0,323	27,2±4,6	p=0,598
<b>Tansiyon düşüklüğü</b>														
Evet hormonal	3,0±0,6	MU=11,500	3,9±1,3	MU=12,000	5,3±0,8	MU=11,000	3,6±0,7	MU=2,000	5,2±0,7	MU=10,000	4,8±1,4	MU=8,500	25,8±0,3	MU=9,000
Evet hormonal olmayan	2,9±1,0	p=0,916	4,1±0,9	p=1,000	5,3±1,0	p=0,830	4,9±0,8	<b>p=0,040</b>	5,0±0,7	p=0,665	5,3±1,0	p=0,435	27,5±2,8	p=0,540
<b>Cinsel istekte azalma</b>														
Evet hormonal	2,9±0,9	t=1,311	3,5±1,1	t=1,434	5,5±0,7	t=1,338	3,8±1,5	t=0,967	4,7±0,9	t=1,474	5,0±1,4	t=0,759	25,3±4,8	t=1,766
Evet hormonal olmayan	2,6±0,9	df=85 p=0,193	3,1±1,1	df=85 p=0,155	5,2±1,1	df=85 p=0,185	3,5±1,4	df=85 p=0,336	4,3±1,2	df=85 p=0,144	4,8±1,5	df=85 p=0,450	23,5±4,5	df=85 p=0,081
<b>Cinsel istekte artma</b>														
Evet hormonal	2,6±0,9	MU=22,500	3,9±1,1	MU=27,000	3,9±1,6	MU=15,500	4,4±1,4	MU=26,000	4,5±0,7	MU=22,500	4,9±1,3	MU=26,000	24,0±4,3	MU=21,000
Evet hormonal olmayan	2,8±0,8	p=0,498	3,7±1,4	p=0,907	5,0±0,8	p=0,145	4,5±1,2	p=0,815	4,7±1,3	p=0,518	4,9±1,7	p=0,802	25,6±4,3	p=0,417
<b>Hazmede kuruluk</b>														
Evet hormonal	2,9±0,9	MU=491,000	3,5±1,2	MU=519,000	3,7±1,5	MU=382,5000	3,8±1,3	MU=502,500	4,0±0,9	MU=395,000	4,8±1,4	MU=474,500	22,7±4,7	MU=473,500
Evet hormonal olmayan	2,8±1,0	p=0,632	3,6±1,1	p=0,922	4,3±1,2	p=0,059	3,8±1,2	p=0,753	4,5±1,1	p=0,082	5,1±1,1	p=0,473	24,0±4,1	p=0,489
<b>Ağrılı cinsel ilişki</b>														
Evet hormonal	3,0±1,0	t=0,245	3,6±1,0	t=0,627	4,9±1,6	t=-0,502	4,0±1,3	t=0,357	4,5±0,9	t=0,383	3,7±1,2	t=-1,456	23,7±4,3	t=-0,136
Evet hormonal olmayan	2,9±1,0	df=80 p=0,807	3,5±1,3	df=75,490 p=0,532	5,1±1,1	df=69,634 p=0,618	3,9±1,4	df=80 p=0,722	4,4±1,0	df=80 p=0,703	4,0±1,2	df=80 p=0,149	23,8±4,8	df=80 p=0,892
<b>Depresyon</b>														
Evet hormonal	3,6±0,0	MU=6,000	3,9±0,8	MU=5,000	4,4±1,1	MU=3,500	4,6±1,4	MU=5,000	4,6±1,4	MU=4,000	5,0±1,4	MU=5,500	26,1±6,2	MU=5,000
Evet hormonal olmayan	3,5±0,7	p=1,000	4,2±1,3	p=0,737	4,9±1,0	p=0,390	5,1±0,8	p=0,734	4,9±1,4	p=0,495	5,1±1,0	p=0,855	27,7±5,3	p=0,739
<b>Anksiyete (kaygı)</b>														
Evet hormonal	2,5±1,1	MU=74,000	3,4±1,2	MU=79,500	4,9±1,7	MU=83,000	4,0±1,3	MU=85,000	4,2±1,0	MU=92,500	4,1±1,7	MU=58,000	23,1±5,3	MU=74,000
Evet hormonal olmayan	2,9±1,0	p=0,348	3,8±1,1	p=0,507	5,0±1,1	p=0,606	4,2±1,5	p=0,687	4,1±1,3	p=0,962	5,1±1,4	p=0,069	25,1±5,5	p=0,359
<b>Sinirlilik</b>														
Evet hormonal	3,2±0,9	t=0,392	3,9±0,9	t=0,747	5,4±1,2	t=0,058	4,4±1,1	t=1,415	4,7±0,8	t=0,031	5,2±1,2	t=0,346	26,8±4,4	t=0,761
Evet hormonal olmayan	3,2±1,0	df=171 p=0,696	3,8±1,2	df=161,449 p=0,456	5,4±1,0	df=171 p=0,954	4,1±1,2	df=171 p=0,159	4,7±1,0	df=171 p=0,975	5,1±1,3	df=171 p=0,730	26,2±4,5	df=171 p=0,448

MU= Mann Whitney U, t= t-test



Hormon içermeyen yöntem kullanan ve adet miktarında artma şikayeti olduğunu belirten kadınlarda istek alt ölçek puanı ( $3,2\pm 1,0$ ) hormonal yöntem kullanan kadınların puanından ( $2,7\pm 1,0$ ) yüksek olup gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0,05$ ). Adet miktarında artma şikayeti olan kadınların hormon içeren veya içermeyen yöntem kullanmaları ile uyarılma, lubrikasyon, orgazm, doyum, ağrı ve KCFİ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

Hormonal yöntem kullanan ve bulantı şikayeti olan kadınlarda lubrikasyon puan ortalaması  $5,8\pm 0,4$ , hormonal olmayan yöntem kullanan kadınlarda  $5,0\pm 1,3$  olup gruplar arasında anlamlı fark vardır ( $p<0,05$ ). Bulantı şikayeti olan kadınların hormon içeren veya içermeyen yöntem kullanmaları ile istek, uyarılma, orgazm, doyum, ağrı ve KCFİ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

Akne sorunu olup hormonal yöntem kullanan kadınlarda orgazm puan ortalaması ( $4,6\pm 1,0$ ) hormonal olmayan yöntem kullanan kadınların puanından ( $4,0\pm 1,4$ ) yüksek bulunmuştur. Gruplar arasında anlamlı fark vardır ( $p<0,05$ ). Akne sorunu olan kadınların hormon içeren veya içermeyen yöntem kullanmaları ile istek, uyarılma, lubrikasyon, doyum, ağrı ve KCFİ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

Düşük tansiyon problemi olan kadınlarda hormon içermeyen grupta olanların orgazm puan ortalaması  $4,9\pm 0,8$ , hormon içeren grupta olanların puan ortalaması  $3,6\pm 0,7$ 'dir. İki grup arasında anlamlı bir fark vardır ( $p<0,05$ ). Düşük tansiyon problemi olan kadınların hormon içeren veya içermeyen yöntem kullanmaları ile istek, uyarılma, lubrikasyon, doyum, ağrı ve KCFİ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

Adet miktarında azalma, kilo alma, kilo verme, baş ağrısı, kusma, görmede bulanıklık, baş dönmesi, tüylenme, saç dökülmesi, kansızlık, ağrılı adet görme, kasık ağrısı, göğüs ağrısı, hipoglisemi atağı, tansiyon yüksekliği, cinsel istekte azalma veya artma, haznede kuruluk, ağrılı cinsel ilişki, önceden depresyon yaşama, anksiyete ve sinirlilik yaşayan kadınların hormon içeren veya içermeyen yöntem kullanmaları ile KCFİ alt ölçek ve toplam ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 35).

## 6.9. Kadınların Cinsel Yaşam Özellikleri ile Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi ve Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanlara İlişkin Bulgular

**Tablo 36. Kadınların Cinsel Yaşam Özellikleri ile Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi ve Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanların Dağılımı**

Kadınların Cinsel Yaşam Özellikleri	İstek		Uyarılma		Lubrikasyon		Orgazm		Doyum		Ağrı		KCFİ Toplam	
	Ort±SS	Test	Ort±SS	Test	Ort±SS	Test	Ort±SS	Test	Ort±SS	Test	Ort±SS	Test	Ort±SS	Test
<b>Adetin ilk beş günü cinsel istek değişimi</b>														
Artar	3,2±0,6		3,9±1,1		5,0±1,4		4,2±1,1		4,6±0,9		5,2±1,2		26,3±3,9	
Azalı	3,3±0,9	F=0,377	3,9±1,1	F=0,031	5,3±0,1	F=8,160	4,3±1,2	F=0,131	4,8±0,9	F=0,591	5,3±1,0	F=0,038	27,0±3,8	F=0,669
Değişmez	3,2±1,0	p=0,686	3,9±1,1	p=0,970	5,6±0,9	<b>p=0,000</b>	4,3±1,2	p=0,877	4,7±0,9	p=0,554	5,2±1,2	p=0,962	26,9±4,4	p=0,513
<b>Adet bitiminden sonraki günlerde cinsel istek değişimi</b>														
Artar	3,3±0,9	F=1,526	4,1±1,0	F=3,183	5,4±1,0	F=2,699	4,4±1,2	F=1,749	4,8±0,9	F=1,525	5,2±1,2	F=1,515	27,4±3,9	F=3,206
Azalı	3,0±0,9	p=0,219	3,8±0,9	<b>p=0,043</b>	5,1±1,3	p=0,069	4,1±1,3	p=0,175	4,6±1,1	p=0,219	4,9±1,2	p=0,221	25,4±4,2	<b>p=0,042</b>
Değişmez	3,2±0,9		3,8±1,1		5,5±1,0		4,2±1,2		4,7±0,9		5,3±1,2		26,7±4,3	
<b>Adet başlamadan önceki günlerde cinsel istek değişimi</b>														
Artar	3,3±0,9	F=1,564	4,0±1,0	F=1,352	5,4±0,9	F=0,107	4,3±1,1	F=0,312	4,7±0,9	F=0,693	5,3±1,1	F=0,358	27,1±4,0	F=0,355
Azalı	3,0±0,9	p=0,211	3,9±1,1	p=0,260	5,5±0,9	p=0,899	4,4±1,3	p=0,732	4,9±0,8	p=0,501	5,1±1,3	p=0,699	26,8±3,7	p=0,701
Değişmez	3,2±0,9		3,8±1,1		5,4±1,1		4,3±1,2		4,7±0,9		5,2±1,2		26,6±4,4	
<b>Kadını cinsel yaşam memnuniyeti</b>														
Çok memnun	3,6±0,7		4,8±0,6		5,8±0,6		5,2±0,5		5,6±0,6		5,2±1,4		30,1±2,5	
Memnun	3,3±0,8	X <sup>2</sup> =34,436	4,1±1,0	X <sup>2</sup> =74,407	5,5±0,9	X <sup>2</sup> =19,519	4,5±1,1	X <sup>2</sup> =75,527	4,9±0,7	X <sup>2</sup> =83,550	5,3±1,1	X <sup>2</sup> =7,546	27,6±3,7	X <sup>2</sup> =92,456
Orta derecede memnun	2,9±0,9	<b>p=0,000</b>	3,4±0,9	<b>p=0,000</b>	5,1±1,2	<b>p=0,000</b>	3,8±1,0	<b>p=0,000</b>	4,3±0,9	<b>p=0,000</b>	5,0±1,2	p=0,056	24,4±3,6	<b>p=0,000</b>
Memnun değil/Hiç memnun değil	2,1±1,0		2,3±1,2		4,7±1,5		2,3±1,3		3,2±1,0		5,4±1,3		20,0±4,2	
<b>Eşin cinsel yaşam memnuniyeti</b>														
Çok memnun	3,4±0,9		4,5±0,9		5,6±0,8		4,8±0,9		5,3±0,8		5,1±1,3		28,6±3,6	
Memnun	3,3±0,9	X <sup>2</sup> =11,363	3,9±1,0	X <sup>2</sup> =27,502	5,5±1,0	X <sup>2</sup> =8,337	4,3±1,2	X <sup>2</sup> =15,752	4,7±0,8	X <sup>2</sup> =29,470	5,3±1,2	X <sup>2</sup> =2,932	26,9±4,0	X <sup>2</sup> =23,708
Orta derecede memnun	3,0±1,0	<b>p=0,010</b>	3,6±1,0	<b>p=0,000</b>	5,1±1,0	<b>p=0,040</b>	4,0±1,1	<b>p=0,001</b>	4,4±0,8	<b>p=0,000</b>	5,0±1,3	p=0,402	25,1±4,3	<b>p=0,000</b>
Memnun değil/Hiç memnun değil	2,5±1,1		3,1±1,3		5,1±1,3		3,6±1,7		4,1±1,3		5,4±1,2		23,7±5,3	
<b>Cinsel ilişki sıklığı</b>														
Haftada 1	2,9±1,0		3,6±1,2		5,5±1,0		4,0±1,3		4,4±1,0		5,0±1,4		25,3±4,6	
Haftada 2	3,3±0,8	F=5,916	3,8±1,0	F=6,269	5,4±1,1	F=0,468	4,3±1,1	F=4,181	4,8±0,8	F=5,949	5,4±0,9	F=2,467	27,0±3,9	F=5,953
Haftada 3	3,4±0,8	<b>p=0,001</b>	4,2±0,9	<b>p=0,000</b>	5,4±1,0	p=0,705	4,5±1,1	<b>p=0,006</b>	4,9±0,8	<b>p=0,001</b>	5,3±1,2	p=0,062	27,7±3,5	<b>p=0,001</b>
Haftada 4 ve üzeri	3,3±1,0		3,9±1,2		5,3±1,1		4,4±1,3		4,8±1,0		5,2±1,2		26,9±4,8	

F= One-way Anova , X<sup>2</sup>= Kruskall-Wallis

Adetin ilk beş günü cinsel isteğinin arttığını belirten grupta lubrikasyon puan ortalaması  $5,0\pm 1,4$ , cinsel isteğinin azaldığını belirten kadınlarda  $5,3\pm 0,1$ , cinsel isteği değişmeyenlerde  $5,6\pm 0,9$  olup gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0,001$ ). Adet döneminde cinsel istekteki değişim ile istek, uyarılma, orgazm, doyum, ağrı ve toplam ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

Adet bitiminden sonra cinsel istek değişimi ile uyarılma puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Cinsel isteği artan kadınlarda uyarılma alt boyut puan ortalaması ( $4,1\pm 1,0$ ) diğer gruplardan yüksektir. KCFİ toplam ölçek puan ortalaması adet bitiminden sonra cinsel isteğin arttığını belirten kadınlarda ( $27,4\pm 3,9$ ) yüksek belirlenmiş, KCFİ toplam ölçek puanı ile adet sonrası cinsel istekte artma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Adet bitiminden sonra cinsel isteğin değişimi ile istek, lubrikasyon, orgazm, doyum, ağrı boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Adet başlamadan önceki günlerde cinsel istek değişimi ile KCFİ alt boyut ve toplam ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Kadının cinsel yaşam memnuniyeti artıkça istek, uyarılma, lubrikasyon, orgazm, doyum ve toplam ölçek puan ortalamaları artmakta olup gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0,001$ ).

Doyum alt boyutu ile kadının cinsel yaşam memnuniyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Eşin cinsel yaşam memnuniyeti azaldıkça kadınların istek, uyarılma, lubrikasyon, orgazm, doyum ve toplam ölçek puan ortalamaları azalmakta gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0,05$ ).

Cinsel ilişki sıklığı ile istek alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmiş; istek puan ortalaması haftada bir kez cinsel ilişkide bulunanlarda  $2,9\pm 1,0$ , haftada iki kez cinsel ilişkide bulunanlarda  $3,3\pm 0,8$ , haftada üç kez cinsel ilişkide bulunanlarda  $3,4\pm 0,8$ , haftada dört ve üzerinde cinsel ilişkide bulunanlarda  $3,3\pm 1,0$  dir ( $p<0,05$ ).

Uyarılma alt boyutu puan ortalaması haftada bir, haftada iki, haftada üç, haftada dört ve üzerinde cinsel ilişkide bulunanlarda sırasıyla  $3,6\pm 1,2$ ,  $3,8\pm 1,0$ ,  $4,2\pm 0,9$  ve

3,9±1,2'dir. Uyarılma puan ortalaması ile cinsel ilişki sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0,001$ ).

Orgazm alt ölçek puan ortalaması ile cinsel ilişki sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Orgazm puan ortalaması haftada bir, haftada iki, haftada üç, haftada dört ve üzerinde cinsel ilişkide bulunanlarda sırasıyla 4,0±1,3, 4,3±1,1, 4,5±1,1 ve 4,4±1,3'tür. Cinsel ilişki sıklığı ile doyum puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde doyum puan ortalaması haftada bir kez cinsel ilişki yaşayan kadınlarda en düşük (4,4±1,0), haftada üç kez cinsel ilişkide bulunan kadınlarda en yüksektir (4,9±0,8). Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ( $p<0,05$ ).

KCFİ toplam ölçek puanı haftada bir kez cinsel ilişki yaşadığını belirten kadınlarda 25,3±4,6, haftada iki kez cinsel ilişki yaşadığını belirten grupta 27,0±3,9, haftada üç kez cinsel ilişki yaşadığını ifade edenlerde 27,7±3,5, haftada dört ve üzerinde cinsel ilişki yaşayan kadınlarda 26,9±4,8 olup gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0,05$ ) (Tablo 36).

**Tablo 37. Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi ve Beck Depresyon Ölçeği Puanları Arasındaki Korelasyonun Dağılımı**

Ölçekler		BDÖ toplam	İstek	Uyarılma	Lubrikasyon	Orgazm	Doyum	Ağrı
BDÖ toplam	r							
	p							
	n							
İstek	r	-0,149(**)						
	p	<b>,004</b>						
	n	380						
Uyarılma	r	-0,153(**)	0,613(**)					
	p	<b>,003</b>	<b>,000</b>					
	n	380	380					
Lubrikasyon	r	-0,098	0,186(**)	0,185(**)				
	p	,055	<b>,000</b>	<b>,000</b>				
	n	380	380	380				
Orgazm	r	-0,184(**)	0,502(**)	0,648(**)	0,178(**)			
	p	<b>,000</b>	<b>,000</b>	<b>,000</b>	<b>,000</b>			
	n	380	380	380	380			
Doyum	r	-0,266(**)	0,473(**)	0,604(**)	0,256(**)	0,623(**)		
	p	<b>,000</b>	<b>,000</b>	<b>,000</b>	<b>,000</b>	<b>,000</b>		
	n	380	380	380	380	380		
Ağrı	r	-0,086	0,186(**)	0,134(**)	0,234(**)	0,145(**)	0,109(*)	
	p	,094	<b>,000</b>	<b>,009</b>	<b>,000</b>	<b>,005</b>	<b>,034</b>	
	n	380	380	380	380	380	380	
KCFİ Toplam	r	-0,230(**)	0,717(**)	0,787(**)	0,507(**)	0,778(**)	0,744(**)	0,481(**)
	p	<b>,000</b>	<b>,000</b>	<b>,000</b>	<b>,000</b>	<b>,000</b>	<b>,000</b>	<b>,000</b>
	n	380	380	380	380	380	380	380

\*\* p<0,01

\* p<0,05

Kadınların BDÖ toplam puan ile istek puan ortalaması arasında negatif yönlü ve zayıf düzeyde ( $r=-0,149$ ,  $p=0,004$ ), uyarılma puan ortalaması ile anlamlı, negatif yönlü, zayıf ( $r=-0,153$ ,  $p=0,003$ ), orgazm puan ortalaması ile anlamlı, negatif yönlü ve zayıf ( $r=-0,184$ ,  $p<0,0001$ ), doyum puan ortalaması ile anlamlı, negatif yönde orta düzeyde anlamlı bir fark saptanmıştır ( $r=-0,266$ ,  $p<0,0001$ ). Ağrı ve lubrikasyon puan ortalaması ile BDÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). KCFİ ile BDÖ puan ortalaması arasında negatif yönlü ve zayıf düzeyde anlamlı bir fark saptanmıştır ( $r=-0,230$ ,  $p<0,0001$ ).

İstek puan ortalaması ile uyarılma puan ortalaması arasında anlamlı, pozitif yönlü ve güçlü ( $r=0,613$ ,  $p<0,0001$ ), lubrikasyon puan ortalaması ile anlamlı, pozitif yönlü ve zayıf ( $r=0,186$ ,  $p<0,0001$ ), orgazm puan ortalaması ile anlamlı, pozitif yönlü ve güçlü ( $r=0,502$ ,  $p<0,0001$ ) bir ilişki bulunmuştur. Doyum puan ortalaması ile istek puan ortalaması arasında orta düzeyde, pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $r=0,473$ ,  $p=0,0001$ ). İstek puan ortalaması ile ağrı puan ortalaması arasında pozitif yönlü ve zayıf ( $r=0,186$ ,  $p<0,0001$ ), KCFİ toplam puan ortalaması arasında anlamlı pozitif yönlü ve güçlü bir ilişki bulunmuştur ( $r=0,717$ ,  $p<0,0001$ ).

Uyarılma ile lubrikasyon puan ortalaması arasında anlamlı, pozitif yönlü ve zayıf düzeyde ( $r=0,185$ ,  $p<0,0001$ ), orgazm puan ortalaması ile pozitif yönlü, güçlü düzeyde ve anlamlı ( $r=0,648$ ,  $p<0,0001$ ), doyum puan ortalaması ile anlamlı, pozitif yönlü ve güçlü derecede ( $r=0,604$ ,  $p<0,0001$ ) bir ilişki bulunmuştur. Ağrı ile uyarılma puan ortalaması arasında zayıf derece, pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki saptanmıştır ( $r=0,134$ ,  $p=0,009$ ). KCFİ toplam puan ortalaması ile uyarılma puan ortalaması arasında anlamlı pozitif yönlü ve çok güçlü bir ilişki bulunmuştur ( $r=0,787$ ,  $p<0,0001$ ).

Lubrikasyon ile orgazm puan ortalaması arasında korelasyon pozitif yönde, zayıf derece ve anlamlıdır ( $r=0,178$ ,  $p<0,0001$ ). Doyum ile lubrikasyon puan ortalaması arasında pozitif yönlü ve orta derecede anlamlı bir ilişki vardır ( $r=0,178$ ,  $p<0,0001$ ). Lubrikasyon ile ağrı puan ortalaması arasında pozitif ve zayıf derecede ( $r=0,234$ ,  $p<0,0001$ ), KCFİ ile güçlü düzeyde ve anlamlı bir ilişki saptanmıştır ( $r=0,507$ ,  $p<0,0001$ ).

Orgazm ile doyum puan ortalaması arasında güçlü derecede ( $r=0,623$ ,  $p<0,0001$ ), ağrı puan ortalaması ile zayıf ( $r=0,145$ ,  $p=0,005$ ), KCFİ toplam ölçek puanı ile güçlü düzeyde ( $r=0,778$ ,  $p<0,0001$ ) anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Doyum ile ağrı puan ortalaması arasında zayıf derecede anlamlı bir ilişki saptanmıştır ( $r=0,109$ ,  $p=0,034$ ). KCFİ toplam puanı ile doyum puan ortalaması arasında güçlü derecede ve anlamlı ilişki bulunmuştur ( $r=0,744$ ,  $p<0,000$ ).

