T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ,
BAKIRKÖY DR. SADİ KONUK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

AİLE HEKİMLİĞİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN 18-49 YAŞ ARASI KADINLARIN KORUNMA YÖNTEMLERİ KONUSUNDA BİLGİ DÜZEYİ VE DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

DR. AYBÜKE ALAN BORAZAN

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL 2025

T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ,
BAKIRKÖY DR. SADİ KONUK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

AİLE HEKİMLİĞİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN 18-49 YAŞ ARASI KADINLARIN KORUNMA YÖNTEMLERİ KONUSUNDA BİLGİ DÜZEYİ VE DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

DR. AYBÜKE ALAN BORAZAN

Tez Danışmanı: DOÇ. DR. ŞÜKRÜ YILDIZ
DOÇ. DR. ÖZLEM POLAT

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL 2025

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım, uzmanlık tezimintüm aşamalarında yardım ve katkılarını esirgemeyen, sadece akademik bir rehberdeğil, aynı zamanda mesleki duruşu ve disiplini ile bana örnek olan kıymetli hocam,tez danışmanım ve bölümümüzün eğitim sorumlusu sayın Doç. Dr. Özlem Polat'a,

Tez yazım sürecinde bilgi ve tecrübelerini benimle paylaşan, desteğini esirgemeyenkendisiyle çalışmaktan onur duyduğum sayın danışman hocam Doç. Dr. ŞükrüYıldız'a,

Ülkemizde birinci basamak ve koruyucu hekimliğin önemini ve anlamını banaanlatan, rotasyonlarda bana yol gösteren, hem akademik hem insani özellikleriyleörnek olan, daima şefkatini ve ilgisini üstümüzde hissettiğimiz değerli hocam sayınProf. Dr. Sadık Sami Hatipoğlu'na,

Uzmanlık eğitimi sürecinde beraber olduğumuz, bilgi ve tecrübelerimizi paylaştığımızasistan arkadaşlarıma ve her zaman bize destek olmaya çalışan kıymetli ablalarımUzm. Dr. Betül Öndeş Denizli ve Uzm. Dr. Neslihan Altınöz'e,

Her daim yanımda olan, en büyük desteği gördüğüm sevgili eşim Dr. NazmiBorazan'a, eğitim hayatım boyunca yanımda olan, beni destekleyen,bu günlere gelmemde en büyük emeği olan canım ailem Şerife Alan, Tahir Alan veDoğukan Alan'a en içten teşekkürlerimi sunarım.

Aybüke Alan Borazan

Haziran 2025

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR i
İÇİNDEKİLER ii
KISALTMALAR LİSTESİ iv
TABLOLAR DİZİNİ vi
ÖZET vii
ABSTRACT ix
1. GİRİŞ VE AMAÇ 1
2. GENEL BİLGİLER 3
2.1. Aile Planlaması Tanımı ve Önemi…….. 3
2.2. Aile Planlaması Kullanım Nedenleri 5
2.3. Dünya'da Ve Türkiye'de Aile Planlaması 5
2.4. Modern Aile Planlaması Yöntemleri 12
2.4.1. Oral kontraseptifler 12
2.4.2. Enjekte Edilebilir Kontraseptifler 18
2.4.3. Vajinal Halkalar 20
2.4.4. Transdermalbantlar 21
2.4.5. Subkutanoz İmplantlar 22
2.4.6. Bariyer Yöntemler 24
2.4.7. Rahim İçi Araç (RİA) 28
2.4.8. Sterilizasyon 30
2.5. Geleneksel Aile Planlaması Yöntemleri 34
2.5.1. Takvim Metodu 34
2.5.2. Mukotermal Metodu 34
2.5.3. Coitus İnterruptus (Geri çekme) 34
2.5.4. Vajinal Duş 35
2.5.5. Laktasyonel Amanore (LAM) 36
3. GEREÇ VE YÖNTEM 37
3.1. Araştırmanın Tipi 37
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı 37
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi 37

