



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ERZİNCAN BİNALİ YILDIRIM ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ



**KONTRASEPSİYON YÖNTEMLERİNİN HASTA MEMNUNİYETİ
VE SEKSÜEL FONKSİYON ÜZERİNE ETKİLERİ**

Dr. Ahmet KIRKINCI

KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM ANABİLİM DALI

TIPTA UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN

Doç. Dr. TUNAY KİREMİTLİ

ERZİNCAN-2023

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ERZİNCAN BİNALİ YILDIRIM ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

KONTRASEPSİYON YÖNTEMLERİNİN HASTA MEMNUNİYETİ VE
SEKSÜEL FONKSİYON ÜZERİNE ETKİLERİ

Dr. AHMET KIRKINCI

KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM ANABİLİM DALI
TIPTA UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN

Doç. Dr. TUNAY KİREMİTLİ

ERZİNCAN-2023

ETİK ONAM

Evrak Tarih ve Sayısı: 17.01.2022-138828



T.C.
ERZURUM BİNALI YILDIRIM ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Tıp Fakültesi Dekanlığı Anabilim Dalları Sekreterliği

Sayı :E-21142744-804.99-138828
Konu :Arş.Gör.Ahmet KIRKINCI Etik Kurul
Kararı

17.01.2022

Arş.Gör.Ahmet KIRKINCI

Üniversitemiz Klinik Araştırmalar Etik Kurulunun 10/01/2022 tarihli ve 14 sayılı toplantısında alınan 14/10 sayılı kararı aşağıda belirtilmiştir.
Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

KARAR:14/10

Arş.Gör.Ahmet KIRKINCI'ya ait "Kontrasepsiyon Yöntemlerinin Hasta Memnuniyeti ve Seksüel Fonksiyon Üzerine Etkileri" konulu çalışması görüşüldü.

Yapılan görüşmelerden sonra; adı geçen araştırma görevlisinin değerlendirilmek üzere Etik Kurula sunduğu bilimsel çalışmasının; Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği ile ilgili mevzuat hükümleri bakımından uygun olduğuna mevcut oy birliğiyle karar verilmiştir.

Prof.Dr. Samih DİYARBAKIR
Klinik Araştırmaları Etik Kurulu Başkanı

Bilgi Takip Adresi :
https://erbu.edu.tr/en/Veri/Validat_Doc.aspx?id=ERB4D5TNDok138828
Adres:Erzurum Binali Yıldırım Üniversitesi Mühendislik Fakültesi Yalıncık Yolu 24100 –
Erzurum
Telefon:044 8 824 – (0446) 226 66 66 Faks:(0446) 226 66 65
e-Posta:sekretar@erzurum.edu.tr Web:https://erbu.edu.tr/tr
Kop Adres:erbu@erbu.edu.tr

Bilgi için: Radvan ÇELİK
Ünvanı: Bilgiyevar Yönetmeni



TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimimi tamamladığım Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde bize iyi bir eğitim ve çalışma ortamı sağlayan, bilgi, birikim ve tecrübelerini bize sabırla aktaran, elini meslek hayatım boyunca omzumda hissedeceğim, hocam, anabilimdalı başkanımız Prof. Dr. Paşa ULUĞ'a,

Asistanlık eğitimim ve tez hazırlama dönemim süresince gerek tıbbi gerekse günlük hayatta bilgi, beceri ve tecrübelerini paylaşarak yol gösteren her zaman yanımda olduğunu bildiğim; doktorluğuna, eğitimciliğine ve insanlığına saygı duyup örnek aldığım, sevgimi ve saygımı ömrüm boyunca koruyacağım, asistanlık hayatımdaki şansım ablam, abim, hocam Doç. Dr. Sevil KİREMİTLİ'ye ve Doç. Dr. Tunay KİREMİTLİ'ye,

Eğitim sürem boyunca bilgi, beceri ve tecrübelerini bizlere aktaran eğitimimize emek harcayan Doç. Dr. Cenk NAYKI'ya, Doç. Dr. Ümit ARSLAN NAYKI'ya, Doç. Dr. Can TÜRKLER'e, Dr. Öğr. Üyesi Betül KALKAN YILMAZ'a, Dr. Öğr. Üyesi Kemal DİNÇ'e ve Uzm. Dr. Nesrin YILMAZ'a,

Birlikte çalışmaktan ve tanımaktan mutluluk duyduğum asistan arkadaşlarıma, hemşire ve tüm hastane personelimize,

Asistanlık eğitim süresince sevgisini ve desteğini her zaman hissettiğim, yoldaşım, hayat arkadaşım, eşim Pelin KIRKINCI'ya, canım kızlarım Nil ve Nisa KIRKINCI'ya ,

Beni yetiştirip bugünlere gelmemi sağlayan; sevgisini ve şevkatini esirgemeyen canım anneme, ilk öğretmenim, maddi ve manevi desteğini hiçbir zaman esirgemeyen canım babama teşekkürlerimi ve saygılarımı sunarım.

Dr. Ahmet KIRKINCI

İÇİNDEKİLER

ETİK ONAM.....	i
TEŞEKKÜR.....	ii
İÇİNDEKİLER.....	iii
KISALTMALAR.....	vi
TABLolar.....	vii
ÖZET	viii
ABSTRACT	ix
1. GENEL BİLGİLER.....	1
1.1. Aile Planlaması Tanımı ve Amacı.....	1
1.2. Aile Planlamasının Önemi	2
1.3. Aile Planlaması Tarihçesi	3
1.4. Aile Planlaması Danışmanlığı.....	4
1.4.1 Tanım.....	4
1.4.2 Aile Planlaması Danışmanlık Hizmetlerinin Amacı	4
1.4.3. Aile Planlaması Danışmanlık Çeşitleri.....	4
1.4.3.1. Genel Danışmanlık	4
1.4.3.2. Yönteme Özel Danışmanlık	4
1.4.3.3. İzlem Danışmanlığı	4
1.5. Aile Planlaması Yöntemleri ve Kullanımı.....	5
1.5.1. Geleneksel/Doğal Yöntemler	5
1.5.1.1. Geri Çekme Yöntemi(Koitus Interruptus).....	5
1.5.1.2. Laktasyonel Amenore Yöntemi (LAM)	5
1.5.1.3. Servikal Mukus Yöntemi (Billings Ovülasyon Metodu-BOM)	5
1.5.1.4.Bazal Vücut Isısı Yöntemi	6
1.5.1.5. Takvim Yöntemi.....	6
1.5.1.6. Servikal Palpasyon Yöntemi	6
1.5.2. Modern Yöntemler.....	7
1.5.2.1. Hormonal Kontraseptifler	7
1.5.2.1.1. Kombine Oral Kontraseptifler (KOK)	7
1.5.2.1.2. Sadece Progesteron İçeren Oral Kontraseptifler (Mini Pills)	7

1.5.2.1.3.Post-Koital Oral Kontraseptifler	8
1.5.2.1.4.Enjekte Edilen Kontraseptifler	8
1.5.2.1.4.1. Kombine Enjekte Edilen Kontraseptifler	9
1.5.2.1.4.2.Yalnız Progestin İçeren Enjekte Edilen Kontraseptifler	9
1.5.2.1.5. Cilt Altı İmplantları	9
1.5.2.1.6.Vajinal Halka.....	10
1.5.2.1.6.1. Kombine Vajinal Halka	10
1.5.2.1.6.2. Progesteron Salgılayan Vajinal Halka	11
1.5.2.2. Rahim İçi Araçlar (RİA).....	11
1.5.2.3. Bariyer Yöntemler	11
1.5.2.3.1. Kondom	12
1.5.2.3.1.1. Erkek Kondomu	12
1.5.2.3.1.2. Kadın Kondomu	12
1.5.2.3.2. Diyafram ve Servikal Başlık	12
1.5.2.3.3. Spermisidler	13
1.5.2.4. Cerrahi Yöntemler	13
1.5.2.4.1.Tüp Ligasyonu	13
1.5.2.4.2.Vazektomi	13
1.6. Cinsel Sağlık.....	14
1.7. Cinsel Eylem Fizyolojisi.....	15
1.7.1. Uyarılma Fazı	15
1.7.2. Plato Fazı	16
1.7.3. Orgazm Fazı	16
1.7.4. Çözülme Fazı.....	17
1.8. Beck Depresyon Ölçeği ve Güvenilirliği.....	17
1.8.1. Beck Depresyon Ölçeği.....	17
1.8.2. Beck Depresyon Ölçeğinin Güvenilirliği (Ek-1)	17
1.9. Kadın Cinsel İşlev Ölçeği (FSFI) (Ek-2).....	18
2. GEREÇ VE YÖNTEMLER.....	19
3. BULGULAR	21
4. TARTIŞMA.....	27
5. SONUÇ.....	33
6. KAYNAK	34

7. EKLER.....	41
7.1. Ek-1 Beck Depresyon Ölçeği.....	41
7.2. Ek-2 Kadın Cinsel İşlev Ölçeği (FSFI)	44



KISALTMALAR

AP: Aile Planlaması

TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

RIA: Rahim İçi Araç

OKS: Oral Kontraseptif

MSS: Merkezi Sinir Sistemi

BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği

FSFI: Kadın Cinsel İşlev Ölçeği

SHBG: Sex Hormon Bağlayıcı Globulin

BTL: Bilateral Tubal Ligasyon

DMPA: Depot Medroxyprogesterone Acetate

ALLO: Allopregnanolone

TABLÖLAR

Tablo 1: Demografik Veriler

Tablo 2: Eğitim Durumu-Sigara-Memnuniyet

Tablo 3: FSFI Puanlaması

Tablo 4: Beck Depresyon Ölçeğini (BDÖ)



ÖZET

Bu çalışmada beş farklı kontrasepsiyon yönteminin hasta memnuniyeti ve seksüel fonksiyon üzerine etkilerinin araştırılması planlandı.

20.01.2022–31.07.2022 tarihleri arasında Erzincan Binalı Yıldırım Üniveristesi Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne herhangi bir sebep ile başvuran 19-45 yaş arası 362 hasta, 5 gruba ayrıldı. Grup 1'e kombine oral kontraseptif kullanan hastalar dahil edildi. Grup 2'ye progestin içeren enjeksiyon kullanan hastalar alındı. Grup 3'e bakır yüklü intrauterin araç kullanan hastalar alındı. Grup 4'e bilateral salfenjektomi ya da bilateral tüp ligasyonu ile sterilizasyon yapılmış hastalar alındı. Grup 5'de ise erkek partneri kondom ile korunan, kendisi herhangi bir hormonal, cerrahi veya bariyer yöntemi kullanmayan hastalar yer aldı. Çalışma anlatıldı, mahremiyet sağlandı, gönüllü katılım vurgulandı ve ardından hastalardan Türkçeleştirilmiş FSFI ve Beck Depresyon Ölçeğini (BDÖ) doldurmaları istendi. Hastaların demografik verileri ve anket formları IBM SPSS ver. 21 kullanılarak karşılaştırıldı.

En düşük memnuniyet korunma yöntemi olarak RİA kullanan hastalarda izlenirken en yüksek memnuniyet kondom kullanan hastalarda izlendi. Toplam FSFI puanı açısından bakıldığında en yüksek puan Grup 5'de $25,1 \pm 3,3$ 'dü. En düşük puan ise Grup 3'de $23,8 \pm 4,7$ 'di. Grup 1'de $24 \pm 4,3$, Grup 2'de $24,8 \pm 3,02$, Grup 4'de ise $24,1 \pm 6,05$ olarak izlendi. Ancak toplam FSFI puanlarında gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark izlenmedi ($p=0.06$). Cinsel istek alt grubunda Grup 1'de ortanca değer 3 (1,2-5,4) olarak en düşük izlendi. Grup 1'in, Grup 2 ve Grup 5 ile olan karşılaştırılmasında fark istatistiksel olarak anlamlıydı (sırasıyla p değeri 0,03 ve 0,01). Cinsel uyarılma alt grubunda en düşük değer grup 3'de 3,3 (1,2-5,7) idi. Gruplar arasında grup 3 ve grup 5 arasında istatistiksel olarak anlamlı fark izlendi ($p=0.018$). Orgazm alt grubunda ortanca değerler gruplar için sırasıyla; 3,6 (1,2-5,6), 4,4 (3,2-6), 4 (2,4-5,2), 3,6 (1,2-6) ve 4,4 (2-6) olarak bulundu. Grup 4 ve Grup 1'in Grup 5 ile arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı (sırasıyla $p= 0,01$ ve $0,01$). Lumbrikasyon ve memnuniyet alt grubunda ise gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark izlenmedi. Ağrı alt grubunda ise; en düşük puan Grup 3'de 3,6 (0-5,6)'ydı. Grup 3 için ağrı skoru, tüm gruplara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düşük izlendi.

AP hizmeti alan hastaların yöntemin etkinliği kadar yan etkileri açısından da iyi bilgilendirmeleri gerekmektedir. Kontraseptif yöntemlerin cinsel işlev üzerinde ve depresyon üzerinde benzer etkileri olsa da alt gruplarda farklılıklar olabileceğini bilmek hasta ve sağlık hizmeti veren profesyoneller açısından kıymetlidir.

ABSTRACT

In this study, it was planned to investigate the effects of five different contraception methods on patient satisfaction and sexual function.

Between 20.01.2022 and 31.07.2022, 362 patients aged 19-45 years, who applied to Erzincan Binali Yıldırım University Mengücek Gazi Training and Research Hospital for any reason and were included in the study, were divided into 5 groups. Patients using combined oral contraceptives were included in Group 1. Patients using progestin-containing injections were included in Group 2. Patients who used copper-loaded intrauterine devices were included in Group 3. Patients who underwent sterilization with bilateral salphingectomy or bilateral tubal ligation were included in group 4. Group 5 included patients whose male partner was protected with a condom and who did not use any hormonal, surgical or barrier methods. The study was explained, privacy was ensured, voluntary participation was emphasized, and then patients were asked to complete the Turkish-language FSFI and Beck Depression Scale (BDI). Patients' demographic data and questionnaires were compared using IBM SPSS ver 21.

The lowest satisfaction was observed in patients using IUD as a method of protection, while the highest satisfaction was observed in patients using condoms. In terms of total FSFI score, the highest score was 25.1 ± 3.3 in Group 5. The lowest score was 23.8 ± 4.7 in Group 3. It was 24 ± 4.3 in Group 1, 24.8 ± 3.02 in Group 2, and 24.1 ± 6.05 in Group 4. However, there was no statistically significant difference between the groups in total FSFI scores ($p=0.06$). In the sexual desire subgroup, the median value in Group 1 was 3 (1.2-5.4) and the lowest was observed. In the comparison of Group 1 with Group 2 and Group 5, the difference was statistically significant (p value 0.03 and 0.01, respectively). The lowest value in the sexual arousal subgroup was 3.3 (1.2-5.7) in group 3. There was a statistically significant difference between the groups between group 3 and group 5 ($p=0.018$). The median values in the orgasm subgroup were respectively; 3.6 (1.2-5.6), 4.4 (3.2-6), 4 (2.4-5.2), 3.6 (1.2-6) and 4.4 (2-6) was found. The difference between Group 4 and Group 1 when compared to Group 5 was statistically significant ($p= 0.01$ and 0.01, respectively). In the lubrication and satisfaction subgroup, there was no statistically significant difference between the groups. In the pain subgroup; the lowest score was 3.6 (0-5.6) in Group 3. Pain score for group 3 was statistically significantly lower compared to all groups.

Patients receiving Family Planning service should be well informed about the side effects as well as the effectiveness of the method. Although contraceptive methods have similar effects on sexual function and depression, it is valuable for patients and healthcare professionals to know that there may be differences in subgroups.



1. GENEL BİLGİLER

1.1. Aile Planlaması Tanımı ve Amacı

Aile planlaması (AP); Kişileri istemedikleri gebeliklerden korumak, planlanan gebelik ile bir önceki doğum arasındaki süreyi ayarlamak, yaş ve sosyo-ekonomik durumları ortaya koyarak hangi zaman dilimlerinde ve ne kadar çocuk sahibi olunacağını planlamak, çocuk sahibi olmayan ailelerin çocuk sahibi olma isteklerini yerine getirmelerine yardımcı olmak amacıyla ailelere yol gösteren uygulamaların bütünüdür (1).

Uluslararası Aile Planlaması Federasyonu'nun yayınladığı Üreme Hakları ve Cinsel Haklar Bildirgesi'ne göre kişilerin çocuk istemi olup olmama, arzu ettiği ve şartlarının uygun olduğu zamanda çocuk sahibi olma kararı verme, aile planlaması yöntemlerinden uygun olanlara özgür ve adil şartlarda erişebilme ve bilgi alma hakkı mevcuttur (2).

AP hizmetinin amacı; istenmeyen gebelikleri, düşükleri ve isteğe bağlı gebelik sonlandırmalarını en aza indirmek, gebelikler arasındaki zamanı en uygun şekilde planlamak, cinsel sağlığı, ruh ve beden sağlığını korumak, eşleri üreme sağlığı ve kontraseptif yöntemlerle ilgili bilgilendirmek, yöntem seçimi ve uygulanması yönünde bilinçlendirmek, aile ve ülke menfaati doğrultusunda sorumluluk alarak karar vermelerine yardımcı olmaktır. Bütünüyle AP hizmetleri insanların yaşam kalitelerini artıran bir faktördür (3, 4).