KCFİ toplam puan ortalaması ile ağrı puan ortalaması arasında orta derecede ve anlamlı bir ilişki saptanmıştır ( $r=0,481$ ,  $p<0,0001$ ) (Tablo 37).

**Tablo 38. Çoklu Regresyon Sonuçlarına Göre İstek Puan Ortalamasını Etkileyen Özellikler (Durbin-Watson metodu)**

Model	Bağımlı Değişken: İstek				
	Standardize Katsayılar	Edilmemiş Standart hata	Standardize Edilmiş Katsayılar	t	p
Bağımsız değişkenler	Beta	Standart hata	Beta	t	p
(sabit)	1,669	1,097		1,521	0,133
Kadının yaşı	0,042	0,018	0,279	2,310	<b>0,024</b>
*Evlilik uyumu	-0,294	0,123	-0,241	-2,385	<b>0,020</b>
Gebelik sayısı	-0,229	0,090	-0,273	-2,548	<b>0,013</b>
**Cinsel yaşam memnuniyeti	-0,566	0,148	-0,412	-3,827	<b>0,000</b>
Cinsel ilişki sıklığı	0,225	0,071	0,309	3,146	<b>0,002</b>

F=6,169, p=0,000

\*Evlilik uyumu sorusu: 1. Çok uyumlu, 2. Uyumlu, 3. Orta derecede uyumlu, 4. Uyumsuz  
5. Çok uyumsuz

\*\* Cinsel yaşam memnuniyeti sorusu: 1. Çok Memnunum, 2. Memnunum, 3. Orta derecede memnunum, 4. Memnun değilim, 5. Hiç memnun değilim

İstek puanı ile kadının yaşı, eğitimi, çalışma durumu, evlilik yaşı, gelir durumu, evlilik uyumu, gebelik sayısı, KOK kullanma, tüpligasyon yaptırma, adet miktarında artma yaşama, kadının cinsel yaşam memnuniyeti, adet sonrası cinsel istek değişimi ve haftalık cinsel ilişki sıklığı değişkenleri incelenmiştir. İstek puan ortalaması ve etkileyen özellikler arasındaki regresyon analizi sonucunda modele alınan bağımsız değişkenlerin istek puanının varyansının %44'ünü açıkladığı görülmüştür.

İstek puanı ile kadının yaşı ve cinsel ilişki sıklığı arasında pozitif evlilik uyumu, gebelik sayısı ve cinsel yaşam memnuniyeti ile negatif bir ilişki bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Yaşı ileri olan, evliliği uyumlu, cinsel yaşamından memnun ve cinsel ilişki

sıklığı fazla olan kadınlarda istek puanı artmıştır. Gebelik sayısı artıkça istek puanı azalmıştır ( $p<0,05$ ) (Tablo 38).

**Tablo 39. Çoklu Regresyon Sonuçlarına Göre Uyarılma Puan Ortalamasını Etkileyen Özellikler (Durbin-Watson metodu)**

Model	Bağımlı Değişken: Uyarılma				
	Standardize Edilmemiş Katsayılar	Standardize Edilmiş Katsayılar	Beta	t	p
Bağımsız değişkenler (sabit)	Beta	Standart hata	Beta	t	p
	3,736	0,693		5,395	<b>0,000</b>
Kadının eğitim durumu	0,204	0,049	0,235	4,126	<b>0,000</b>
*Cinsel yaşam memnuniyeti	-0,645	0,083	-0,386	-7,795	<b>0,000</b>
**Adet bitiminden sonraki günlerde cinsel istek değişimi	-0,119	0,054	-0,098	-2,197	<b>0,029</b>

F=12,655, p=0,000

\*Cinsel yaşam memnuniyeti sorusu: 1. Çok Memnunum, 2. Memnunum, 3. Orta derecede memnunum, 4. Memnun değilim, 5. Hiç memnun değilim

\*\* Adet bitiminden sonraki günlerde cinsel istek değişimi sorusu: 1. Artar, 2. Azalır, 3. Değişmez

Uyarılma puanı ile kadının yaşı, eğitimi, çalışma durumu, evlilik yaşı, gelir durumu, evlilik uyumu, gebelik sayısı, KOK kullanma, tüpligasyon yaptırma, adet miktarında artma yaşama, adet bitiminden sonra cinsel isteğinde değişiklik yaşama, kadının cinsel yaşam memnuniyeti ve haftalık cinsel ilişki sıklığı değişkenleri incelenmiştir. Uyarılma puan ortalaması ve etkileyen özellikler arasındaki regresyon analizi sonucunda modele alınan bağımsız değişkenlerin istek puanının varyansının %30'unu açıkladığı görülmüştür.

Uyarılma puanı ile kadının eğitimi arasında pozitif, cinsel yaşam memnuniyeti ve adet bitiminden sonraki günlerde cinsel istek değişimi arasında negatif anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Eğitim durumu yüksek, cinsel yaşamından memnun ve adet bitiminden sonra cinsel istek artışı yaşayan kadınlarda uyarılma puanı yüksektir ( $p<0,05$ ) (Tablo 39).



**Tablo 40. Çoklu Regresyon Sonuçlarına Göre Lubrikasyon Puan Ortalamasını Etkileyen Özellikler (Durbin-Watson metodu)**

Model	Bağımlı Değişken: Lubrikasyon				
	Standardize Katsayılar	Edilmemiş Standart hata	Standardize Edilmiş Katsayılar	t	p
Bağımsız değişkenler (sabit)	Beta	Standart hata	Beta	t	p
	23,320	4,379	0,101	5,326	<b>0,000</b>
*Sağlık güvencesi	-4,464	1,918	-0,257	-2,327	<b>0,024</b>
**Mesigna kullanımından memnuniyet	2,725	0,743	0,418	3,668	<b>0,001</b>
***Cinsel yaşam memnuniyeti	-2,301	0,823	-0,370	-2,979	<b>0,007</b>

F=5,520, p=0,000

\*Sağlık güvencesi sorusu: 1. Var, 2. Yok.

\*\*Mesigna kullanımından memnuniyet sorusu: 1. Memnunum, 2. Kısmen memnunum  
3. Memnun değilim

\*\*\*Cinsel yaşam memnuniyeti sorusu: 1. Çok Memnunum, 2. Memnunum, 3. Orta derecede memnunum, 4. Memnun değilim, 5. Hiç memnun değilim

Lubrikasyon puanı ile kadının yaşı, sosyal güvencesi, evlilik uyumu, eşin eğitim durumu, mesigna kullanımından memnuniyet durumu, adet in ilk beş günü cinsel istekte değişim yaşama durumu, cinsel yaşamdan memnuniyet değişkenleri incelenmiştir. Uyarılma puan ortalaması ve etkileyen özellikler arasındaki regresyon analizi sonucunda modele alınan bağımsız değişkenlerin istek puanının varyansının %31'ini açıkladığı görülmüştür.

Lubrikasyon puanı ile mesigna kullanımından memnuniyet arasında pozitif sağlık güvencesi ve cinsel yaşam memnuniyeti arasında negatif anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p < 0,05$ ). Sağlık güvencesi olan, mesigna kullanımından memnun olmayan ve cinsel yaşam memnuniyeti yüksek olan kadınlarda lubrikasyon puanı artmıştır (Tablo 40).

**Tablo 41. Çoklu Regresyon Sonuçlarına Göre Orgazm Puan Ortalamasını Etkileyen Özellikler (Durbin-Watson metodu)**

Model	Bağımlı Değişken: Orgazm				
	Standardize Edilmemiş Katsayılar		Standardize Edilmiş Katsayılar		
Bağımsız değişkenler (sabit)	Beta	Standart hata	Beta	t	p
Kadının yaşı	15,246	2,232	0,192	6,831	<b>0,000</b>
*Kombine oral kontraseptif yönteminden memnun olma	0,082	0,038	-0,179	2,162	<b>0,033</b>
**Cinsel yaşam memnuniyeti	-0,936	0,454	-0,451	-2,062	<b>0,042</b>
	-2,362	0,483		-4,891	<b>0,000</b>

F=4,821, p=0,000

\*OK kullanımından memnuniyet sorusu: 1. Memnunum, 2. Kısmen memnunum, 3. Memnun değilim

\*\*Cinsel yaşam memnuniyeti sorusu: 1. Çok Memnunum, 2. Memnunum, 3. Orta derecede memnunum, 4. Memnun değilim, 5. Hiç memnun değilim

Orgazm puanı ile kadının yaşı, eğitim durumu, mesleği, evlilik yaşı, evlenme şekli, evlilik uyumu, gebelik sayısı, tüpligasyon yaptırma, KOK kullanmaktan memnun olma durumu, hormonal veya hormonal olmayan yöntem kullanma durumu, haftada cinsel ilişki sayısı, cinsel yaşam memnuniyet durumu değişkenleri incelenmiştir. Orgazm puan ortalaması ve etkileyen özellikler arasındaki regresyon analizi sonucunda modele alınan bağımsız değişkenlerin istek puanının varyansının %31'ini açıkladığı görülmüştür.

Orgazm puanı ile kadının yaşı arasında pozitif, KOK yönteminden memnun olma ve cinsel yaşam memnuniyeti arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Yaşı ileri olan, KOK yönteminden memnun ve cinsel yaşam memnuniyeti yüksek olan kadınlarda orgazm puanı yüksektir (Tablo 41).

**Tablo 42. Çoklu Regresyon Sonuçlarına Göre Doyum Puan Ortalamasını Etkileyen Özellikler (Durbin-Watson metodu)**

Model	Bağımlı Değişken: Doyum				
	Standardize Katsayılar	Edilmemiş Standart hata	Standardize Edilmiş Katsayılar	t	p
Bağımsız değişkenler (sabit)	Beta	Standart hata	Beta	t	p
	5,780	0,582		9,929	<b>0,000</b>
*Evlilik uyumu	-0,263	0,055	-0,222	-4,808	<b>0,000</b>
**Eşin çalışma durumu	-0,532	0,226	-0,103	-2,356	<b>0,019</b>
***Tüpligasyon yaptırma	0,254	0,124	0,091	2,041	<b>0,042</b>
****Cinsel yaşam memnuniyeti	-0,521	0,067	-0,368	-7,745	<b>0,000</b>

F=16,449, p=0,000

\*Evlilik uyumu sorusu: 1. Çok uyumlu, 2. Uyumlu, 3. Orta derecede uyumlu, 4. Uyumsuz  
5. Çok uyumsuz

\*\*Eşin çalışma durumu sorusu: 1. Çalışıyor, 2. Çalışmıyor

\*\*\*Tüpligasyon yaptırma sorusu: 1. Evet, 2. Hayır

\*\*\*\* Cinsel yaşam memnuniyeti sorusu: 1. Çok Memnunum, 2. Memnunum, 3. Orta derecede memnunum, 4. Memnun değilim, 5. Hiç memnun değilim

Regresyon analizinde doyum puanı ile kadının yaşı, eğitim durumu, evlilik yaşı, evlenme şekli, gelir durumu, evlilik uyumu, gebelik sayısı, küretaj sayısı, eşin çalışma durumu, tüpligasyon yaptırma, cinsel yaşam ve haftadaki cinsel ilişki sıklığı incelenmiştir. Doyum puan ortalaması ve etkileyen özellikler arasındaki regresyon analizi sonucunda modele alınan bağımsız değişkenlerin istek puanının varyansının %32'sini açıkladığı görülmüştür.

Doyum puanı ile tüpligasyon yaptırma arasında pozitif, evlilik uyumu, eşin çalışma durumu, cinsel yaşam memnuniyeti arasında negatif anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p < 0,05$ ). Evliliği uyumlu, eşi çalışan ve cinsel yaşamından memnun olan kadınlarda doyum puanı artmıştır. Tüpligasyon yaptıran kadınlarda doyum puanı azalmıştır (Tablo 42).

**Tablo 43. Çoklu Regresyon Sonuçlarına Göre Ağrı Puan Ortalamasını Etkileyen Özellikler (Durbin-Watson metodu)**

Model	Bağımlı Değişken: Ağrı				
	Standardize Katsayılar	Edilmemiş	Standardize Edilmiş Katsayılar	t	p
Bağımsız değişkenler (sabit)	Beta	Standart hata	Beta		
Kadının BKİ	4,567	0,578	0,169	7,909	<b>0,000</b>
*Eşlerin hormonal olmayan yöntem kullanımından memnuniyet durumları	-0,273	0,127	-0,149	-2,141	<b>0,034</b>

F=3,518, p=0,016

\* Eşlerin hormonal olmayan yöntem kullanımından memnuniyet durumları sorusu:

1. Memnun, 2. Kısmen memnun, 3. Memnun değil

Ağrı puanı ile kadının yaşı, BKİ ve hormonal olmayan yöntem kullanımından eşlerinin memnuniyet durumu arasındaki ilişki regresyon analizi ile incelenmiştir. Ağrı puan ortalaması ve etkileyen özellikler arasındaki regresyon analizi sonucunda modele alınan bağımsız değişkenlerin istek puanının varyansının %36'sını açıkladığı görülmüştür.

Ağrı puanı ile kadının BKİ arasında pozitif, hormonal olmayan yöntem kullanımından eşlerin memnuniyeti arasında negatif anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p<0,05$ ). BKİ yüksek ve eşlerinin hormonal olmayan yöntem kullanımından memnun olduğunu ifade eden kadınlarda ağrı puanı artmıştır (Tablo 43).

**Tablo 44. Çoklu Regresyon Sonuçlarına Göre KCFİ Toplam Puan Ortalamasını Etkileyen Özellikler (Durbin-Watson metodu)**

Model	Bağımlı Değişken: KCFİ Toplam Edilmiş				
	Standardize Edilmemiş Katsayılar	Standardize Katsayılar	Beta	t	p
Bağımsız değişkenler (sabit)	Beta	Standart hata			
	27,457	3,674		7,474	<b>0,000</b>
Kadının eğitim durumu	0,734	0,272	0,225	2,699	<b>0,008</b>
*Eşlerin hormonal olmayan yöntem kullanımından memnuniyet durumları	-1,104	0,426	-0,163	-2,589	<b>0,010</b>
**Cinsel yaşam memnuniyeti	-2,541	0,418	-0,401	-6,085	<b>0,000</b>

F=7,346, p=0,000

\* Eşlerin hormonal olmayan yöntem kullanımından memnuniyet durumları sorusu:

1. Memnun, 2. Kısmen memnun, 3. Memnun değil

\*\*\*\* Cinsel yaşam memnuniyeti sorusu: 1. Çok Memnunum, 2. Memnunum, 3. Orta derecede memnunum, 4. Memnun değilim, 5. Hiç memnun değilim

KCFİ toplam puanı ile kadının yaşı, eğitim durumu, mesleği, evlilik yaşı, evlenme şekli, gelir düzeyi, eşle evlilik uyumu, gebelik sayısı, KOK kullanımı, tüpligasyon yaptırma, eşlerin hormonal olmayan yöntemden memnun olma durumu, adet bitiminden sonraki günlerde cinsel istek değişimi ve cinsel ilişki sıklığı bağımsız değişkenler arasındaki ilişki regresyon analizi ile incelenmiştir. KCFİ toplam puanı ve etkileyen özellikler arasındaki regresyon analizi sonucunda modele alınan bağımsız değişkenlerin istek puanının varyansının %29'unu açıkladığı görülmüştür.

KCFİ toplam puanı ile kadının eğitim durumu arasında pozitif, eşlerin hormonal olmayan yöntem kullanımından memnuniyet durumları ve cinsel yaşam memnuniyeti arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p < 0,05$ ). Eğitim durumu yüksek olan, eşlerinin hormonal olmayan yöntem kullanımından memnun olduğunu ifade eden ve cinsel yaşamından memnun olan kadınlarda KCFİ toplam puanı yüksektir (Tablo 44).

## 7. TARTIŞMA

### 7.1. Kadınların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgulara Yönelik Tartışma

Araştırmada kadınların yaş ortalaması  $33,5\pm 6,5$  olup, %51,1'i 31-40 yaş grubunda, %33,6'sı 18-30 yaş arasında ve %15,3'ü 41 yaş ve üzerindedir. Hormonal ve hormonal olmayan yöntem kullanan kadınların cinsel fonksiyonlarını inceleyen bir çalışmada (n=1101), kadınların %52,4'ü 18-24 yaş arasında, %34,3'ü 25-34 yaş grubunda, %11,1'i 35-44 yaş grubunda ve %2,2'si 45-51 yaş aralığındadır (Smith ve ark. 2014). Costantino ve arkadaşlarının Nexplanon kullanmaya başlayan kadınlarla yaptıkları bir çalışmada kadınların yaş ortalaması  $31,1\pm 7,2$ 'dir (Costantino ve ark. 2014). İtalya'da üç farklı hormonal kontraseptif kullanımının cinsel memnuniyet üzerine etkisinin incelendiği bir çalışmada kadınların yaş ortalaması 31,5 olarak bulunmuştur (Guida ve ark. 2014). KOK ve DMPA kullanan kadınların cinsel fonksiyonlarının incelendiği bir araştırmada (n=50) KOK kullanan kadınların yaş ortalaması  $26,7\pm 5,0$  ve DMPA kullanan kadınların yaş ortalaması  $28,0\pm 6,0$  saptanmıştır (Schaffir ve ark. 2010).

Fransa'da 89 çiftle yapılan bir çalışmada farklı doz hormon içeren KOK kullanan çiftlerin menstrual siklus boyunca cinsel istek ve davranışlarındaki değişim incelenmiştir. Bu çalışmada kadınların yaş ortalaması hormonal olmayan yöntem kullanan kadınlarda  $31,4\pm 7,6$ , 20 mg EE içeren hormonal kontraseptif kullananlarda  $23,1\pm 4,2$ , 35 mg EE içeren hap kullananlarda  $21,2\pm 1,6$  ve 30 mg EE içeren OK kullanan kadınlarda  $21,4\pm 2,5$  saptanmıştır (Elaut ve ark. 2014). Almanya'da 24 kadınla yapılan bir çalışmada kadınların yaş grubu 20-29 yaş aralığında olup yaş ortalamaları  $24,0\pm 2,0$  bulunmuştur (Abler ve ark. 2013). Belçika'da 55 çiftle yapılan araştırmada hormonal kontraseptif kullanan kadınların yaş ortalaması  $23,01\pm 4,3$  saptanmıştır (Elaut ve ark. 2012). Mısır'da NuvaRing ile KOK'lerin yan etkileri, siklus ve metabolik etkilerini incelemek için yapılan bir çalışmada (n=245) kadınların yaş ortalaması vajinal halka kullanan kadınlarda  $29,7\pm 4,1$  KOK kullanan kadınlarda  $30,9\pm 4,2$  olup yaş aralığı 17-42'dir (Mohamed ve ark. 2011). Amerika'da yapılan bir çalışmada yaşları 18-39 arasında olan kadınlarda hormonal

kontraseptiflerin (HK) hormonlardaki etkisi ile cinsel fonksiyonlardaki değişim incelenmiş kadınları yaş ortalaması 20,6±4,2 saptanmıştır (Goldey ve van Anders 2011). Farklı doz KOK'lerin kadın cinsel fonksiyon ve plazma androjen seviyesi üzerine etkisinin karşılaştırıldığı bir çalışmada 30 mg EE/150 mg LNG içeren hap kullanan (n=49) kadınların yaş ortalaması 28,8±6,8 ve 20 mg EE/100 mg LNG içeren KOK kullananların yaş ortalaması 26,8±5,9 olup kadınların yaşları 18-40 arasındadır (Strufaldi ve ark. 2010). Almanya'da OK kullanan öğrencilerde EE ve progesterinin cinsel fonksiyonlardaki etkisi incelenmiş, bu çalışma 1086 kadın ile yürütülmüş, 856 kadın 25 yaşın altında, 223 kadın 25-35 yaş aralığında, yedi kadında 35 yaş üstünde olduğu bulunmuştur (Wallwiener ve ark. 2010).

İtalya'da (n=57) KOK kullanan kadınların cinsel davranışlarının ve yaşam kalitelerinin incelendiği bir araştırmada kadınların yaş ortalamaları 28,7±3,3 olarak belirlenmiştir (Carusa ve ark. 2011). Ülkemizde geri çekme yönteminin cinsel fonksiyonlara etkisini incelemek amacıyla yapılan bir çalışmada kadınların yaş ortalaması 32,7±7,3'dür (Temel 2012). Erkeğin kullandığı doğum kontrol yöntemlerinin kadın cinsel yaşamına etkisini belirlemek amacıyla Aydın'da yapılan bir çalışmada kadınların yaşları 15 ile 49 arasında olup kadınların yaş ortalaması 35,0±6,5'dur (Özdemir 2014). Mersin'de yapılan bir çalışmada kadınların yaş ortalaması 34,96 bulunmuştur (Aktoprak 2012). Doğu Karadeniz bölgesinde yaşayan kadınlarda KCFİ kullanılarak yürütölen çalışmada kadınların %44'ü 31-40 yaş arasında olup, kadınların yaş ortalaması 33,6±7,3 olarak belirlenmiştir (Tekin ve ark. 2014). Bu araştırmada kadınların yaş ortalaması yurtdışında yapılan araştırma sonuçlarından daha yüksek bulunmuştur.

Bu araştırmada kadınların %37,4'ü ilkokul mezunu, %13,2'si ortaokul mezunu ve %27,6'sı lise mezunu olup %28,2'si çalışmaktadır. TNSA 2013 sonuçlarına göre, kadınların %53'ü en az ortaokul mezunu, %31'i en az lise mezunu olup %35'i son bir sene içerisinde bir işte çalıştığını belirtmiştir (Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013). İtalya'da yapılan bir çalışmada kadınların %59'u lise mezunudur (Guida ve ark. 2014). Amerika'da yapılan bir çalışmada KOK kullanan kadınların %76'sı, DMPA kullanan kadınların %44'ü lise mezunu olup iki grupta da kadınların %16'sının üniversite mezunu olduğu bulunmuştur (Schaffir ve ark. 2010). Amerika'da yapılan diğer bir çalışmada kadınların %84,3'ü lise ve üzerinde eğitime sahiptir

(Smith ve ark. 2014). Ülkemizde Afyon'da yapılan bir çalışmada kadınların %77,8'i ilkokul mezunu, büyük çoğunluğu (%96,3) çalışmaktadır (Temel 2012). Doğu Karadeniz bölgesinde yapılan bir çalışmada kadınların yarısından fazlası (%53,7) lise mezunudur (Tekin ve ark 2014). Aydın'da bir çalışmada kadınların %58,3'ü lise ve üzerinde eğitim almış ve %33,8'i çalışmaktadır. Evli kadınlar ve eşlerinin aile planlaması yöntemlerine yönelik tutumlarını ve ilişkili faktörleri incelemek amacıyla Mersin'de yapılan bir çalışmada kadınların %37,3'ü ilköğretim, %19,9'u lise ve %42,8'i üniversite ve üstünde eğitim almış, %47'si çalışmaktadır (Aktoprak 2012). Gabalcı'nın çalışmasında kadınların %17,2'sinin çalıştığı saptanmıştır (Gabalcı 2008). Bu çalışmada kadınların eğitim seviyeleri ve çalışma durumlarının yurtdışı ve ülkemizde yapılan çalışma sonuçlarından daha düşük olduğu görülmektedir.