3.4. Değişkenler 37
3.4.1. Bağımlı Değişken 37
3.4.2. Bağımsız Değişkenler 38
3.5.Veri Toplama Gereci ve Yöntemi 38
3.6. İstatistiksel Analiz 38
3.7. Etik Kurul Onayı ve Kurum İzni 39
4. BULGULAR 40
5. TARTIŞMA 70
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 84
7. KAYNAKLAR 86
8. EKLER 103
EK 1.ETİK KURUL ONAYI 103
EK 2.SORU FORMU 104
EK 3.İNTİHAL RAPORU 110

KISALTMALAR LİSTESİ

ABD:	Amerika Birleşik Devletleri
CYBE:	Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyon
CYBH:	Cinsel Yolla Bulaşan Hastalık
DMPA:	Depo Provera
DSÖ:	Dünya Sağlık Örgütü
DVT:	Derin Ven Trombozu
EE:	Etinilestradiol
ENG:	Etonogestrel
FDA:	Food and Drug Administration
HIV:	Human Immmunodefic virus
HSV:	Herpes Simpleks Virus
KOK:	Kombine oral kontraseptifler
LAM:	Laktasyonel Amanore
MÖ:	Milattan Önce
PCOS:	Polikistik Over Sendromu
PE:	Pulmoner Emboli
PID:	Pelvik İnflamatuar Hastalık
POP:	Progestogenonlypill (Sadece Progesteron İçeren Haplar)

RİA:	Rahim İçi Araçlar
SLE:	Sistemik Lupus Eritematozus
TNSA:	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları
UNFPA:	Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu
VTE:	Venöz Trombo Embolizm

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri 50

Tablo 2. Katılımcıların doğum kontrol yöntemleri ile ilgili bir eğitim alma durumu… 51

Tablo 3. Katılımcıların ilk gebelik öncesi korunma durumu 51

Tablo 4. Katılımcıların gebelik geçmişi ile ilgili özellikler 52

Tablo 5. Katılımcıların İstekleri Dışında Gebe Kalma Durumları 53

Tablo 6. Katılımcıların Bilgi Sorularına Verdiği Yanıtlar 55

Tablo 7. Katılımcıların Medeni Durumlarına Göre Bilgi Sorularına Verdikleri Yanıtların Karşılaştırılması 58

Tablo 8. Katılımcıların Eğitim Durumlarına Göre Bilgi Sorularına Verdikleri Yanıtların Karşılaştırılması 63

Tablo 9. Katılımcıların Çalışma Durumlarına Göre Bilgi Sorularına Verdikleri Yanıtların Karşılaştırılması 66

Tablo 10. Katılımcılarda Hanenin Toplam Gelirine Göre Bilgi Sorularına Verdikleri Yanıtların Karşılaştırılması 69

Tablo 11. Katılımcıların Doğum Kontrol Yöntemleri İle İlgili Bir Eğitim Alma Durumuna Göre Bilgi Sorularına Verdikleri Yanıtların Karşılaştırılması 72

Tablo 12. Katılımcıların İlk Gebelik Öncesi Korunma Durumlarına Göre Bilgi Sorularına Verdikleri Yanıtların Karşılaştırılması 75

Tablo 13. Katılımcıların İsteği Dışında Gebe Kalma Durumlarına Göre Bilgi Sorularına Verdikleri Yanıtların Karşılaştırılması 77