AP'nin amaçlarından biri olan çocuk sahibi olma yaşında toplumun bilinçlendirilmiş olması riskli gebeliklerin büyük ölçüde azalmasına sebep olur. Öyle ki 18 yaşından küçük, 35 yaşından büyük kadınlarda oluşacak gebelikler riskli gebelik olarak görülmektedir. 18 yaş altı oluşan gebelikler erken doğuma, düşüğe, anemiye ve bebeğin anne karnındaki gelişimini tamamlayamamasından dolayı düşük doğum ağırlıklı doğmasına sebep olmaktadır. 35 yaş üstü oluşan gebelikler ise bazı kronik hastalıkların ilerleyen yaşla birlikte görülme olasılığında artış sebebiyle riskli olmakla beraber bu gebeliklerde konjenital ve kromozomal anomali riski de artmaktadır (5).

Yetersiz AP hizmeti sonucu görülen, istenmeyen gebelikler sağlıksız şartlarda sonlandırılarak kadınların hayati tehlikeyle karşı karşıya gelmesine sebebiyet vermektedir. İstenmeyen bir gebelik varsa uygun ve sağlıklı şartlarda gebeliğin sonlandırılması sağlanmalıdır. Gebeliğin sonlandırılması için yasal sınır Türkiye Cumhuriyeti Kanunları'nda belirtildiği üzere 10. gebelik haftasının bitimine kadar olan süredir (6).

Ülkemizde evli kadınların %70'i aile planlaması yöntemlerinden birini kullanmaktadır. En çok kullanılan yöntemler; geri çekme (%20), erkek kondomu (%19), RİA (%14) ve tüplerin bağlanmasıdır (%10). Evli kadınların %12'sinde AP yetersiz kalmış, ihtiyacı karşılayamamıştır. Yani bu kadınlar, doğumlarının arasını açmak için veya gebelik istememelerine rağmen bir aile planlaması yöntemi kullanmamışlardır (7).

1.2. Aile Planlamasının Önemi

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2018 verilerine göre 15-49 yaş kadınların %15'i istenmeyen gebelik yaşamış, %11'i ise ilerleyen tarihlerde gebe kalmayı istemiştir. İstenmeyen gebelikler kadın sağlığı için ciddi bir tehdit unsurudur, küretajın yasal olduğu haftalarda dahi olası yan etkileri, annenin gebeliğe bağlı mortalite ve morbiditesinin önemli kısmını oluşturmaktadır. Güvenli ve etkili AP yöntemlerine kolaylıkla ulaşanlarda istemli küretaj insidansı oldukça azdır (7).

Anne ölümlerinin %70'den fazlası kanama, hipertansiyon, enfeksiyon ve küretaj gibi gebelik ve doğum komplikasyonlarından dolayıdır. Aile planlaması isteklerinin modern kontraseptif yöntemlerle karşılanması, istenmeyen ve riskli gebeliklerin engellenmesini sağlayarak, anne ölüm riskini ve 5 yaş altı çocuk ölüm riskini azaltacaktır (8).

Dünya genelinde ise gebeliklerin %44'ü istenmeyen gebeliklerdir. Bu gebeliklerin de yarısı küretajla sonlandırılmıştır. Oldukça fazla korunma yöntemi varken her yıl milyonlarca kadın olumsuz şartlarda düşük yapmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün yakın tarihte yaptığı bir araştırmaya göre istenmeyen gebelik yaşamış kadınların üçte ikisinin herhangi bir AP yöntemi kullanmadığı veya yanlış yöntem kullandığı bildirilmiştir (9).

AP hizmetleri etkisiyle doğurganlık azalırken, anne ve çocuk sağlığı iyileştirilerek ekonomik ve toplumsal açıdan gelişmeler görülmektedir. Sağlıklı annelerin sağlıklı yeni doğan ve sağlıklı çocuklara sahip olma olasılığı artarken, kadının sağlıksız olması veya ölümü, hem kadının fırsatlarını, inancını ve gücünü yitirmesine hem de çocuklarının psikososyal yönden sağlıklı çocuklar olma şansını kaybetmesine sebep olur. Kadın sağlığı, sınırları, siyasi görüşleri ve kültürel farklılıkları bertaraf ederek gelecek nesillerin sağlığını iyileştirme garantisi veren kusursuz bir yatırımdır (10, 11, 12).

1.3. Aile Planlaması Tarihçesi

Aile planlamasının tarihsel sürecini anlamak, aile planlamasının önemini göz önüne sermiştir. Doğum kontrol yöntemlerinin kökleri, ilk çağlara dayanmaktadır. İnsanlığın tarih boyunca doğurganlığı kontrol altına alma isteği ile hareket ettiği söylenebilir (13).

Aile planlamasının temeli MÖ. 3000 yıllarında insanların gebeliklerin cinsel birleşmeyle oluştuğunun farkına varıp korunma ihtiyaçlarına yönelik arayışa geçmesi ile başlamıştır. İlk doğum kontrol yöntemi Mısır'da kondom kullanılarak yaygınlaşmış ve bazı Mısır yazıtlarında gebeliği önlemek için tampon benzeri araçlar kullanıldığı yazılmıştır. MÖ 18. yüzyılda Mısır'da timsah dışkısı, bal, sodyum karbonat karışımından vajinal tıkaçlar kullanılmıştır. Arap kervancılar yolculuklarda develerinin hamile kalmasını önlemek için rahimlerine küçük taşlar yerleştirerek günümüzde kullanılan Rahim İçi Araç (RİA)'ın temelini oluşturmuştur. Tarihte peser gebelikten korunma amacıyla üretilmiş ve timsah, fil dışkısı ve bazı bitkilerin karışımıyla elde edilmiştir. Benzer olarak Japonlar bambudan kağıtları, Müslümanlar ise palmiye yapraklarını peser amacıyla kullanmışlardır (14, 15).

Antik Yunan medeniyetinde ise daha çok bitkisel tarifler ile hurafe inanışlar ve muskalar kullanılmıştır. Antik Çin'de kadınların çocuk düşürmek için sıcak civa içtiği MÖ 7. Yüzyılda yayınlanan Sun Ssu-Mo'ya ait "1000 Altın Gebeligi Önleme Tarifi" isimli tıp kitabında anlatılmıştır (16).

MÖ 1600'lü yıllarda balık ve bazı hayvan bağırsakları hem doğum kontrol yöntemi olarak hem de cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunmak amacıyla kondom olarak kullanılmıştır. İlk sentetik kondomu 1844'de Charles Goodyear plastikten üretmiştir. 1900'lü yıllarda Rahim İçi Araçlar (RİA), süngerler ve diyaframlar doğum kontrol amacıyla kullanılmaya başlanmıştır (17).

Oral Kontraseptiflerin (OKS) kullanımına ilk olarak 1956'da Porto Rico'da ve 1960'da ABD'de başlanmıştır. 1980'lerde bifazik ve trifazik OKS'ler geliştirilmiştir. 2000'li yılların başında hormon enjeksiyonları, progesteron içerikli RİA ve vajinal halka kullanılmaya başlanmıştır (18, 19).

1.4. Aile Planlaması Danışmanlığı

1.4.1 Tanım

Danışmanlık; bireylerin bir alanda uzman ve yetkili kişilerce bilgilendirilmesi ve kişinin bilinçlendirilerek kendine ve duruma uygun seçim kararını oluşturmaya yardımcı olmaktır (20).

1.4.2 Aile Planlaması Danışmanlık Hizmetlerinin Amacı

Bireylerin ihtiyaçlarına yönelik kontraseptif yöntem kullanmalarına gerek olup olmadığı yönünde karar almalarına, AP yöntemlerini uygun biçimde kullanmalarına ve yöntemlerin hem faydalarını hem de risklerini görmelerine, bilinçli bir şekilde özgürce seçim yapabilmelerine yardımcı olmaktır (20).

1.4.3. Aile Planlaması Danışmanlık Çeşitleri

1.4.3.1. Genel Danışmanlık

Başvuruda bulunan kişilere kontraseptif yöntem belirlemeden önce sunulan hizmettir. Öncelikle üreme sistemi ile ilgili kısa bilgiler verilir. Bütün kontraseptif yöntemlerle ilgili genel bilgilendirme yapılır. Yöntemlerin olumlu ve olumsuz yönleri tarafsızca anlatılır. Genel danışmanlık bireysel veya grup danışmanlığı olarak verilebilir (21).

1.4.3.2. Yönteme Özel Danışmanlık

Başvuran bireyin kendisi için seçmiş olduğu yöntemle ilgili yapılan danışmanlıktır. Kişinin seçtiği yöntem detaylı olarak danışana anlatılır. Yöntemin olumlu ve olumsuz tarafları, yan etkileri, koruyuculuk oranı, unutulması veya hatalı kullanımı durumunda yapılması gerekenler ayrıntılı bir şekilde danışana anlatılır (21).

1.4.3.3. İzlem Danışmanlığı

AP, kişinin kullandığı yöntemle ilgili olarak kullanım devamlılığını etkileyen danışmanlıktır. Yöntemin yanlış kullanımını engeller, yan etkilerinin tedavisine olanak sağlar. Gerekli malzemeler temin edilir. Varsa soru işaretleri ve endişeler giderilir. Son aşama kişilerin çocuk sahibi olma istekleri veya olası yan etkilerden rahatsızlık gibi durumlarda

yöntemin sonlandırılmasıyla sonuçlanabilmektedir. Bütün aşamalar danışmanlık hizmetlerinin bütünlüğü esas alınarak değerlendirilmektedir (19, 20).

1.5. Aile Planlaması Yöntemleri ve Kullanımı

1.5.1. Geleneksel/Doğal Yöntemler

1.5.1.1. Geri Çekme Yöntemi(Koitus Interruptus)

Halk arasında ‘dışarıya boşalma’, ‘erkeğin korunması’ gibi farklı ifadeler ile tanımlanan bu yöntem adından da anlaşılacağı gibi cinsel ilişki sırasında boşalmayı saniyeler öncesinde hissedip erkeğin cinsel organını ejakülasyon anında vajinadan çekmesi esasına dayanır. Bu yöntemin doğru uygulanması için erkeğin ejakülasyonu önceden hissetmesi şarttır. Ancak erkeklerin %50’sinde boşalma esnasında ejakülat atılımı tek seferde değil aralıklı olarak atılır. Bu sebeple cinsel ilişkinin başlangıcından itibaren üretraya kaçan spermeler istenmeyen gebeliğe sebep olabilir. Normal şartlarda bu yöntemle gebelik oluşması ihtimali %9-15’tir fakat yapılan araştırmalarda yöntemin doğru uygulanmamasından ötürü gebelik oluşması ihtimalinin %25’e kadar çıktığı görülür. Bu yöntemin AP yöntemi olarak seçenekler arasında sunulmaması önerilmektedir (19, 20).

1.5.1.2. Laktasyonel Amenore Yöntemi (LAM)

Laktasyonel amenore yöntemi doğum sonrası bebeğin ek gıda almadığı postpartum 6. aya kadar emziren annelerin prolaktin seviyesinin yüksek seyretmesi sebebiyle görülen amenore halinin kontrasepsiyon yöntemi olarak kullanılmasıdır. Yöntemin etkin bir kontraseptif metod olarak kullanılabilmesi için sık sık emzirmek esastır. Başarı oranı tam emzirme koşulları sağlanmışsa %98’dir (20, 22, 23).

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

Servikal mukusta meydana gelen değişikliklerin takip edilerek fertil ve infertil zaman aralığının belirlendiği bu yöntemi 19. yüzyılın ortalarında Billings’ler geliştirmiştir. Bu sebeple yönteme Billings Ovülasyon Metodu da denilmektedir. Etkinliği, kadının siklus boyunca servikal mukusu iyi gözlemleyip doğru yorumlamasına bağlıdır. Adet döngüsüne etki eden hormonlar, ovulasyondan önce, ovulasyon sırasında ve sonrasında mukus yapısında, renginde ve miktarında da değişikliğe neden olur. Menstrüasyon kanaması kesildikten hemen sonraki günler mukusun olmadığı veya çok az olduğu vajende kuruluk hissedildiği infertil

dönemdir. Sonrasında yapışkan, koyu kıvamlı mukus salgısı başlar. Ovulasyon öncesi mukus miktarı artar, inceler, berraklaşır, elastik ve kaygan olur, vajinada ıslaklık hissedilir. Bu dönem doğurganlığın en yüksek olduğu fertil dönemdir, sonraki 4 gün ilişkiden kaçınılmalıdır. Ovulasyon sonrasında mukus azalır, yapışkan ve koyu kıvamlı olur, vajinada tekrar kuruluk hissedilir (9, 20).

1.5.1.4. Bazal Vücut Isısı Yöntemi

Siklusun ovulasyon sonrası döneminden menstrüasyona kadarki sürede ovulasyondan dolayı yükselmiş olan progesteron hormonunun vücut ısısını ($0,2^{\circ}\text{C}$ - $0,5^{\circ}\text{C}$) arttırarak fertil dönem hakkında kadının bilinç kazanması esasına dayanır. Her sabah aynı saate termometre ile ölçüm yapılması ve en az üç ay boyunca her siklusun takip edilmesi gerekmektedir. Bazal vücut ısı hastalık durumunda veya başka etkenlerden dolayı yükselebileceği için bu yöntemin, servikal mukus veya servikal palpasyon yöntemleri ile birlikte kullanılması tavsiye edilir (9, 20).

1.5.1.5. Takvim Yöntemi

Kadının siklus süresini hesaplayıp bu sonuçtan 14 gün çıkarmasıyla elde edilen değerini menstrüel kanamanın ilk gününü baz alarak ovulasyonun gerçekleşeceği tarih hakkında yaklaşık bilgi vermesidir. Çoğu kadında siklus 28 gündür, yani $28-14=14$. 14. Gün ovulasyon günü olarak kabul edilir. Bu tarihten 5 gün öncesi ile 2 gün sonrası fertil dönem kabul edilir ve cinsel perhiz veya kondom kullanımı önerilir. Düzensiz adet gören kadınlarda, abortus ve doğum sonrası dönemde, menopoza yakın dönemde güvenli değildir (9, 24).

1.5.1.6. Servikal Palpasyon Yöntemi

Menstrüel siklus boyunca serviks ve serviks ağzındaki değişikliklerin kadının palpasyon yoluyla değerlendirmesi esasına dayanır. Serviks sert ve serviks ağzı kapalı ise infertil dönemi, serviks yumuşak ve serviks ağzı açık ise fertil dönemi işaret eder. Ovülasyondan önce servikste yumuşama görülür, serviks ağzı açılır ve serviks daha ıslaktır (25).

1.5.2. Modern Yöntemler

1.5.2.1. Hormonal Kontraseptifler

1.5.2.1.1. Kombine Oral Kontraseptifler (KOK)

1960'lı yıllardan beri kullanılan KOK'lar östrojen ve progesteronun sentetik formları olan haplardır. Östrojen olarak etinil östradiol ya da östradiol valerat içermektedir. Genellikle etinil östradiol kullanılmaktadır. Östrojene bağlı tromboz komplikasyonu gelişebileceğinden dozu çok önemlidir (26). Düşük doz KOK'larda etinil östrodiol miktarı 30 mcg veya daha az, diğerlerinde 50 mcg'dır (27). Düşük dozlu KOK'ların geliştirilmesiyle östrojen nedenli yan etkilerin azaltılması hedeflenmiş, birçok kadın için son derece etkili ve güvenilir kontraseptif yöntem kullanabilmesi sağlanmıştır. KOK'ların etki mekanizması; gonodotropin releasing hormon (GnRH) salınımını azaltıp LH yükselmesini önleyerek ovulasyonun baskılanmasıdır. Aynı zamanda servikal mukusun kıvamını kalınlaştırır, tubal transportu önler. Antiovlutuar etki oluşturmaya östrojen dozu tek başına yeterli değildir. KOK'ların antiovlutuar etkisi genellikle progestine bağlıdır. Daha çok tercih edilen progestin çeşitleri; norgestrel, levonorgestrel ve noretindrondur. Aynı zamanda drospirenon, spironolakton derivesi olan yeni bir progestindir. Progesteronlar anti-androjenik, östrojenik ve anti-östrojenik etkiler gösterebilir. Progestin tercihinde önemli olan progestatif etkinliği fazla ve androjenik aktivitesi az olanı tercih etmektir. KOK kullanmaya menstrüasyonun ilk 5 günü içinde başlanmalıdır. KOK'lar 21, 22 veya 28 tabletli paketler şeklindedir. 21 günlük paketli KOK'lar kutu bitiminde 7 gün, 22 günlük paketli KOK'lar kutu bitiminden sonra 6 gün ara verilerek sonrasında menstrüasyon beklenmeden yeni kutuya başlanarak kullanılır. 28 günlük KOK'lar ise hiç ara vermeden kullanılır, paket bitiminde hemen yeni pakete başlanır. Paket içeriği ilk 21 gün hormonlu tabletlerdir, son 7 gün ise sadece demir içeren tabletlerdir. Son 7 günlük tabletler, menstrüasyonda oluşan demir kaybının yerine konmasını sağlar hem de ara vermeden yeni kutuya başlandığı için ilaç kullanımı unutulmaz. Bırakıldığında fertilité hemen geri gelir. Emziren anneler için süt miktarını azaltabileceğinden kullanılması uygun değildir. Kan basıncında artış, depresyon, pıhtılaşma riski gibi istenmeyen yan etkiler görülebilir (28, 29, 30).