Bu araştırmada kadınların yaklaşık yarısı (%48,7) normal BKİ'ne sahip olup, kadınların BKİ ortalaması  $26,0 \pm 4,7$ 'dir. İtalya'da implant kullanan kadınlarla yapılan bir çalışmada kadınların BKİ ortalaması  $22,3 \pm 1,3$  bulunmuştur (Costantino ve ark. 2014). İtalya'da bir diğer çalışmada subdermal kontraseptif kullanan kadınlarda BKİ  $23,4 \pm 2,5$ , vajinal halka kullananlarda  $21,7 \pm 0,3$ , OK kullananlarda  $21,0 \pm 0,6$  ve yöntem kullanmayan grupta  $21,4 \pm 0,2$ 'dir (Guida ve ark. 2014). Almanya'da OK kullanan kadınların farklı erotik uyaranlara karşı tepkilerini inceleyen bir araştırmada kadınların BKİ ortalaması HK kullanmayan grupta  $24,9 \pm 4,3$ , HK kullanan grupta  $20,8 \pm 1,0$  bulunmuştur (Abler ve ark. 2013). Belçika'da yapılan bir çalışmada düşük doz EE içeren KOK, mini hap ve vajinal halka kullanan kadınlar üç gruba ayrılarak kadın cinsel isteğinin androjen reseptörler ve kullanılan kontraseptif yöntemle ilişkisi incelenmiştir. Kadınların BKİ ortalaması KOK kullananlarda  $21,1 \pm 2,1$ , mini hap kullananlarda  $21,8 \pm 1,9$  ve vajinal halka kullananlarda  $21,3 \pm 3,0$  olarak saptanmıştır (Elaut ve ark. 2012). Mısır'da yapılan bir çalışmada BKİ Nuvaring kullanan kadınlarda  $27,3 \pm 2,5$  ve KOK kullanan kadınlarda  $25,9 \pm 2,3$ 'tür (Mohamed 2011). Bu çalışmada BKİ ortalaması uluslararası çalışma sonuçlarından yüksek bulunmuş olup bu durum kültürlerarası beslenme alışkanlıklarındaki farklılık nedeniyle olabilir.

Bu araştırmada kadınların %25,3'ü kırsal, %53,9'u yarı kentsel ve %20,8'i kentsel bölgede yaşamaktadır. 2013 TNSA raporuna göre kadınların %81'i kentsel bölgede yaşamaktadır (Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013). Özdemir'in çalışmasında kadınların en uzun yaşadığı yer incelenmiş olup kadınların %32,2'si



köy, ilçe veya kasabada, %67,8'i şehirde yaşamıştır (Özdemir 2014). Aydın'da yapılan bir araştırmada kadınların %85,2'sinin il merkezinde, %8,9'unun ilçede ve %5,9'unun köyde yaşadıkları saptanmıştır (Çayan 2009).

Bu araştırmaya katılan kadınların %73,9'u 19 yaşından sonra evlenmiş, %59,5'i eşi ile anlaşarak evlenmiş, %30,5'i 16 yıl ve üzerinde evli kadınların yarısı eşleri ile uyumlu bir evliliğe sahiptir. TNSA 2013 verilerine göre kadınların %22'si 18 yaşından önce, %41'i de 20 yaşından önce evlenmiştir (Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013). Özdemir'in çalışmasında kadınların %54,2'si görücü usulü ile %45,8'i isteyerek evlenmiş olup %46,5'i 1-10 yıllık evlidir (Özdemir 2014). Mersin'de yapılan bir çalışmada kadınların %82,5'i 19 yaşından sonra evlenmiştir (Aktoprak 2012). Çayan'ın çalışmasında kadınların %33,7'sinin 10–19 yıl arasında, %24,6'sının 5–9 yıl arasında evli oldukları saptanmıştır (Çayan 2009). Ordu'da yapılan bir çalışmada kadınların %72,2'sinin 19 yaş ve üzerinde evlendiği ve %47'sinin 11 yıldan daha uzun süredir evli olduğu bulunmuştur (Gabalıcı 2008). Amerika'da yapılan bir çalışmada kadınların %26,5'i resmi olarak evli olduğu, %22,4'ünün birlikteliğinin olduğu saptanmıştır (Smith 2014). Amerika'da yapılan bir çalışmada kadınların %72,2'sinin düzenli bir birlikteliği bulunmaktadır (Goldey 2011).

Bu çalışmada kadınların büyük çoğunluğunun (%96,8) sağlık güvencesi bulunmakta ve %71,1'i gelirlerinin giderlerine eşit olduğunu belirtmiştir. Bu araştırma sonuçlarına benzer şekilde ülkemizde yapılan diğer çalışmalarda kadınların Mersin'de %95,2'sinin (Aktoprak 2012), Aydın'da %93,2'sinin (Çayan 2009), Ordu'da %96,4'ünün (Gabalıcı 2008) sağlık güvencesi bulunmaktadır. Aydın'da yapılan bir çalışmada kadınların %62,2'si ekonomik durumlarını gelirden denk veya gelir giderden az olarak (Özdemir 2014), Aydın'da bir diğer çalışmada kadınların %71,4'ü (Çayan 2009), Ordu'da kadınların %73,2'si gelir düzeylerini orta olarak ifade etmişlerdir (Gabalıcı 2008). Araştırma sonuçları diğer çalışma bulguları ile benzer bulunmuştur.

Araştırmaya katılan kadınların %37,4'ü iki kez gebe kalmış, kadınların yarısı (%50,5) iki kez doğum yapmış, %50,3'ü iki çocuğa sahip %24,7'si düşük, %20,5'i küretaj, %1,3'ü ölü doğum öyküsünün bulunduğunu belirtmiştir. Araştırma bulgularına benzer şekilde Mersin'de yapılan çalışmada kadınların %39,2'sinin

gebelik sayısının iki olduğu, %55'inin canlı doğum sayısının iki olduğu ve %55,6'sının iki çocuğa sahip olduğu bulunmuştur (Aktoprak 2009). Afyon'da yapılan bir çalışmada kadınların %29,6'sının gebelik sayısının üç olduğu, %46,3'ünün iki doğum yaptığı ve %48'inin yaşayan iki çocuğu olduğu saptanmıştır (Temel 2012). Özdemir'in çalışmasında kadınların %60,1'inin iki ve üzerinde çocuğu olduğu bulunmuştur (Özdemir 2014). Bir diğer çalışmada kadınların %15,7'sinin düşük, %16,3'ünün küretaj ve %6'sının ölü doğum öyküsü bulunmaktadır (Aktoprak 2009). Özdemir'in çalışmasında kadınların 18,6'sı küretaj olmuştur (Özdemir 2014). Afyon'da yapılan bir araştırmada kadınların %25,9'u düşük yapmış ve %22,3'ü küretaj olmuştur (Temel 2012). TNSA verilerine göre kadınların %23'ünün düşük, %14'ünün küretaj, %3'ünün ölü doğum öyküsü bulunmaktadır (Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013). Bu çalışmada küretaj oranının yüksek olması kadınların doğum kontrol yöntemleri ile ilgili karşılanmamış gereksinimlerinin olabileceğini göstermektedir.

Bu araştırmada kadınların %61,6'sı 13 yaş ve altında adet olmaya başlamış ve %89,2'si düzenli adet siklusuna sahip olduklarını belirtmiştir. Kadınların adet siklusu ortalaması  $28,2 \pm 9,1$  gün, adet süresi ortalaması  $5,4 \pm 1,9$  gün olarak saptanmıştır. Özdemir'in çalışmasında kadınların %81,3'ü (Özdemir 2014), Temel'in çalışmasında kadınların %79,6'sı düzenli adet görmektedir (Temel 2012). İtalya'da yapılan bir çalışmada kadınların adet döngüsü ortalaması  $28,4 \pm 2,2$ , adet süresi ortalaması  $4,9 \pm 2,1$ 'dir (Di Carlo 2014). Mısır'da ve İtalya'da yapılan çalışmalara adeti düzenli olan kadınlar alınmıştır (Mohamed ve ark. 2011; Guida ve ark. 2014). Bu çalışmada kadınların adet düzenleri diğer araştırmalara göre yüksektir bunun nedeni KOK kullanımının düzenli adet siklusuna katkısı olabilir.

Araştırmaya katılan kadınların eşlerinin yaş ortalaması  $37,5 \pm 7,5$  olup eşlerin %80,5'i 31 yaş ve üzerinde, %30,5'i ilkokul mezunu ve %96,8'i çalışmaktadır. Ordu'da yapılan bir çalışmada kadınların eşlerinin %71'i 31 yaş ve üzerinde, %43,8'i lise ve üzerinde eğitime sahip, %94,5'i çalışmaktadır (Gabalıcı 2008). Mersin'de yapılan bir araştırmada eşlerin yaş ortalaması  $38,1 \pm 6,4$  ve %45,2'si 40-49 yaş grubundadır. Eşlerin %41'i üniversite ve üstü eğitime sahip, %43,4'ü çalışmaktadır (Aktoprak 2012). Afyon'da yapılan bir çalışmada eşlerin yaş ortalaması  $36,5 \pm 7,4$  olup %70,3'ü ortaokul/lise mezunu ve %96,3'ü çalışmaktadır (Temel 2012).

Aydın'da bir çalışmada eşlerin yaş ortalaması  $38,0 \pm 7,5$  olarak saptanmış ve %98,8'i çalışmaktadır (Özdemir 2014). Konya'da sağlıklı kadınlarda cinsel disfonksiyon ve nedenlerinin incelendiği bir çalışmada eşlerin %68,7'si ortaokul ve altı eğitime sahip olup %85,2'si çalışmaktadır (Ege ve ark. 2010).

## **7.2. Kadınların Kullandıkları Doğum Kontrol Yöntemlerine İlişkin Bulgulara Yönelik Tartışma**

Bu çalışmada kadınların %79,2'u şu an kullandıkları doğum kontrol yönteminden farklı bir doğum kontrol yöntemi kullandığını belirtmiştir. Kadınların %36,6'sı kondom, %28,7'si geri çekme, %17,9'u KOK kullanmıştır. Kadınların %7,1'i kullandıkları doğum kontrol yöntemine bağlı olarak cinsel ilişkide değişiklik yaşadığını ifade etmiş ve yarıdan fazlası (%55,6) cinsel istekte azalma yaşadığını belirtmiştir. TNSA 2013 verilerine göre evli kadınların %92'si daha önce en az bir yöntem kullanmış olup en fazla kullanılan doğum kontrol yöntemleri sırasıyla geri çekme(%64), kondom (%46), RİA (%39), ve haptır (%31) (Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013). Ordu'daki çalışmada kadınların %32,7'si daha önceden farklı bir doğum kontrol yöntemi kullandığını ifade etmiş en çok kullanılan yöntemler geri çekme (%29,6) ve OK'tir (%28,3). Kullandığı doğum kontrol yöntemini bırakan kadınların %60,9'u cinsel yaşamda sorun yaşadığı için yöntemine devam etmediğini belirtmiştir (Gabalıcı 2008).

Bu çalışmada kadınların şu an kullandıkları doğum kontrol yöntemleri incelendiğinde; %46,9'u hormonal, %53,1'i hormonal olmayan bir doğum kontrol yöntemi kullanmaktadır. En çok kullanılan hormonal yöntem KOK (%30,3), en fazla kullanılan hormonal olmayan yöntem erkek kondomudur (%14,2). TNSA 2013 verilerine göre kadınların %47'si modern bir yöntem kullanırken %26'sı geleneksel yöntemlerle korunmaktadır. Yöntemlerin kullanım oranları sırasıyla geri çekme (%26), RİA (%17), kondom (%16), tüpligasyon (%9) ve haptır (%5) (Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013). Mersin'de yapılan bir çalışmada kadınların büyük çoğunluğu (%89,8) doğum kontrol yöntemi kullanmakta olup %47,3'ü kondom, %25,2'si RİA, %9,1'i geleneksel yöntem, %8,4'ü tüpligasyon, %6,4'ü hap ve %3,7'si enjeksiyon yöntemi ile korunmaktadır (Aktoprak 2012). Erkeğin kullandığı

aile planlaması yönteminin kadın cinsel yaşamına etkisini inceleyen bir araştırmada kondom kullanım oranı %58,1, geri çekme kullanım oranı %41,8 olarak bulunmuştur (Özdemir 2014). Amerika’da yapılan bir çalışmada kadınların %48,6’sı hormonal ve %54,1’i hormonal olmayan doğum kontrol yöntemi kullanmaktadır (Smith 2014).

Bu araştırmada kadınların doğum kontrol yöntemlerini kullanma süresi ortalamaları incelendiğinde; en uzun süre geri çekme yöntemi (91,1±74,5 ay) kullanılmış olup bu yöntemi sırasıyla RİA (71,8±67,0 ay), tüpligasyon (63,0±53,8 ay) erkek kondomu (52,2±44,8 ay), KOK (45,0±44,7 ay), mesigna (21,5±24,1 ay) ve DMPA (8,0±5,6 ay) izlemektedir. KOK (%47,0), mesigna (%54,1), erkek kondomu (%38,9) ve RİA (%28,8) yönteminin seçilmesinin nedeni bu yöntemlerin kullanımlarının rahat olmasıdır. DMPA’yı bir kadın diğer yöntemlerin sağlıklı olmadığını düşünmesi ve bir kadın tedavi amacıyla kullanmakta olup, geri çekme yöntemi en çok eşin istemesi (%34,0) ve tüpligasyon başka çocuk istememe (%45,7) nedeniyle tercih edilmiştir. Gabalcı’nın çalışmasında geri çekme, RİA, kondom ve OK kullanan kadınların %61’i yöntemi beş yıldan fazla süredir kullanmaktadır (Gabalcı 2008). Temel’in çalışmasında çiftlerin %80’inden fazlası geri çekme yöntemini 1-10 yıldır kullanmakta olup kadınların %40,5’i diğer yöntemlerin yan etkilerinden dolayı bu yöntemi seçmiştir (Temel 2012). Aktoprak’ın çalışmasında çiftlerin %75,8’i kullandıkları yöntemin güvenli ve kullanımının kolay olduğunu belirtmiştir (Aktoprak 2012). Aydın’da yapılan bir çalışmada geri çekme ve kondom kullanım süresi 1-10 yıl (%73,9) olup, kadınların %66,1’i kondomu tercih etmesinin nedenini güvenilir ve etkili bir yöntem olduğunu düşünmesi nedeniyle, geri çekme yöntemini ise yan etkisinin olmaması (%60,8) nedeniyle tercih etmiştir (Özdemir 2014).

Bu araştırmada KOK kullanan kadınların %83,3’ü, Mesigna ile korunan kadınların %50’si ve DMPA kullanan iki kadından biri adet düzensizliği yaşadığını ifade etmiştir. Kadınlar kondomu kullanımının zor olması (%66,7), RİA’yı kanama şikayeti yaşaması (%50) ve geri çekme yöntemini ise koruyuculuğunun düşük olması (%100) nedeniyle kullanmaktan memnun olmadıklarını ifade etmişlerdir. Ordu’da yapılan bir çalışmada OK kullanan kadınların %62,5’i adet düzensizliği (ara kanama) yapması, kondom kullanan kadınların %72,2’si eşin yöntemden memnun olmaması, RİA kullanan kadınların %55,6’sı menoraji yaşaması ve geri çekme ile korunanların

%54,9'u cinsel ilişkinin kesintiye uğraması gibi şikayetler yaşadıklarını ifade etmiştir (Gabalıcı 2008). Manisa'da yapılan bir çalışmada geri çekme yönteminden memnun olan kadınların %84,4'ü gebelik korkusu yaşadığını belirtmiştir (Yanikkerem ve ark. 2008). Aydın'da yapılan bir diğer çalışmada geri çekme yönteminden memnun olmayan kadınların tamamı ile kondom kullanan kadınların %57,9'u kullandıkları yöntemi güvenilir bulmadıklarını ifade etmiştir (Özdemir 2014). Mersin'de yapılan bir çalışmada kadınların %75,7'si geri çekme yöntemini güvenilir bulmadığı için, RİA kullananların %60,0'ı, hap kullananların %43,6'sı ve enjeksiyon ile korunanların %66,7'si yan etkilerinden dolayı kullandıkları yöntemi bırakılmıştır (Aktoprak 2012). Doğum kontrol yöntemlerinin yan etkileri ve etkinlik durumu hakkında kadınlara bilgi ve eğitim vermek son derece önemli olup, yapılacak izlem danışmalığı ile kadınların uygun yöntem kullanmaları ve kullandıkları doğum kontrol yöntemine devam etme oranları artırılabilir ve böylece istenmeyen gebelikler önlenebilir.

### **7.3. Kadınların Cinsel Yaşam Özelliklerine İlişkin Bulgulara Yönelik Tartışma**

Kadının cinsel isteği adet döneminde değişen hormonlara bağlı olarak değişiklik gösterebilmektedir (Pillsworth ve ark. 2004). Bu çalışmada kadınların %19,2'si adetin ilk beş günü, %27,1'i adet bitiminden sonraki günlerde, %26,8'i adet başlamadan önceki günlerde cinsel isteklerinde bir artış olduğunu belirtmiştir. Atlanta'da yapılan bir çalışmada (n=30) normal sıklusa sahip kadınların ovulasyon dönemlerinde, KOK kullanan kadınların ise menstruasyon döneminde cinsel istek artışı yaşadıkları saptanmıştır (Wallen ve ark. 2010). Fransa'da KOK kullanan kadınlarda yapılan çalışmada menstrual döngü boyunca cinsel istekte değişim olmadığı bulunmuştur (Elaut ve ark. 2014).

Kadınların %68,9'u ve kadınların ifadelerine göre eşlerin %74,5'i cinsel yaşamlarından memnundur. Bu araştırma bulgularına paralel olarak Aydın'da yapılan çalışmada kadınların %67,4'ü cinsel yaşamlarının iyi olduğunu belirtmişlerdir (Özdemir 2014).

Bu çalışmada yaklaşık üç kadından biri (%30,3) haftada iki kere cinsel ilişki yaşadığını belirtmiştir. Amerika'da bir çalışmada hormonal yöntem kullanan kadınlarda hormonal olmayan yöntem kullanan kadınlara göre cinsel ilişki sıklığı

ortalaması daha az (8,9 karşı 9,8/son dört haftada) bulunmuştur (Smith ve ark. 2014). Özdemir'in çalışmasında kadınların %54,2'si haftada 1-2 kez cinsel ilişki yaşadıklarını belirtmişlerdir (Özdemir 2014). Bu araştırma bulgusu yapılan diğer çalışmalar ile benzerlik göstermektedir.

#### **7.4. Kadınların Tanıtıcı Özellikleri ile Beck Depresyon Ölçeğinden Aldıkları Puanlara İlişkin Bulgulara Yönelik Tartışma**

Bu çalışmada kadının yaşı, eğitimi, çalışma durumu, sağlık güvencesi, evlilik yaşı, evlenme şekli, gelir gider durumu ve evlilik yılı ile BDÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Yapılan çalışmalarda kadının eğitim durumu ile depresyon arasında çelişkili sonuçlar bulunmuştur. Yapılan bir çalışmada herhangi bir okul bitirmemiş kadınlarda lise ve üzerinde eğitime sahip kadınlara kıyasla üç kat daha fazla depresyon görüldüğü bulunmuştur (Medeni 2016). İstanbul'da yapılan bir çalışmada üniversite ve üzeri eğitimi olan kadınlarda daha düşük eğitime sahip kadınlardan daha fazla depresyon görüldüğü bulunmuştur (Kahveci 2016).

Bu çalışmada zayıf kadınların BDÖ puan ortalaması yüksek bulunmuştur. Benzer şekilde Isparta'da yapılan bir çalışmada depresyon sıklığı zayıflarda fazla saptanmış olup istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (Baş ve ark. 2016). Taiwan'da yapılmış bir çalışmada düşük vücut ağırlıklı erişkinlerde depresif semptomların görülme oranlarının yüksek saptanmıştır (Yu ve ark 2011). Kişilerin depresif belirtilerle birlikte iştahlarının azalması ve kilo kaybı yaşaması zayıf kadınlarda depresyonun daha fazla görülmesine neden olabilir.

Bu çalışmada kentsel bölgede yaşayan kadınların BDÖ puan ortalaması düşük saptanmıştır. Yapılan bir çalışmada köyden göç eden kadınların BDÖ puanı daha yüksek saptanmıştır (Ünal 2010). Bu araştırma bulgularından farklı olarak Aksaray'da yapılan bir çalışmada köyde yaşayan kadınların %19,4'ü, ilçe merkezinde yaşayanların %16,7'sinde depresyon bulunmuş olup gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (Medeni 2016).

Bu çalışmada evlilik uyumu ile BDÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuş olup BDÖ puan ortalaması en yüksek uyumsuz

evliliği olan kadınlarda saptanmıştır. Hindistan'da yapılan bir çalışmada eşler arasındaki uyumsuzluğun cinsel sorunlar ve dolayısı ile depresyona neden olduğu belirtilmiştir (Singh ve ark. 2009).

Bu çalışmada yapılan regresyon analizinde ölü doğumu olan kadınlarda BDÖ puan ortalamasının yüksek olduğu saptanmıştır. Benzer şekilde yapılan çalışmalarda ölü doğum yapmanın gebelik (Yanikkerem ve ark. 2013) ve postpartum dönem (Llewellyn 1997, Yanikkerem ve ark 2004, Üstgörül ve Yanikkerem 2014) başta olmak üzere depresyon görülme riskini arttırdığı bulunmuştur (Melville ve ark. 2010).

### **7.5. Kadınların Kullandıkları Doğum Kontrol Yöntemleri ile Beck Depresyon Ölçeğinden Aldıkları Puanlara İlişkin Bulgular**

Araştırmada BDÖ ile kadınların kullandıkları doğum kontrol yöntemleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki belirlenmiştir. Bu çalışmada tek yönlü analizlerde eşleri kondom kullanan kadınlarda BDÖ puan ortalamasının düşük olduğu belirlenmiştir. Kondom aile planlamasına erkeğinde katılımını sağlayarak eşlerin ilişkilerini olumlu etkilemekte bu da kadının ruh sağlığını etkileyebilmektedir. Literatürde bu bulgulara zıt olarak eşleri kondom kullanmayan kadınlara göre eşleri kondom kullanan kadınlarda depresyon oranının daha fazla olduğu saptanmış olup, bu durum, semenin vajinadan absorbe olarak antidepresan etki göstermesi ile açıklanmıştır (Byerly ve Byerly 2005).

### **7.6. Kadınların Cinsel Yaşam Özellikleri ile Beck Depresyon Ölçeğinden Aldıkları Puanlara İlişkin Bulgulara Yönelik Tartışma**

Cinsel fonksiyonlara ilişkin yaşanan sorunlar duygusal strese, eş ile uyumsuzluklara yol açarak kadınların ruhsal durumlarını da önemli derecede etkilemektedir (Kütmeç 2009). Bu çalışmada adet bitiminden sonra cinsel isteği azalan kadınlarda BDÖ puan ortalaması yüksek bulunmuştur. Bu bulgu depresif duyguları olan kadınların cinsel isteğinin de olumsuz etkilendiğini düşündürmektedir.

Bu çalışmada regresyon analizi sonucunda kadının cinsel yaşamından memnuniyet durumu azaldıkça BDÖ puan ortalamasının arttığı bulunmuştur. Benzer şekilde Hindistan'da yapılan bir çalışmada cinsel sorunların artmasıyla depresyonun görülme riskinin arttığı saptanmıştır (Singh ve ark. 2009).