ÖZET

Giriş ve Amaç: Aile planlaması, kadın sağlığı ve toplumsal kalkınma açısından kritik bir halk sağlığı hizmetidir. Dünya genelinde istenmeyen gebelik oranlarının yüksekliği, bu alandaki hizmetlerin yetersizliğini ortaya koymaktadır. Türkiye'de modern yöntemlerin kullanım oranı son yıllarda düşüş göstermekte ve karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı artmaktadır. Bu çalışmanın amacı, doğurganlık çağındaki kadınların aile planlaması yöntemlerine ilişkin bilgi düzeyini, kullanım alışkanlıklarını ve tercihlerinde etkili olan faktörleri değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntem: Bu araştırma, kesitsel tanımlayıcı bir çalışma olarak, 15 Kasım 2024-15 Şubat 2025 tarihleri arasında Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin Aile Hekimliği polikliniğine başvuran 18–49 yaş arası kadınlar arasında yürütülmüştür. Minimum örneklem büyüklüğü 241 olarak belirlenmiş olup çalışmaya 255 kadın dahil edilmiştir. Veriler, katılımcılara çevrimiçi olarak uygulanan yapılandırılmış anket formu aracılığıyla toplanmıştır. Anket; doğum kontrol yöntemlerine ilişkin bilgi düzeyi, kullanım alışkanlıkları ve sosyodemografik değişkenleri içermektedir. Bağımlı değişken olarak bilgi düzeyi; bağımsız değişkenler olarak yaş, eğitim, medeni durum, gelir düzeyi, çalışma durumu ve üreme geçmişi gibi faktörler değerlendirilmiştir. İstatistiksel analizlerde tanımlayıcı istatistiklerin yanı sıra Ki-kare ve gerektiğinde Fisher's Exact testleri uygulanmış; anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Bulgular:Çalışmaya 255 kadın katılmıştır. Katılımcıların yaş ortalaması 34,58±8,75 olup %60'ı evlidir. Katılımcıların %74,1'i aktif çalışmakta, %43,1'i üniversite, %23,9'u yüksek lisans/doktora mezunudur. Katılımcıların %34,9'u doğum kontrol eğitimi aldığını belirtmiştir. İlk gebelik öncesi korunmayanların oranı %23,9 olup en sık kullanılan yöntemler kondom (%18,0) ve geri çekme yöntemidir (%10,2). Katılımcıların %44,3'ü hiç doğum yapmamış, %37,6'sı hiç gebe kalmamıştır. En az bir kez düşük yapanların oranı %17,6, kürtaj yaptıranların oranı ise %13,7'dir. İsteği dışında gebe kalanların oranı %22,4 olup, bu grubun %68,4'ü korunma yöntemi kullanmasına rağmen

gebelik yaşamıştır. Bu vakalarda en sık kullanılan yöntem geri çekme (%46,2) olmuştur. Katılımcıların %84,7'si kondomun cinsel yolla bulaşan hastalıklardan koruduğunu bilmektedir. Geri çekme yönteminin güvenilir olmadığını bilenlerin oranı %81,2, OKS'lerin CYBH'dan korumadığını bilenlerin oranı ise %81,2'dir. Bilgi düzeyi; medeni durum, eğitim, çalışma ve gelir düzeyi ile doğum kontrol eğitimi alma durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Özellikle eğitim ve doğum kontrol eğitimi almış olmak, bilgi düzeyini olumlu yönde etkilemektedir.

Sonuç: Bu çalışma, doğurganlık çağındaki kadınların aile planlaması yöntemlerine ilişkin bilgi düzeylerinin yüzeyde yüksek görünmesine rağmen içerik olarak yetersiz ve yer yer hatalı olduğunu ortaya koymuştur. Geleneksel ve güvenilirliği düşük yöntemlerin tercih edilmesi ile modern yöntemlere yönelik yanlış inanışlar, istenmeyen gebelik riskini artırmaktadır. Eğitim ve gelir düzeyinin bilgi ve yöntem tercihlerinde belirleyici olduğu saptanmıştır. Ancak bilgi sahibi olmak her zaman doğru korunma davranışına dönüşmemekte; bireysel, kültürel ve sistemsel engeller etkili olmaktadır. Eşlerin karar sürecindeki rolü, aile planlaması hizmetlerinde çift odaklı danışmanlığın önemini göstermektedir. Etkili aile planlaması hizmeti için bilgiye erişimin yanı sıra, güvenilir yöntemlere ulaşımın kolaylaştırılması, kaliteli danışmanlık sunumu ve sosyokültürel faktörlerin gözetilmesi gereklidir. Bu yaklaşımlar, kadın sağlığı, toplumsal cinsiyet eşitliği ve genel halk sağlığı açısından önemli katkılar sağlayacaktır.