1.5.2.1.2. Sadece Progesteron İçeren Oral Kontraseptifler (Mini Pills)

Yalnızca progesteron içerir ve içerdiği progesteron dozu KOK'lara göre daha düşüktür. Etki mekanizması; Servikal mukus kıvamını kalınlaştırarak spermin vajinaya

geçişini engeller, tubal motiliteyi yavaşlatır, endometriyumu inceltip implantasyon ihtimalini düşürür (20).

Hergün düzenli olarak aynı saatte kullanılması önemlidir, aksi takdirde etkinliği azalır. 3 saatten fazla geç alınırsa gebelik riski oluşur. Menstrüasyonun ilk 5 günü içinde başlanır, 28 gün boyunca ara vermeden kullanılır. Düzenli kullanımda etkinliği %98'dir. Mini pills kullanımı bırakılınca fertilité geri gelir. Anne sütü miktarını ve yapısını olumsuz etkilemediği için emziren anneler doğum sonrası 6. hafta itibariyle güvenle kullanabilir. Östrojen içermediğinden dolayı pıhtılaşmaya sebep olmaz. Amenore, intermenstrüel kanama, baş dönmesi, meme hassasiyeti, bulantı, göğüs ağrısı, baş ağrısı, pelvik ağrı, hirsutizm gibi istenmeyen yan etkiler görülebilir. Özellikle ilk aylarda görülen menstrüel düzensizlik ve unutulduğunda gebe kalma riskinin yüksek olması en sık görülen yöntemi bırakma nedenidir (9, 31).

1.5.2.1.3.Post-Koital Oral Kontraseptifler

Acil kontrasepsiyon hapları korunmasız veya kontrasepsiyonun başarısız olduğu cinsel birliktelik sonrası gebelik oluşmadan uygulanan bir kontrasepsiyon yöntemidir. İlk olarak 1960'da yüksek oranda östrojen olarak kullanılmış, 1970'li yıllarda ise östrojen ve progesteron birlikte kullanılmaya başlanmıştır. İlişkiden sonraki ilk 72 saatte kullanılması çok önemlidir. Hapların İçeriğindeki östrojen miktarları önemli etkindir. 50 mg östrojen içeren dozda alınacaksa iki tane, 30 mg östrojen içeren dozda alınırsa dört tane kullanılmalı ve aynı dozlarda 12 saat sonra tekrar alınmalıdır. Yöntemin etkinlik oranı doğru zamanda kullanılmışsa %98'dir (32, 33, 34).

1.5.2.1.4.Enjekte Edilen Kontraseptifler

Enjekte edilen kontraseptifler, uzun süre etkili yöntemlerdir. Yalnız progesteron içeren ve kombine (östrojen-progesteron içeren) enjekte edilen kontraseptifler olmak üzere iki gruba ayrılır. İlk olarak 1960'larda kontraseptif olarak kullanılmaya başlanmıştır. Kontraseptif yöntem dışında öncelikle endometriyozis, endometriyal kanser, dismenore, hirsutizm ve kanama düzensizliklerinin tedavisinde kullanılmıştır. Enjekte edilen yöntemler kadınlar için kolaylık sağlar hap kullanımındaki gibi geç alma ve unutma durumu yaşanmaz. Yapılan çalışmalar göstermiştir ki yaklaşık olarak 25 yıldır kontrasepsiyon olarak enjekte edilen kontraseptiflerin kullanımı oldukça kolay ve etkili son derece güvenilir yöntemlerdir. Bu yönüyle yaygın olarak kullanılmaktadır (35).

1.5.2.1.4.1. Kombine Enjekte Edilen Kontraseptifler

Ayda bir defa enjekte edilen östrojen ve progesteron hormonu içeren preparatlardır. İki farklı kombinasyonu vardır; birincisi Medroksiprogesteron asetat+ estradiol cypionate içeren Cyclofem, diğeri ise noretisteron enanthate + estradiol valerate içeren Mesigyna'dır (9, 10).

Etki mekanizması; KOK'lara benzemektedir, servikal mukusun kıvamını kalınlaştırarak sperm geçişini önler, endometriumu incelterek ovulasyonu engeller. Etkisi ilk günden itibaren başlar. İçeriğindeki östrojen doğal östrojendir, bundan dolayı lipid metabolizması, kalp damar sistemi ve pıhtılaşma sistemi üzerinde olumsuz etkileri yoktur. Menstrüasyon varsa siklusun ilk haftası içinde kullanılmaya başlanır. Doğum sonrası emzirme varsa 6. aydan itibaren, emzirme yoksa 3-4 hafta sonra başlanır sonraki dozlara 30 günde bir devam edilir. Yöntem bırakıldığında fertilitenin geri gelmesi ortalama 5 aydır. Günde 15 adetten fazla sigara kullananlar, karaciğer tümörü, meme kanseri olanlar ve migren hastaları kullanmamalıdır (9, 19).

1.5.2.1.4.2.Yalnız Progestin İçeren Enjekte Edilen Kontraseptifler

İçeriğinde sadece progestin bulunan 3 ayda bir intramusküler enjeksiyon yoluyla uygulanan bu yöntem ülkemizde yaygın olarak kullanılmaktadır. İçeriği 150 mg Depo Medroksi Progesgeron Asetat'tan oluşmaktadır. Etki mekanizması servikal mukus kıvamını artırarak sperm penetrasyonunu engelleyip ovulasyonu önlemektir. Menstrüasyonun ilk 5 günü içerisinde enjeksiyona başlanmalı, devamında 3 aylık sürelerde uygulanmalı, 2 haftaya kadar gecikme yaşanması tolere edilebilmektedir. Postpartum emziren anneler 6. hafta, emzirme yoksa 3-4 hafta itibariyle abortus yaşanmış ise, 7 gün içerisinde başlanabilir (19). En sık görülen yan etkileri; Amenore, sinirlilik, kilo artışıdır. Araştırmalar göstermiştir ki uzun süreli kullanımda 1 yılın sonunda kadınların en az %50'sinde, 2 yılın sonunda %75'inde amenore görülmektedir. Enjeksiyonlar bırakıldığında fertilitenin geri dönüşünde gecikme görülür fakat infertiliteye sebep olmaz (5, 19).

1.5.2.1.5. Cilt Altı İmplantları

Farklı içerik ve çeşitli şekilde cilt altı implantlarıyla çalışmalar yapılmıştır. Günümüzde Türkiye'de halen kullanılan tek çubuklu ve 3 yıl etki sağlayan implant İmplanondur. Ayrıca Nesteron, Jadelle ve Norplant, implant çeşitleridir (36).

Norplant; İçeriği sentetik bir progestin turevi Levonorgestrol olan altı tane ince ve esnek çubuktan oluşur, beş yıla kadar etkilidir (36).

İmplanon; 3-keto-desogestrel içerir, tek ubukludur, 3 yıl etkilidir. Tek ubuklu olması uygulama kolaylığı sağlar (37).

Jadelle; 75 gr levonorgestrel içerir iki ubukludur, Etkisi 5 yıldır (38).

Cilt altı implantları %99 kontaseptif etkisi olan yöntemin etki mekanizması LH salınımını inhibe edip ovulasyonu engellemektir. Ufak cerrahi bir iřlemle, üst kol i tarafına cildin altına yerleřtirilir. Hormon içeren çubukların duvarlarından progestin dūřuk dozlar řeklinde ve dūzenli olarak vūcoda aktarılır. Kullanıma menstrūasyon sonrası, yedi gūn içerisinde veya gebelik olmadıęı kesinse siklusun herhangi bir zamanında, doęum sonrası ise emziren anneler 6. hafta bitimi itibari ile bařlanabilir. İmplant yerleřtirildikten sonraki ilk bir yıl içerisinde salgılanan progestin hormon miktarı yūksək olduęu için amenore gōrūlme olasılıęı yūksektir. Bir yıldan sonra zaman geçtikçe salgılanan progestin miktarı azalacaęından menstrūasyon dūzene girer. Kullanım kolaylıęı, uzun sūreli kontraseptif etkisi, yūksək etkinlik oranı, cinsellik üzerinde olumsuz etkileri olmaması cazip yōnleri, cerrahi iřlemle yerleřtirildięi için enfekte olma, kanama olasılıklarının olması, cilt altından fark edilebiliyor olması olumsuz yōnleridir. İmplant cilt altından yine cerrahi iřlemle çıkarılır, çıkarıldıktan sonra fertilitenin geri dōnmesi uzun sūrmez (10, 39, 40).

1.5.2.1.6.Vajinal Halka

1.5.2.1.6.1. Kombine Vajinal Halka

İçerięi 2.7 mg etinil estradiol ve 11.7 mg etonogestrel olan vajene yerleřtirilen elastik, saydam bir halkadır. Menstrūasyonun ilk beř gūnū içinde takılır. 3 hafta sūreyle kaldıktan sonra çıkarılır. 7 gūn uygulamaya ara verilir, bu sūrete menstrūasyon gerçekleřir, sonra tekrar yeni halka yerleřtirilerek uygulamaya devam edilir. 21 gūn boyunca hergūn 120 mcg etonogestrel ve 15 mcg etinil estradiol salgılayan halka vajinal mukozada emilerek ovūlasyonu engeller, servikal mukus yapısında ve endometriyal dokuda deęiřikliklere sebep olarak gebelięi ōnler. Karacięerde ilk geçiř etkisine maruz kalmadıęından dūřuk dozda bile kontraseptif etkinlięi yūksektir. Hormonların serum konsantrasyonları halka yerleřtirildikten 7 gūn sonra en yūksək deęere ulařır, bu sebeple uygulama sonrasındaki ilk hafta için ek yōntem kullanılması ōnerilmektedir (41, 42, 43).

1.5.2.1.6.2. Progesteron Salgılayan Vajinal Halka

Devamlı olarak progesteron salgılayarak ovülasyonu engelleyen vajene yerleştirilen yumuşak, elastik, silikon bir halkadır. Çoğunlukla emziren kadınlarda ve östrojene kontrendikasyonu bulunanlar tarafından kullanılır. Doğum sonrası dört hafta itibarıyla kullanılmaya başlanabilir, 90 gün süreyle takılı kalır, emziren kadınlarda doğum sonrası amenore süresini artırır. 90 günün bitiminde ara vermeden yeni halka takılır art arda en fazla 4 kere uygulanabilir. En çok görülen yan etkiler siklus düzensizliği ve kırımla kanamalarıdır (9).

1.5.2.2. Rahim İçi Araçlar (RİA)

Dünyada yüz milyondan fazla kadının kullandığı rahim içi araçlar (RİA) en çok kullanılan ikinci modern kontraseptif yöntemdir. Ülkemizde de kullanım oranı oldukça yüksektir. Her 100 kadından 35'i tarafından tercih edilmektedir. RİA; Uterin kaviteye yerleştirilen, bakırlı veya hormonlu küçük plastik bir cisimdir. Bakırlı RİA'lar her bir ucuna bakır sarı polietilenden yapılmıştır, on yıl süreyle kullanılabilir. Türkiye'de en sık kullanılan tipi Copper-T-380A (paragard)'dır. Bakırlı RİA'ların kontraseptif etkisi sperm üzerinedir, spermelerin hareketini azaltıp ovum transportuna engel oluşturarak gebeliği engeller. Hormonlu RİA'lardan progesteron içeren (T/ Progestaser) bir yıl, Levonorgestrel içeren ve en yeni RİA olan (LNG-20 RİA) Mirena beş yıl kullanım süreleri olan RİA'lardır. Hormonlu RİA'ların etkisi servikal mukus üzerinedir. Kıvamını kalınlaştırarak sperm penetrasyonunu engeller. Siklusun ilk bir haftası içinde takılır yine aynı zaman aralığında çıkarılır. Takıldıktan 4-6 hafta sonra ilk muayene yapılır, sonrasında her yıl bir defa muayene ile RİA'nın durumuna bakılır. Yerinden kayma ve perforasyon riskleri vardır. Kayma olmuşsa gebelik görülebilir, perforasyon durumunda ise RİA laparoskopi ile çıkarılmalıdır (44, 45, 46).

1.5.2.3. Bariyer Yöntemler

Spermin ovuma geçişini önleyerek fertilizasyona engel olan yöntemlerdir. En uzun tarihi geçmişi olan kontraseptif yöntemlerdir. Oldukça güvenilir olmaları, yan etkilerinin yok denecek kadar az olması ve gebeliği önleme dışında cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı koruyucu olmaları (spermisidler hariç) sebebiyle oldukça yaygın kullanılan yöntemlerdir. Kondom, diyafram ve servikal başlık fiziksel bariyerler, spermisidler ise kimyasal bariyerdir (44, 47).

1.5.2.3.1. Kondom

1.5.2.3.1.1. Erkek Kondomu

Genelde lateks malzemeden yapılmış erkek cinsel organına takılarak semenin vajene dökülmesini engelleyen, çoğunlukla spermisid bulunan kılıflardır. Lateks alerjisi olması durumunda poliüretan ve koyun bağırsağından üretilmiş çeşitleri de mevcuttur. Lateks ve poliüretan kondomlar cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı koruma sağlarken koyun bağırsağından üretilen kondomlar iyi derecede koruma sağlamazlar. Hormonal yan etkileri yoktur, erken boşalma sorununu önler, etkinliği yüksektir, izlem gerektirmez ve temini kolaydır. Bu yönleriyle en çok tercih edilen yöntemlerdendir. Düşük de olsa yırtılma ihtimali, hissiyatın azalması ve bazı erkeklerde ereksiyonu zorlaştırması yöntemin olumsuz yönleridir (20, 44).

1.5.2.3.1.2. Kadın Kondomu

Kadın vajenini bütünüyle kaplayan 17 cm uzunluğunda iç ve dış kısımlar olmak üzere iki halkalı poliüretan bir kılıftır. Küçük ve kapalı olan halka en derine yerleştirilir, büyük halka vulvada kalır ve ucu açıktır. Böylelikle cinsel ilişkide semenin vajen içine dökülmesini önler. İlişkiden önce takılır. Bu sebeple cinsel birliktelikte bölünme yaşanmaz. Cinsel yolla bulaşan hastalıklara ve serviks kanserine karşı koruma sağlar. İçeriğinde kayganlaştırıcı görevi gören silikon bulunur. Menstrüasyon zamanında da kullanılabilir. Hissiyatı çok az derece azaltabilir. Kullanımı zordur, en etkin kullanım için kadının deneyimli ve anatomik bilgisi olması gerekir. Uzun süre vajende kalması halinde enfeksiyona sebep olabilir. Erkek kondomu gibi tek kullanımlık değildir, temizliği iyi yapılması halinde 8 defaya kadar kullanılabilir (10, 20, 48, 49).

1.5.2.3.2. Diyafram ve Servikal Başlık

Diyafram, serviksi kapatmak amaçlı kullanılan kauçuk veya silikon malzemeden oluşan, katlanarak rahim ağzına yerleştirilen bariyer bir araçtır. Kenarları belirgin ve kubbe şeklindedir. Serviks ağzında kapak görevi görür sperm geçişini önler. Servikal başlığın da etki mekanizması ve kullanımı aynı şeklindedir. Aralarındaki fark ise servikal başlığın diyaframa oranla, daha sert yapıda, daha küçük çapta ve uzun olmasıdır. İkisinin de spermisidlerle kullanılması etkinliğini artırır. İlişki sonrası diyafram 6 saat, servikal başlık 24 saate kadar takılı kalmalıdır. Fazla kalması halinde toksik şoka sebep olabilir (19, 50, 51).

1.5.2.3.3. Spermisidler

Spermisidler hücre zarına zarar vererek sperm motilitesini engelleyen kimyasallardır. Çeşitli formları mevcut olup etken maddesi ‘nonoxynol 9’ dur. Uygulandıktan sonra hemen etki gösterirler. İlişkiden 30 dakika öncesinden vajene yerleştirilmeli sonrasında sekiz saat vajen temizlenmemelidir. Tek başına etkinliği yüksek değildir. Genelde diğer bariyer yöntemlerin etkinliklerini artırmak amacıyla kullanılmaktadır. Kayganlaştırıcı özelliği vardır. İçerdiği kimyasal nedeniyle çiftlerin genital bölgelerinde kızarıklık ve tahrişe sebep olabilir. Etkisi bir saat sonra biter (10).