### **7.7. Kadınların Tanıtıcı Özellikleri ile Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi ve Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanlara İlişkin Bulgulara Yönelik Tartışma**

Bilindiği gibi kadının yaşı kadın cinsel fonksiyonu üzerine etkisi olan önemli bir faktördür. Yaşın ilerlemesiyle doku ve organların işlevsel kapasitende azalma yaşanabileceği gibi gebelik ve doğum sayısının artması ile yaşanan hormonal değişiklikler ve yaşın ilerlemesi ile birlikte genel sağlığın bozulması beraberinde cinsel sağlık üzerine etkiler oluşturabilir (Salonia ve Zanni 2004).

Bu çalışmada yapılan regresyon analizi sonucunda kadının yaşı ile istek ve orgazm puan ortalaması arasında anlamlı ilişki bulunmuş olup cinsel istek ve orgazm puanının arttığı saptanmış, toplam KCFİ toplam puan ortalaması ile kadının yaşı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bizim çalışmamızda 40 yaşın altında olan kadınların %41,9'unda, 40 yaş ve üzeri kadınların ise %43,1'inde CD bulunmuştur. Benzer şekilde Doğu Karadeniz'de yapılan bir çalışmada istek puan ortalaması en yüksek 31-40 yaş arası grupta saptanmıştır (Tekin ve ark 2014). Almanya'da doğum kontrol yöntemlerinin cinsel fonksiyonlara etkisini inceleyen bir çalışmada yaş ile cinsel fonksiyonlar arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (Wallwiener ve ark 2010a). Yapılan diğer çalışmalarda CD'un yaşla birlikte arttığı bulunmuştur. Shifren ve arkadaşlarının çalışmasında 45-64 yaş arası kadınların %14,8'inde, genç yaştaki kadınların %10,8'inde CD saptanmıştır (Shifren ve ark. 2008). Hindistan'da yapılan çalışmada CD 17-39 yaş arası kadınların %60,2'sinde ve 40-75 yaş arası kadınların %94,6'sında saptanmıştır (Singh 2009). İran'da yapılan bir çalışmada KCFİ toplam ölçek puanı 20 yaşın altındaki grupta en yüksek, 40-50 yaş arasında en düşüktür (Jaafarpour ve ark. 2013). Eskişehir'de yapılan bir çalışmada CD prevalansı 40-44 yaş arasında %53,9, 45-49 yaş arasında %65,8 ve 50 yaşın üstünde %88,6 olarak saptanmıştır (Özerdoğan 2009). Benzer şekilde Özdemir'in



çalışmasında kadınların yaşı arttıkça CFB görülme oranı artmış fakat doyum puanı artış göstermiştir (Özdemir 2014).

Cinsel fonksiyonları etkileyen bir diğer değişken kadın ve eşinin eğitim durumudur. Bu çalışmada kadının eğitim seviyesi arttıkça KCFİ toplam puanının arttığı saptanmıştır. İstanbul'da yapılan bir çalışmada kadının eğitim seviyesi düştükçe cinsel disfonksiyonun arttığı bulunmuştur (Aslan ve ark. 2008). Benzer şekilde Özerdoğan'ın çalışmasında ilkokul altı eğitime sahip kadınlarda CD oranı %81,9 iken yüksekokul mezunu grupta %38,7 olarak saptanmıştır (Özerdoğan 2009). Aydın'da yapılan çalışmada kadınlarda lise ve üzeri eğitimi olanların ortaokul ve altı eğitimi olanlara göre her boyutta daha iyi cinsel fonksiyona sahip oldukları bulunmuştur (Özdemir 2014). Tekin ve arkadaşlarının çalışmasında KCFİ puan ortalaması en yüksek lise mezunu kadınlardadır (Tekin ve ark. 2014). Güvel'in çalışmasında eğitim seviyesi ile CD arasında fark bulunamamışken (Güvel 2003), Nijerya'da yapılan bir çalışmada eğitim seviyesi yüksek olanlarda CD yüksektir (Fajewonyomi ve ark. 2007). İran'da yapılan bir araştırmada eğitim seviyesi yüksek grupta CD oranı %31,1 iken, eğitim seviyesi düşük olan grupta %76,1 bulunmuştur (Jaafarpour 2013). Araştırma bulguları önceden yapılan diğer çalışma bulgularıyla benzer özellik göstermektedir. Bu nedenle sağlık profesyonelleri eğitim seviyesi düşük olan kadınlara verecekleri danışmanlık ile CD'ların belirlenmesi ve uygun tedavi seçeneklerinin sunulması açısından önemli bir role sahiptir.

Bu araştırmada çalışan kadınlarda çalışmayan kadınlara göre istek, uyarılma, orgazm ve KCFİ toplam ölçek puan ortalamasının yüksek olduğu belirlenmiştir. Bununla birlikte sağlık güvencesi olan kadınlarda lubrikasyon puan ortalaması anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Yapılan regresyon analizi sonucunda çalışma durumu ile KCFİ toplam ölçek puanı arasında anlamlı fark bulunamamıştır. Eskişehir'de yapılan bir çalışmada çalışmayan kadınların %78,4'ünde CD olduğu belirlenmiştir (Özerdoğan 2009). Konya'da yapılan bir çalışmada çalışma durumu ile CD arasında ilişki bulunmamıştır (Ege ve ark. 2010). İran'da yapılan çalışmada çalışan kadınlarda CD (%77,3) çalışmayan gruba göre (%59,2) daha yüksektir (Jaafarpour 2013).

Bilindiği gibi ailenin yaşadığı ekonomik zorluklara bağlı olarak çiftlerin cinsel yaşamları olumsuz etkilenebilmektedir. Bu araştırmada gelirinin giderinden az

olduğunu ifade eden kadınlarda istek, uyarılma, doyum ve KCFİ toplam puanı düşük bulunmuştur. Literatürde benzer şekilde gelir seviyesindeki artışın cinsel fonksiyonları olumlu etkilediği bulunmuştur (Özerdoğan 2009, Singh ve ark 2009, Ege ve ark 2010). Bir araştırmada geliri giderinden az olan kadınların orgazm puanı geliri giderine eşit olan gruba göre karşılaştırıldığında yüksek olup, istek ve KCFİ puanının düşük olduğu belirtilmiştir (Özdemir 2009).

Bu araştırmada BKİ düşük olan kadınlarda ağrı puanı düşük bulunmuş olup gruplar arasındaki fark anlamlıdır. Zayıf kadınların toplam KCFİ puanı düşük saptanmış ancak istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Literatürde BKİ ile cinsel fonksiyonlar arasında ilişkiyi ele alan çalışma sayısı sınırlı olup Pamukkale’de yapılan bir araştırmada obez ve fazla kilolu kadınlarda cinsel disfonksiyon oranının normal kilolu kadınlarla aynı olduğu saptanmıştır (Yaylali ve ark. 2010). İstanbul’da yapılan bir çalışmada obez kadınların %50’sinde ve normal kilolu kadınların %41’inde CD bulunmuş olup iki grubun KCFİ skorları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Kadioglu ve ark 2010).

Bu çalışmada kadınların yaşadıkları bölgenin kırsal, yarı kentsel ve kentsel olması ile kadınların cinsel fonksiyonları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Benzer şekilde İran’da yapılan çalışmada kadınların kırsal veya kentsel bölgede yaşamaları ile CD yaşama durumları arasında anlamlı fark bulunmamıştır (Jaafarpour 2013). Aydın’da yapılan bir çalışmada şehirde yaşayan kadınların Cinsel Fonksiyon İndeksi (CFİ) puanının daha yüksek olduğu ancak sadece doyum puanı ile şehirde yaşama arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olduğu saptanmıştır (Özdemir 2014).

Bu araştırmada kadınların ilk evlilik yaşı arttıkça KCFİ puan ortalamalarının artış gösterdiği belirlenmiş ancak ileri analiz sonuçlarında ilk evlilik yaşı ile KCFİ alt ölçek ve toplam ölçek puan ortalamaları arasında ilişki bulunmamıştır. Benzer şekilde Gabalcı’nın çalışmasında Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği puan ortalaması ile evlilik yaşı arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (Gabalcı 2008).

Eşleri ile anlaşarak evlenme durumunun cinsel yaşamı doğrudan etkileyen faktörlerden biri olduğu literatürde belirtilmektedir (Özerdoğan 2009). Bu araştırmada eşleri ile anlaşarak evlenen kadınların istek, uyarılma, orgazm, doyum ve toplam KCFİ puanı yüksek bulunmuş ancak ileri analizlerde eş ile evlenme şekli ile

KCFİ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bununla birlikte evlilik yılı ile istek, uyarılma ve doyum puanı arasında tek değişkenli analizlerde anlamlı bir ilişki saptanmış olup 1-5 yıl arasında evli olanlarda cinsel fonksiyonlar daha uzun süre evli olanlara göre yüksek bulunmuştur. Benzer şekilde Aydın'da bir çalışmada eşleri ile isteyerek evlenen kadınların KCFİ ölçek puan ortalamaları görücü usulü ile evlenen kadınların puan ortalamasından yüksektir (Özdemir 2014). Eskişehir'de yapılan bir çalışmada görücü usulü ile evlenenlerin %80,1'inde, anlaşarak evlenenlerin ise %49'unda CD bulunmuştur (Özerdoğan 2009). İran'da bir çalışmada on yıldan az süredir evli olanların %71'inde, 10 yıl ve üzerinde evli olan kadınların %87'sinde CD bulunmuştur (Jaafarpour 2013). Eskişehir'de 40-65 yaş arası kadınlarda CD ve ilişkili faktörlerin incelendiği bir çalışmada 25-29 yıldır evli kadınların %65,7'sinde, 30 sene ve üzerinde evli olanların ise %91,4'ünde CD bulunmuştur (Özerdoğan 2009). Diğer araştırmalar evlilik süresi arttıkça CD görülme sıklığının arttığını vurgulamıştır (Uluyol 2010; Özdemir 2014). Almanya'da yapılan bir çalışmada düzenli birlikteliği olmayan kadınlarda istek puan ortalaması yüksek bulunmuş, ilişki süresi uzadıkça istek puanının azaldığı belirtilmiştir (Wallwiener ve ark 2010a). Araştırma sonucu literatür ile benzer özellik göstermektedir. Evlilik süresinin artması ile gebelik ve doğum sayısının artması, çocuk sahibi olma ve yeni sorumluluklar üstlenme gibi cinselliği etkileyebilecek diğer faktörlerinde cinsel fonksiyonlar üzerine olumsuz etkisi olabilir. Bu çalışmada yapılan regresyon analizi sonucunda evlilik uyumu arttıkça istek ve doyum puan ortalaması artmıştır. Benzer şekilde Çin'de yapılan bir çalışmada uyumsuz evliliğin CD riskini 2,34 kat arttırdığı bulunmuştur (Zhang ve ark 2013).

Gebelik, doğum ve çocuk sayısı kadının cinsel fonksiyonlarını etkileyen önemli faktörler olduğu literatürde vurgulanmaktadır (Özerdoğan 2009, Jaafarpour 2013, Özdemir 2014). Araştırmada bir gebeliği, bir doğumu ve bir çocuğu olan kadınlarda cinsel fonksiyonlarının diğer gruplardan daha iyi olduğu bulunmuş, alt ölçekler boyutunda sadece ağrı alanında fark bulunmamıştır. KCFİ toplam ölçek puanı bir çocuğu olan kadınlarda  $27,7 \pm 4,2$ , iki çocuğu olan kadınlarda  $26,7 \pm 4,1$ 'dir. Gebelik ve çocuk sayısı arasında yüksek korelasyon olduğu için gebelik değişkeni ile regresyon analizi yapılmıştır. Regresyon analizinde istek puanı ile gebelik sayısı

arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Benzer şekilde bir çalışmada cinsel fonksiyon puan ortalaması bir çocuğu olan kadınlarda  $30,4 \pm 5,7$ , iki ve üzerinde çocuğu olan kadınlarda ise  $29,2 \pm 5,5$  bulunmuştur (Özdemir 2014). İran'da üç ve üzerinde doğum yapan kadınların %82,2'sinde, üçün altında doğumu olan kadınların %68,1'inde CD saptanmıştır (Jaafarpour 2013). Konya'da çocuk sayısı ile CD arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Ege ve ark. 2010). Bir araştırmada CD görülme oranı dört ve üzerinde doğumu olan kadınlarda %91,8 ile en yüksek oranda, CD hiç gebeliği olmayan kadınlarda %60, bir gebeliği olan kadınlarda %62,8' ve iki/üç doğumu olan kadınlarda %59,5'tir (Özerdoğan 2009).

Bu araştırmada eşleri yüksek eğitim almış kadınların lubrikasyon puan ortalaması düşük bulunmuştur. Yapılan araştırmalarda eşin eğitim durumu arttıkça cinsel fonksiyonların olumlu etkilendiği gösterilmiştir (Çayan 2009, Ege 2010). Bu araştırmada eşi çalışan kadınların doyum puanı yüksek saptanmış olup diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir (Çayan 2009, Ege 2010).

#### **7.8. Kadınların Kullandıkları Doğum Kontrol Yöntemleri ile Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi ve Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanlara İlişkin Bulgulara Yönelik Tartışma**

Literatürde, çiftlerin kullandıkları doğum kontrol yöntemlerinin cinsel yaşamları üzerinde hem olumlu (Strufaldi ve ark 2010, Caruso ve ark 2011b) hem de olumsuz (Heiman ve ark 2011, Battaglia ve ark 2012) etkileri olduğunu belirten araştırmalar olduğu gibi herhangi bir etkisinin olmadığını belirten çalışmalar da bulunmaktadır (Gabalcı 2008, Ege ve ark. 2010, Lee 2011 ).

Bu araştırmada KOK kontraseptif kullanan kadınların uyarılma, lubrikasyon, orgazm ve KCFİ toplam puanı diğer doğum kontrol yöntemlerini kullanan kadınların puanından yüksek saptanmış olup yapılan tek değişkenli analiz sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. KOK kullanan ve yöntemden kısmen memnun kadınlarda orgazm puanı en yüksek saptanmış, yapılan regresyon analizinde de anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Eşlerin KOK kullanımına yönelik memnuniyet durumları ile KCFİ alt ölçek ve toplam ölçek puanı arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. İtalya'da yapılan bir çalışmada üç ay KOK kullanan

kadınlarda cinsel ilişki ve orgazm sıklığında azalma ve cinsel ilişki sırasında yaşanan ağrı da artma bulunmuşken (Battaglia ve ark 2012) İtalya'da KOK kullanan kadınlarla yapılan diğer bir çalışmada disparoninin azaldığı ve cinselliğin olumlu etkilendiği saptanmıştır (Caruso ve ark 2011b). Yapılan araştırma sonuçları farklılık göstermekle birlikte, Kalifornia'da yapılan bir çalışmada KOK kullanan kadınlar ile hormonal olmayan yöntem kullanan kadınların KCFİ puanları arasında fark bulunmamıştır (Lee 2011). Brezilya'da yapılan çalışmada hormon düzeyleri yüksek KOK kullanan grupta cinsel istekte değişim olmazken hormon düzeyi düşük KOK kullanan kadınlarda cinsel istek puanı artış göstermiştir (Strufaldi ve ark 2010). Üniversite öğrencileri ile yapılan bir araştırmada hormonal olmayan kontraseptif kullanan kadınlarda KCFİ puanı (29,2) OK kullanan kadınların puanından (28,5) yüksek bulunmuştur (Wallwiener ve ark. 2015). Amerika'da yapılan bir çalışmada hormonal olmayan yöntem kullanan kadınlarda uyarılma ve orgazm puanı daha yüksek saptanmıştır (Smith ve ark. 2014). Ülkemizde Ordu'da yapılan bir çalışmada OK'lerin cinsel doyum (%97,7) ve cinsel isteği (%66,6) etkilemediği bulunmuştur (Gabalıcı 2008). Konya'da yapılan bir çalışmada kullanılan yöntem ile CD arasında ilişki saptanmamıştır (Ege ve ark. 2010).

Bu araştırmada mesigna kullanımı ile KCFİ alt boyut ve toplam ölçek puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Yapılan regresyon analizinde mesigna kullanımından memnun olmayan kadınlarda lubrikasyon puan ortalaması yöntem kullanımından kısmen memnun ve memnun olmayan kadınların puan ortalamasından yüksek saptanmıştır. İran'da DMPA ile Cyclofem kullanan kadınların cinsel fonksiyonlarının karşılaştırıldığı bir çalışmada iki grup arasında cinsel fonksiyon açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır. İstek puan ortalaması DMPA kullanan grupta yüksek, ağrı puan ortalaması Cyclofem kullanan grupta yüksek saptanmış olup gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır (Ozgoli ve ark. 2014).

DMPA kullanan kadınların KCFİ ölçek puanı DMPA kullanmayan kadınların puanından yüksek olup gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Araştırma sonuçlarına benzer olarak Amerika'da yapılan çalışmada KOK ve DMPA kullanan kadınların cinsel fonksiyonlarının incelendiği bir araştırmada iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmemiştir (Schaffir ve ark 2010). Araştırma sonuçlarından farklı İran'da bir çalışmada KOK ve DMPA kullanan

kadınların cinsel fonksiyonları incelenmiş KOK kullanan kadınların KCFİ puan ortalaması DMPA kullanan gruptan yüksek görülmüş ve iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (Kariman ve ark. 2017).

Bu çalışmada erkek kondomu ile korunan kadınlar ile yöntemi kullanmayan kadınların KCFİ alt ölçek ve toplam ölçek puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. İran'da OK, kondom, RİA, vazektomi, tüpligasyon, doğal aile planlaması ve enjekte edilen kontraseptif yöntem kullanan kadınların KCFİ puan ortalaması 26,5, hiçbir yöntem kullanmayan kadınların 18,1 olduğu CD'nun en yüksek vazektomi yöntemi ile korunan grupta (14±4,1) en düşük kondom kullanan (22,9±4,5) grupta olduğu belirlenmiştir (Fataneh ve ark. 2013). İran'da geri çekme ve kondom kullanımı ile kadın cinsel fonksiyonu arasındaki ilişkiyi inceleyen bir araştırmada istek puanı hariç diğer tüm ölçek puan ortalamaları kondom kullanan grupta yüksek bulunmuştur (Tadayon ve ark. 2016). İran'daki bir diğer çalışmada OK ve kondom kullanımı ile kadın cinsel fonksiyonu karşılaştırılmış; istek, uyarılma, orgazm, doyum ve KCFİ toplam puan ortalaması kondom kullanan grupta daha yüksek saptanmıştır (Casey ve ark. 2016). Atlanta'da yapılan nitel bir çalışmada kondom, OK ve RİA kullanan kadınlar arasında kondom kullanımında cinsel istekte azalmanın hormonal yöntem kullanımından daha fazla olduğu saptanmıştır (Higgins ve ark 2008). Ordu'da yapılan bir çalışmada kondom kullanan kadınların %86,9'unun cinsel istek, %89,1'inin cinsel ilişki sıklığı ve %66,3'ünün cinsel doyumlarının etkilenmediği, %27,1'inin doyumlarının ise olumsuz etkilendiği belirtilmiştir (Gabalıcı 2008). Aydın'da bir çalışmada kondomla korunan kadınların geri çekme ile korunan kadınlara göre cinsel doyum dışında daha iyi cinsel fonksiyon puanına sahip oldukları saptanmıştır (Özdemir 2014). Afyon'da yapılan bir çalışmada kondom kullanan kadınların cinsel istek ve doyum açısından farklılık yaşamadığı bulunmuştur (Temel 2012).

Bu çalışmada RİA kullanan ve kullanmayan kadınların KCFİ alt ölçek ve toplam ölçek puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Polanya'da yapılan bir çalışmada hormonlu veya bakırlı RİA kullanan ve hiç bir yöntem kullanmayan kadınlar CD açısından incelenmiş ve CD'nun en az hormonlu RİA kullanan grupta (%10) olduğu bulunmuştur. Bakırlı RİA kullanan grupta CD %35 iken yöntem kullanmayan grupta %21'dir (Skrzypulec ve Drosdzol 2008). Belçika'da yapılan bir çalışmada üç kadından biri cinsel fonksiyonlarında değişiklik

olduğunu bildirmiş; kadınların %36'sı cinsel istekte azalma, %29'u cinsel istekte artma, %20'si uyarılma sorunu ve %10'u orgazm problemi yaşadığını belirtmiştir (Enzlin ve ark. 2012). Ordu'da yapılan bir çalışmada RİA kullanan kadınların cinsel yaşamlarında (cinsel doyum, cinsel istek ve cinsel ilişki) önemli bir değişiklik olmadığı saptanmıştır (Gabalıcı). Afyonkarahisar'da bir çalışmada RİA kullanan çiftlerin çoğunluğunun cinsel fonksiyonlarında bir değişiklik olmadığı bulunmuştur (Temel 2012).

Bu araştırmada eşleri geri çekme yöntemi kullanan ve kullanmayan kadınların KCFİ alt ölçek ve toplam ölçek puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Manisa'da geri çekme yöntemini kullanan kadınların dörtte biri cinsel yaşamlarının olumsuz etkilediğini belirtmiştir (Yanikkerem ve ark 2006). Ordu'da bir çalışmada kadınlar geri çekme yönteminin cinsel doyumunu (%48,9), cinsel isteği (%80) ve cinsel ilişki sıklığını (%83,6) etkilemediğini belirtmişlerdir (Gabalıcı 2008). Aydın'da geri çekme yöntemi kullanan grupta CD %35,9 bulunmuştur (Özdemir 2014). İran'da bir çalışmada ise kadınların %34'ü geri çekme yöntemi nedeniyle cinsel zevklerinin azaldığını belirtmiştir (Rahnama ve ark. 2010).

Araştırmada tüpligasyonu yaptıran kadınların istek, uyarılma, orgazm, doyum ve KCFİ puan ortalaması tüp ligasyon yaptırmayan kadınlardan düşük bulunmuş olup aradaki fark tek değişkenli analizlerde istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır. Yapılan regresyon analizinde tüpligasyon yaptıranlarda sadece doyum puan ortalaması düşük bulunmuştur. Doyum puanının düşük olmasının nedeni tüpligasyon yaptıran kadınların yaşlarının ileri olmasından kaynaklanabilir. Benzer şekilde İran'da 140 çiftle yapılan bir çalışmada geri çekme, tüpligasyon, oral kontrasepsiyon, kondom, vazektomi, RİA ve enjekte edilen kontraseptif yöntemleri kullanan kadınlar değerlendirilmiştir. Araştırmada doyum puanı en düşük tüpligasyon yaptıran kadınlarda saptanmış olup en yüksek eşleri vazektomi yaptıran kadınlarda bulunmuştur (Mehdizadeh Toorzani ve ark. 2010). İran'da yapılan çalışmada istek ve uyarılma puanı en düşük tüpligasyon yaptıran kadınlarda saptanmıştır (Fataneh ve ark 2013). Ankara'da yapılan nitel bir çalışmada tüpligasyon yöntemini kullanan üç kadın kullandığı yöntemin cinselliklerini hiç etkilemediğini, hatta gebelik korkusunu ortadan kaldırdığı için daha rahat olduklarını ifade etmiştir (Kılıç ve ark. 2009).