Anahtar kelimeler: aile planlaması, kadın sağlığı, üreme sağlığı

ABSTRACT

Background and Aim: Family planning is a critical public health service in terms of women's health and social development. The high rate of unintended pregnancies worldwide reveals inadequacies in family planning services. In Turkey, the use of modern contraceptive methods has declined in recent years, while the unmet need for family planning has increased. This study aims to evaluate the knowledge levels, usage habits, and factors affecting the contraceptive method preferences of women of reproductive age.

Materials and Methods: This cross-sectional descriptive study was conducted between November 15, 2024 and February 15, 2025, among women aged 18–49 who applied to the Family Medicine outpatient clinic of Bakırköy Dr. Sadi Konuk Training and Research Hospital. The minimum sample size was calculated as 241, and a total of 255 women were included in the study. Data were collected via a structured online questionnaire covering knowledge about contraceptive methods, usage habits, and sociodemographic variables. Knowledge level was considered the dependent variable, while independent variables included age, education, marital status, income level, employment status, and reproductive history. Descriptive statistics, Chi-square, and Fisher's Exact tests were used for data analysis, with a significance level set at $p<0.05$.

Results: A total of 255 women participated in the study. The mean age of participants was 34.58±8.75 years, and 60% were married. Among them, 74.1% were actively employed; 43.1% had a university degree, and 23.9% held a postgraduate degree. About 34.9% reported receiving education on birth control. The rate of women who did not use any contraception before their first pregnancy was 23.9%. The most commonly used methods were condoms (18.0%) and withdrawal (10.2%). While 44.3% of participants had never given birth, 37.6% had never been pregnant. The rate of women who experienced at least one miscarriage was 17.6%, and 13.7% had undergone an abortion. Among those who experienced unintended pregnancies (22.4%), 68.4% had been using a contraceptive method at the time. The most frequently used method in these cases was

withdrawal (46.2%).A total of 84.7% of participants knew that condoms protect against sexually transmitted infections. While 81.2% were aware that withdrawal is unreliable, the same percentage knew that oral contraceptives do not protect against STIs. Knowledge levels significantly varied by marital status, education, employment, income level, and whether participants had received contraceptive education ($p<0.05$). Higher education and receiving contraceptive education were found to positively influence knowledge levels.

Conclusion: This study revealed that although women of reproductive age appear to have high levels of knowledge about contraceptive methods, their understanding is often superficial, inaccurate, or incomplete. The preference for traditional, low-reliability methods and the misconceptions surrounding modern methods increase the risk of unintended pregnancies. Education and income levels significantly influence both knowledge and method preferences. However, having knowledge does not always translate into appropriate contraceptive behavior due to individual, cultural, and systemic barriers. The role of partners in decision-making highlights the importance of couple-centered counseling in family planning services. For effective family planning services, it is essential not only to improve access to information but also to facilitate access to reliable methods, provide quality counseling, and consider sociocultural contexts. These approaches will significantly contribute to women's health, gender equality, and public health overall.

Keywords: family planning, reproductive health,women’s health

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Dünya genelinde üreme sağlığı, Birleşmiş Milletler'in Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri doğrultusunda toplumların kalkınmasında merkezi bir rol oynamaktadır (1,2). Üreme sağlığının temel bileşenlerinden biri olan aile planlaması; bireylerin ne zaman ve kaç çocuk sahibi olacaklarına karar verebilme haklarını güvence altına alırken, kadınların sağlık, eğitim ve istihdam gibi alanlarda güçlenmesine de katkı sağlamaktadır (3). Aile planlaması yalnızca nüfus artış hızını kontrol altına almayı değil; aynı zamanda anne ve çocuk sağlığının korunmasını, istenmeyen gebeliklerin önlenmesini ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların azaltılmasını da hedefleyen kapsamlı bir halk sağlığı hizmetidir (4,5).