1.5.2.4. Cerrahi Yöntemler

1.5.2.4.1. Tüp Ligasyonu

Tüp ligasyonu artık çocuk sahibi olmak istemeyen kadınlara uygulanabilir. Cerrahi bir yöntemdir. Uygulamada kullanılan cerrahi yöntemler; Laparoskopi, laparotomi (sezaryen sırasında veya farklı zamanda), mini-laparotomi ve histeroskopidir. Tüp ligasyonunda en yüksek kontraseptif etkinlik salpenjektomi uygulamasıdır. Salpenjektomi genellikle postpartum dönemde uygulanır. Fakat siklusun herhangi bir zamanında da uygulanabilir. Kontraseptif etkisi uygulama sonrası hemen başlar. Geri dönüşü zor ve pahalıdır. Bu sebeple bilgilendirilmiş onam önemlidir. Ülkemizde işlemleri uygulanabilmesi, 18 yaşından küçükler için ebeveyn, evli kadınlar için eş imzasıyla mümkündür (52, 53).

1.5.2.4.2. Vazektomi

Vazektomi yöntemi, erkeklerde vaz deferenslerin bağlanıp kesilerek spermin meniye ulaşmasını önleyen etkili bir metoddur. Testislerde oluşan sperm vaz deferenslerle penise ulaşır. Vazektomi uygulamasıyla skrotumdan girilerek vaz deferensler bulunur, bağlanarak kesilir, böylece penise sperm taşınmaz. Uygulama semen üretimine engel teşkil etmez ve cinsel yaşamı etkilemez. Etkinliği %99,8’dir. Uygulamadan hemen sonra semende sperm bulunabileceğinden gebelik oluşabilir. Bu sebeple yirmi defa ejakülasyon olana kadar ek bir kontraseptif yöntem kullanılmalıdır. Geri dönüşü meşakkatli ve pahalıdır. İşlem sonrası testislerde şişlik ve ağrı görülebilir. Komplikasyonlar sıcak uygulaması, skrotum elevasyonu ve antibiyotik kullanımıyla giderilebilir. Erkekler uygulamadan iki ay sonra semen analizi yaptırmalı azosperm varlığı görülmelidir (19, 54).

1.6. Cinsel Sağlık

Cinsellik, hayat boyu devam eden her yaş ve döneme ait özellikleri olan yaşam boyu değişen özel bir hayat deneyimidir. Başka bir deyişle cinsellik, fizyolojik, bilişsel ve davranışsal durumları kapsayan ve gelişimsel, kültürel etkenlerle şekillenen karmaşık bir durumdur (55).

Cinsel sağlık ise sadece hastalık veya engelin olmaması anlamına gelmez. Cinsel sağlık şiddet, ayrımcılık ve zorlama olmadan, saygı ve güvene dayalı hayatın bütün dönemlerini kapsayan bir olgudur (56).

Cinsellik ve cinsel sorunlar çoğunlukla dile getirilmemiş, göz ardı edilmiştir. Kadınların cinsel fonksiyonlarına etki eden birçok faktör vardır. Kronik hastalıklar, hormonal bozukluk, cerrahi işlemler, menopoz, fiziksel değişimler, aile yapısı, gelenekler, değer yargıları gibi etmenler cinsel sağlık üzerinde olumsuz etkilere neden olmaktadır. Küçük yaşlarda aile ve çevrenin yaklaşımlarıyla şekillenen örgün, yaygın eğitim ve toplumsal yaşam ile yürütülen “cinsel sağlık eğitimi”, sağlıklı cinsel hayat ve cinsel sorunların  z me ulaşması için oldukça önemlidir (57).

Kadının cinsel olgunluk döneminde yaşanılan vajinal enfeksiyon, üriner inkontinans, partnerinin ereksiyon sorunları ve yaşanılan uyumsuzluk, cinsel sağlığı ve cinsel fonksiyonları olumsuz etkileyen bazı faktörlerdir. Gebelik ve lohusalık d nemleride hassasiyet gerektiren dönemlerdir. Birinci trimesterde bulantı, kusma, yorgunluk, sık idrara çıkma, memelerde hassasiyet, gibi nedenler cinsel hayat üzerinde olumsuz etkiler oluşturur. Gebelikte yaşanılan hormonal değişimler ise cinsel istekte artışa, orgazmın hızlı ve yoğun yaşanmasına ve  z lme sürecinin gecikmesine sebep olabilir. İkinci trimester, gebelikte yaşanılan değişikliklere uyum sağlanan dönemdir. Bu dönemde bulantı, yorgunluk gibi şikayetler azalır, pelvik konjesyon artar. Konjesyon artışı cinsel isteği artırır.    nc  trimesterde kilo alımı hızlanır, bu sebeple fiziksel zorluklar, hareket kısıtlaması, memelerde dolgunluk ve hassasiyet, zihnen doğuma ve bebeğe odaklanma, memeden süt gelmesi kadın ve eşi için rahatsız edici olabilmekte, cinsel yaşamı olumsuz etkileyebilmektedir. Lohusalık döneminde ise cinsel yaşamı en çok hormonal değişimler etkilemektedir. Östrojen düzeyinde azalma olması lumbrikasyon yetersizliğine, uyarılma sorunu ve disparoniye sebep olur. Laktasyon döneminin başlamasıyla birlikte prolaktin artar, androjen azalır, buna bağlı olarak cinsel istekte azalma görülür. Ebeveynliğe ve bebeğe uyum sağlamaya çalışmak, uyku

düzensizlikleri ve bedendeki değişimler yine cinsel yaşam üzerinde olumsuz etkiler gösterir (58).

65 yaş ve üzeri dönem yaşlılık dönemidir. Bu dönemde kadınlarda vazokonjesyonun azalmasıyla orgazm yetersizliği daha çok görülebilmektedir. Erkekler de ise bu dönemde, cinsel arzu ve ereksiyonda azalma görülmektedir. Psikolojik olarak, bilişsel fonksiyonlarda azalma, konsantrasyon kaybı, sağlık sorunları, sinirlilik, vazomotor şikayetler, kas kitlesinde ve libidoda azalma, uyarılma fazında uzama, cinsel aktivite azalması, refrakter döneminin uzaması gibi problemler görülmektedir (20).

1.7. Cinsel Eylem Fizyolojisi

Cinsel eylem fizyolojisinde beyin, cinsel organlar, östrojen ve androjen hormonları ile duyu organları rol almaktadır. Cinsel organlar ve erojen bölgelerden beyine gelen uyarılar, sinirler ve spinal kord ile vücuda kimyasal ve elektriksel uyarı olarak gönderilmektedir. En çok uyarılan erojen bölgeler kişiye göre değişiklik gösterse de genellikle boyun, dudak ve meme ucudur. Uyarıları cinsel eyleme dönüştüren kadınlarda klitoristir. Vajen etrafındaki kas tabakasında kan damarları ve sinirler oldukça fazladır. Bu da konjesyon artışı ile lumbrikasyona sebep olmaktadır. Vazokonjesyon, kaslarda gerilme ve orgazmı tetiklemektedir (59, 60).

Cinsel yanıt evresi, 1966 yılında Masters ve Johnson tarafından cinsel eylem fizyolojisi, uyarılma, plato, orgazm ve çözülme fazı olmak üzere 4 basamakta incelenmiştir (61).

Cinsel yanıt döngüsü nörohormonal-vasküler bir süreçtir. Görme, işitme, dokunma, koklama gibi uyarılar parasempatik ve sempatik sinir sistemi aracılığıyla kardiyovasküler sistem ve genital organlarda vazodilatsayona ve kas tonusunda artışa sebep olarak cinsel reaksiyon siklusunu oluşturur. Uyarılma ile plato evresi parasempatik, orgazm evresi ise sempatik sinir sistemi etkisi ile gerçekleşmektedir (62).

1.7.1. Uyarılma Fazı

Kadınlarda fizyolojik değişimlerle başlayan uyarılma fazı, heyecanlanma evresi olarak da bilinmektedir. Bu evre uyarının yoğunluğuna bağlı olarak birkaç dakika veya daha uzun sürebilmektedir. Kadınlarda başlangıçta konjesyona bağlı olarak ilk 10-30 sn içerisinde vajende lumbrikasyon ve Bartolin bez salgısında artış görülmektedir. Lumbrikasyon, heyecan

ve uyarının şiddetine göre değişir. Lumbrikasyon vajinada kayganlaşmaya sebep olur dolayısıyla penis girişini kolaylaştırır. Konjesyonun artmasıyla vajinanın üst kısmı genişler, alt kısmında ise ödemden dolayı daralma görülür. Devamında sırası ile klitoriste büyüme, labialarda kalınlaşma ve genişleme, uterus gövdesinde yükselme meydana gelir ve klitoriste ereksiyon başlar. Klitoris, erojen bölgelere temas, düşünce veya fantazilerle uyarılarak bu uyarıları cinsel eyleme dönüştürmektedir. Kadın ve erkeklerde ortak olarak kas tonusu artışı, taşikardi, taşipne, hipertansiyon görülmektedir. Cinsel döngüde uyarılma fazında cinsel hazzın artması ve uyarının devam etmesi ile birlikte plato fazına geçilir (62, 63).

1.7.2. Plato Fazı

Bu evre parasempatik sinir sistemi etkisi ile gerçekleşir ve uyarılma fazının sürekli şekilde devam etmesi ve artış göstermesi sonucu oluşur. Kadında bu evre sırasında yoğun cinsel uyarım vardır. Plato fazı süresi konjesyona bağlı olarak artan vajinal kayganlık etkisiyle 3 sn ile 30 dk arasında değişmektedir. Bu evrede vajen pembemsi renk alır ve labia minörler, vajen giriş ve alt bölgesi konjesyon etkisinde orgazmik alan yaratır. Klitoriste büzülme, labia majörlerde ve vajenin üst kısmında genişlik görülür. Evrenin sonlarına doğru hem erkek hem kadında taşikardi, hiperventilasyon, kas gerginliğinde artış gibi fizyolojik ve kardiyovasküler değişimler yaşanır (62).

1.7.3. Orgazm Fazı

Cinsel hazzın en yoğun yaşandığı orgazm fazı cinsel döngüde en kısa süren evredir. Hem erkekde hem de kadında sempatik innervasyon etkisinde güçlü ve ritmik kontraksiyonlar yaşanır. Bedenin bütününde kasılmaya benzer şekilde hissedilir (64).

Kadında, pelvik kaslarda başlayan 0.8-1 saniye aralıklarda 3 ila 15 kez yaşanan kontraksiyonlar tüm bedene yayılır. Kasılmalara bağlı olarak uterus, karın boşluğunda yukarı yönlü yükselir. Orgazm fazında klitoris ve vajina beraber rol alır. Başlangıçta klitoriste hissedilen uyarılar, sonra vajeni çevreleyen kaslarda ritmik kontraksiyonlar şeklinde görülür ve bu şekilde orgazm yaşanır. Orgazm süresi ve yoğunluğu yaşanan ön sevişmeye göre değişmektedir. Kadınlarda orgazma etki eden iki faktör vardır; birincisi klitorisin etki ettiği duygusal faktörler, ikincisi vajeni çevreleyen kaslarla etkileşen motor faktörlerdir. Çift yönlülük sebebiyle kadınlarda refrakter periyodu yaşanmaz. Kadınlar plato evresine dönüp tekrar orgazm yaşayabilmektedir. Bu durum çoklu orgazm olarak adlandırılır (65).

1.7.4. Çözülme Fazı

Döngünün son evresi olan çözülme fazında cinsel gerilim uyarılma fazından önceki hale döner. Kadınlarda konjesyon azalır buna bağlı vajen, labia majör ve minör uyarılma öncesi durumuna döner. Kas tonusu eski halini alır, avuç içi gibi bölgelerde olan kızarıklık saniyeler içerisinde yok olur, taşikardi ve hiperventilasyonun normale dönmesiyle bu bölgelerde terleme meydana gelir. Bir süre sonra da memelerde görülen ereksiyon kaybolur (64, 66).

1.8. Beck Depresyon Ölçeği ve Güvenilirliği

Beck Depresyon Ölçeği; 1961 yılında Aaron T. Beck ve arkadaşları tarafından bilişsel, emosyonel, motivasyonel ve somatik bileşenleri değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Beck Depresyon Ölçeği, bilgisayar destekli öğretim çalışmalarında ve kliniklerde sık tercih edilen bir ölçektir. Asıl amacı depresif belirtilerin nicel derecelendirilmesi olsa da bilişsel durumun değerlendirilmesi de Beck Depresyon Ölçeğinin sağladığı avantajlar arasında yer almaktadır (67).

1.8.1. Beck Depresyon Ölçeği

Beck Depresyon Ölçeği; 21 sorudan oluşan ve 0-3 arası puanlama sistemi olan likert tipi bir ölçektir. İnsanların içinde bulunduğu depresyonun derecesini ölçekten alınan puanların toplamı belirlemektedir. Ölçekteki sorular duygulara, davranışlara, bilişlere, kişiler arası belirtilere ve bedensel belirtilere ayrılmıştır. Her bir soruya 0-3 arasında puan verilerek 0-63 arasında değişen puanlara ulaşılmaktadır. Ortaya çıkan sonuçlar 0-9 arasında minimal depresyon, 10-18 arasında hafif depresyon, 19-29 arasında orta depresyon, 30-63 arasında ise şiddetli depresyon olarak tanı almaktadır. Depresyonun yoğunluğunu belirlemek için kullanılan Beck depresyon ölçeğinin Türk toplumu için geçerliliği ve güvenilirliği Teğin tarafından yapılmıştır (68).

1.8.2. Beck Depresyon Ölçeğinin Güvenilirliği (Ek-1)

Beck Depresyon Ölçeği, 1961 yılında Beck ve arkadaşları tarafından depresif semptomların derecesini ölçmek amacıyla oluşturulmuştur. Beck depresyon ölçeğinin güvenilirliği için yapılan çalışmalar neticesinde tutarlılık katsayısı 0,80 bulunmuş. 0-3

arasında puanlama olan ölçek soruları, semptomların derecesine göre artmaktadır. Semptom hiç yok ise 0, şiddetli ise 3 puan üzerinden hesaplanmaktadır. Ölçek sonucunda 10 puan ve üstünde alan kişilerde depresyon varlığı mevcuttur (67).

1.9. Kadın Cinsel İşlev Ölçeği (FSFI) (Ek-2)

Kadın Cinsel İşlev Ölçeği Rosen ve ark. tarafından, ABD’de 2000 yılında kadın cinsel işlevinin değerlendirilmesi amacıyla 19 maddelik çok boyutlu bir ölçek olarak geliştirilmiştir. Türkçe’ye uyarlanması, Aygin ve Aslan tarafından 2005 yılında olan Kadın Cinsel İşlev Ölçeği, son 4 haftadaki cinsel sorunları veya işlevi değerlendirmektedir (69). Kadın Cinsel İşlev Ölçeği cinsel istek, uyarılma, kayganlaşma, orgazm, cinsel tatmin ve ağrı olmak üzere altı alt boyutta 19 soruyu içerir. Son dört haftada süregelen cinsel işlevleri belirlemek üzere soruların bu süreç baz alınarak cevaplanması istenir. Ölçeğin alt boyut puanları ile faktör yükleri çarpımı sonucu ölçek puanı hesaplanır. Bu hesaplamaya göre ölçekten alınabilecek en yüksek puan 36, en düşük puan ise 2’dir (70).

2. GEREÇ VE YÖNTEMLER

Bu prospektif vaka kontrol çalışmasına 20.01.2022–31.07.2022 tarihleri arasında Erzincan Binali Yıldırım Üniveristesi Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne herhangi bir sebep ile başvuran 19-45 yaş arası 362 hasta dahil edildi. Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulunun, 10.01.2022 tarihli ve 14 sayılı toplantısında alınan 14/10 sayılı kararı ile onay alındı. Çalışmaya başlamadan önce tüm hastalardan bilgilendirilmiş onam alındı ve gönüllülük esası gözetildi. Hastalar 5 gruba ayrıldı. Grup 1'e kombine oral kontraseptif kullanan hastalar dahil edildi. Grup 2'ye progestin içeren enjeksiyon kullanan hastalar alındı. Bu gruptaki hastalar depomedroksiprogesteron asetat (üç ay arayla uygulanan DMPA-Depo provera®) ya da noretisteron enantat ve estradiol valerat içeren (aylık uygulanan Mesigyna®) enjeksiyon kullanıyordu. Grup 3'e bakır yüklü intrauterin araç kullanan hastalar alındı. Levonorgestrel içeren hastalar bu gruba dahil edilmedi. Tüm RİA'lar bakır TCU380A tipindeydi. Grup 4'e bilateral salfenjektomi ya da bilateral tüp ligasyonu ile sterilizasyon yapılmış hastalar alındı. Grup 5'de ise erkek partneri kondom ile korunan, kendisi herhangi bir hormonal, cerrahi veya bariyer yöntemi kullanmayan hastalar yer aldı.

Çalışmaya 19-45 yaş arasında cinsel olarak aktif ve kontrasepsiyon yöntemini en az üç aydır kullanan hastalar dahil edildi. Hastaların yaşı, gebelik sayısı, doğum sayısı, eğitim düzeyi, vücut kitle indeksi, kullandığı kontraseptif yöntem, kronik hastalıkları kaydedildi. Psikiyatrik hastalık veya psikiyatrik ilaç tedavisi dahil olmak üzere sistemik hastalık öyküsü, pelvik organ prolapsusu, erken menopoza olan hastalar, hamileler ve son 1 aydır cinsel ilişkisi olmayan hastalar çalışmadan dışlandı.