Bu araştırmada hormonal olmayan yöntem kullanan kadınlarda orgazm puan ortalaması hormonal yöntem kullanan kadınların puan ortalamasından düşük bulunmuş olup tek değişkenli analizlerde istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır. Hormonal olmayan yöntem kullanan ve eşlerinin yöntemden kısmen memnun olduğunu belirten kadınların ağrı ve KCFİ puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur. Bu bulgulara zıt olarak çalışmada eşlerinin hormonal olmayan yöntem kullanımından memnun olmadığını belirten kadınların cinsel fonksiyonunun olumsuz etkilendiği belirlenmiştir. Literatürde hormonal yöntemlerin hormonal olmayan yöntemlerle karşılaştırıldığı araştırmalarda hormonal yöntemlerin kadın cinsel fonksiyonlarında değişiklik yaptığı saptanmıştır (Everett 2014). Amerika’da yapılan bir çalışmada hormonal yöntem kullanan kadınlarda cinsel ilişki boyunca daha fazla ağrı ve rahatsızlık duyma, daha sık lubrikant kullanımı, daha fazla vajinal kuruluk yaşadıkları bulunmuştur (Smith ve ark 2014). KOK’ların depresyon, vajinal kuruluk ve libidoda azalmaya sebep olabileceğini belirten çalışmalar da mevcuttur (Everett 2014). Ankara’da prospektif bir çalışmada da emzirme döneminde olan, DMPA ve RİA kullanan kadınların cinsel fonksiyonları incelenmiş; DMPA grubunda yer alan kadınların %2’sinde CD gözlenmiştir (Minareci ve ark 2008). Bunların aksine hormonal yöntemlerin kadın cinsel fonksiyonu üzerine olumlu etkisinin olduğunu gösteren çalışmalarda mevcuttur (Caruso ve ark. 2011b, Caruso ve ark 2013, etin 2015).

### **7.9. Kadınların Cinsel Yaşam zellikleri ile Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi ve Alt leklerinden Aldıkları Puanlara İlişkin Bulgulara Yönelik Tartışma**

Bu araştırmada yapılan regresyon analizi incelemesinde cinsel yaşamından memnun olan kadınların istek, uyarılma, lubrikasyon doyum ve KCFİ toplam puan ortalaması yüksek bulunmuştur. Bununla birlikte cinsel ilişki sıklığı fazla olan kadınların istek puanı, adet bitiminden sonra cinsel isteğinde artma yaşayan kadınların uyarılma puanı yüksektir.

Bu araştırmada bulgularına benzer şekilde Ordu’da yapılan bir çalışmada cinsel istek ile cinsel ilişki sıklığı arasında paralel yönde bir ilişki olduğu saptanmıştır



(Gabalcı 2008). Ege ve arkadaşlarının çalışmasında cinsel ilişki sıklığı ile CD arasında bir ilişki saptanamışken (Ege ve ark. 2010), Jaafarpour ve arkadaşları haftada üçten az cinsel aktivitesi olanlarda CD riskinin 1.85 kat fazla olduğunu belirtmişlerdir (Jaafarpour ve ark. 2013). Amerika’da yapılan bir çalışmada da cinsel ilişki sıklığı fazla olanlarda toplam KCFİ puanının yüksek bulunmuştur (Schaffir ve ark. 2010). Bir çalışmada cinsel ilişki sıklığı arttıkça CD yaşama durumunun azaldığı bulunmuştur (Özdemir 2014). Sağlıklı bir cinsel yaşam için bireylerin cinsel yaşantılarını nasıl değerlendirdikleri son derece önem taşımaktadır (Everett 2014). Literatürde kadının ve eşinin cinsel yaşama yönelik olumsuz tutumlarının CD’na neden olduğu, pozitif tutumlarının ise cinsel yaşamlarını olumlu yönde etkilediği vurgulanmaktadır (Everett 2014, Özdemir 2014). Bu araştırma bulguları literatürdeki bulgular ile benzerlik göstermekte olup kadının cinsel yaşam memnuniyeti arttıkça cinsel fonksiyonları olumlu etkilenmektedir.

Depresyonda yaşanan ilgi kaybı, enerji azalması, düşük benlik saygısı, hayattan zevk alamama, iritabilite ve sosyal izolasyon kişiler arası ilişkilerin şekline ve sürekliliğine zarar verebilmektedir. Bu semptomların varlığı kişilerin cinsel yaşamı ve ilişkilerine de zarar verebilmekte, CD’na neden olabilmektedir. Diğer taraftan cinsel yaşamda meydana gelen olumsuzluklarda ikili ilişkileri bozmakta ve depresif semptomlara neden olabilmektedir (Kütmeç 2009, Singh ve ark. 2009). Bu çalışmada BDÖ puanı 17’nin üstünde olan kadınların %64’ünde CD riski bulunmuştur. Eskişehir’de depresyon şüphesi olan kadınların %86,2’sinde CD saptanmıştır (Özerdoğan 2009).

Bu çalışmada KCFİ ile BDÖ puan ortalaması arasında negatif yönlü zayıf düzeyde bir ilişki bulunmuştur. Eskişehir’de yapılan çalışmada bu araştırma bulgularına benzer şekilde depresyon belirtisi olanlarda olmayanlara oranla CD görülme sıklığı anlamlı şekilde yüksek bulunmuş olup ölçeklerden elde edilen puanlar arasında anlamlı düzeyde negatif korelasyon belirlenmiş ve depresyonun derecesi arttıkça CD görülme riskinin de arttığı saptanmıştır (Özerdoğan 2009).

## 8. SONUÇ VE ÖNERİLER

### 8.1. Kadınların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Sonuçlar

- ✓ Kadınların yaş ortalaması 33,5 olup, %51,1'i 31-40 yaş grubundadır. Kadınların %37,4'ü ilkokul mezunu, %28,2'si çalışmakta, %48,7'si normal BKİ'ne sahiptir. Katılımcıların %71,1'i gelirlerinin giderlerine eşit olduğunu belirtmiştir.
- ✓ Kadınların %25,3'ü kırsal, %53,9'u yarı kentsel ve %20,8'i kentsel bölgede yaşamakta, %96,8'inin sosyal güvencesi bulunmaktadır.
- ✓ Kadınların %73,9'u 19 yaşından sonra, %59,5'i eşi ile anlaşarak evlenmiş, %30,5'i 16 yıl ve üzerinde evli ve kadınların yarısı eşleri ile uyumlu bir evliliği olduğunu belirtmiştir.
- ✓ Kadınların %37,4'ü iki gebeliği, %50,5'i iki doğumu, %50,3'ü iki çocuğu olduğunu belirtmiş olup, %24,7'sinin düşük, %20,5'inin küretaj ve %1,3'ünün ölü doğum öyküsü bulunmaktadır.
- ✓ Kadınların %89,2'si düzenli adet siklusuna sahip olup %61,6'sı 13 yaş ve altında adet olmaya başlamıştır.
- ✓ Kadınların eşlerinin %80,5'i 31 yaş ve üzerinde, %30,5'i ilkokul mezunu ve %96,8'i çalışmaktadır.

### 8.2. Kadınların Kullandıkları Doğum Kontrol Yöntemlerine İlişkin Sonuçlar

- ✓ Kadınların %79,2'si şu an kullandıkları doğum kontrol yönteminden farklı olarak kondom (%36,6), geri çekme (%28,7) ve KOK (%17,9) kullanmıştır.
- ✓ Kadınların %46,9'u hormonal, %53,1'i hormonal olmayan bir doğum kontrol yöntemi kullanmakta olup en çok kullanılan yöntem KOK (%30,3) ve erkek kondomudur (%14,2).
- ✓ Kadınların %7,1' si kullandıkları doğum kontrol yöntemine bağlı olarak cinsel ilişkide değişiklik yaşadığını ifade etmiştir. Cinsel istekte değişiklik yaşayan kadınların %55,6'sı cinsel istekte azalma yaşadığını belirtmiştir.

- ✓ Kadınların KOK kullanım süresi ortalaması 45,0±44,7 ay; mesigna kullanım süresi ortalaması 21,5±24,1 ay; DMPA kullanım süresi ortalaması 8,0±5,6 aydır. Yöntemlerin kullanım süresi erkek kondomu için 52,2±44,8 ay; rahim içi araç için 71,8±67,0 ay; geri çekme yöntemi için 91,1±74,5 ay ve tüpligasyon yöntemi için 63,0±53,8 aydır.
- ✓ Kadınlar KOK (%47,0), mesigna (%54,1), erkek kondomu (%38,9) ve RİA (%28,8) yöntemini kullanımlarının rahat olması nedeniyle seçtiklerini belirtmişlerdir. DMPA'yı bir kadın diğer yöntemlerin sağlıklı olmadığını düşündüğü için ve bir kadın tedavi amacıyla kullanmakta olup, geri çekme yöntemi en çok eş istediği (%34,0) için ve tüpligasyon başka çocuk istememe (%45,7) nedeniyle tercih edilmiştir.
- ✓ Yöntem memnuniyeti incelendiğinde; en çok memnun olunan yöntem %100,0 ile tüpligasyon iken bunu sırasıyla hap (%86,1), geri çekme (%86,0), rahim içi araç (%80,8), erkek kondomu (%74,1), mesigna (%70,5) ve DMPA (%50) izlemektedir.
- ✓ Kadınların tümü DMPA ve tüpligasyon yöntemlerinden eşlerinin memnun olduğunu ifade etmiştir ve diğer yöntemlerden memnuniyet en düşükten en yükseğe sırasıyla geri çekme (%72,0), rahim içi araç (%92,4), KOK (%93,9) ve mesigna (%98,4) şeklindedir.
- ✓ KOK'ten memnun olan kadınların %36,4'ü neden belirtmezken, yöntemden memnun olmayan kadınların %83,3'ü adet düzensizliği yaşadığını ve %16,7'si kilo aldığı belirtmiştir.
- ✓ Mesigna'dan memnun olan kadınların %32,6'sı neden belirtmemiş olup memnun olmayan kadınların %50'si adet düzensizliği ve %33'ü kilo alma sorunu yaşadığını belirtmiştir.
- ✓ DMPA kullanan iki kadından biri memnuniyet nedeni belirtmezken, diğeri adet düzensizliği yaşaması nedeniyle memnun olmadığını ifade etmiştir.
- ✓ Kondom kullanımından memnun kadınların %34,1'i neden belirtmezken, memnun olmayan kadınların %66,7'si kondom kullanımının zor olduğunu belirtmiştir.

- ✓ RİA kullanıp memnun olan kadınların yarısı şikayet yaşamadığı için memnun olduğunu belirtmiş olup, memnun olmayan kadınların ise yarısı kanama şikayeti yaşadıklarını ifade etmişlerdir.
- ✓ Eşleri geri çekme yöntemi ile korunan kadınların %46,5'i memnuniyet nedeni belirtmezken, tamamı etkisi düşük bir yöntem olduğu için memnun olmadığını belirtmiştir.
- ✓ Tüpligasyon yönteminden memnun olan kadınların %41,3'ü neden belirtmemiş olup %30,4'ü şikayet yaşamadığını ifade etmiştir.
- ✓ Hormonal yöntem kullanan kadınlarda en sık yaşanan yan etkiler sinirlilik (%23,2), adet miktarında azalma (%22,4) ve kilo almadır (%19,2).
- ✓ Hormon içermeyen yöntem kullanan kadınlarda ise en sık ifade edilen şikayetler sırasıyla sinirlilik (%22,4), kilo alma (%18,4), kasık ağrısı (%17,1) saç dökülmesi (%16,8) ve kansızlıktır (%16,8).
- ✓ Sinirlilik erkek kondomu (%42,6), KOK (%44,3), tüpligasyonu (%50,0) ve mesigna (%59,0) kullanan kadınların en çok yaşadıkları şikayettir. RİA (%36,5) ve geri çekme yöntemi (%38,0) ile korunan kadınların en çok yaşadıkları şikayet ise kansızlıktır. DMPA kullanan iki kişiden biri adet miktarında azalma, kilo verme, saç dökülmesi, haznede kuruluk ve sinirlilik yaşadığını ifade etmiştir.
- ✓ Kadınların %62,1'i adet ilk beş günü, %62,9'u adet bitiminden sonraki günlerde, %60,0'ı adet başlamadan önceki günlerde cinsel isteklerinde bir değişiklik olmadığını belirtmiştir.
- ✓ Kadınların %68,9'u cinsel yaşamlarından memnundur.
- ✓ Kadınların ifadelerine göre eşlerin %74,5'i cinsel yaşamlarından memnundur.
- ✓ Kadınların %30,3'ü eşleriyle haftada iki kez cinsel ilişkiye girdiklerini ifade etmişlerdir.
- ✓ Kadınların %42,1'inde CD riski bulunmakta olup %6,6'sında BDÖ puan ortalaması 17 ve üzerinde saptanmıştır.

### **8.3. Kadınların Tanıtıcı Özellikleri ile Beck Depresyon Ölçeğinden Aldıkları Puanlara İlişkin Sonuçlar**

- ✓ Zayıf olan kadınlarda, yarı kentsel bölgede yaşayan kadınlarda, uyumsuz evliliği olanlarda ve ölü doğum hikayesi olan kadınlarda BDÖ puanı yüksek, bulunmuş olup gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0,05$ ).
- ✓ Kadınların yaş grubu, eğitim ve çalışma durumları, gelir düzeyleri, sosyal güvence durumları, evlilik yaşı, evlenme şekli, evlilik yılları ve gebelik, doğum, çocuk, düşük ve küretaj sayıları, ilk adet yaşı, adet düzeni, eşlerinin yaşı, eğitimi ve mesleği ile BDÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

### **8.4. Kadınların Kullandıkları Doğum Kontrol Yöntemleri ile Beck Depresyon Ölçeğinden Aldıkları Puanlara İlişkin Sonuçlar**

- ✓ Erkek kondomu kullanmayan kadınlarda BDÖ puan ortalaması yüksek saptanmış olup, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmiştir ( $p<0,05$ ). Erkek kondomu dışında kullanılan yöntemlerle ve kadınların ve eşlerinin kullandıkları doğum kontrol yönteminden memnun olma durumları BDÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).
- ✓ Hormonal olmayan yöntem kullanıp adet miktarında azalma, görmede bulanıklık, akne, ve tansiyon düşüklüğü şikayeti olan kadınlarda BDÖ puan ortalamaları daha yüksek olup gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0,05$ ).
- ✓ Adet miktarında artma, kilo alma, kilo verme, baş ağrısı, bulantı, kusma, baş dönmesi, tüylenme, saç dökülmesi, kansızlık, ağrılı adet görme, kasık ağrısı, göğüs ağrısı, hipoglisemi atağı, tansiyon yüksekliliği, cinsel istekte azalma veya artma, haznede kuruluk, ağrılı cinsel ilişki, depresyon, anksiyete, sinirlilik yaşama ile BDÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

### **8.5. Kadınların Cinsel Yaşam Özellikleri ile Beck Depresyon Ölçeğinden Aldıkları Puanlara İlişkin Sonuçlar**

- ✓ Adet bitiminden sonra cinsel isteğinin azaldığını belirten kadınlarda BDÖ puan ortalaması yüksektir ( $p<0,05$ ).
- ✓ Kadının ve eşinin cinsel yaşam memnuniyeti artıkça BDÖ puan ortalaması azalmaktadır ( $p<0,05$ ).
- ✓ BDÖ puanı en yüksek haftada bir kez cinsel ilişki yaşayan kadınlardadır ( $p<0,05$ ).

### **8.6. Kadınların Tanıtıcı Özellikleri ile Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi ve Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanlara İlişkin Sonuçlar**

- ✓ KCFİ istek alt boyut puan ortalaması lise mezunu, çalışan, geliri giderine eşit, 19 yaşından sonra ve anlaşarak evlenmiş, 1-5 yıl arasında evliliğe sahip, bir gebeliği olan, bir kez doğum yapmış, bir çocuğa sahip ve evde bir çocuğu olan kadınlarda daha yüksek bulunmuştur ( $p<0,05$ ).
- ✓ KCFİ uyarılma puan ortalaması üniversite mezunu, çalışan, geliri giderinden fazla, 19 yaşından sonra ve anlaşarak evlenmiş, 1-16 yıl arasında ve çok uyumlu evliliği olan, bir gebelik, bir doğum, bir çocuğa sahip ve evde bir çocuğu olan kadınlarda daha yüksek saptanmıştır ( $p<0,05$ ).
- ✓ Sosyal güvencesi olan, çok uyumlu veya uyumlu evliliği olan ve eşi okuryazar olan veya olmayan kadınlarda lubrikasyon puan ortalaması daha yüksektir ( $p<0,05$ ).
- ✓ Üniversite mezunu, çalışan, 19 yaşından sonra ve anlaşarak evlenmiş ve çok uyumlu evliliği olan, bir gebelik, bir doğum, bir çocuğa sahip ve evde bir çocuğu olan kadınlarda orgazm puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur ( $p<0,05$ ).
- ✓ Üniversite mezunu, geliri giderinden fazla, 19 yaşından sonra ve anlaşarak evlenmiş, 1-5 yıl arasında çok uyumlu evliliğe sahip, bir gebeliği olan, kürtaj olmuş, bir kez doğum yapmış, bir çocuğa sahip ve evde bir çocuğu olan, kadınlarda doyum ölçek puan ortalaması daha yüksektir ( $p<0,05$ ).

- ✓ BKİ yüksek olan kadınlarda ağrı puan ortalaması daha yüksek saptanmıştır ( $p<0,05$ ).
- ✓ KCFİ toplam puanı üniversite mezunu, çalışan, geliri giderinden fazla veya eşit, 19 yaşından sonra ve anlaşarak evlenmiş, çok uyumlu evliliğe sahip, bir gebelik, bir doğum, bir çocuğa sahip ve evde bir çocuğu olan kadınlarda daha yüksek bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

### **8.7. Kadınların Kullandıkları Doğum Kontrol Yöntemleri ile Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi ve Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanlara İlişkin Sonuçlar**

- ✓ KOK kullanan kadınlarda uyarılma, lubrikasyon, orgazm ve KCFİ toplam ölçek puanı daha yüksek bulunmuştur ( $p<0,05$ ).
- ✓ Tüpligasyon yaptırmış kadınlarda istek, uyarılma, orgazm, doyum ve KCFİ toplam ölçek puanı daha düşük saptanmıştır ( $p<0,05$ ).
- ✓ Hormonal yöntem kullanan kadınlarda orgazm puan ortalaması daha yüksektir ( $p<0,05$ ).
- ✓ Hormonal yöntem kullanan kadınların %35,4'ünün, hormonal olmayan yöntem kullanan kadınların ise %48'inin CD riski bulunmuştur ( $p<0,05$ ).
- ✓ KOK kullanan ve kısmen memnun olan kadınlarda orgazm puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur ( $p<0,05$ ).
- ✓ Mesigna kullanan ve memnun olmayan kadınlarda lubrikasyon puan ortalaması daha yüksek saptanmıştır ( $p<0,05$ ).
- ✓ Ağrı puan ortalaması eşlerinin geri çekme yönteminden kısmen memnun olduğunu ifade eden kadınlarda daha yüksektir ( $p<0,05$ ).
- ✓ Hormonal olmayan yöntem kullanan ve eşlerinin yöntemden memnun olmadığını belirten kadınlarda orgazm, ağrı ve KCFİ toplam ölçek puanı daha düşüktür ( $p<0,05$ ).
- ✓ Hormon içermeyen yöntem kullanan ve adet miktarında artma şikayeti olduğunu belirten kadınlarda istek alt ölçek puanı hormonal yöntem kullanan kadınların puanından yüksek bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

- ✓ Hormonal yöntem kullanan ve bulantı şikayeti olan kadınlarda lubrikasyon puan ortalaması, hormonal olmayan yöntem kullanan kadınların puanından yüksektir ( $p<0,05$ ).
- ✓ Akne sorunu olup hormonal yöntem kullanan kadınlarda orgazm puan ortalaması, hormonal olmayan yöntem kullanan kadınların puanından yüksek bulunmuştur. Gruplar arasında anlamlı fark vardır saptanmıştır ( $p<0,05$ ).
- ✓ Düşük tansiyon problemi olan kadınlarda hormon içermeyen grupta olanların orgazm puan ortalaması, hormon içeren grupta olanların puan ortalamasından yüksek saptanmıştır. İki grup arasında anlamlı bir fark vardır ( $p<0,05$ ).

### **8.8. Kadınların Cinsel Yaşam Özellikleri ile Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi ve Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanlara İlişkin Sonuçlar**

- ✓ İstek puan ortalaması kendi ve eşi kullandıkları doğum kontrol yönteminden çok memnun olan ve haftada üç kere cinsel ilişki yaşayan kadınlarda daha yüksektir ( $p<0,05$ ).
- ✓ Uyarılma puan ortalaması adet bitiminden sonra cinsel isteği artan, kendi ve eşi kullandıkları doğum kontrol yönteminden çok memnun olan ve haftada üç kere cinsel ilişki yaşayanlarda daha yüksek bulunmuştur ( $p<0,05$ ).
- ✓ Lubrikasyon puan ortalaması adetinin ilk beş günü cinsel isteği değişmeyen kendi ve eşi kullandıkları doğum kontrol yönteminden çok memnun olan kadınlarda daha yüksek saptanmıştır ( $p<0,05$ ).
- ✓ Doyum puan ortalaması kendi ve eşi kullandıkları doğum kontrol yönteminden çok memnun olan ve haftada üç kere cinsel ilişki yaşayan kadınlarda daha yüksek bulunmuştur ( $p<0,05$ ).
- ✓ KCFİ toplam puan ortalaması adet bitiminden sonra cinsel isteğinde artma yaşayan, kendi ve eşi kullandıkları doğum kontrol yönteminden çok memnun ve haftada üç kere cinsel ilişkisi olan kadınlarda daha yüksek bulunmuştur ( $p<0,05$ ).
- ✓ Kadınların BDÖ toplam puanı ile istek puanı arasında negatif yönlü ve zayıf düzeyde; uyarılma puan ortalaması ile negatif yönlü, zayıf düzeyde; orgazm puan ortalaması ile negatif yönlü ve zayıf düzeyde; doyum puan ortalaması



ile negatif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (p<0,05).

- ✓ KCFİ ile BDÖ puan ortalaması arasında negatif yönlü ve zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki saptanmıştır (p<0,05).
- ✓ İstek puan ortalaması ile uyarılma puan ortalaması arasında anlamlı, pozitif yönlü ve güçlü düzeyde; lubrikasyon puan ortalaması ile pozitif yönlü ve zayıf düzeyde; orgazm puan ortalaması pozitif yönlü ve güçlü düzeyde bir ilişki bulunmuştur (p<0,05).
- ✓ Doyum puan ortalaması ile istek puan ortalaması arasında orta düzeyde, pozitif yönlü bir ilişki bulunmuştur. İstek puan ortalaması ile ağrı puan ortalaması arasında pozitif yönlü ve zayıf düzeyde; KCFİ toplam puan ortalaması ile pozitif yönlü, güçlü düzeyde ve anlamlı bir ilişki saptanmıştır (p<0,05).
- ✓ Uyarılma ile lubrikasyon puan ortalaması arasında anlamlı, pozitif yönlü ve zayıf düzeyde; orgazm puan ortalaması ile pozitif yönlü, güçlü düzeyde; doyum puan ortalaması ile pozitif yönlü, güçlü düzeyde ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Ağrı ile uyarılma puan ortalaması arasında zayıf derece, pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki saptanmıştır. KCFİ toplam puanı ile uyarılma puan ortalaması arasında pozitif yönlü ve çok güçlü bir ilişki bulunmuştur (p<0,05).
- ✓ Lubrikasyon ile orgazm puan ortalaması arasındaki korelasyon pozitif yönde, zayıf derecede anlamlıdır. Doyum ile lubrikasyon puan ortalaması arasında pozitif yönlü, orta derecede ve anlamlı bir ilişki vardır. Lubrikasyon ile ağrı puan ortalaması arasında pozitif ve zayıf derecede; KCFİ ile güçlü düzeyde ve anlamlı bir ilişki saptanmıştır (p<0,05).
- ✓ Orgazm ile doyum puan ortalaması arasında güçlü derecede; ağrı puan ortalaması ile zayıf düzeyde ve KCFİ toplam ölçek puanı ile güçlü düzeyde ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur (p<0,05).
- ✓ Doyum ile ağrı puan ortalaması arasında zayıf derecede anlamlı bir ilişki saptanmıştır. KCFİ toplam puanı ile doyum puan ortalaması arasında güçlü derecede ve anlamlı ilişki bulunmuştur (p<0,05).