Çalışma anlatıldı, mahremiyet sağlandı, gönüllü katılım vurgulandı ve ardından hastalardan Türkçeleştirilmiş FSFI ve Beck Depresyon Ölçeğini (BDÖ) doldurmaları istendi (Ek 2 ve Ek3). BDÖ, Aaron T. Beck tarafından geliştirilmiş, 21 sorudan oluşan çoktan seçmeli özbebildirim ölçeğidir ve verilen her cevap için 0 ile 3 arası puan verilir. Alınan puanlara göre hastalar, (0-13 puan) depresif değil, (14-19 puan) hafif depresyonda, (20-28 puan) orta depresyonda ve (29-63) ağır depresyonda olarak 4 kategoriye ayrıldı (67, 68).

FSFI ise; 19 sorudan oluşan istek, uyarılma, lumbrikasyon, orgazm, memnuniyet, ağrı olmak üzere 6 alt başlıktan oluşan ve son dört hafta içindeki cinsel işlevi değerlendiren bir

ankettir. Alt grupların puanları 0-5 arasındadır. Total puanlamada ise katılımcılar en az 2, en çok 36 arasında puan alabilir. Artan puanlar daha iyi seksuel fonksiyonun göstergesidir.

Verilerin analizinde IBM SPSS ver. 21 (IBM Corp., Armonk, N.Y., USA) uygulandı. Verilerin normal güvenlik aralıkları Shapiro-Wilk testi ile sınıandı. Sürekli değişkenlere ait tanımlayıcı istatistikler ortalama±standart sapma, medyan (minimum-maksimum) değer, kategorik değişkenler ise sayı (%) olarak sunuldu. Ortalama±standart sapma, medyan (minimum-maksimum) değer, kategorikler sürekli ise sayı (%) olarak seçildi. Parametrik olmayan ve parametrik olan veriler için sırasıyla Kruskal Wallis ve One-way ANOVA testleri yapıldı. Çoklu karşılaştırma için ANOVA testinde Tukey, Kruskal Walliste Bonferroni düzeltmeli Mann Whitney, ki_kare için Bonferroni testi yapıldı. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında ise Chi-squared test kullanıldı. 0,05'ten küçük bir p değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

3. BULGULAR

Çalışmaya toplam 362 hasta dahil edildi. Bunların 73 (%20.2)'ü grup 1, 68 (%18.8)'i grup 2, 74 (%20.4)'ü grup 3, 73 (%20.2)'ü grup 4 ve 74 (%20.4)'ü grup 5 içinde yer aldı. Hastaların kilo, boy, gravida, parite açısından aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. VKİ grup 5'de; $24,6 \pm 3,6$ olarak en düşük izlenirken, grup 3'de $27,3 \pm 3,5$ olarak en yüksek izlendi ve bu iki grup için fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p=0.03$). Yaş açısından gruplar karşılaştırıldığında ise; grup 1'in yaş ortalaması $31,6 \pm 4,6$ idi ve grup 4 'ün ise yaş ortalaması $37,3 \pm 5$ idi. Bu iki grup için fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p < 0.01$). Grup 1 ile yaş ortalaması $34,8 \pm 6,8$ olan grup 3 arasında da istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p=0.01$). Yaş ortalaması $33,8 \pm 6,1$ olan Grup 2 ile Grup 4 arasında da istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p < 0.01$). Hastalara ait demografik veriler Tablo 1'de ayrıntılı olarak sunuldu.

Tablo 1: Demografik Veriler

	Grup 1 (n=73)	Grup 2 (n=68)	Grup 3 (n=74)	Grup 4 (n=73)	Grup 5 (n=74)	p değeri
Yaş (mean)*	$31,6 \pm 4,6$	$33,8 \pm 6,1$	$34,8 \pm 6,8$	$37,3 \pm 5$	$32,7 \pm 5,9$	<0.01
Kilo (mean)*	$67,9 \pm 6,2$	$68,1 \pm 9,1$	$69,8 \pm 8,2$	$70,2 \pm 7,4$	$66,6 \pm 10,1$	0,89
Boy (mean)*	$160,6 \pm 5,7$	$160,7 \pm 4,5$	$162,6 \pm 6,4$	$161,2 \pm 7,4$	$163,3 \pm 5,3$	0.12
VKİ*	$25,4 \pm 4,4$	$26,2 \pm 5,5$	$27,3 \pm 3,5$	$27,1 \pm 4,7$	$24,6 \pm 3,6$	0.01
Gravida** (median)	3(0-8)	3(1-6)	3(1-7)	4(2-6)	2(0-8)	0.1
Paridite** (median)	2(0-7)	3(1-5)	3(1-5)	3 (2-6)	2 (0-8)	0.2

*One-Way Anova test uygulandı. **Kruskal-Wallis test uygulandı. VKİ: Vücut-kitle indeksi

Grup 1: Kombine oral kontraseptif kullanan hastalar.

Grup 2: Progestin içeren enjeksiyon kullanan hastalar.

Grup 3: Bakır yüklü intrauterin araç kullanan hastalar.

Grup 4: Cerrahi sterilizasyon yapılmış hastalar.

Grup 5: Erkek kondomu kullanan hastalar

Hastaların eğitim durumu, kullandığı yöntemden memnuniyeti, alkol ve sigara kullanımları sorgulandı. Eğitim durumları; İlköğretim, lise, üniversite ve yüksek lisans olarak gruplandırıldı. Gruplar karşılaştırıldığında grup 2 ve grup 5 arasında ilköğretim mezunu

olmak açısından fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p= 0.02$). Diğer gruplarda ilköğretim mezunu olmak açısından istatistiksel anlamlı fark izlenmedi. Grupların sigara ve alkol kullanımı karşılaştırıldığında grupların hiçbirinde alkol kullanan hasta olmadığı için alkol kullanımı karşılaştırılmadı. Sigara kullanımı açısından en düşük sigara kullanımı Grup 1’de izlendi. Hastaların 333 (%92) ’ü kullandıkları korunma yönteminden memnun olduğunu, 29 (%8)’u ise kullandıkları yöntemden memnun olmadığını ifade etti. En düşük memnuniyet oranı grup 3’de izlenirken, en yüksek memnuniyet oranı grup 5’de izlendi. Gruplar karşılaştırıldığında grup 3 ve grup 5 arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı ($p=0,02$) , diğer gruplar arasındaki fark ise istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0.05$).



TABLO 2: Eğitim Durumu-Sigara-Memnuniyet

	Grup 1 (n=73)	Grup 2 (n=68)	Grup 3 (n=74)	Grup 4 (n=73)	Grup 5 (n=74)	p değeri
Eğitimdurumu						
İlköğretim	29 (%39,7)	43(%63,2)	41 (%55,4)	37 (%50,7)	25 (%33,8)	0.02
Lise	31 (%42,5)	17 (%25)	22 (%29,7)	26(%35,6)	27 (%36,5)	0.09
Üniversite	11 (%15,1)	7 (%10,3)	10 (%13,5)	8 (%11)	20 (%27)	0.06
Yüksek lisans	2 (%2,7)	1(%1,5)	1 (%1,4)	2(%2,7)	2 (%2,7)	0.3
Sigara						
Var	13 (%17,8)	15(%22,1)	14(%18,9)	17 (%23,3)	17 (%23)	0.8
Yok	60(%82,2)	53 (%77,9)	60(%81,1)	56 (%76,7)	57 (%77)	
Memnuniyet						0,04
Evet	68(%93,2)	60	63	70(%95,9)	72(%97,3)	
Hayır		(%88,2)	(%85,1)			
	5(%6,8)	8(%11,8)	11(%14,9)	3 (%4,1)	2 (%2,7)	

Chi-squared test kullanıldı.

Grup 1: Kombine oral kontraseptif kullanan hastalar.

Grup 2: Progestin içeren enjeksiyon kullanan hastalar.

Grup 3: Bakır yüklü intrauterin araç kullanan hastalar.

Grup 4: Cerrahi sterilizasyon yapılmış hastalar.

Grup 5: Erkek kondomu kullanan hastalar

FSFI puanları açısından hastaların toplam puanları ve alt grup puanları karşılaştırıldı. Toplam puan açısından bakıldığında en yüksek puan Grup 5’de $25,1 \pm 3,3$ ’dü. En düşük puan ise Grup 3’de $23,8 \pm 4,7$ ’di. Grup 1’de $24 \pm 4,3$, Grup 2’de $24,8 \pm 3,02$, Grup 4’de ise $24,1 \pm 6,05$ olarak izlendi. Ancak toplam FSFI puanlarında gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark izlenmedi ($p=0.06$) (Tablo 3).

Cinsel istek alt grubunda bakıldığında ise, Grup 1’de ortanca değer 3 (1,2-5,4) olarak en düşük izlendi. Grup 1’in, Grup 2 ve Grup 5 ile olan karşılaştırılmasında fark istatistiksel

olarak anlamlıydı (sırasıyla p değeri 0,03 ve 0,01). Diğer gruplar arasında cinsel istek alt etkeninde fark istatistiksel olarak anlamlı değildi. (Tablo 3)

Cinsel uyarılma alt grubunda en yüksek puan Grup 5 ve grup 2’de izlendi. Grup 5’de ortanca değer 3,9 (1,2-5,7) iken, Grup 2’de ortanca değer 3,9 (1,8-5,1) idi. En düşük değer ise grup 3’de 3,3 (1,2-5,7) idi. Gruplar arasında grup 3 ve grup 5 arasında istatistiksel olarak anlamlı fark izlendi ($p=0.018$) (Tablo 3).

Lumbrikasyon alt grubunda ise puanlar; Grup 1’de 4,2 (0,3-6), Grup 2’de 4,2 (3,3-5,4), Grup 3’de 3,9 (1,8-6), Grup 4’de 4,2 (2,4-6), Grup 5 ‘de ise 4,2 (2,4-6) olarak dağılım gösterdi. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark izlenmedi ($p=0.07$) (Tablo 3).

Orgazm alt grubunda ortanca değerler gruplar için sırasıyla; 3,6 (1,2-5,6), 4,4 (3,2-6), 4 (2,4-5,2), 3,6 (1,2-6) ve 4,4 (2-6) olarak bulundu. En düşük puan Grup 1 ve 4’de izlendi. Grup 4 ve Grup 1’in Grup 5 ile arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı (sırasıyla $p=0,01$ ve $0,01$).

Memnuniyet alt grubuna bakıldığında ise ortanca değerler sırasıyla; 4,8 (0,8-6), 4,4 (3,2-6), 4,8 (1,6-6), 4,8 (1,2-6), ve 4,8 (2,8-6) olarak izlendi. Gruplar arasında en düşük puan grup 2’de izlense de gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark izlenmedi ($p=0,64$) (Tablo 3).

Ağrı alt grubunda ise; en düşük puan Grup 3’de 3,6 (0-5,6)’ydı. Grup 3 için ağrı skoru, tüm gruplara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düşük izlendi. Grup 3’ün diğer gruplara göre p değerleri sırasıyla 0,02, 0,04, 0,02 ve 0,04 olarak izlendi (Tablo 3)

Tablo 3: FSFI Puanlaması

	Grup1	Grup2	Grup3	Grup4	Grup 5	p
Cinsel istek Median(min-max)	3 (1,2-5,4)	3,6 (1,8-6)	3,6 (1,2-6)	3,6 (1,2-6)	3,6 (1,2-6)	0,009*
Cinsel uyarılma Median(min-max)	3,6 (1,5-6)	3,9 (1,8-5,1)	3,3 (1,2-5,7)	3,6 (1,2-6)	3,9 (1,2-5,7)	0,03*
Lumrikasyon Median(min-max)	4,2 (0,3-6)	4,2 (3,3-5,4)	3,9 (1,8-6)	4,2 (2,4-6)	4,2 (2,4-6)	0,07*
Orgazm Median(min-max)	3,6 (1,2-5,6)	4,4 (3,2-6)	4 (2,4-5,2)	3,6 (1,2-6)	4,4 (2-6)	0,02*
Memnuniyet Median(min-max)	4,8 (0,8-6)	4,4 (3,2-6)	4,8 (1,6-6)	4,8 (1,2-6)	4,8 (2,8-6)	0,64*
Ağrı/rahatsızlık Median(min-max)	4 (0,8-6)	4 (2,8-6)	3,6 (0-5,6)	4,4 (1,2-6)	4,4 (1,6-6)	0,02*
Toplam Mean ($\pm$ ss)	24 $\pm$ 4,3	24,8 $\pm$ 3,02	23,8 $\pm$ 4,7	24,1 $\pm$ 6,05	25,1 $\pm$ 3,3	0,06**

*Kruskal Wallis test uygulandı

**One-way Anova test uygulandı

Grup 1: Kombine oral kontraseptif kullanan hastalar.

Grup 2: Progestin içeren enjeksiyon kullanan hastalar.

Grup 3: Bakır yüklü intrauterin araç kullanan hastalar.

Grup 4: Cerrahi sterilizasyon yapılmış hastalar.

Grup 5: Erkek kondomu kullanan hastalar

Beck Depresyon Envanteri puanlamasına bakıldığında total puanlar gruplar için sırasıyla; (ortalama $\pm$ standart sapma) 11,15 $\pm$ 0,77, 10,36 $\pm$ 0,98, 11,60 $\pm$ 0,73, 11,69 $\pm$ 0,68, 10,7 $\pm$ 0,67 olarak dağıldı. En yüksek puan Grup 4’de en düşük puan ise Grup 2’de izlense de istatistiksel olarak gruplar arasında anlamlı fark izlenmedi (p=0,78). Beck Depresyon ölçeğine göre minimal depresyon oranı en yüksek Grup 1’de %52,1 olarak izlendi. En düşük ise Grup 3’de %37,8 olarak izlendi. Gruplar arasında minimal depresyon oranı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark izlenmedi (p=0,71) (Tablo 4).

Hafif depresyon açısından baktığımızda ise en düşük oran %30,9 ile Grup 2’de, en yüksek oran ise % 48,6 ile Grup 3’de izlendi. Gruplar arasında Grup 2 ve Grup 3 arasında istatistiksel olarak anlamlı fark izlendi (p=0.03). Diğer gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi (p>0.05) (Tablo 4).

Orta derecede depresyon için oranlar gruplara göre sırasıyla; 9(%12,3), 10 (%14,7), 8 (%10,8), 8 (%11) ve 8 (%10,8) olarak görüldü. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0,05$) (Tablo 4).

Şiddetli depresyon ise Grup 2’de hiç izlenmezken Grup 1’de 3 (%4,1), Grup 3’de 2 (%2,7), Grup 4’de 2 (%2,7) ve Grup 5’de 1 (%1,4) olarak izlendi. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0,05$) (Tablo 4).

Tablo 4: Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

	Grup 1	Grup2	Grup3	Grup4	Grup5	p değeri
BDÖ puan mean ($\pm$ standart sapma)	11,15 $\pm$ 0,77	10,36 $\pm$ 0,98	11,60 $\pm$ 0,73	11,69 $\pm$ 0,68	10,7 $\pm$ 0,67	*0.78
Minimal depresyon (BDÖ=0-9) (n,%)	38 (%52,1)	37(%54,4)	28 (%37,8)	32 (%43,8)	33 (%44,6)	**0,71
Hafif depresyon (BDÖ=10-16) (n,%)	23(%31,5)	21(%30,9)	36(%48,6)	31(%42,5)	32 (43,2)	** 0.04
Orta depresyon (BDÖ=17-29) (n,%)	9(%12,3)	10(%14,7)	8(%10,8)	8(%11)	8(%10,8)	**0,6
Şiddetli depresyon (BDÖ=30-63) (n,%)	3(%4,1)	0	2 (%2,7)	2 (%2,7)	1 (%1,4)	*0.1

*One-way Anova test uygulandı. **Kruskal Wallis test uyulandı.

Grup 1: Kombine oral kontraseptif kullanan hastalar.

Grup 2: Progestin içeren enjeksiyon kullanan hastalar.

Grup 3: Bakır yüklü intrauterin araç kullanan hastalar.

Grup 4: Cerrahi sterilizasyon yapılmış hastalar.

Grup 5: Erkek kondomu kullanan hastalar

4. TARTIŞMA

Modern kontraseptif yöntemlerin geliştirilmesi gebeliklerin kontrolünü arttırmış, cinsellik ve üremenin birbirinden ayrılmasına yol açmıştır. Böylelikle, çiftler üreme amacı olmadan seks yapma, çocuk sahibi olma ve ne zaman çocuk sahibi olacakları konusunda seçim yapma hakkına sahip olmuşlardır.

Gebelik istemeyen ancak kontraseptif bir yöntem kullanmayan veya kullanmayı bırakan kadınlar için ana nedenlerden biri, yöntemin cinsel sağlık ve genel sağlık üzerine etkileri olduğu ya da olacağı endişesidir. Kadınlar kullandığı kontraseptif yöntemin, zevk almaya/vermeye, cinsellik duygusuna (cinsel isteğine, hazzına), bedenine, cinsel organlarına, aklına (duygu durumuna), kişiliğine ve fiziksel görünüşüne etkisi olacağını inanırsa o kontraseptif yöntemi kullanmayı bırakabilmektedir (71). Bazen de gebe kalma korkusuyla yöntemi kullanmaya devam etmekte ancak cinselliği etkilenebilmektedir. Bu nedenle cinsellikle ilgili konularda danışmanlık yapan sağlık çalışanlarının, kontraseptif yöntemlerin cinsellik üzerine etkilerini iyi bilmesi, kullanılacak yöntemlerin cinsel yaşam ve cinsel fonksiyonlar üzerindeki etkilerini açıklayabilmesi gerekmektedir (72). Bu bağlamda; bu prospektif kesitsel çalışmada farklı kontraseptif yöntemlerin cinsellik ve ruh durumu üzerindeki etkileri araştırılmıştır. Literatürde kontraseptif yöntemlerle ilgili benzer çalışmalara rastlansa da bu çalışmada beş farklı kontraseptif yöntemin birlikte irdelenmesi ve cinsel işlev üzerindeki etkilerinin alt basamaklar ile ele alınması açısından yol gösterebilir olduğunu düşünmekteyiz.

Kontrasepsiyonla ilişkili olarak algılanan azalmış cinsel işlev, etkili kontrasepsiyonun kullanılmamasına yol açabilmektedir. Diğer yandan ise kontrasepsiyon yönteminin kullanılmaması istenmeyen gebelik endişeleri nedeniyle, cinsel işlev bozukluğunda başlı başına bir faktör olabilmektedir (73).

Yapılan bir çalışmada, 1.077 kadın üzerinde geri dönüşümlü kontraseptif metodların memnuniyet oranı RİA kullanan hastalarda hap, enjeksiyon ve bariyer yöntemlerini kullanan hastalara göre daha yüksek bulunmuştur (74). Çalışmamızda ise bunun aksine RİA kullanan hastaların %85'i memnun olsa bile diğer yöntemlerle kıyasladığımızda en düşük memnuniyet oranı RİA kullanan hastalarda bulunmuştur. RİA kullanımına bağlı ağrı ve kanama değişikliğinin memnuniyeti olumsuz etkilediği bildirilmiştir (75). Çalışmamızda hastaların memnun olmama nedenleri irdelenmese de, RİA ile korunan hastalarda ağrı skorunun en

düşük olmasının, memnuniyetin az olması ile ilişkili olduğunu düşündürmüştür. Çin’de yapılan bir çalışmada kullanılan kontraseptif yöntemden memnun olmanın cinsel istek ve cinsel doyumu arttırdığı bildirilmiştir (76). Çalışmamızda da benzer şekilde memnuniyetin en fazla olduğu kondom kullanan hastalarda, memnuniyetin en düşük olduğu RİA kullanan hastalara kıyasla toplam FSFI puanı benzer olsa da cinsel uyarılma ve orgazm puanı daha yüksek izlenmiştir.

Çalışmamızda cinsel istek açısından grupları karşılaştırdığımızda; OKS kullanan hastalarda cinsel isteğin daha düşük olduğu diğer gruplarda ise cinsel istek skorunun benzer olduğu dikkati çekmektedir. KOK’ların sex hormonu bağlayıcı globulin seviyesini artırarak testosteronun serbest dolaşan formunda azalmaya neden olduğu bilinmektedir. Azalan testosteron düzeyi cinsel istekte azalmayla ilişkilendirilmiştir (77). Çalışmamızla benzer şekilde Zethraeus ve ark. yaptığı çalışmada OKS kullanan hastalarda plaseboya kıyasla cinsel istek daha az bulunduğu sunulmuştur (78). Yine benzer şekilde yapılan bir çalışmada OKS kullanan hastalarda progestin ve plasebo kullanan hasta grubuna göre daha düşük cinsel istek izlenmiştir (79). Buna karşın OKS kullanan hastalarda cinsel istekte artış veya değişme olmadığını bildiren yayınlar da vardır (71, 80). Çalışmamızda OKS kullanan hasta grubuna estrogen ve progestin dozları farklı olan preparatları kullanan hastaların hepsi dahil edilmiştir. Cinsel istek üzerinde OKS’lerin etkisi içeriğindeki estrogen ve progestin miktarına göre değişiklik gösterebilir. Yapılan bir çalışmada OKS ile ilişkili cinsel işlev bozukluğu olan kadınlarda, bir antiandrojenik (estradiol valerat/dienogest) veya androjenik progestin (EE/levonorgestrel) içeren KOK’a geçildiğinde cinsel isteğin arttığı bulunmuştur. KOK’un cinsel fonksiyon üzerindeki genel etkisinin, progestinin androjenitesi ve SHBG üzerindeki etkisi arasındaki denge ile ilişkili olabileceğini ileri sürmüşlerdir (81).

Cinsel uyarılma açısından grupları değerlendirdiğimizde; kondom ile korunan hasta grubunda ve enjekte edilen progestin grubunda puan yüksek, RİA grubunda ise en düşük puan izlenmiştir. Literatürdeki çalışmaları taradığımızda erkek kondomu kullanan çiftlerin kadın partnerinin cinsel işlevi üzerindeki etkisi farklı sonuçlarla sunulmuştur. Yapılan bir çalışmada, diğer yöntemlere kıyasla kondom kullanımının cinsel tatmini arttırdığı bildirilmiştir (82). Başka bir çalışmada ise ilişki sırasında yırtılma, yerinden kayma, ereksiyonu sürdürme zorluğu ve vajinal kuruluğa sebep olması gibi nedenlerle kondomun hem kendileri hem de kadın eşleri açısından orgazma ulaşmada zorluk ve cinsel tatminin azalmasına sebep olduğunu ifade etmişlerdir (83). Ancak literatürde sadece cinsel uyarılma alt basamağı açısından kondomun etkisini araştıran bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bizim çalışmamızda; kondom

kullanan gruptaki daha yüksek cinsel uyarılma puanının görece olarak hasta grubunun daha genç yaşta olması ve diğer kontraseptiflere göre düzensiz kanama, ağrı gibi yan etkilerin olmaması ve bu hasta grubunda en yüksek memnuniyetin olması ile ilişkilendirdik.

Lumbrikasyon açısından değerlendirdiğimizde ise gruplar arasında benzer puanlar izlendi. Smith ve ark. yaptıkları çalışmada hormonal kontraseptif kullananların, kullanmayanlara kıyasla anlamlı düzeyde daha az uyarılma ve yetersiz vajinal lumbrikasyon yaşadıklarını bulmuşlardır (84). Çalışmamızla benzer şekilde Both ve ark. tarafından yapılan sistematik inceleme çalışmasında ise, antiandrojenik ve androjenik progestin içeren KOK kullanımı karşılaştırıldığında lumbrikasyon açısından herhangi bir farklılık gözlenmediği belirtilmiştir (71). Çalışmamızda ise; istatistiksel olarak anlamlı olmasa da en düşük lumbrikasyon puanı RİA kullanan hastalarda izlenmiş diğer hastalarda ise benzer lumbrikasyon puanları izlenmiştir. Bu grupta memnuniyet oranının daha düşük olması ve ağrı puanının en düşük olmasının lumbrikasyon üzerinde olumsuz etkili olabileceğini düşünmekteyiz.

DSÖ, AP rehberinde cerrahi sterilizasyonun cinsel istekte ve cinsel fonksiyonda bir bozulmaya sebep olmadığını, aksine kilo almaya sebep olmadığını, düzensiz kanama gibi yan etkilerinin diğer yöntemlere göre az olması ve gebe kalma endişesini giderdiği için seksten daha çok zevk alabileceği vurgulanmaktadır (9). Ancak İran'da yapılan bir çalışmada, tüp ligasyonu uygulanmış 150 kadının, prezervatif kullanan 150 kadına kıyasla tüm alanlarda FSFI puanlarının daha düşük olduğu bulunmuştur. Ayrıca, tüp ligasyonundan pişmanlık duyan kadınlar arasındaki cinsel disfonksiyon oranlarının, duymayanlara kıyasla daha yüksek olduğu da saptanmıştır (85). Çalışmamızda ise total puanlamada tüm grupların puanları benzer olsa da orgazm alt grubunda, BTL grubunda daha düşük puan izlendi. Bu hasta grubunda yaş ortalamasının en yüksek olması, kadınlık algısının doğurganlıkla bağdaştırılma kültürünün ve olası pişmanlıkların olumsuz etkiler olabileceğini düşünmekteyiz. Orgazm puanının düşük olduğu bir diğer grup ise; OKS kullanan hastalardı. Yapılan bir çalışmada hormonal kontrasepsiyon kullanan kadınların, diğer kadınlara göre cinsel memnuniyet ve orgazm oranının daha düşük olduğu bulunmuştur. Çalışmamızda ise memnuniyet puanlaması diğer gruplarla benzerken orgazm puanı OKS kullanan hastalarda daha düşük izlenmiştir. Cinsel istek ve orgazm için androjen seviyesinin kilit rol oynadığı bilinmektedir. OKS kullanan hastalarda kullanmayanlara kıyasla serbest testesteron miktarı daha düşük izlenmiştir.

Sex hormonu bağlayıcı globulin, dolaşımdaki gonadal steroidler için ana bağlayıcı proteindir. Yüksek düzeyde SHBG androjen azalmasıyla ilişkilidir. Daha yüksek dozlarda etinil estradiol içeren OKS, SHBG'nin hepatik sentezinde önemli bir artışı indükler ve oositlerden androjen üretimini doğrudan inhibe ederek dolaşımda serbest ve biyolojik olarak kullanılabilir. Testosteronun azalmasına neden olabileceği bilinmektedir. OKS kullanan hastalarda kullanmayanlara kıyasla serbest testesteron miktarı daha düşük izlenmiştir (86).

Ağrı alt grubunda çalışmamızda en düşük puan RİA kullanan hastalarda gözlemlendi, diğer gruplarda ağrı puanlaması benzerdi. RİA ve ağrı arasındaki farkı irdeleyen çalışmalarda bulgular farklılık göstermektedir. Ülkemizde yapılan bir başka çalışmada da, bakırlı RİA kullanan kadınlar ile kontrasepsiyon kullanmayan kadınlar arasında cinsel disfonksiyon prevalansı açısından anlamlı bir farkın olmadığı bulunmuştur. Ancak RİA kullanan kadınların FSFI ağrı alt boyutlarından anlamlı derecede daha düşük puanlar aldıkları gösterilmişti (87). Bunun aksine yapılan 9427 hastalık bir metaanaliz çalışmasında RİA kullanan hastalarda ağrı da dahil olmak üzere tüm alt gruplarda RİA kullanmayan hastalara göre daha yüksek cinsel işlev puanı sunduğu sonucunu paylaşmıştır (88). Cinsel işlev bozukluğunun, toplumun sosyal özellikleri ve dini inançları gibi çeşitli faktörlerden etkilenebileceği unutulmamalıdır. RİA ve disparoni arasındaki ilişkinin, bu açıdan dünyanın farklı bölgelerinde farklılık gösterebileceği akılda tutulmalıdır. Ayrıca RİA ve disparoni arasındaki ilişkinin yaşla birlikte değişkenlik gösterebileceğini savunan yayınlara rastlanmaktadır. Genç yaşta RİA ve ağrı ilişkisinin daha fazla olduğu bildirilmiştir (89, 90). Çalışmamıza 19-45 yaş arası dönem dahil edilmiş, yaşın ve menopozun olası etkileri dışlanmaya çalışılmıştır. Yaş gruplamasının daha geniş bir aralıkta sunulduğu bu çalışmada RİA için ağrı-yaş ilişkisi sunulmamıştır. Ayrıca RİA'ya bağlı olabilecek vaginal kanama ve/veya postkoital kanamanında hastalar tarafından FSFI sorgulama formunda kanamanın sorgulanamamasına bağlı ağrı olarak değerlendirilebileceğini düşünmekteyiz.

Günümüzde AP hizmetleri sadece anne ve çocuğun fiziksel ve ruhsal sağlığının en önemli göstergelerinden biri olmanın yanı sıra temel insani haklardan biri olarak kabul edilmektedir (91). AP metodu seçiminde fiziksel, psikolojik, ekonomik ve dini faktörler göz önünde bulundurulmalıdır. Hiçbir kontrasepsiyon yönteminin tamamen yan etkisiz olmadığı bilinmektedir. Doğum kontrol yöntemlerinin en sık bırakılma nedenlerinden biri de ruh hali değişikliğidir (92).

Kontraseptiflerin duygudurum üzerindeki etkileri, örneğin endojen steroid hormonları üzerindeki biyolojik etkiler, istenmeyen gebe kalma kaygısından kurtulma ve özellikle kalıcı sterilizasyonda gebe kalma kaygısının yok olması ile üreme yeteneğini tamamen kaybetmek gibi paradoksal etkiler, ruh hali üzerinde karmaşık etkiler oluşturabilir. Doğum kontrol yöntemlerinin ruh hali üzerindeki etkilerini irdeleyen çalışmalara literatürde nadir olarak rastlanmaktadır ve çalışmaların sonuçları farklılık göstermektedir. Danimarka'da yapılan ülke çapında bir kohort çalışması, kullanmayanlarla karşılaştırıldığında, hormonal kontrasepsiyon türlerinin kullanımının daha yüksek depresyon ve antidepresan kullanımı riski ile ilişkili olduğunu bulmuş ve hormonal kontrasepsiyon ayrıca intihar girişimleri ve intiharla da ilişkilendirilmiştir (93). Bunun aksine, ABD'de yapılan bir çalışmada ise, hormonal kontrasepsiyon alan cinsel yönden aktif kadınlar arasında depresif semptomların azaldığını bildirildi (94). Bizim çalışmamızda ise hormonal kontraseptif yöntem, kondom, RİA ve tüp ligasyonu olan hastalarda depresyon skorunu benzer bulduk. Memnuniyet oranının en düşük RİA grubunda olsa da gruplar arasında depresyon açısından toplam puanlar istatistiksel olarak farklı değildi. Bu çalışmada; KOK ve progestinlerin ayrı gruplanması, tubal ligasyon, RİA ve kondom kullanımı gibi hormonal etkileri olmayan metodların olduğu gruplar olarak ayrılması ile daha doğru bir değerlendirme yapılacağını varsaydık. Bu ayrım ile hem östrojen-progesteron hem de sadece progesteron açısından non-hormon metodlarla benzer depresyon oranlarını bulduk. Bu bilgiler ışığında, hastalara kullandıkları kontraseptif yöntemi seçerken ve devamında benzer ruh hali değişiklikleri oluşturabileceği sonucunu sunabilmek açısından kıymetli olacağını düşündürmektedir.

Afrika'da çift kör randomize kontrollü yürütülen çalışmada yalnızca progestin içeren doğum kontrolü kullanan kadınlar arasında doğum sonrası depresyonun arttığı tespit edilmiştir (95). Bunun aksine DMPA-IM, RİA ve Levonorgestrelli RİA'nın seksüel fonksiyon ve depresyon üzerindeki etkilerini irdeleyen bir çalışmada; hastaların 3. aydaki BDÖ puanlarının benzer olmasına karşın; 12. ayda şiddetli depresyon riskinin azaldığı bildirilmiştir (96). Çalışmamızda da benzer şekilde progestin kullanan hastalarda hafif depresyon oranı diğer gruplara kıyasla daha düşük bulunmuş ve şiddetli depresyon bu gruptaki hastalarda hiç izlenmemiştir. Çalışma grubumuzun mevcut kontraseptif yöntemi en az 3 aydır kullandığı göz önüne alındığında, uzun dönemde progestinlerin beklenenin aksine depresyon açısından olumlu etkileri olabilir. Doğal ve sentetik progesteron ile depresyon ve anksiyete arasındaki ilişki belirsizdir. Progesterondaki döngüsel artışlar ile kaygı arasında pozitif bir ilişki olduğunu gösteren kanıtlar bulunmaktadır. Nillni ve ark. anksiyeteye eğilimli kadınların,

luteal fazlarında -foliküler aşamalarına göre progesteron seviyeleri yükseldiğinde - daha güçlü bir bilişsel panik yanıtı sergilediklerini göstermiştir (97). Gonda ve ark. (2008) çalışmalarında, kadınların luteal fazda döngülerinin foliküler fazına kıyasla daha yüksek kaygı ve kişiler arası duyarlılık bildirmişlerdir (98). Ancak adet döngüsü ile ilişkili olarak yapılan bu araştırmalarda progesteron düzeyleri ölçülmemiştir. Dolayısıyla ruhsal belirtiler ile adet döngüsü arasındaki ilişkinin doğrudan progesteron düzeyi ile mi yoksa progesteron ile eş zamanlı olarak dalgalanan östrojen düzeyleri ile mi ya da başka bir etmen ile mi ilişkili olduğu söylenemez. Bu teorinin tersine progesteronun, tüm steroidlerle karşılaştırıldığında, anksiyeteye karşı oldukça pozitif etkili olduğunu bildiren çalışmalar vardır (99, 100). Anksiyete esnasında salınımının arttığı ve akut strese hızlı bir yanıt olarak nöroaktif bir metaboliti olan ALLO (allopregnanolone)'ya dönüşümü ile anksiyete ve stresi yansıtan davranışların azaldığını gösteren çalışmalar vardır (101, 102). Çalışmamızda da beklenenin aksine progestin alan grupta depresyon puanları kötüleşmemiş, aksine şiddetli depresyon hiç izlenmemiştir. Ancak daha çok hasta sayısı, yaş ve çevresel faktör etmenlerinin eşitlenmesiyle daha kuvvetli sonuçlara ulaşılabileceğini düşünüyoruz.