- ✓ KCFİ toplam puan ortalaması ile ağrı puan ortalaması arasında orta derecede ve anlamlı bir ilişki saptanmıştır ( $p<0,05$ ).

### 8.9. Öneriler

- ✓ Bu çalışmada cinsel yaşamından memnun olmayan kadınlarda KCFİ, istek, uyarılma, lubrikasyon, doyum ve orgazm puan ortalamaları düşük bulunmuştur. Yaşı ileri olan kadınlarda istek ve orgazm, eğitim seviyesi yüksek kadınlarda KCFİ ve uyarılma, evlilik uyumu olan ve eşi çalışan kadınlarda doyum puan ortalaması yüksektir. Cinsel ilişki sıklığı artıkça istek puan ortalaması, adet bitiminden sonra cinsel istek artışı yaşayan kadınlarda uyarılma puan ortalaması artmaktadır. Gebelik sayısı artıkça istek puan ortalaması, tüpligasyonu yaptıran kadınlarda doyum puan ortalaması azalmaktadır. Hormonal olmayan yöntem kullanan kadınlarda CD riski daha yüksek saptanmıştır. KOK kullanmaktan memnun olan kadınlarda orgazm, mesignadan memnun olmayan kadınlarda lubrikasyon puan ortalaması artmaktadır.
- ✓ Cinsel yönden aktif tüm kadınların CD açısından değerlendirilmesi oldukça önemlidir. Özellikle doğum kontrol yöntemi hizmeti sunan sağlık kurumları kadınların kendilerini daha iyi ifade edebilecekleri alanlardan biri olduğu için riskli grupların tespitinde önem taşımaktadır. Bununla birlikte aile planlaması hizmetleri kapsamında cinsel danışmanlık birimlerinin yer alması hizmete ulaşılabilirliği kolaylaştırıp CD yaşayan çiftlere hizmet sunmada önemli rol oynayabilir. Hormonal yöntem kullanan kadınlarda CD riski daha düşük saptanmış olup hormonal doğum kontrol yöntemlerine önyargının azaltılmasında bu bulgu kullanılabilir.
- ✓ Bu çalışmada eğitim durumu yüksek olan, eşlerinin hormonal olmayan yöntem kullanımından memnun olduğunu ifade eden ve cinsel yaşamından memnun olan kadınlarda cinsel fonksiyonların daha iyi olduğu bulunmuştur. Bu nedenle kadınların eğitim seviyelerinin arttırılması, çiftlere cinsel yaşam hakkında eğitim ve danışmanlık verilmesi ile yaşanan cinsel sorunlar belirlenip tedavisi sağlanabilir. Eşlerin doğum kontrol yöntemi seçiminde

yer alması sağlanabilir ve çiftlerin kullanılan yöntemden memnuniyet durumları belirli aralıklarla değerlendirilebilir. Kadınların cinsel yaşamlarını algılayış biçimleri değerlendirilip yaşadığı sorunlar saptanarak tespit edilen soruna etkili girişimler planlanabilir.

- ✓ Bu araştırmada ölü doğum öyküsü olan, evliliğinde eşi ile uyumsuz olan ve cinsel yaşamından memnun olmayan kadınlarda depresif belirtilerin artış gösterdiği bulunmuştur. Ölü doğum oranlarını azaltmak için prekonsepsiyonel ve antenatal bakıma gerekli önem verilmelidir. Uyumsuz evlilikleri azaltmak için erken yaşta ve zorla yaptırılan evliliklerin önlenmesi için toplumsal farkındalık oluşturularak aileler bilinçlendirilebilir. Uyumsuz evliliği olan çiftler uygun birimlere yönlendirilerek sorunlarının çözülmesi sağlanabilir. Cinsel yaşamından memnun olmayan kadınlar eşleriyle birlikte değerlendirilip sorunları saptanarak uygun birimlere yönlendirilebilirler.
- ✓ Bu çalışmada depresyon riski olan kadınların çoğunluğunda (%64) CD riski bulunmuştur. Depresyon ve CD birbirini etkileyen durumlardır. Cinsel sorunu olan kadınlarda depresyon riski artarken depresif kadınlarda da CD riski artabilmektedir. Bu nedenle kadınların cinsel fonksiyonları değerlendirilirken bütüncül olarak yaklaşılmalı kadınların emosyonel durumu göz ardı edilmemelidir.

## 9. KAYNAKLAR

Abler B, Kumpfmüller D, Grön G, Walter M, Stingl J, Seeringer, A. Neural correlates of erotic stimulation under different levels of female sexual hormones. Plos One. 2013; 8(2): e54447. doi:10.1371/journal.pone.0054447

Ahrendt HJ, Adolf D, Buhling KJ. Advantages and challenges of oestrogen-free hormonal contraception. Curr Med Res Opin. 2010; 26(8): 1947-1955. (2010).

Aksakoğlu G. Sağlıkta Araştırma Teknikleri ve Analiz Yöntemleri. Dokuz Eylül Üniversitesi Yayın Komisyonu Yayını. 2001; s.308.

Aktoprak M. Evli kadınlar ve eşlerinin aile planlamasına yönelik tutumları ve ilişkili faktörler. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2012, Konya (Danışman: Doç. Dr. B. Akın).

Alkema L, Kantorova V, Menozzi C, Biddlecom A. National, regional, and global rates and trends in contraceptive prevalence and unmet need for family planning between 1990 and 2015: a systematic and comprehensive analysis. The Lancet. 2013; 381(9878): 1642-1652.

Arı S, Öngel K, Kişioğlu AN. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi asistanları ve son sınıf öğrencilerinin üreme sağlığı hakkındaki bilgilerinin incelenmesi. Smyrna Tıp Dergisi. 2012; 2: 7-11.

Aslan D. Kadının insan ve sağlık hakkı. Aktüel Tıp Dergisi. 2001; 6(1): 1-3.

Aslan E, Beji NK, Gungor I, Kadioglu A, Dikencik BK. Prevalence and risk factors for low sexual function in women: a study of 1,009 women in an outpatient clinic of a university hospital in Istanbul. J Sex Med. 2008; 5: 2044-2052.

Assari S. Depression mediates the effect of sexual function on quality of life among men but not women with coronary artery disease. *Int J Cardiovasc Res.* 2014; 8(4):171-177.

Aygın D, Aslan FE. Kadın Cinsel İşlev Ölçeği'nin türkçeye uyarlanması, *Turkiye Klinikleri J Med Sci.* 2005; 25: 393-99.

Bagade O, Pawar V, Patel R, Patel B, Awasarkar V, Diwate S. Increasing use of long-acting reversible contraception: safe, reliable, and cost-effective birth control. *WJPPS.* 2014; 3(10): 364-392.

Basson R, Berman J, Burnett A, Derogatis L, Ferguson D, Fourcroy J, Leiblum S. Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications. *J Urol.* 2000; 163(3): 888-893.

Baş FY, Arslan B, Türker Y. Beden kitle indeksi düşük kişilerin biyopsikososyal yönden değerlendirilmesi. *Türk Aile Hek Derg.* 2016; 20(2): 70-77.

Battaglia C, Morotti E, Persico N, Battaglia B, Busacchi P, Casadio P, Paradisi R, Venturoli S. Clitoral vascularization and sexual behavior in young patients treated with drospirenone-ethinyl estradiol or contraceptive vaginal ring: a prospective, randomized, pilot study. *J Sex Med.* 2014. 11(2):471-80.

Beji NK. Kadın Sağlığı ve Hastalıkları. İçinde: Çetin SA, Aslan E. Kadın Cinsel Sağlığı ve Kadına Yönelik Şiddet. 1. baskı, Nobel Tıp Kitabevleri Tic. Ltd. Sti., İstanbul; 2015, s:161-186.

Beji NK. Kadın Sağlığı ve Hastalıkları. İçinde: Şahin NH. Doğurganlığın Düzenlenmesi. 1. baskı, Nobel Tıp Kitabevleri Tic. Ltd. Sti., İstanbul; 2015, s:161-186.

Berkiten A, Aslan H. Kadınlarda aile planlaması yöntemlerinin cinsel yaşam üzerine etkiler. 3. Ulusal Jinekoloji ve Obstetri Kongresi, 2001, İstanbul, 13-16 Eylül

Berman JR, Berman L, Goldstein I. Female sexual dysfunction: incidence, pathophysiology, evaluation, and treatment options. *Urology*. 1999; 54(3): 385-391.

Bozdağ G. Kadın Hastalıkları ve Doğum Akıl Notları. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri Ltd. Şti; 2013.

Bozdemir N, Özcan S. Cinsellik ve cinsel sağlığa genel bakış. *TJFMPC*. 2011; 5:37-46.

Bruni V, Pontello V, Luisi S, Petraglia F. An open-label, multicentre trial to evaluate the vaginal bleeding pattern of the combined contraceptive vaginal ring NuvaRing®. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2008; 139(1): 65-71.

Burrows LJ, Basha M, Goldstein AT. The effects of hormonal contraceptives on female sexuality. *J Sex Med*. 2012b; 9(9): 2213-23.

Cantarino SG, Pinto JM, Fabião JA, García AM, Abellán MV, Rodrigues MA. The importance of religiosity/spirituality in the sexuality of pregnant and postpartum women. *PLoS One*. 2016; 11: e0156809. doi: 10.1371/journal.pone.0156809.

Caruso S, Agnello C, Romano M, Cianci S, Lo Presti L, Malandrino C, Cianci A. Preliminary study on the effect of four-phasic estradiol valerate and dienogest (E2V/DNG) oral contraceptive on the quality of sexual life. *J Sex Med*. 2011b; 8(10): 2841-50.

Caruso S, Cianci S, Malandrino C, Cicero C, Lo Presti L, Cianci A. Quality of sexual life of women using the contraceptive vaginal ring in extended cycles: Preliminary report. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2014; 19(4): 307–314.

Caruso S, Iraci Sareri M, Agnello C, Romano M, Lo Presti L, Malandrino C, Cianci A. Conventional vs. extended-cycle oral contraceptives on the quality of sexual life: comparison between two regimens containing 3 mg drospirenone and 20 µg ethinyl estradiol. *J Sex Med*. 2011a; 8(5):1478-85.

Casey PM, MacLaughlin KL, Faubion SS. Impact of contraception on female sexual function. *J Womens Health*. 2016; 0: 1-7.

Celal Bayar Üniversitesi, Manisa İl Sağlık Müdürlüğü. Manisa Nüfus ve Sağlık Araştırması 2005. Manisa: Yedikardeşler ofset; 2007.

Centers for Disease Control and Prevention. U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 2016. (Erişim Tarihi: 11.09.2016) Erişim adresi: <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/65/rr/pdfs/rr6503>

Civil B, Yıldız H. Erkek öğrencilerin cinsel deneyimleri ve toplumdaki cinsel tabulara yönelik görüşleri. *DEUHYO ED*. 2010; 3(2):58-64.

Clinton T, Laaser, M. The quick-reference guide to sexuality & relationship counseling. Baker Books, 2010.

Cremer M, Phan-Weston S, Jacobs A. Recent innovations in oral contraception. *Semin Reprod Med*. 2010; 28 (2): 140-146.

Crenshaw TL, Goldberg JP. Sexual aspects of neurochemistry. *Sexual Pharmacology: Drugs That Affect Sexual Function*. New York, NY: Norton, 1996: 37-61.

Crosby R, Milhausen R, Mark KP, Yarber WL, Sanders S, Graham CA. Understanding problems with condom fit and feel: An important opportunity for improving clinic-based safer sex programs. *J Prim Prev*. 2013; 34:109-115.

Curtis KM, Martins SL. Progestogen-only contraception and bone mineral density: a systematic review. *Contraception*. 2006; 73(5): 470-487.

Çavaş Ş. Cinsel işlev bozuklukları polikliniğine başvuran vajinismus ve prematür ejakülasyon olgularında psikiyatrik komorbiditenin araştırılması. *Bakırköy Ruh ve*

Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, 2008, İstanbul.

Çayan, A. 15-49 yaş evli kadınların aile planlaması yöntemlerine ilişkin tutumlarının kullandıkları kontraseptif yöntemler ile ilişkisi. Adnan Menderes Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2009, Aydın (Danışman: Doç. Dr. Z. Karaçam).

Dahan-Farkas NE, Irhuma MOE. Long-acting reversible hormonal contraception. *S Afr Fam Pract.* 2016; 58(5): 64-67.

Davis SR, Bitzer J, Giraldo A, Palacios S, Parke S, Serrani M, Mellinger U, Nappi RE. Change to either a nonandrogenic or androgenic progestin-containing oral contraceptive preparation is associated with improved sexual function in women with oral contraceptive-associated sexual dysfunction. *J Sex Med.* 2013; 10(12): 3069-3079.

Dennerstein L, Dudley E, Burger H. Are changes in sexual functioning during midlife due to aging or menopause?. *Fertil Steril.* 2001; 76(3): 456-460.

Di Carlo C, Sansone A, De Rosa N, Gargano V, Tommaselli GA, Nappi C, Bifulco G. Impact of an implantable steroid contraceptive (etonogestrel-releasing implant) on quality of life and sexual function: a preliminary study. *Gynecol Endocrinol.* 2014; 30(1): 53-56.

Dieben TO, Roumen FJ, Apter D. Efficacy, cycle control, and user acceptability of a novel combined contraceptive vaginal ring. *Obstet Gynecol.* 2002; 100(3): 585-593.

Doğan S. Cinsel işlev bozuklukları, depresyon ve antidepresanlar. *JMOOD.* 2011; 1(2):81-6. Doi:10.7727/wimj.2015.326

Edelman A, Micks E, Gallo MF, Jensen JT, Grimes DA. Continuous or extended cycle vs. cyclic use of combined hormonal contraceptives for contraception. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014; 29 (7): 1-98.



Ege E, Akın B, Arslan SY, Bilgili N. Sağlıklı kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu sıklığı ve risk faktörleri. TÜBAV Bilim Dergisi. 2010; 3(1): 137-144.

Ehrhardt A, Exner TM, Hoffman S, Silberman I, Yingling S, Adams-Skinner J, et al. HIV/STD risk and sexual strategies among women family planning clients in New York: Project FIO. AIDS Behav. 2002; 6(1):1–12.

Elaut E, Buysse A, De Sutter P, De Cuypere G, Gerris J, Deschepper E, T'Sjoen G. Relation of androgen receptor sensitivity and mood to sexual desire in hormonal contraception users. Contraception. 2012; 85(5):470-479.

Elaut E, Buysse A, De Sutter P, Gerris J, De Cuypere G, T'Sjoen G. Cycle-Related changes in mood, sexual desire, and sexual activity in oral contraception-using and nonhormonal-contraception-using couples. J Sex Res. 2014; 0(0) :1-12.

Enzlin P, Weyers S, Janssens D, Poppe W, Eelen C, Pazmany E, Amy JJ. Sexual functioning in women using levonorgestrel-releasing intrauterine systems as compared to copper intrauterine devices. J Sex Med. 2012 ;9(4): 1065-1073.

Erkkola R, Landgren BM. Role of progestins in contraception. Acta Obstet Gynecol Scand. 2005; 84(3): 207-216.

Eşel, E. İnsan Cinselliğinin Biyolojik ve Evrimsel Temelleri. KPB. 2006;16(4): 274-288.

Everett S. Handbook of Contraception and Sexual Health. Third Edition. Routledge. London. 2014.

Fajewonyomi BA, Orji EO, Adeyemo AO. Sexual dysfunction among female patients of reproductive age in a hospital setting in Nigeria. J Health Popul Nutr.2007; 25(1): 101-106.

Fataneh G, Marjan MH, Nasrin R, Taraneh T. Sexual function in Iranian women using different methods of contraception. J Clin Nurs. 2013; 22: 3016-3023.

Fennell J. "And Isn't that the point?": pleasure and contraceptive decisions. *Contraception*. 2014; 89(4): 264-270.

Flood M. Lust, trust and latex: Why young heterosexual men do not use condoms. *Culture, Health & Sexuality*. 2003; 5(4): 353-369.

Fourcroy JL. Customs, culture, and tradition--what role do they play in a woman's sexuality. *J Sex Med*. 2006; 3(6): 954-9.

Gabalci E, Terzioglu F. The effect of family planning methods used by women of reproductive age on their sexual life. *Sex Disabil*. 2010; 28(4): 275-285.

Gałażka I, Droszol-Cop A, Naworska B, Czajkowska M, Skrzypulec-Plinta V. Changes in the sexual function during pregnancy. *J Sex Med*. 2015; 12(2): 445-454.

Goldey KL, van Anders SM. Sexy thoughts: Effects of sexual cognitions on testosterone, cortisol, and arousal in women. *Horm Behav*. 2011; 59(5): 754-764.

Göretzlehner G, Waldmann-Rex S, Schramm GA. Extended Cycles with the Combined Oral Contraceptive Chlormadinone Acetate 2 mg/Ethinylestradiol 0.03 mg. *Clin. Drug Investig*. 2011; 31(4): 269-277.

Guida M, Cibarelli F, Troisi J, Gallo A, Palumbo AR, Sardo, ADS. Sexual life impact evaluation of different hormonal contraceptives on the basis of their methods of administration. *Arch Gynecol Obstet*. 2014; 290(6): 1239-1247.

Güven T. Diabetes Mellitus'lu Hastalarda Yaşam Kalitesi ve Depresyon Etkisinin Araştırılması. Uzmanlık Tezi, 2007, İstanbul.

Hatcher RA, Kowal D, Guest F, Trusell J, Stewart F, Stewart GK. Kontraseptif Yöntemler. Uluslararası Basım, Dervişoğlu AA (Çeviren). Ankara: İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı Yayını, 1990:4-81.

Heiman JR, Rupp H, Janssen E, Newhouse SK, Brauer M, Laan E. Sexual desire, sexual arousal and hormonal differences in premenopausal US and Dutch women with and without low sexual desire. *Horm Behav.* 2011; 59(5): 772-779.

Higgins JA, Ryder K, Skarda G, Koepsel E, Bennett EA. The Sexual Acceptability of Intrauterine Contraception: A Qualitative Study of Young Adult Women. *Perspect Sex Reprod Health.* 2015; 47(3): 115-122.

Higgins JA, Ryder K, Skarda G, Koepsel E, Bennett EA. The sexual acceptability of intrauterine contraception: A qualitative study of young adult women. *Perspect Sex Reprod Health.* 2015; 47(3): 115–122.

Higgins JA, Tanner AE, Janssen E. Arousal loss related to safer sex and risk of pregnancy: implications for women's and men's sexual health. *Perspect Sex Reprod Health.* 2009; 41(3):150–7.

İncesu C. Cinsel işlevler ve cinsel işlev bozuklukları. *Klinik Psikiyatri Dergisi.* 2004;7(Suppl 3): 3-13.

İncesu C. Dsm-5 ve Cinsel İşlev Bozuklukları. *Nöropsikiyatri Arşivi.* 2011; 48 Özel Sayı 1: 1-6.

Jones RK, Fennell J, Higgins JA, Blanchard K. Better than nothing or savvy risk-reduction practice? The importance of withdrawal. *Contraception.* 2009; 79(6): 407-410.

Kadioglu P, Yetkin DO, Sanli O, Yalin AS, Onem K, Kadioglu A. Obesity might not be a risk factor for female sexual dysfunction. *BJU international.*2010; 106(9): 1357-1361.

Kahveci GA. Evli çiftlerde evlilik uyumu, evlilik çatışma biçimi ve depresyon düzeylerinin değerlendirilmesi. *Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi,* 2016; İstanbul (Danışman: Yrd. Doç. Dr. S. Özdemir).

Karaçam Z. Epizyotominin doğum sonrası dönemde cinsel fonksiyona etkisi. HEMAR-G. 2008;1: 38-46.

Karakuş A, Yanikkerem E. Adölesan cinselliğini etkileyen faktörler. JACSD. 2014; 1: 74-90.

Kariman N, Sheikhan Z, Simbar M, Zahiroddin A, Akbarzadeh Bahgban A. Sexual dysfunction in two types of hormonal contraception: combined oral contraceptives versus depot medroxyprogesterone Acetate. JMRH, 2016; 5 (1): 806-813.

Kılıç A, Akyüz A, Yavan T, Güvenç G. Kontraseptiflerin cinsel yaşantıya etkileri üzerine niteliksel bir çalışma. Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst. 2009; 19(3): 131-141.

Kiley JW, Shulman LP. Estradiol valerate and dienogest: a new approach to oral contraception. Int J Womens Health. 2011; 3: 281-286.

Kitapçioğlu G, Yanikkerem E. Manisa doğumevinde doğum yapan kadınların doğurganlık öyküleri, aile planlaması davranışı ve doğum sonrası aile planlaması danışmanlığı. Ege Tıp Dergisi. 2008; 47(2): 87-92.

Kovalevsky G, Ballagh SA, Stanczyk FZ, Lee J, Cooper J, Archer DF. Levonorgestrel effects on serum androgens, sex hormone-binding globulin levels, hair shaft diameter, and sexual function. Fertil Steril. 2010; 93(6): 1997-2003.

Kurtuluş H, Büyükbayrak. Aile Planlaması Danışmanlığı Verilmesinin Yöntem Seçimine Etkileri. Uzmanlık Tezi, 2009, İstanbul (Danışman: Uz. Dr. EE. Büyükbayrak)

Kütmeç C. Kadında cinsel fonksiyon cinsel disfonksiyon ve hemşirelik bakımı. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi. 2009; 4(12):112-136.

Lee HJ, Macbeth AH, Pagani JH, Young WS. Oxytocin: the great facilitator of life. *Prog Neurobiol.* 2009; 88(2): 127-151.

Lopez LM, Grimes DA, Schulz KF, Curtis KM, Chen M. Steroidal contraceptives: effect on bone fractures in women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014; 6: 1-93.

Lopez, L. M., Grimes, D. A., Gallo, M. F., & Schulz, K. F. (2010). Skin patch and vaginal ring versus combined oral contraceptives for contraception. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;(3), 335-358.

Mansour D, Mommers E, Teede H, Sollie-Eriksen B, Graesslin O, Ahrendt HJ, Gemzell-Danielsson K: Clinician satisfaction and insertion characteristics of a new applicator to insert radiopaque Implanon: an open-label, noncontrolled, multicenter trial. *Contraception* 2010; 82: 243-249.

Masters WB, Johnson VE. *Human sexual behavior. İnsanda cinsel davranış.* İstanbul: Bilimsel ve Teknik Çeviri Yayınları Vakfı. 1994.