Çalışmamızın kısıtlılıkları; hasta grubumuzda farklı OKS kullanan hastaların olması ve içerdikleri estrojen ve progestin miktarının göz önünde bulundurulmaması çalışmamızın eksik bir yönü olarak sayılabilir. Bazı çalışmalarda OKS kullanımının cinsel istek üzerindeki olumsuz etkilerinin ilk bir yılda daha belirgin olduğu, daha uzun süreli kullanımlarda ise olumsuz etkinin azalabileceği bildirilmiştir. Çalışmamızda kontraseptif kullanımlarının süresinin belirsiz olması cinsel istek üzerindeki etkinin zamansal değerlendirilmesine olanak sağlamamaktadır, bununla çalışmanın bir diğer kısıtlılığı olduğunu düşünmekteyiz.

5. SONUÇ

Beş farklı kontraseptif yöntemin cinsel işlev ve ruh durumu üzerindeki etkilerinin FSFI ve BDÖ ile araştırıldığı bu prospektif kesitsel çalışmada cinsel işlev açısından tüm grupların puanları benzer bulundu. Ancak alt gruplar açısından bakıldığında OKS kullanan hastalarda cinsel istek ve orgazm puanlarının daha düşük izlenmesi, RİA kullanan hastalarda ağrı alt puanının daha düşük izlenmesi çalışmanın dikkat çeken noktalarıdır. Depresyon puanı üzerinde tüm kontraseptif yöntemlerde benzer etki oluşturmaktaydı. Enjekte edilen progestin içeren ile kontrasepsiyon uygulanan hastalarda şiddetli depresyon sıklığı daha az izlenmesi bir diğer dikkat çeken noktaydı. Sonuç olarak AP hizmeti alan hastaların yöntemin etkinliği kadar yan etkileri açısından da iyi bilgilendirmeleri gerekmektedir. Hastaların bu konuda iyi bilgilendirmesi doğru kontrasepsiyon yönteminin seçimi ve hastanın uyumu açısından oldukça önemlidir. Literatürde hala daha cinsel işlev bozukluğu ve depresyon ile kontrasepsiyon arasındaki ilişki tartışmalı görünmektedir. Bu çalışmada sunulan sonuçlar ile kontraseptif yöntemlerin cinsel işlev üzerinde ve depresyon üzerinde benzer etkileri olsa da alt gruplarda farklılıklar olabileceğini bilmek hasta ve sağlık hizmeti veren profesyoneller açısından kıymetlidir. Hastaların yaşlarının geniş gruplandırılması, kontraseptif yöntem sürelerinin sunulmaması ve hormonal kontraseptifler açısından farklı farmakolojik dozların olması çalışmanın eksik yanları olarak sayılabilir.

6. KAYNAK

- 1- Dünya Sağlık Örgütü. DSÖ Avrupa bölge ofisinde kullanılan aile planlaması ana çocuk sağlığı ve üreme sağlığı tanımları ve göstergeleri. 2000
- 2- PPF Üreme Hakları ve Cinsel Haklar Bildirgesi, Vizyon 2000, Uluslararası Federasyonu - 1996, (Türkiye Aile Planlaması Derneği tarafından Türkçe'ye tercüme edilmiştir). Türkiye Aile Planlaması Derneği Yayınları No. 54, 1997.
- 3- Akyıldız N. Aile Planlaması. 1.Baskı, Turan Ofset Yayınları, İstanbul, 1999.
- 4- Koyuncuer A. Kontrasepsiyon ve Türkiye'de Durum. Sted, 2004; 13(12): 455-459
- 5- Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı Ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Genetik Hastalıklar Sağlık Personeli İçin El Kitabı. Ankara: 4-16.
- 6- T.C. Resmi Gazete. 557 Sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun 2827 Madde 5. 5 mayıs 1983. Sayı: 18059. Ankara.
- 7- 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı ve TÜBİTAK, Ankara 2019: 55-79.
- 8- Unfpa Division For Arab States And Europe, Programme, Who Regional Office For Europe Women's And Reproductive Health, Programme Wro For Ew And Rh. Family Planning And Reproductive Health İn Central And Eastern Europe And The Newly Independent States. 2000.
- 9- World Health Organization Department Of Reproductive Health And Research, Johns Hopkins Bloomberg School Of Public Health/Center For Communication Programs K For Hp. Family Planning A Global Handbook For Providers. Baltimore And Geneva; 2018. 1-359 P
- 10- Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı. Aile Sağlığı Hizmetlerinde Kadın ve Üreme Sağlığı İzlem ve Danışmanlığı. Ankara, Türkiye; 2017. 12-160 P
- 11- T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Müdürlüğü. Hıv-Aids İstatistik.
- 12- Yurdakul, M. & Arınç Çobaner, A. (2015). Üreme sağlığı ve aile planlaması hizmetlerinde sağlık eğitimi iletişim ve danışmanlık. Türkiye Klinikleri J Obstet Womens Health Dis Nurs-Special Topics ;1(2).
- 13- Schenker, J. G.,& Rabenou, V. (1993). Family planning: cultural and religious perspectives. Human Reproduction, 8(6), 969-976
- 14- (2016). Aile Planlaması Ve Evrimi (Yüksek Lisans Tezi). Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- 15- Erdoğan, N. (2014). Doğum Sonu Dönemdeki Kadınların Aile Planlaması Konusundaki Tutumları Ve İlişkili Faktörler (Yüksek Lisans Tezi). Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya Alınan Yer <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi> Erişim Tarihi: 29.11.2017.
- 16- Kuloğlu BU, Cansu Ç, Kılıç D, Aydın S, Önel Z. GEÇMİSTEN GÜNÜMÜZE DOĞUM KONTROL YÖNTEMLERİ;2012
- 17- Demir C, Tıraş B, Gökmen O, Dilbaz B YÖ. Oral Kontrasepsiyon Klavuzu.; 2012

- 18- Malcolm Potts, Martha Campbell, “History of Contraception in Gynecology and Obstetrics”, içinde A History of Birth Control, 2002
- 19- Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi, Cilt II, Ankara, 2005
- 20- T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Aile planlaması danışmanlığı katılımcı kitabı. Ankara: Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Basımevi; 2010:35-176.
- 21- Kurtuluş H. Aile planlaması danışmanlığı verilmesinin yöntem seçimine etkileri. Uzmanlık Tezi Sağlık Bakanlığı Dr Lutfi Kırdar Kartal Eğitim Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği.
- 22- Vekemans M. Postpartum contraception: the lactational amenorrhea method. Eur J Contracept Reprod Health Care. 1997; 2(2): 105-11.
- 23- Karagüzel N. Fertil Çağdaki Kadınlarda Kontraseptif Yöntemler ve Anemi İlişkisi. Published online 2006:1-88.
- 24- Kelaghan J, Rubin GL, Ory HW, Layde PM, “Barrier method contraceptives and pelvic inflammatory disease”, JAMA, ss. 248-284, 1982.
- 25- Pyper CM, Knight J. C CPD T Topics REVIEW. The Journal of Family Planning and Reproductive Health Care. 2001;27(2):103–110.
- 26- Brown EJ, Deshmukh P, Antell K. Contraception Update: Oral Contraception. FP Essent. 2017 Nov;462:11-19. PMID: 29172411
- 27- Morimont L, Haguet H, Dogné JM, Gaspard U, Douxfls J. Combined Oral Contraceptives and Venous Thromboembolism: Review and Perspective to Mitigate the Risk. Front Endocrinol (Lausanne). 2021 Dec 9;12:769187. doi: 10.3389/fendo.2021.769187.
- 28- Memmel L, Gilliam M. Kontrasepsiyon. Ed: Gibbs RS, Karlan BY, Haney AF, ve Nygaard IE, “Danforth’s Obstetrics and Gynecology”, 10., Philadelphia, USA: Wolters Kluwer, Lippincott Williams & Wilkins, 2010, ss. 567-585.
- 29- Demir C, Tıraş B, Gökmen O, Dilbaz B YÖ. Oral Kontrasepsi yon Klavuzu.; 2012
- 30- “Çocuk gelişimi ve eğitimi, aile planlaması”, Ankara: T.C. Milli Eğitim Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2017, ss. 70-4.
- 31- Broome M, Fotherby K, “Clinical experience with the progestogen-only pill”, Contraception, c. 42, sy 5, ss. 489-95, 199
- 32- Tokuç, B., Eskiocak, M., Saltık, A. (2002). Acil kontrasepsiyon. Sted. 11(3)94.
- 33- Çelik R, (2006) İsteyerek Düşük Yapmak İçin Başvuran Kadınların Acil Kontrasepsiyon İle İlgili Bilgi ve Davranışlarının Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Mersin.
- 34- Katırcı E, (2008), Isparta İl Merkezindeki Kadınlarda Kontraseptif Kullanımında Etkili Demografik ve Sosyokültürel Faktörler, Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Isparta.
- 35- Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci 2006;2(22):17-23
- 36- Güner H, Korucuoğlu Ü, “Aile planlaması ve kontrasepsiyon yöntemleri”, içinde Klinikte Obstetrik ve Jinekoloji, Ankara: Ed: Çiçek MN, Mungan MT, 2007, ss. 531-38
- 37- Secura GM, Madden T, McNicholas C, et al. Free, long-acting contraception and teen pregnancy. N English J Med 2014; 371 :1316–23.

- 38- Bayer HealthCare Pharmaceuticals Inc. Jadelle® contraceptive implants information material.
- 39- Medical eligibility criteria for contraceptive use.
- 40- Jeannette ES, Samuel C.M, Evelyn L.L. Current Aile Hekimliği. Çev.ed. Kut A. Tokalak İ. Eminsoy M.G. Öncü basımevi, Ankara. 2007.
- 41- Wiedner D. R., Pattimakiel L., Examining the efficacy, safety, and patient acceptability of the combined contraceptive vaginal ring (NuvaRing®), International Journal of Women's Health 2010;2 401–409
- 42- Kut A., Eminsoy G., Current Aile Hekimliği Tanı ve Tedavi, Ankara, Güneş Tıp Kitabevleri, İkinci Baskı, 173-181
- 43- Milli Eğitim Bakanlığı. Çocuk gelişimi ve eğitimi aile planlaması. Published online 2014;1- 41.
- 44- 1984 Uluslararası Nüfus Konferansı Raporu.
- 45- MacKay T. Contraception. Current Medical Diagnosis and Treatment, Forty-Third Edition içinde. Ed. Tierney LM, McPhee SJ, Papadakis MA. McGraw-Hill Company. New York 2004; 716-724.
- 46- Kutlu R, Kılıçaslan AÖ. The reasons of intrauterin device discontinuation in women applied to a family planning polyclinic. Türkiye Aile Hekim Derg. 2014;18(3):149- 155. doi:10.15511/tahd.14.03149
- 47- İnal, M.M., Bariyer kontraseptif yöntemler, Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci 2006, 2(22):41-50
- 48- Başak O., Demirağ S. A., Taylor Aile Hekimliği El Kitabı, Güneş Tıp Kitabevleri, Üçüncü Baskı, 501-506
- 49- Boynukalın K, Güven S, Esinler İ, “Temel Kadın ve Doğum Bilgisi”, 3., Ankara: Ed: Günalp S, Yüce K, 2014, ss. 529-38
- 50- Aynioğlu Ö, “35 yaş üzeri doğum yapan gebelerin demografik özelliklerinin değerlendirilmesi”, Kocatepe Tıp Derg, c. 15, sy 2, ss. 152-5, 2014.
- 51- Gallo MF, Grimes DA, Schulz KF, Lopez LM, “Cervical cap versus diaphragm for contraception”. Cochrane Database Syst Rev., 2002.
- 52- Marino S, Canela CD, Nama N. (2020). Tubal Sterilization. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 Jan–. PMID: 29262077
- 53- Dündar, T, Özsoy, S. (2019). Gönüllü sterilizasyonda eş onayı: bir üreme hakkı ihlali mi? Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 28 (3), 222-227. DOI: 10.17942/sted.458654
- 54- Healy B. Does vasectomy cause prostate cancer? From the National Institutes of Health. JAMA 1993. 269. s: 2620.
- 55- Çetişli, E. N., Top, E. D., Arkan, G., Kaba, F., Ertop, F. (2016). Bilgisayar Evli Kadınların Kullandıkları Aile Planlaması Yönteminin Cinsel Yaşam ve Benlik Saygısına Etkisi. Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi, 13(2), 101-106
- 56- Bozdemir, N., Özcan, S. (2011). Cinselliğe Ve Cinsel Sağlığa Bakış. Turkish Journal Of Family Medicine And Primary Care (TJFMPC), 5(4), 37- 46.
- 57- Faubion SS, Rullo JE. Sexual Dysfunction in Women: A Practical Approach. Am Fam Physician. 2015 Aug 15;92(4):281-8. Erratum in: Am Fam Physician. 2016 Aug 1;94(3):189.

- 58- Aksoy, A., Yılmaz, V. D., Yılmaz, D. (2019). Gebelikte Cinsel Yaşantıyı Neler etkiler?. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 3(1), 45-53.
- 59- Schiavi RC, Segraves RT. The biology of sexual function. *Psychiatr Clin North Am*. 1995 Mar;18(1):7-23. PMID: 7761308.
- 60- Anderson RM. Positive sexuality and its impact on overall well-being. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*. 2013 Feb;56(2):208-14. doi: 10.1007/s00103-012-1607-z.
- 61- Masters , W. H. , & Johnson , A. M. (1966). Human sexual response .Boston , MA : Little, Brown .
- 62- Basson R. The female sexual response: a different model. *J Sex Marital Ther*. 2000 Jan-Mar;26(1):51-65. doi: 10.1080/009262300278641.
- 63- Yeung J, Pauls RN. Anatomy of the Vulva and the Female Sexual Response. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2016 Mar;43(1):27-44. doi: 10.1016/j.ogc.2015.10.011.
- 64- Shaeer O, Skakke D, Giraldi A, Shaeer E, Shaeer K. Female Orgasm and Overall Sexual Function and Habits: A Descriptive Study of a Cohort of U.S. Women. *J Sex Med*. 2020 Jun;17(6):1133-1143. doi: 10.1016/j.jsxm.2020.01.029.
- 65- Hayes RD. Circular and linear modeling of female sexual desire and arousal. *J Sex Res*. 2011 Mar;48(2-3):130-41. doi: 10.1080/00224499.2010.548611.
- 66- Nowosielski K, Skrzypulec V. Cykl reakcji seksualnej u kobiety [Female sexual response cycle]. *Ginekol Pol*. 2009 Jun;80(6):440-4.
- 67- BECK AT, WARD CH, MENDELSON M, MOCK J, ERBAUGH J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1961 Jun;4:561-71. doi: 10.1001/archpsyc.1961.01710120031004.
- 68- Teğın B. Depresyonda bilişsel süreçler, Beck modeline göre bir inceleme. *Psikoloji Dergisi* 1987; 6: 116-21.
- 69- Rosen Rc, Brown C, Heiman J, Leiblum Sr, Meston C and Shabsigh R,. The Female sexual function index (Fsfı): A multidimensional selfreport instrument for the assessment of female sexual function. *Journal Of Sex & Marital Therapy* 2000; 26:191-208
- 70- Rosen R. et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function *J Sex Marital Ther*. 26(2): 191–205, 2000.
- 71- Both S, Lew-Starowicz M, Luria M, Sartorius g, Maseroli E, Tripodi F, et al. Hormonal contraception and female sexuality: position statements from the European Society Of Sexual Medicine (ESSM). *J Sex Med*. 2019;16(11):1681-95. doi: 10.1016/j.jsxm.2019.08.005
- 72- Temel S, Özsoy S. Kontrasepsiyon ve kadın cinselliği. Yıldız H, Kömürcü N, editörler. *Farklı Durumlarda Kadın Cinselliği*. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2022. p.34-49.
- 73- Casey PM, MacLaughlin KL, Faubion SS. Impact of contraception on female sexual function. *J Womens Health (Larchmt)*. 2017;26(3):207-13. doi: 10.1089/jwh.2015.5703.
- 74- Steinberg JR, Marthey D, Xie L, Boudreaux M. Contraceptive method type and satisfaction, confidence in use, and switching intentions. *Contraception*. 2021 Aug;104(2):176-182. doi: 10.1016/j.contraception.2021.02.010.

- 75- Sanders JN, Higgins JA, Adkins DE, Stoddard GJ, Gawron LM, Turok DK. The Impact of Sexual Satisfaction, Functioning, and Perceived Contraceptive Effects on Sex Life on IUD and Implant Continuation at 1 Year. *Womens Health Issues*. 2018 Sep-Oct;28(5):401-407. doi: 10.1016/j.whi.2018.06.003
- 76- Chen J, Ho SC. Contraceptive status and sexual function of climacteric Chinese women. *Contraception*. 1999;59(2):85-90. doi: 10.1016/s0010- 7824(99)00005-0.
- 77- 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. doi:10.3109/13625187.2012.728643.
- 78- Zethraeus N, Dreber A, Ranehill E, Blomberg L, Labrie F, von Schoultz B, et al. Combined oral contraceptives and sexual function in women-a double-blind, randomized, placebo-controlled trial. *J Clin Endocrinol Metab*. 2016;101(11):4046-53. doi: 10.1210/jc.2016-2032.
- 79- Graham CA, Sherwin BB. The relationship between mood and sexuality in women using an oral contraceptive as a treatment for premenstrual symptoms. *Psychoneuroendocrinology*. 1993;18(4):273-81. doi: 10.1016/0306-4530(93)90024-f.
- 80- Caruso S, Cianci S, Cariola M, Fava V, Di Pasqua S, Cianci A. Improvement of low sexual desire due to antiandrogenic combined oral contraceptives after switching to an oral contraceptive containing 17 β estradiol. *J Womens Health (Larchmt)*. 2017;26(7):728-34. doi: 10.1089/jwh.2016.5801.
- 81- Davis SR, Bitzer J, giraldi A, Palacios S, Parke S, Serrani M, et al. 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):3069-79. doi: 10.1111/jsm.12310
- 82- Bahrami N, Soleimani M, Shraifnia H, Masoodi R, Shaigan H, Mohammad RZ. Female sexual satisfaction with different contraceptive methods. *Iran Journal of Nursing*. 2012;25(76):53-63.
- 83- Crosby RA, Yarber WL, graham CA, Sanders SA. Does it fit okay? Problems with condom use as a function of self-reported poor fit. *Sex Transm Infect*. 2010;86(1):36-8. doi: 10.1136/sti.2009.036665.
- 84- Smith NK, Jozkowski KN, Sanders SA. Hormonal contraception and female pain, orgasm and sexual pleasure. *J Sex Med*. 2014;11(2):462-70. doi: 10.1111/jsm.12409.
- 85- Sadatmahalleh ShJ, Ziaei S, Kazemnejad A, Mohamadi E. Evaluation of sexual function and quality of life in Iranian women with tubal ligation: a historical cohort study. *Int J Impot Res*. 2015;27(5):173-7. doi: 10.1038/ijir.2015.11
- 86- Panzer C, Wise S, Fantini G, Kang D, Munarriz R, Guay A, Goldstein I. Impact of oral contraceptives on sex hormone-binding globulin and androgen levels: a retrospective study in women with sexual dysfunction. *J Sex Med*. 2006 Jan;3(1):104-13. doi: 10.1111/j.1743-6109.2005.00198.x.
- 87- Sakinci M, Ercan CM, Olgan S, Coksuer H, Karasahin KE, Kuru O. Comparative analysis of copper intrauterine device impact on female sexual dysfunction subtypes. *Taiwan J Obstet gynecol*. 2016;55(1):30-4. doi: 10.1016/j.tjog.2014.12.011.
- 88- Huang M, Li G, Liu J, Li Y, Du P. Is There an Association Between Contraception and Sexual Dysfunction in Women? A Systematic Review and Meta-analysis Based on

Female Sexual Function Index. *J Sex Med.* 2020 Oct;17(10):1942-1955. doi: 10.1016/j.jsxm.2020.06.008.

89- Ponholzer, A., Roehlich, M., Racz, U., Temml, C., & Madersbacher, S. (2005). Female sexual dysfunction in a healthy Austrian cohort: prevalence and risk factors. *European urology*, 47(3), 366-375.

90- Abdo, C. H. N., Oliveira, W. M., Moreira, E. D., & Fittipaldi, J. A. S. (2004). Prevalence of sexual dysfunctions and correlated conditions in a sample of Brazilian women—results of the Brazilian study on sexual behavior (BSSB). *International Journal of Impotence Research*, 16(2), 160-166.

91- Ehsanpour S, Mohammadifard M, Shahidi S, Nekouyi NS. A comparative study on attitude of contraceptive methods users towards common contraceptive methods. *Iran J Nurs Midwifery Res.* 2010 Dec;15(Suppl 1):363-70. PMID: 22069412;

92- Ott MA, Shew ML, Ofner S, Tu W, Fortenberry JD. The influence of hormonal contraception on mood and sexual interest among adolescents. *Arch Sex Behav.* 2008 Aug;37(4):605-13. doi: 10.1007/s10508-007-9302-0.

93- Skovlund CW, Mørch LS, Kessing LV, Lidegaard Ø. Association of Hormonal Contraception With Depression. *JAMA Psychiatry.* 2016 Nov 1;73(11):1154-1162. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2016.2387. Erratum in: *JAMA Psychiatry.* 2017 Jul 1;74(7):

94- Keyes KM, Cheslack-Postava K, Westhoff C, Heim CM, Haloossim M, Walsh K, Koenen K. Association of hormonal contraceptive use with reduced levels of depressive symptoms: a national study of sexually active women in the United States. *Am J Epidemiol.* 2013 Nov 1;178(9):1378-88. doi: 10.1093/aje/kwt188. Epub 2013 Sep 15.

95- Lawrie TA, Hofmeyr GJ, De Jager M, Berk M, Paiker J, Viljoen E. A double-blind randomised placebo controlled trial of postnatal norethisterone enanthate: the effect on postnatal depression and serum hormones. *Br J Obstet Gynaecol.* 1998 Oct;105(10):1082-90. doi: 10.1111/j.1471-0528.1998.tb09940.x.

96- Singata-Madliki M, Carayon-Lefebvre d'Hellencourt F, Lawrie TA, Balakrishna Y, Hofmeyr GJ. Effects of three contraceptive methods on depression and sexual function: An ancillary study of the ECHO randomized trial. *Int J Gynaecol Obstet.* 2021 Aug;154(2):256-262. doi: 10.1002/ijgo.13594. Epub 2021 Mar 2. PMID: 33448029; PMCID: PMC8359257.

97- Nillni YI, Rohan KJ, Zvolensky MJ. The role of menstrual cycle phase and anxiety sensitivity in catastrophic misinterpretation of physical symptoms during a CO(2) challenge. *Archives of women's mental health.* 2012;15(6):413-22

98- Gonda X, Telek T, Juhasz G, Lazary J, Vargha A, Bagdy G. Patterns of mood changes throughout the reproductive cycle in healthy women without premenstrual dysphoric disorders. *Progress in neuro-psychopharmacology&biological psychiatry.* 2008;32(8):1782-8.

99- Picazo O, Fernandez-Guasti A. Anti-anxiety effects of progesterone and some of its reduced metabolites: an evaluation using the burying behavior test. *Brain research.* 1995;680(1-2):135-41.

100- Reddy DS, O'Malley BW, Rogawski MA. Anxiolytic activity of progesterone in progesterone receptor knockout mice. *Neuropharmacology.* 2005;48(1):14-24.

101- Rhodes ME, Frye CA. Inhibiting progesterone metabolism in the hippocampus of rats in behavioral estrus decreases anxiolytic behaviors and enhances exploratory and antinociceptive behaviors. *Cognitive, Affective, & Behavioral Neuroscience.* 2001;1(3):287-96.

102- Wieland S, Lan NC, Mirasedeghi S, Gee KW. Anxiolytic activity of the progesterone metabolite 5 alpha-pregnan-3 alpha-o1-20-one. Brain research. 1991;565(2):263-8



7. EKLER

7.1. Ek-1 Beck Depresyon Ölçeği

BECK DEPRESYON ENVANTERİ

AÇIKLAMA:

Sayın cevaplayıcı aşağıda gruplar halinde cümleler verilmiştir. Öncelikle her gruptaki cümleleri dikkatle okuyarak, HÜGÜN DÂHİL 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.

- 1- 0. Kendimi üzümlü ve sıkıntılı hissetmiyorum.
 1. Kendimi üzümlü ve sıkıntılı hissediyorum.
 2. Hep üzümlü ve sıkıntılıyım. Bandan kurtulamıyorum.
 3. O kadar üzümlü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.
- 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.
- 3- 0. Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.
 1. Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
 2. Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğuma görüyorum.
 3. Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.
- 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.
- 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.
- 6- 0. Bana cezalandırılmışım gibi geliyor.
 1. Cezalandırılabilirliğimi hissediyorum.
 2. Cezalandırılmayı bekliyorum.
 3. Cezalandırıldığımı hissediyorum.
- 7- 0. Kendimden memnunsam.
 1. Kendi kendimden pek memnun değilim.
 2. Kendime çok kızıyorum.
 3. Kendimden nefret ediyorum.
- 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.
 - 9- 0. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
 1. Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.
 2. Kendimi öldürmek isterdim.
 3. Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.
 - 10- 0. Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.
 1. Zaman zaman içinden ağlamak geliyor.
 2. Çoğu zaman ağlıyorum.
 3. Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.
 - 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.
 - 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.
 - 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.
 - 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.
 - 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.
 - 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.
 - 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.
 - 18- 0. İştahım her zamanki gibi.
 1. İştahım her zamanki kadar iyi değil.

2. İştahım çok azaldı.
3. Artık hiç iştahım yok.
- 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.
- 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.
- 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.

Depresyon derecesi	Toplam
• Minimal depresyon	0-9
• Hafif depresyon	10-16
• Orta depresyon	17-29
• Şiddetli depresyon	30-63

7.2. Ek-2 Kadın Cinsel İşlev Ölçeği (FSFI)

KADIN CİNSEL İŞLEV ÖLÇEĞİ-(FSFI)

Sayın katılımcı; son dört haftada süregelen cinsel işlevlerinizi belirlemeye yönelik olarak hazırlanan bu ölçekte 19 madde bulunmaktadır. Sizden istenen her bir maddede size uyan tek bir seçeneği işaretlemenizdir. Lütfen tüm sorulara cevap veriniz.

Teşekkür ederiz.

* **Cinsel aktivite** : Cinsel birleşme, sevişme ve kendini tatmin dahil olmak üzere tüm cinsel faaliyetler.
** **Cinsel ilişki** : Kadın ile erkeğin cinsel birleşmesi (serleşmiş kamışın/erkeklik organının kadının haznesine girmesi)
*** **Cinsel uyarılma**: Sevişme, şehvet duygu ve düşüncelerin belirmesi ile vajinanın ıslanması ve benzeri durumlar
**** **Orgazm** : Bızır,hazne, rahim, makat ve alt karın ve tüm vücudu saran kuvvetli ritmik kasılmalar olması.

Tüm sorularda yalnız bir kutuyu işaretleyiniz.

1. Son 4 hafta içinde, ne sıklıkta cinsel istek duyduunuz?

- ☐ Hemen hemen her zaman
- ☐ Çoğu zaman (15 günden fazla)
- ☐ Bazen (15 günde)
- ☐ Birkaz kez (15 günden az)
- ☐ Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

2. Son 4 hafta içinde, cinsel istek veya ilgi düzeyinizi (derecenizi) nasıl değerlendirirsiniz?

- ☐ Çok yüksek
- ☐ Yüksek
- ☐ Orta
- ☐ Düşük
- ☐ Çok düşük veya hiç

3. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite* veya cinsel ilişki** sırasında ne sıklıkta uyarıldığınızı hissettiniz?

- ☐ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- ☐ Hemen hemen her zaman
- ☐ Çoğu zaman (15 günden fazla)
- ☐ Bazen (15 günde)
- ☐ Birkaz kez (15 günden az)
- ☐ Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

4. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite* veya cinsel ilişki** sırasındaki uyarılma düzeyinizi nasıl derecelendirirsiniz?

- ☐ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- ☐ Çok yüksek
- ☐ Yüksek
- ☐ Orta
- ☐ Düşük
- ☐ Çok düşük veya hiç

5. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite* veya cinsel ilişki** sırasında cinsel bakımdan uyarılacağınızdan ne derecede emindiniz?

- ☐ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- ☐ Çok emindim
- ☐ Emindim
- ☐ Oldukça emindim
- ☐ Az emindim
- ☐ Çok az / hiç emin değildim

6. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite* veya cinsel ilişki** sırasında uyarılma durumunuz sizin için ne sıklıkta tatminkardı?

- ☐ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- ☐ Hemen hemen her zaman
- ☐ Çoğu zaman (15 günden fazla)
- ☐ Bazen (15 günde)
- ☐ Birkaz kez (15 günden az)
- ☐ Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

7. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite* veya cinsel ilişki** sırasında hazneniz ne sıklıkla ıslandı / kayganlaştı?

- ☐ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- ☐ Hemen hemen her zaman
- ☐ Çoğu zaman (15 günden fazla)
- ☐ Bazen (15 günde)
- ☐ Birkaz kez (15 günden az)
- ☐ Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

8. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite* veya cinsel ilişki** sırasında haznenizin ıslanması / kayganlaşmasındaki zorluk derecesi nasıldı?

- ☐ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- ☐ Çok çok zor veya imkansızdı
- ☐ Çok zordu
- ☐ Zordu
- ☐ Biraz zordu
- ☐ Hiç zorluk çekmedim

9. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite* veya cinsel ilişkiniz** bitene kadar cinsel organınızın ıslaklığını / kayganlığını ne sıklıkta koruyabildiniz?

- ☐ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- ☐ Hemen hemen her zaman
- ☐ Çoğu zaman (15 günden fazla)
- ☐ Bazen (15 günde)
- ☐ Birkaz kez (15 günden az)
- ☐ Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

10. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite* veya cinsel ilişkiniz** bitene kadar haznenizin ıslaklığını / kayganlığını koruyabilme zorluğunuzun sıklığı neydi?

- ☐ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- ☐ Hemen hemen her zaman
- ☐ Çoğu zaman (15 günden fazla)
- ☐ Bazen (15 günde)
- ☐ Birkaç kez (15 günden az)
- ☐ Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

11. Son 4 hafta içinde, cinsel uyarılma*** veya cinsel ilişkide** ne sıklıkta orgazm**** oldunuz?

- ☐ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- ☐ Hemen hemen her zaman
- ☐ Çoğu zaman (15 günden fazla)
- ☐ Bazen (15 günde)
- ☐ Birkaç kez (15 günden az)
- ☐ Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

12. Son 4 hafta içinde, cinsel uyarılma*** veya cinsel ilişki** sırasında orgazma**** ulaşmak sizin için ne kadar zordu?

- ☐ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- ☐ Çok çok zordu / imkansızdı
- ☐ Çok zordu
- ☐ Zordu
- ☐ Biraz zordu
- ☐ Hiç zorluk çekmedim

13. Son 4 hafta içinde, cinsel uyarılma*** veya cinsel ilişki** sırasında orgazma**** ulaşmanız ne kadar tatminkardı?

- ☐ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- ☐ Çok tatminkardı
- ☐ Genellikle tatminkardı
- ☐ Yarısında tatminkardı, yarısında tatminkar değildi
- ☐ Genellikle tatminkar değildi
- ☐ Hiç tatminkar değildi

14. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite* veya cinsel ilişkiniz** sırasında siz ve eşiniz arasındaki duygusal yakınlık ne kadar tatminkardı?

- ☐ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- ☐ Çok tatminkardı
- ☐ Genellikle tatminkardı
- ☐ Yarısında tatminkardı, yarısında tatminkar değildi
- ☐ Genellikle tatminkar değildi
- ☐ Hiç tatminkar değildi

15. Son 4 hafta içinde, eşinizle cinsel ilişkiniz** sizin için ne kadar tatminkardı?

- ☐ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- ☐ Çok tatminkardı
- ☐ Genellikle tatminkardı
- ☐ Yarısında tatminkardı, yarısında tatminkar değildi
- ☐ Genellikle tatminkar değildi
- ☐ Hiç tatminkar değildi

16. Son 4 hafta içinde, genel olarak cinsel hayatınız sizin için ne kadar tatminkardı?

- ☐ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- ☐ Çok tatminkardı
- ☐ Genellikle tatminkardı
- ☐ Yarısında tatminkardı, yarısında tatminkar değildi
- ☐ Genellikle tatminkar değildi
- ☐ Hiç tatminkar değildi

17. Son 4 hafta içindeki, cinsel ilişkinizde haznenize giriş sırasında ne sıklıkta ağrı veya rahatsızlık duydunuz?

- ☐ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- ☐ Hemen hemen her zaman
- ☐ Çoğu zaman (15 günden fazla)
- ☐ Bazen (15 günde)
- ☐ Birkaç kez (15 günden az)
- ☐ Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

18. Son 4 hafta içindeki, cinsel ilişkinizde haznenize girişten sonra ne sıklıkta ağrı veya rahatsızlık duydunuz?

- ☐ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- ☐ Hemen hemen her zaman
- ☐ Çoğu zaman (15 günden fazla)
- ☐ Bazen (15 günde)
- ☐ Birkaç kez (15 günden az)
- ☐ Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

19. Son 4 hafta içindeki, hazneye giriş sırasında veya sonrasında duyduğunuz ağrı / rahatsızlığın derecesini nasıl değerlendirirsiniz?

- ☐ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- ☐ Çok yüksek
- ☐ Yüksek
- ☐ Orta
- ☐ Düşük
- ☐ Çok düşük veya hiç