McCann MF, Potter LS. Progestin-only oral contraception: a comprehensive review. *Contraception.* 1994; 50(6): S89-S104.

McCann MF, Potter LS. Progestin-only oral contraception: A comprehensive review: VIII. Other medical considerations. *Contraception.* 1994; 50(6): S22-S34.

Medeni İ. Bir ilçede 15 yaş ve üzeri kişilerde depresyon ve anksiyete belirtileri sıklığı ile ilişkili risk etmenleri. *Yayınlanmamış yüksek lisans tezi.* Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, 2016, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. M. N. İlhan).

Mehdizadeh Toorzani Z, Hasan Zahraei R, Ehsanpour S, Nasiri M, Shahidi S, Soleimani B. A study on the relationship of sexual satisfaction and common contraceptive methods employed by the couples. *IJNMR.* 2010, 15 (3): 115-119.

Melville JL, Gavin A, Guo Y, Fan M-Y, Katon WJ. Depressive disorders during pregnancy: prevalence and risk factors in a large urban sample. *Obstet Gynecol.* 2010;116(5):1064-1070.

Minareci Y, Minareci PÇ, Karakuş S, Aktün H, Moröy P, Mollamahmutoğlu L. Emziren kadınlarda kontrasepsiyon amacıyla kullanılan rahim içi araç ve depo-medroksiprogesteron asetatın (depo-provera(r)) karşılaştırılması. *C.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi.* 2008; 30 (1): 8-13.

Mohamed AM, El-Sherbiny WS, Mostafa WA. Combined contraceptive ring versus combined oral contraceptive (30-µg ethinylestradiol and 3-mg drospirenone). *Int J Gynaecol Obstet.* 2011; 114(2):145-148.

Nakajima ST, Archer DF, Ellman H. Efficacy and safety of a new 24-day oral contraceptive regimen of norethindrone acetate 1 mg/ethinyl estradiol 20 µg (Loestrin® 24 Fe). *Contraception.* 2007; 75(1): 16-22.

Oddens BJ. Women's satisfaction with birth control: a population survey of physical and psychological effects of oral contraceptives, intrauterine devices, condoms, natural family planning, and sterilization among 1466 women. *Contraception.* 1999; 59 (5): 277-286.

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

Özdemir, H. (2014). Erkeğin kullandığı aile planlaması yöntemlerinin kadın cinsel yaşamına etkisi. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2014, Aydın (Danışman: Doç. Dr. N. AKDOLUN BALKAYA)

Özerdoğan N, Sayiner F D, Köşgeroğlu N, Ünsal A. 40–65 Yaş grubu kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu prevalansı, depresyon ve diğer ilişkili faktörler. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi. 2009; 2(2): 46-59.

Pastor Z, Holla K, Chmel, R. The influence of combined oral contraceptives on female sexual desire: A systematic review. Eur J Contracept Reprod Health Care. 2013; 18(1): 27-43.

Pehlivan K. Kadın psikiyatrik hastaların cinsel yaşam, evlilik, aile planlaması ve kontrasepsiyon, gebelik ve çocuk sahibi olma, aids ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar açısından riskli davranışlarının genel popülasyonla karşılaştırmalı çalışması. Uzmanlık Tezi: Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2004, İstanbul.

Pillsworth EG, Haselton MG, Buss DM. Ovulatory shifts in female sexual desire. J Sex Res. 2004; 41(1): 55-65.

Rabe, T. Contraception-Update and Trends. J. Reproduktionsmed. Endokrinol. 2010; 7(1): 18-38.

Rafie S, Borgelt L, Koepf ER, Temple-Cooper ME, Lehman KJ. Novel oral contraceptive for heavy menstrual bleeding: estradiol valerate and dienogest. Int J Womens Health. 2013; 12 (5): 313-21.

Rahnama P, Hidarnia A, Amin Shokravi F, Kazemnejad A, Ghazanfari Z, Montazeri, A. Withdrawal users' experiences of and attitudes to contraceptive methods: A study from eastern district of Tehran, Iran. BMC Public Health. 2010; 10: 779.

Reproductive Health. (Erişim Tarihi: 17.01.2016) Erişim adresi: [http://www.who.int/topics/reproductive\\_health/en/](http://www.who.int/topics/reproductive_health/en/)

Rivas RE, Navío JF, Martínez MC, Miranda LM, Castillo RF, Hernández OO. Modifications in Sexual Behaviour during Pregnancy and Postpartum: Related Factors. West Indian Med J. 2016; pii: wimj.2015.326.

Roney JR, Simmons ZL. Hormonal predictors of sexual motivation in natural menstrual cycles. *Horm Behav.* 2013; 63(4): 636-45.

Roumen F. Review of the combined contraceptive vaginal ring, Nuvaring. *Journal of Ther Clin Risk Manag.* 2008; 4: 441–451.

Salonia A, Zanni G, Nappi RE, Briganti A, Dehò F, Fabbri, F, Colombo R, Guazzoni G, Di Girolamo V, Rigatti P, Montorsi F. Sexual dysfunction is common in women with lower urinary tract symptoms and urinary incontinence: results of a cross-sectional study. *Eur Urol.* 2004; 45(5): 642-648.

Sanders JN, Smith NK, Higgins JA. The intimate link: a systematic review of highly effective reversible contraception and women's sexual experience. *Clinical obstetrics and gynecology*, 57(4), 777-789.

Sanhal CY, Ulukus M, İtil İM. Current developments in contraception. *J Turk Soc Obstet Gynecol.* 2012; 9(2): 85-93.

Sexual Health. (Erişim Tarihi: 17.01.2016) Erişim adresi: [http://www.who.int/topics/sexual\\_health/en/](http://www.who.int/topics/sexual_health/en/)

Schaffir JA, Isley MM, Woodward M. Oral contraceptives vs injectable progestin in their effect on sexual behavior. *Am J Obstet Gynecol.* 2010; 203(6): 545.e1-5.

Singh JC, Tharyan P, Kekre NS, Singh G, Gopalakrishnan G. Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction in women attending a medical clinic in south India. *J Postgrad Med.* 2009;55 (2): 113-20

Skrzypulec V, Droszol A. Evaluation of quality of life and sexual functioning of women using levonorgestrel-releasing intrauterine contraceptive system mirena. *Coll Antropol.* 2008; 32: 1059–1068.

Smith NK, Jozkowski KN, Sanders SA. Hormonal contraception and female pain, orgasm and sexual pleasure. *J Sex Med.* 2014; 11(2): 462-70.



Stahl SM, Taneli, B. Temel psikofarmakoloji. Nörobilimsel temeli ve pratik uygulamaları. Yelkovan Yayıncılık, 2003, İstanbul.

Strufaldi R1, Pompei LM, Steiner ML, Cunha EP, Ferreira JA, Peixoto S, Fernandes CE. Effects of two combined hormonal contraceptives with the same composition and different doses on female sexual function and plasma androgen levels. Contraception. 2010; 82(2):147-54.

Şirin A, Kavlak O. Kadın Sağlığı. İçinde: Can HÖ, Gençalp NS, eds. Kadın Sağlığı Sorunları. 2. Baskı, Nobel Tıp Kitabevleri Tic.Ltd.Sti., İstanbul; 2015, s:288-332.

T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü (2005). Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi. Ankara. (Erişim tarihi : 19.01.2016). Erişim adresi: [http://www.mersinsaglik.gov.tr/Download/97\\_8\\_36\\_rehber-cilt-1.pdf](http://www.mersinsaglik.gov.tr/Download/97_8_36_rehber-cilt-1.pdf)

T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı (2014). Evlilik Öncesi Danışmanlık Rehberi. Ankara. (Erişim tarihi: 20.01.2016). Erişim adresi: <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/Evlilikoncesi%20DanismanlikRehberi.pdf>

T.C.Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Aile Planlaması Danışmanlığı 2009. (Erişim Tarihi: 16.01.2016) Erişim adresi: <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/a%C3%A7sap36.pdf>

Tadayon M, Honarjoo M, Abbaspoor, Z. The relationship of male condoms and withdrawal contraceptive methods with female sexual function and satisfaction: a cross sectional study. Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol. 2016; 5(8): 2629-2633.

Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. İçinde: Taşkın L. Cinsel Sağlık Üreme Sağlığı. 13. baskı, Akademisyen Tıp Kitabevi., Ankara; 2016, s:19-34.

Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. İçinde: Taşkın L. Aile Planlaması. 13. baskı, Akademisyen Tıp Kitabevi., Ankara; 2016, s: 527-545.

Tekin YB, Ural ÜM, Üstüner I, Balık G, Güven, ESG. Evaluation of female sexual function index and associated factors among married women in North Eastern Black Sea region of Turkey. *Obstet Gynecol.* 2014; 3: 153-8.

Temel S. Geri çekme yöntemi ile korunan çiftlerin cinsel fonksiyonlarının değerlendirilmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. T.C. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri, 2012, İstanbul (Danışman: Yrd. Doç. Dr. H. Yıldız).

Thonneau PF, Almont TE. Contraceptive efficacy of intrauterine devices. *Am J Obstet Gynecol.* 2008; 198(3): 248-253.

Træen B, Gravningen K. The use of protection for sexually transmitted infections (STIs) and unwanted pregnancy among Norwegian heterosexual young adults 2009. *Sexuality and Culture.* 2011; 15: 195–212.

Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması, 2013, (Erişim Tarihi: 16.01.2016) Erişim adresi: [www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013](http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013)

Türkiye Ulusal Anne Ölümleri Çalışması. Ankara. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, 2005, s. 9-13. (Erişim tarihi: 20.01.2016). Erişim adresi: [http://www.hips.hacettepe.edu.tr/uaop\\_ankara/UAOC\\_ana\\_rapor.pdf](http://www.hips.hacettepe.edu.tr/uaop_ankara/UAOC_ana_rapor.pdf)

Uckert S, Mayer ME, Jonas U, Stief CG. Potential future options in the pharmacotherapy of female sexual dysfunction. *World J Urol.* 2006; 24: 630-638.

Uluyol M. Tiroidektomi sonrası kadınlarda cinsel fonksiyon değişiklikleri. Yüksek Lisans Tezi. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2010, Afyon (Danışman: Doç. Dr. E. Tüzel).

United Nations. Department of Economic and Social Affairs. Population Division. *World Contraceptive Patterns 2013.* New York. (Erişim Tarihi: 20.01.2015). Erişim

adresi:<http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/family/contraceptive-infochart-2015.shtml>

Ünal S. Ankara İli Gölbaşı İlçesi 2 No'lu Sağlık Ocağı bölgesinde 15-49 yaş dilimi şiddet gören ve görmeyen kadınlarda Beck Depresyon Ölçeğine göre depresif öge yükü. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2010, Ankara (Danışman: Prof. Dr. F. Özyurda).

Üstgörül S, Yanikkerem E. Doğum sonrası depresyonun maternal bağlanmaya etkisinin incelenmesi. SSTB International Refereed Academic Journal of Sports, Health & Medical Sciences. 2014; 12(4): 14-30.

Wählin-Jacobsen S, Tønnes Pedersen A, Kristensen E, Læssøe NC, Lundquist M, Cohen AS, Hougaard DM, Giraldi A. Response to Comment on “Is There a Correlation Between Androgens and Sexual Desire in Women?”. J Sex Med. 2015; 12: 1851-1852.

Wallen K, Rupp HA. Women's interest in visual sexual stimuli varies with menstrual cycle phase at first exposure and predicts later interest. Horm Behav. 2010; 57(2): 263-268.

Wallwiener CW, Wallwiener LM, Seeger H, Mück AO, Bitzer J, Wallwiener M. Prevalence of sexual dysfunction and impact of contraception in female German medical students. J Sex Med. 2010a; 7(6): 2139-2148.

Wallwiener CW, Wallwiener LM, Seeger H, Schönfisch B, Mueck AO, Bitzer J, Zipfel S, Brucker SY, Taran FA, Wallwiener Are hormonal components of oral contraceptives associated with impaired female sexual function? A questionnaire-based online survey of medical students in Germany, Austria, and Switzerland. Arch Gynecol Obstet. 2015; 292: 883-890.

Wallwiener M, Wallwiener LM, Seeger H, Mueck AO, Zipfel S, Bitzer J, Wallwiener CW. Effects of sex hormones in oral contraceptives on the female sexual function score: a study in German female medical students. *Contraception*. 2010b; 82(2):155-9.

Watson WK, Stelle C, Bell N. Older women in new romantic relationships: understanding the meaning and importance of sex in later life. *Int J Aging Hum Dev*. 2016; 0: 1-11.

Wieder DR, Pattimakiel L. Examining the efficacy, safety, and patient acceptability of the combined contraceptive vaginal ring (NuvaRing). *Int J Womens Health*. 2010; 2: 401-409.

Wilcox AJ, Baird DD, Dunson DB, McConaughey DR, Kesner JS, et al. On the frequency of intercourse around ovulation: evidence for biological influences. *Hum Reprod*. 2004; 19: 1539–1543.

Wolfe K, Cansino C. Injectable Contraception: Current Practices and Future Trends. *Curr Obstet Gynecol Rep*. 2015; 4: 26-36.

World Health Organization (WHO). Medical eligibility criteria for contraceptive use. 2015 (Erişim tarihi: 10.09.2016) Erişim adresi : [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/181468/1/9789241549158\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/181468/1/9789241549158_eng.pdf)

Yanikkerem E, Acar H, Elem E. Withdrawal users' perceptions of and experience with contraceptive methods in Manisa, Turkey. *Midwifery*. 2006; 22(3): 274-284.

Yanikkerem E, Goker A, Ustgorul S, Karakus A. Evaluation of sexual functions and marital adjustment of pregnant women in Turkey. *Int J Impot Res*. 2016; 28: 176-183.

Yaylali GF, Tekekoglu S, Akin, F. Sexual dysfunction in obese and overweight women. *Int J Impot Res.* 2010; 22(4): 220-226.

Yıldırım T. Üniversite çağındaki ergenlerin cinsel bilgi tutum ve davranışları. Uzmanlık Tezi. Trakya Üniversitesi, 2008, Edirne (Danışman: Doç.Dr.H.N. Dağdeviren)

Yılmaz C. Kullanılan kontraseptif yöntemlerin kadınların cinsel fonksiyonları üzerine etkisi. Yüksek Lisans Tezi. T.C Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2003, İstanbul.

Yu NW, Chen CY, Liu CY, et al. Association of body mass index and depressive symptoms in a Chinese community population: results from the health promotion knowledge, attitudes, and performance survey in Taiwan. *Chang Gung Med J.* 2011; 34(6): 620–627.

Zhang H, Yip AW, Fan S, Yip PS. Sexual dysfunction among Chinese married men aged 30-60 years: a population-based study in Hong Kong. *Urology.* 2013; 81: 334-339.

## 10. EKLER

### Ek-I

#### “Kadınların Tanıtıcı Özellikleri Soru Formu”

1. Kaç yaşındasınız? .....

2. Kilonuz?.....

3. Boyunuz?.....

4. Eğitim durumunuz nedir?

1. Okuryazar değilim
2. Okuryazarım
3. İlkokul mezunuyum
4. Ortaokul mezunuyum
5. Lise mezunuyum
6. Üniversite mezunuyum

5. Mesleğiniz?.....

6. Sosyal güvenceniz var mı?

1. Evet
2. Hayır

7. Kaç yaşında evlendiniz?....

8. Evlenme şekliniz?

1. Görücü usulü
2. Anlaşarak

9. Eşiniz şuan kaç yaşındadır?.....

10. Eşinizin eğitim durumu nedir?

1. Okuryazar değil
2. Okuryazar
3. İlkokul
4. Ortaokul
5. Lise
6. Üniversite

11. Eşinizin mesleği nedir?.....

12. Kaç yıldır evlisiniz?.....

13. Gelir düzeyiniz nedir ?

1. Gelir giderden az
2. Gelir gidere eşit
3. Gelir giderden fazla

14. Evinizde kaç kişi yaşamaktasınız?...

15. Evinizde kimlerle yaşamaktasınız?.....

**16. Eşinizle evlilik uyumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?**

1. Çok uyumlu
2. Uyumlu
3. Orta derecede uyumlu
4. Uyumsuz
5. Çok uyumsuz

**17. Kaç kez gebe kaldınız?....**

**18. Kaç kez doğum yaptınız?.....**

**19. Kaç çocuğunuz var?.....**

**20. Kaç kez düşük yaptınız?.....**

**21. Kaç kez küretaj oldunuz?...**

**22. İlk adet yaşıınız?.....**

**23. Kaç günde bir adet oluyorsunuz?....**

**24. Adetiniz kaç gün sürüyor?....**

**25. Günde en fazla kaç kez ped değiştirirsiniz?.....**

**26. Adetinizin ilk 5 günü cinsel isteğinizdeki değişim nasıldır?**

1. Artar
2. Azalır
3. Değişmez

**27. Adet bitiminden sonraki günlerde cinsel isteğinizdeki değişim nasıldır?**

**( Adet başlangıcından itibaren 9-13 günler)**

1. Artar
2. Azalır
3. Değişmez

**28. Adetiniz başlamadan önceki günlerde cinsel isteğinizdeki değişim nasıldır?( Adet başlangıcından itibaren 20-25 günler)**

1. Artar
2. Azalır
3. Değişmez

**29. Şimdiki cinsel yaşamınızdan memnun musunuz?**

1. Çok Memnunum
2. Memnunum
3. Orta derecede memnunum
4. Memnun değilim
5. Hiç memnun değilim

**30. Sizce eşiniz cinsel yaşamınızdan memnun mu?**

1. Çok Memnun
2. Memnun
3. Orta derecede memnun
4. Memnun değil
5. Hiç memnun değil

**31. Son bir ayda eşinizle haftada ortalama kaç kez beraber oldunuz?.....**

## Ek-II

### “Kadınların Kullandıkları Doğum Kontrol Yöntemleri ve Deneyimleri Soru Formu ”

**1. Şu an kullandığınız doğum kontrol yöntemi nedir?(birden fazla yöntemi aynı anda kullanıyorsanız birden fazla seçeneği seçebilirsiniz)**

1. Oral kontraseptif
2. Mesigna
3. Vajinal halka
4. Mini hap
5. Patch
6. İmplant
7. DMPA
8. Kadın kondomu
9. Erkek kondomu
10. RİA
11. Diyafram
12. Servikal başlık
13. Takvim yöntemi
14. Geri çekme
15. Vazektomi
16. Tüp ligasyon
17. Diğer (açıkça belirtiniz).....

**2.Doğum kontrol yöntemini ne kadar süredir kullanıyorsunuz?.....**

**3.Kullandığınız bu yöntemi tercih etme nedeniniz nedir?**

1. Uzun süreli olması
2. Kullanımının rahat olması
3. Doktor tavsiyesi
4. Eşimin istemesi
5. Arkadaş / Komşu tavsiyesi
6. Yeni bir yöntem olması
7. Diğer (açıkça belirtiniz).....

**4.Kullandığınız doğum kontrol yönteminden memnun musunuz?**

1. Memnunum (neden).....
2. Kısmen memnunum (neden):.....
3. Memnun değilim (neden).....

**5.Eşiniz Kullandığınız doğum kontrol yönteminden memnun mu?**

1. Memnun (neden).....
2. Kısmen memnun (neden):.....
3. Memnun değil (neden)...



**6.Aşağıdaki sayacağım değişikliklerden hangilerini yaşıyorsunuz?**

	EVET	HAYIR
1. Adet miktarında artma		
2. Adet miktarında azalma		
3. Kilo alma		
4. Kilo verme		
5. Baş ağrısı		
6. Bulantı		
7. Kusma		
8. Görmede bulanıklık		
9. Baş dönmesi		
10. Akne (Sivilce)		
11. Tüylenme		
12. Saç Dökülmesi		
13. Kansızlık		
14. Ağrılı adet görme		
15. Kasık ağrısı		
16. Göğüs ağrısı		
17. Hipoglisemi (şeker düşüklüğü) atağı		
18. Tansiyon yüksekliği		
19. Tansiyon düşüklüğü		
20. Cinsel istekte azalma		
21. Cinsel istekte artma		
22. Haznede kuruluk		
23. Ağrılı cinsel ilişki		
24. Depresyon		
25. Anksiyete (kaygı)		
26. Sinirlilik		
27. Diğer (açıkça belirtiniz).....		

**7.Daha Önce kullandığınız Aile Planlaması Yöntemleri Nelerdir? (birden fazla seçeneği seçebilirsiniz)**

1. Oral kontraseptif
2. Mesigna
3. Vajinal halka
4. Mini hap
5. Patch
6. İmplant
7. DMPA
8. Kadın kondomu
9. Erkek kondomu
10. RİA
11. Diyafram
12. Servikal başlık
13. Takvim yöntemi
14. Geri çekme
15. Vazektomi
16. Tüp ligasyon
17. Diğer...

**8. Son kullandığınız yöntemden sonra cinsel ilişkilerinizde herhangi bir değişiklik oldu mu?(cevabınız evet veya bazen ise 9. soruya geçiniz.)**

1. Evet
2. Bazen
3. Hayır

**9. Bir önceki soruya "Evet" veya "Bazen" yanıtını verenler için; "Cinsel ilişkinizde nasıl bir değişiklik oldu"açıklar mısınız?**

.....

**Ek-III**  
**BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ**

Sayın cevaplayıcı aşağıda gruplar halinde cümleler verilmektedir. Öncelikle her gruptaki cümleleri dikkatle okuyarak, **BUGÜN DAHİL GEÇEN HAFTA** içinde kendinizi nasıl hissettiğini en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Eğer bir grupta durumunuzu, duygularınızı tarif eden birden fazla cümle varsa her birini daire içine alarak işaretleyiniz.

Soruları vereceğiniz samimi ve dürüst cevaplar araştırmanın bilimsel niteliği açısından son derece önemlidir. Bilimsel katkı ve yardımlarınız için sonsuz teşekkürler.

- Soru 1.** 0. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.  
1. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.  
2. Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.  
3. O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.
- Soru 2.** 0. Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim.  
1. Gelecek hakkında karamsarıyım.  
2. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.  
3. Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
- Soru 3.** 0. Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.  
1. Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.  
2. Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.  
3. Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.
- Soru 4.** 0. Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.  
1. Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.  
2. Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.  
3. Her şeyden sıkılıyorum.
- Soru 5.** 0. Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.  
1. Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.  
2. Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.  
3. Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- Soru 6.** 0. Bana cezalandırılmışım gibi geliyor.  
1. Cezalandırılabilirim hissediyorum.  
2. Cezalandırılmayı bekliyorum.  
3. Cezalandırıldığımı hissediyorum.
- Soru 7.** 0. Kendimden memnunum.  
1. Kendi kendimden pek memnun değilim.  
2. Kendime çok kızıyorum.  
3. Kendimden nefret ediyorum.

- Soru 8.** 0. Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.  
1. Zayıf yanların veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.  
2. Hatalarımdan dolayı ve her zaman kendimi kabahatli bulurum.  
3. Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum.

- Soru 9.** 0. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.  
1. Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.  
2. Kendimi öldürmek isterdim.  
3. Fırsatımı bulsam kendimi öldürürdüm.

- Soru 10.** 0. Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.  
1. Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.  
2. Çoğu zaman ağlıyorum.  
3. Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.

- Soru 11.** 0. Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.  
1. Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.  
2. Şimdi hep sinirliyim.  
3. Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.

- Soru 12.** 0. Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.  
1. Başkaları ile eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.  
2. Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybetmedim.  
3. Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.

- Soru 13.** 0. Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum.  
1. Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.  
2. Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.  
3. Artık hiç karar veremiyorum.

- Soru 14.** 0. Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.  
1. Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.  
2. Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum.  
3. Kendimi çok çirkin buluyorum.

- Soru 15.** 0. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.  
1. Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.  
2. Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.  
3. Hiçbir şey yapamıyorum.

- Soru 16.** 0. Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.  
1. Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.  
2. Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.  
3. Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.

- Soru 17.** 0. Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.  
1. Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.  
2. Yaptığım her şey beni yoruyor.  
3. Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.

- Soru 18.** 0. İştahım her zamanki gibi.  
1. İştahım her zamanki kadar iyi değil.  
2. İştahım çok azaldı.  
3. Artık hiç iştahım yok.

- Soru 19.** 0. Son zamanlarda kilo vermedim.  
1. İki kilodan fazla kilo verdim.  
2. Dört kilodan fazla kilo verdim.  
3. Altı kilodan fazla kilo vermeye çalışıyorum.

- Soru 20.** 0. Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.  
1. Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendirmiyor.  
2. Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.  
3. Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünemiyorum.

- Soru 21.** 0. Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim.  
1. Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.  
2. Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.  
3. Cinsel konular olan ilgimi tamamen kaybettim.

**TOPLAM PUAN:.....**

## Ek-IV: KADIN CİNSEL FONKSİYON İNDEKSİ

Elinizdeki form, son dört haftada süregelen cinsel işlevlerinizi belirlemeye yönelik olarak hazırlanmıştır ve 19 madde içermektedir. Sizden istenen her bir maddede size uyan tek bir seçeneği işaretlemenizdir. Lütfen tüm sorulara cevap veriniz.

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

- (5) Hemen hemen her zaman
- (4) Çoğu zaman (15 günden fazla)
- (3) Bazen (15 günde)
- (2) Birkaç kez (15 günden az)
- (1) Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

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

- (5) Çok yüksek
- (4) Yüksek
- (3) Orta
- (2) Düşük
- (1) Çok düşük veya hiç

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

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

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

- (0) Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- (5) Çok yüksek
- (4) Yüksek
- (3) Orta
- (2) Düşük
- (1) Çok düşük veya hiç

**5. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite\* veya cinsel ilişki\*\* sırasında cinsel bakımdan**

**uyarılacağınızdan ne derecede emindiniz?**

- (0) Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- (5) Çok emindim
- (4) Emindim
- (3) Oldukça emindim
- (2) Az emindim
- (1) Çok az / hiç emin değildim

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

- (0) Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- (5) Hemen hemen her zaman
- (4) Çoğu zaman (15 günden fazla)
- (3) Bazen (15 günde)
- (2) Birkaç kez (15 günden az)
- (1) Hemen hemen hiç/hiçbir zaman

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

- (0) Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- (5) Hemen hemen her zaman
- (4) Çoğu zaman (15 günden fazla)
- (3) Bazen (15 günde)
- (2) Birkaç kez (15 günden az)
- (1) Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

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

- (0) Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- (1) Çok çok zor veya imkânsızdı
- (2) Çok zordu
- (3) Zordu
- (4) Biraz zordu
- (5) Hiç zorluk çekmedim

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

- (0) Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- (5) Hemen hemen her zaman
- (4) Çoğu zaman (15 günden fazla)
- (3) Bazen (15 günde)
- (2) Birkaç kez (15 günden az)
- (1) Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

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

- (0) Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- (1) Hemen hemen her zaman
- (2) Çoğu zaman (15 günden fazla)
- (3) Bazen (15 günde)
- (4) Birkaç kez (15 günden az)
- (5) Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

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

- (0) Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- (5) Hemen hemen her zaman
- (4) Çoğu zaman (15 günden fazla)
- (3) Bazen (15 günde)
- (2) Birkaç kez (15 günden az)
- (1) Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

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

- (0) Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- (1) Çok çok zordu / imkânsızdı
- (2) Çok zordu
- (3) Zordu
- (4) Biraz zordu
- (5) Hiç zorluk çekmedim

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

- (0) Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- (5) Çok tatminkârdı
- (4) Genellikle tatminkârdı
- (3) Yarısında tatminkârdı, yarısında değildi
- (2) Genellikle tatminkâr değildi
- (1) Hiç tatminkâr değildi

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

- (0) Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- (5) Çok tatminkârdı
- (4) Genellikle tatminkârdı
- (3) Yarısında tatminkârdı, yarısında değildi
- (2) Genellikle tatminkâr değildi
- (1) Hiç tatminkâr değildi

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

- (0) Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- (5) Çok tatminkârdı
- (4) Genellikle tatminkârdı
- (3) Yarısında tatminkârdı, yarısında değildi
- (2) Genellikle tatminkâr değildi
- (1) Hiç tatminkâr değildi



**16. Son 4 hafta içinde, genel olarak cinsel hayatımız sizin için ne kadar tatminkârdı?**

- (0) Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- (5) Çok tatminkârdı
- (4) Genellikle tatminkârdı
- (3) Yarısında tatminkârdı, yarısında değildi
- (2) Genellikle tatminkâr değildi
- (1) Hiç tatminkâr değildi

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

- (0) Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- (1) Hemen hemen her zaman
- (2) Çoğu zaman (15 günden fazla)
- (3) Bazen (15 günde)
- (4) Birkaç kez (15 günden az)
- (5) Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

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

- (0) Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- (1) Hemen hemen her zaman
- (2) Çoğu zaman (15 günden fazla)
- (3) Bazen (15 günde)
- (4) Birkaç kez (15 günden az)
- (5) Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

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

- (0) Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- (1) Çok yüksek
- (2) Yüksek
- (3) Orta
- (4) Düşük
- (5) Çok düşük veya hiç

## **EK. V Aydınlatılmış Onam Formu**

**CALIŞMANIN ADI** (Araştırma başvuru formunda bölüm A.2’de yer alan araştırma adı kullanılmalıdır.) :

### **Hormon İçeren ve İçermeyen Doğum Kontrol Yöntemi Kullanan Kadınların Cinsel Fonksiyonlarının İncelenmesi**

*Bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını bilgilerinizin nasıl kullanılacağını çalışmanın neleri içerdiğini ve olası yararlarını risklerini ve rahatsızlık verebilecek konuları anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız ve eğer istiyorsanız özel veya aile doktorunuzla konuyu değerlendiriniz. Eğer çalışmaya katılmaya karar verirseniz imzalamanız için size bu Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu verilecektir. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Eğer isterseniz, bu çalışmaya katılımla ilgili olarak hekiminiz / aile doktorunuz bilgilendirilecektir. Çalışma amacıyla yapılan normal muayeneler sırasında istenilen tetkikleriniz dışındaki tüm laboratuvar testleri çalışma destekleyicisi tarafından karşılanacak; size veya bağlı bulunduğunuz özel sigorta veya resmi sosyal güvenlik kurumuna ödetilmeyecektir.*

### **CALIŞMANIN KONUSU VE AMACI :**

Bilindiği gibi, doğum kontrol yöntemleri istenmeyen gebelikleri önlemek amacıyla kullanılmaktadır. Üreme çağında olan kadınların doğum kontrol yöntemi kullanımını ve devamını etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Genel olarak doğum kontrol yöntemlerinin kullanımı gebelik korkusunu ortadan kaldırdığı için, cinsel işlevi olumlu yönde etkilemektedir. Kullanılan doğum kontrol yöntemine bağlı gelişen yan etkiler yönteme duyulan memnuniyeti, yöntem devam oranını azaltmakta veya yöntemi bırakmaya neden olmaktadır. Bu nedenle farklı yöntem kullanan kadınların yaşadıkları sorunları belirlemek ve çiftlerin yaşam kalitelerini artıracak sağlık hizmetlerinin sunulması önemlidir. Bu araştırmanın amacı hormon içeren ve içermeyen doğum kontrol yöntemi kullanan kadınların cinsel fonksiyonlarının incelenmesi ve elde edilen sonuçlar doğrultusunda aile planlaması danışmanlık konularının genişletilmesidir.

### **CALISMA İŞLEMLERİ:**

Bu çalışmada Arş.Gör. Özge Baydar tarafından ev ziyareti sırasında yüz yüze görüşme yöntemiyle size bir anket formu uygulanacak araştırmaya veya sorulara ilişkin gerekli açıklama yapılacaktır. Seksen sorudan oluşan anketi cevaplama süreniz yaklaşık 20-25 dakikadır. Bu anket sorularından istemediğiniz soruya/lara cevap vermeyebilirsiniz. Ancak bilimsel çalışmanın amacına ulaşabilmesi için sorulara eksiksiz cevap vermeniz bizim için önemlidir.

### **CALIŞMAYA KATILMAMIN OLASI YARARLARI NELERDİR?**

Bu araştırmadan elde edilecek bulgular kadınlara sunulacak aile planlaması hizmetlerinde kaliteyi artırmaya yarar sağlayacak ve elde edilen bilgiler bilimsel bir araştırmada kullanılacaktır. Araştırma farklı doğum kontrol yöntemleri kullanan kadınlarda yaşanan cinsel sorunların tanımlanması ve hizmetlerin bu yönde planlanması açısından önem taşımaktadır. Araştırma sonuçları; sorun yaşayan kadınlara konuyla ilgili bireysel danışmanlık vermek ve cinsel işlev üzerinde olumsuz etki görüldüğünde problemi çözmek yolunda sağlık çalışanlarına ve bilimsel araştırmalara ışık tutacaktır.

## **KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?**

Hiçbir şekilde ad, soyad ve kişiler bilgileriniz paylaşılmayacak, hiçbir yerde açıklanmayacaktır.

## **SORU VE PROBLEMLER İÇİN BAŞVURULACAK KİŞİLER :**

1. Arş. Gör. Özge BAYDAR 0554 916 55 99

### **Çalışmaya Katılma Onayı**

Yukarıdaki bilgileri Arş. Gör. Özge Baydar ile ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı cevapladı. Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyorum ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve yönetmeliği geçersiz kılmaz. Arş. Gör. Özge Baydar saklamam için bu belgenin bir kopyasını çalışma sırasında dikkat edeceğim noktaları da içerecek şekilde bana teslim etmiştir.

<i>Gönüllü Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

<i>Veli / Vasinin Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

<i>Tanık<sup>1</sup> Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

<i>Araştırmacı<sup>2</sup> Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

1: Gönüllünün bilgilendirilme işlemine başından sonuna dek tanıklık eden kişi

2:Gönüllüyü araştırma hakkında bilgilendiren kişi

## EK VI: Ölçek Kullanım İzni

Ölçek kullanım izni hakkında

03 v ^



Ergun Oksuz  
23.2.2015 (Pzt), 09:21

0 ↩ v

 Ek1.doc 66 KB	 female_sDys.pdf 100 KB	 kcfi.pdf 315 KB
--	---	--

3 ekin (480 KB) Tümünü indir Tümünü OneDrive - Kişisel konumuna kaydet

Merhaba

Ekte FSFI ile ilgili yayınları gönderiyorum.  
Ölçeği kullanmanıza engel bir durum yoktur.

Başarılar

Assoc.Prof.Dr.Ergun Oksuz

Baskent Üniversitesi Faculty of Medicine Bağlica Kampusu Sağlık Merkezi Ankara - Turkey

Tel: +90-312-246-6773/ 0-312-246-6666 - 1423

## EK VII: Tez Konusunun Kabulü



T.C.  
CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ  
YÖNETİM KURULU

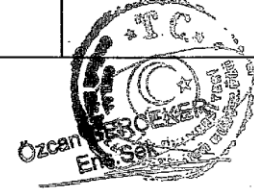
Toplantı Tarihi: 14.05.2015 Toplantı Sayısı: 13 Karar Sayısı: 29

### ALINAN KARARLAR

**Karar 14-** Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi Özge BAYDAR'ın, "Hormon İçeren ve İçermeyen Doğum Kontrol Yöntemi Kullanan Kadınların Cinsel Fonksiyonlarının İncelenmesi" başlıklı tez konusunun Etik Kurul Onayı alınması kaydı ile kabulüne "OY BİRLİĞİ" ile karar verildi

### ENSTİTÜ YÖNETİM KURULU

Prof. Dr. Ayşe AKTAŞ	Müdür	
Yrd. Doç. Dr. Süheyla RAHMAN	Müdür Yardımcısı	
Yrd. Doç. Dr. Şebnem ŞENOL	Müdür Yardımcısı	
Prof. Dr. Necip KUTLU	Üye	
Doç. Dr. Mehmet GÖRAL	Üye	
Doç. Dr. Sezgi ÇINAR PAKYÜZ	Üye	
Özcan GERÇEKER	Raportör	



ASLININ AYNI SIDIR

Prof. Dr. A. AKTAŞ	Yrd. Doç. Dr. S. RAHMAN	Yrd. Doç. Dr. Ş.ŞENOL	Doç. Dr. M. GÖRAL	Prof. Dr. N. KUTLU	Doç. Dr. S. ÇINAR PAKYÜZ	Raportör Ö. GERÇEKER
Paraf	Paraf	Paraf	Paraf	Paraf	Paraf	Paraf


## EK VIII: Etik onam

T.C.  
Celal Bayar Üniversitesi  
Tıp Fakültesi Yerel Etik Kurulu  
Karar Formu

KARAR TARİH / NO	27 / 05 / 2015 / 20478486 - 227				
ARAŞTIRMANIN ADI	Hormon İçeren ve İçermeyen Doğum Kontrol Yöntemi Kullanan Kadınların Cinsel Fonksiyonlarının İncelenmesi				
SORUMLU ARAŞTIRMACI	Doç. Dr. Emre YANIKKEREM- CBÜ.SYO.Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği A.D				
ARAŞTIRMA EKİBİ	Arş.Gör. Özge Baydar				
ARAŞTIRMANIN NİTELİĞİ	UZMANLIK TEZİ <input type="checkbox"/>	YÜKSEK LİSANS--DOKTORA TEZİ <input checked="" type="checkbox"/>	AKADEMİK AMAÇLI <input type="checkbox"/>		
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	28 / 04 / 2015 / 173 - Tarih ve sayılı; Araştırma dosyası				
KARAR BİLGİLERİ	Araştırma dosyası incelenmiş, bilimsel ve etik açıdan UYGUN olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir				
Ünvanı/Adı/Soyadı	Araştırma ile ilişkisi Olan Üye	Toplantıya Katılmayan Üye	Ünvanı/Adı/Soyadı	Araştırma ile ilişkisi Olan Üye	Toplantıya Katılmayan Üye
Prof. Dr. Cengiz KIRMAZ Alerji İmmünoloji BD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prof. Dr. Necip KUTLU Fizyoloji AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prof. Dr. Pelin ERTAN Çocuk Sağlığı Hastalıkları AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prof. Dr. Ece ONUR Tıbbi Biyokimya AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prof. Dr. Erhun KASIRGA Çocuk Sağlığı Hastalıkları AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prof. Dr. Canan TIKIZ F. T. R Algoloji AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prof. Dr. Artuner DEVECİ Psikiyatri AD	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Prof. Dr. Gönül Tezcan KELEŞ Anestezi ve Reanimasyon AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doç. Dr. Peyker TEMİZ Patoloji AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prof. Dr. F. Sırrı ÇAM Tıbbi Genetik AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doç. Dr. Murat TAŞ BESYO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Doç. Dr. Beyhan Cengiz ÖZYURT Halk Sağlığı AD	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Yrd. Doç. Dr. Selim ALTAN Tıbbi Etik AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Yrd. Doç. Dr. Tarık ULUÇAY Adli Tıp AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nazlı KÜEY Avukat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Yrd. Doç. Dr. Dilek ÇEÇEN Cerrahi Hemşireliği AD	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Derviş KILIÇ Sivil Üye	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	-----	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Etik Kurulumuzun kararı yukarıda belirtilmiştir. Araştırma Başvuru Formunun Taahhütname – Bölüm E kısmında belirtilmiş olan hususların dikkate alınarak istenilen bilgilerin Etik Kurulumuza zamanında iletilmesi konusunda bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.					
Doç. Dr. Peyker TEMİZ Başkan					



## EK IX: Halk Sağlığı Müdürlüğü çalışma uygulama izni

**T.C.  
MANİSA VALİLİĞİ  
HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ**  
Aile Hekimliği Uygulama Şube Müdürlüğü

MANİSA HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ - MANİSA  
HSM AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMA ŞUBE  
MÜDÜRLÜĞÜ  
13 08 2013 17 38 - 54532031 / 770 / 445  
00012642697

Sayı : 54532031/770  
Konu : Araştırma Başvurusu  
(Araş. Gör. Özge BAYDAR)

**CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜ'NE  
MANİSA**

**İlgi:** 16.06.2015 tarihli araştırma başvuru dilekçesi ve ekleri.

Üniversiteniz Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalında görevli Doç. Dr. Emre YANIKKEREM'in sorumluluğunda Manisa ilinde yürütülecek olan, "**Hormon İçeren ve İçermeyen Doğum kontrol Yöntemi Kullanan Kadınların Cinsel Fonksiyonlarının İncelenmesi**" başlıklı ilgede kayıtlı araştırma izin talebi, "**Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Alanında Yapılacak Olan Araştırma Taleplerini Değerlendirme Komisyonu**" tarafından değerlendirilmiştir.

Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkanlığı tarafından 23.08.2013 tarih ve 2013.5679.86761 sayılı "**Araştırma Talepleri**" konulu yazı ve ekinde belirtilen koşullar çerçevesinde düzenlenerek 16.09.2013 tarih ve 2188 sayılı Makam Oluru ile onaylanan "**Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Alanında Yapılacak Olan Araştırma İzin/Onay Taleplerine İlişkin Değerlendirmeye Esas Teşkil Eden Kriterler**" konulu yazımızda dikkat edilmesi gereken hususlar belirtilmiştir.

Bu kapsamda;

**Madde-7** "*Değerlendirmelerde konuyla ilgili tüm yasal düzenlemeler, mesleki etik kodları, ulusal-uluslar arası bildirme ve duyurular ile etik değer ve ilkeler göz önünde bulundurulacaktır. Bu hususlara uygunluğu olmayan araştırmalar uygun görülmeyecek, uygun görüldüğü halde araştırmamın yürütülmesi esnasında söz konusu hususların ihlal edilmesi durumunda araştırmalar durdurulacak ve ilgili birimlere bilgi verilecektir.*"

**Madde -11** "*Uygun görülen araştırma taleplerinden,*

- ASM'de gerçekleştirilecek olanların bu merkezde çalışan personelden araştırmamın yürütülmesine esas gönüllü olduklarına dair belge alınması,*
- ASM'nin işleyişi ve güvenilirliğine zarar verilmemesi,*
- Aile hekimlerine kayıtlı nüfusa ilgili verilerin sahsın veya yasal vasisinin izni olmadan alınmaması hususlarına riayet edilmelidir.*


Yukarıda yer alan ilkelere bağlı kalmak ve araştırmaya katılmayı kabul eden kişilerin yazılı onamlarının alınması koşuluyla Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Alanında Yapılacak Olan Araştırma İzin/Onay Taleplerine İlişkin Esas Teşkil Eden Kriterler çerçevesinde değerlendirmeler yapılarak araştırma izin talebiniz uygun bulunmuştur.

Çalışma tamamlandığında araştırmaya katılmayı kabul eden kişilerin yazılı onamları ile araştırma sonuçlarını içeren bir rapor örneğinin Kurum Başkanlığına iletilmek üzere Müdürlüğümüze gönderilmesi gerekmektedir. Talep sahibine durumun bildirilmesi hususunda, Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Dr. Ziya TAY  
Halk Sağlığı Müdürü

**EKLER:**  
1- Komisyon Tutanağı (1 sayfa)

Halk Sağlığı Müdürlüğü Aile Hekimliği Uygulama Şube Müdürlüğü  
Tel:0 236 231 19 04/143-181-210 FAX:0 236 231 49 93 e-posta:hsm45.ahu@saglik.gov.tr

  
Bu evrakın 5070 sayılı kanun gereğince E-İMZA ile imzalandığı tasdik olunur.  
MÜBÜR  
İbrahim GÜLEM  
MÜDÜR  
M. İ. SOYAL  
İmzalı  
İmzası

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.  
Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden c3aec9a9-5af2-4ba2-93ea-76d96bf7552d kodu ile erişebilirsiniz.



MANİSA VALİLİĞİ  
HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ  
A. İl Müdürlüğü Uygulama Şube Müdürlüğü

**İL ARAŞTIRMA TALEPLERİNİ DEĞERLENDİRME KOMİSYONU  
TOPLANTI KARAR TUTANAĞI**

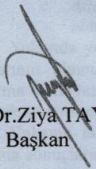
Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkanlığı tarafından 23.08.2013 tarih ve 2013.5679.86761 sayılı "Araştırma Talepleri" konulu yazı ve ekinde belirtilen koşullar çerçevesinde araştırma taleplerinin Halk Sağlığı Müdürlüklerince de değerlendirilebileceği belirtilmiştir.

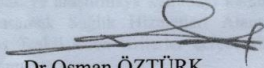
Buna istinaden, İl Halk Sağlığı Müdürlüğümüz bünyesinde Makam Oluru ile "Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Alanında Yapılacak Olan Araştırma Taleplerini Değerlendirme Komisyonu" oluşturulmuştur.

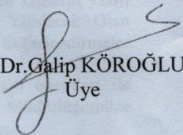
"Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Alanında Yapılacak Olan Araştırma İzin/Onay Taleplerine İlişkin Değerlendirmeye Esas Teşkil Eden Kriterler" çerçevesinde, başvurusu yapılan araştırma talepleri, 12.08.2015 tarihinde saat 14:00'de Komisyonumuzca değerlendirilmiştir. Yapılan değerlendirmeye göre;


1. 16.06.2015 tarihli araştırma başvuru dilekçesi ile başvuru yapan Manisa Celal BAYAR Üniversitesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim dalında görevli Doç. Dr. Emre YANIKKEREM'in sorumluluğunda Araştırma Görevlisi Özge BAYDAR tarafından yürütülecek olan "Hormon İçeren ve İçermeyen Doğum Kontrol Yöntemi Kullanan Kadınların Cinsel Fonksiyonlarının İncelenmesi" başlıklı araştırma başvurusu uygun bulunmuş olup, Komisyonca izin verilmiştir.

Yukarıda belirtilen araştırmalara ait başvuru formları ve ekli belgeler incelenmiş, araştırmaların gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir. İş bu tutanak imza altına alınmıştır.

  
Dr. Ziya TAY  
Başkan

  
Dr. Osman ÖZTÜRK  
Başkan Yard.

  
Dr. Galip KÖROĞLU  
Üye

  
Dr. Behiye ERBİL  
Üye



## ÖZGEÇMİŞ

<b>Adı</b>	Özge	<b>Soyadı</b>	BAYDAR
<b>Doğum Yeri</b>	NEVŞEHİR	<b>Doğum Tarihi</b>	20.12.1990
<b>Uyruğu</b>	T.C	<b>Tel</b>	0(236) 239 13 18
<b>E-mail</b>	ozgebydr_19@hotmail.com		

### Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
<b>Lisans</b>	Hacettepe Üniversitesi	2013
<b>Lise</b>	Kozaklı Yabancı Dil Ağırlıklı Lisesi	2008

### İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
Arş. Gör.	CBÜ Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği	2014- devam ediyor

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

Yabancı Dil Sınav Notu #								
YDS	ÜDS	IELTS	TOEFL IBT	TOEFL PBT	TOEFL CBT	FCE	CAE	CPE
75.00								

### Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Office	İyi

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