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre aile planlaması, bireylerin üreme sağlığına ilişkin bilinçli tercihler yapabilmesi için gerekli bilgi, hizmet ve araçlara erişimini ifade etmektedir. Bu hizmetlerin etkin bir biçimde sunulamaması; kadınların bedenleri ve yaşamları üzerindeki karar haklarının ellerinden alınmasına ve toplumsal cinsiyet eşitsizliklerinin derinleşmesine neden olabilmektedir (2,6). Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu'nun 2022 verilerine göre dünya genelinde her iki kadından birinin hamile kalma kararını özgürce veremediği bildirilmektedir. Yine aynı rapora göre, yılda yaklaşık 121 milyon gebelik istenmeden gerçekleşmektedir (7).

Modern aile planlaması yöntemlerinin geliştirilmesi ve yaygınlaştırılması, bireysel ve toplumsal düzeyde sağlık göstergelerinde önemli iyileşmelere yol açmıştır. Özellikle doğurganlık oranlarının düşmesi, anne ve bebek ölümlerinde azalma ve doğumlar arasındaki sürenin artması bu yöntemlerin olumlu etkilerine işaret etmektedir (8). Bununla birlikte, modern yöntemlerin kullanım oranları; coğrafi bölge, sosyoekonomik düzey, eğitim seviyesi ve kültürel inançlar gibi değişkenlere bağlı olarak farklılık gösterebilmektedir (9).

Türkiye özelinde ise aile planlaması hizmetleri, 1960'lı yıllardan itibaren sağlık politikaları içinde yer almaya başlamıştır. Türkiye Nüfus ve Sağlık

Araştırmaları (TNSA) verilerine göre, modern yöntem kullanımı 2003–2013 yılları arasında artış göstermiş olsa da, 2013–2018 döneminde bu eğilim tersine dönmüş ve modern yöntem kullanmayan kadınların oranı yeniden yükselmeye başlamıştır (10-12). 2018 yılı TNSA verileri, modern yöntem kullanım oranının %49 düzeyinde kaldığını, karşılanmamış aile planlaması ihtiyacının ise %12 seviyesine ulaştığını ortaya koymuştur (13).

Karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı, bireylerin gebelikten korunmak istemelerine rağmen etkili bir yöntem kullanmamaları durumunu ifade eder. Bu durum kadın sağlığı açısından önemli bir risk faktörüdür ve hizmetlere erişim güçlüğü, bilgi eksikliği, sosyo-kültürel engeller ve sağlık personelinin yaklaşımı gibi çok boyutlu nedenlere dayanmaktadır (14). Bu nedenle, kadınların aile planlamasına ilişkin bilgi, tutum ve davranışlarının belirlenmesi; hizmetlerin etkinliğini artırmak açısından büyük önem taşımaktadır (15).

Bu çalışmanın amacı, doğurganlık çağındaki kadınlarda aile planlaması yöntemlerine yönelik bilgi düzeyini, kullanım alışkanlıklarını, tercihlerinde etkili olan faktörleri ve davranışlarını değerlendirmektir. Aynı zamanda korunma yöntemlerini kullanım oranlarını belirlemek, kullanım tercihlerini etkileyen sosyodemografik faktörleri incelemek ve kadınların aile planlaması konusundaki karar süreçlerinde eşin rolünü ortaya koymak da çalışmanın özel amaçları arasında yer almaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. AİLE PLANLAMASI TANIMI VE ÖNEMİ

Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre aile planlaması, bireylerin istedikleri sayıda çocuk sahibi olmalarını ve gebelikler arasındaki süreyi belirlemelerini sağlamalarıdır (3).Aile planlaması, çiftlerin bilinçli kararlar vermelerine ve bu doğrultuda gerekli bilgi, eğitim ve araçlara erişmelerine olanak tanıyan, yalnızca çocuk sayısını sınırlamayı amaçlamayan aynı zamanda çocuk sahibi olmakta zorlanan ailelere destek olmayı da hedefleyen bir oluşumdur.Aile planlaması, aşırı doğurganlık ve buna bağlı sağlık sorunlarını önleyerek, sık ve riskli gebeliklerin anne ve çocuk sağlığı üzerindeki olumsuz etkilerini azaltan, istenmeyen gebelikleri engelleyen, doğum yaşını dengelemeye yardımcı olan ve çocuk sahibi olmak isteyen ailelere rehberlik eden önemli bir sağlık hizmetidir (4).

Demografik geçiş teorisinde de bahsedildiği gibi kontrolsüz aile planlaması, yüksek bebek ölümlerini de beraberinde getirmektedir (16,17).Etkili bir aile planlaması ve istenmeyen gebeliklerin önlenmesi, düşük oranlarını ve anne ölümlerini önemli ölçüde azaltırken, cinsel yolla bulaşan hastalıkların yayılmasını engellemek ve toplum sağlığını iyileştirmek açısından da büyük önem taşır. Kontraseptif yöntemlerin daha etkili kullanılabilmesi için, doğru yöntemin seçilmesi, kullanım oranları, mekanizmaları, etkililikleri ve etkililiğini etkileyen faktörlerin iyi bilinmesi gerekmektedir (18).Aile planlaması hizmetleri; kadının doğurganlığını kontrol edebilmesi, nüfus politikaları ve toplumsal kalkınma açısından kritiktir. Kontrollü nüfus artışı, eğitim, ekonomi, sağlık ve sosyal alanlarda verimliliği artırırken, kadınların güçlenmesi ve toplumsal cinsiyet eşitliğinin sağlanmasına katkıda bulunur. Planlı gebelik, düşük ve kürtaj oranlarını azaltarak istenmeyen sağlık sorunlarını önler (19).

Karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı kavramı literatürde ilk defa Westoff tarafından 1978 yılında kullanılmıştır. Gebelik riski taşıyan ancak bir daha hiç gebe kalmak istemeyen ve aile planlaması yöntemi kullanmayan kadınlar doğurganlığı sonlandırma, gebe kalmayı iki yıldan daha uzun süre ertelemek isteyen ancak yöntem

kullanmayanlar ise doğum aralığını uzatma ihtiyacı açısından karşılanmamış aile planlaması kapsamında değerlendirilir.Başka çocuk istemediği halde gebe kalan kadınlar doğurganlığı sonlandırma, gebe kalmayı en az iki yıl ertelemek istediği halde gebe kalanlar ise doğum aralığını uzatma açısından karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı içinde değerlendirilir (14).Karşılanmamış aile planlamasının çeşitli hesaplamaları Westoff tarafından bahsedilmiş, bu hesaplamalar ise ilerleyen yıllarda yine Westoff ve Bankole tarafından geliştirilmiş, 2012 yılında da Bradley ve arkadaşlarının yaptığı çalışmalarla güncel hesaplama türü benimsenmiştir (20-22). Güncel hesaplamada ilk olarak gebe kalma ihtimali olan kadınlar belirlenir (evli ya da cinsel olarak aktif), sonrasında bu kadınlar arasında gebeliği önleyici yöntem kullanmayanlar tespit edilir. Gebe olanlar ve doğum sonrası geçici kısırlık döneminde olanlar ayrı değerlendirilirken, kısır kadınlar ihtiyaç dışı kabul edilir. Doğurganlık çağındaki kadınların yeniden gebelik isteği ve bunu iki yıl içinde planlayıp planlamadıkları değerlendirilirken, gebe olan veya doğum sonrası geçici kısırlık dönemindeki kadınların son gebeliklerinin planlı olup olmadığı incelenmektedir (14).

Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu'nun (UNFPA) 2022 Dünya Nüfus Raporu, dünya genelinde kadınların yarısının hamile kalıp kalmama konusunda özgürce karar veremediğini vurgulamaktadır. Rapora göre, 2015-2019 yılları arasında her yıl yaklaşık 121 milyon istenmeyen gebelik yaşanmış ve bu gebeliklerin yaklaşık yarısı doğumla sonuçlanmıştır. Ayrıca, istenmeyen gebeliklerin %60'ı kürtajla sonlanırken, yapılan kürtajların %45'i güvenli olmayan koşullarda gerçekleşmiş ve bunun anne ölümlerinin %5 ila %13'üne neden olduğu belirtilmiştir (23).Binyıl Kalkınma Hedefleri Raporu'na göre, dünya genelindeki karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı 1990 yılında %15 iken, 2015'te %12'ye düşmüştür. Bölgesel düzeyde, Sahra Altı Afrika'da bu oran %28'den %24'e, Batı Asya'da %21'den %14'e ve Kuzey Afrika'da %22'den %12'ye gerilemiştir (24).Karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı Türkiye verilerine baktığımızda TNSA 2003, 2008, 2013, 2018 olmak üzere sırasıyla %9,5, %8,3,%5,9,%11,6 olarak gözlemlenmiştir. İhtiyaç 2003 yılından 2013 yılına kadar azalarak giderken; 2013 yılından 2018 yılına geçtiğinde yaklaşık iki kat artmıştır (10-13).Türkiye genelinde kadınların %4'ü doğumların arasını açmak için , %8'i doğumu sonlandırma olmak üzere toplam %12'sinin karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı

vardır (14).Doğumlarının arasını açmak isteyen kadınlarda 20-24 yaş grubunda karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı en fazlayken, doğumlarını sonlandırmak isteyenlerde 45-49 yaş grubunda en yüksektir. En yüksek ihtiyaca bölge olarak bakıldığında Kuzeydoğu Anadolu bölgesi %16 ile dikkat çekerken, Orta Anadolu ve Doğu Marmara bölgelerinde %7-8 kadardır. Kentsel ve kırsal yerleşim gözleminde belirgin bir fark yoktur. Eğitim seviyelerine ve refah seviyelerine göre bakıldığında; eğitim seviyesi artıkça ve refah düzeyi yükseldikçe karşılanmamış aile planlaması ihtiyacının düştüğü görülmektedir (13).

Aile planlaması için kullanılan bazı yöntemler sadece aile planlaması için kullanılmamakta, HIV başta olmak üzere bazı viral ve bakteriyel enfeksiyonlar gibi cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar için de koruma sağlamaktadır (25-28).

Aile planlaması, birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında sunulan temel uygulamalardan biridir. Anne ve çocuk sağlığını korumak için doğumlar arasındaki sürenin en az 24 ay olması önerilir. İki gebelik arasındaki sürenin 24 ayı aşması, anne ölüm oranını %30'dan fazla, bebek ölüm oranını ise %10 oranında azaltmaktadır (29).

2.2. AİLE PLANLAMASI KULLANIM NEDENLERİ

Aile planlaması yöntemleri, çeşitli nedenlerle tercih edilmektedir. Bunlar arasında ekonomik faktörler, kadının toplumdaki statüsü ve ne zaman çocuk sahibi olacağına kendisinin karar verebilme hakkı önemli yer tutar. Ayrıca, anne ve çocuk sağlığının korunması, cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunma, istenmeyen gebeliklerin önlenmesi ve bazı sağlık sorunları nedeniyle gebeliğin risk oluşturduğu durumlar da aile planlamasının kullanımını gerekli kılan etmenler arasındadır (30).

2.3. DÜNYA'DA VE TÜRKİYE'DE AİLE PLANLAMASI

Doğum kontrol yöntemlerine ilişkin anektodlar tarihsel kayıtlarda sıklıkla yer alır. Mısır Ebers Papirüsü (MÖ 1550), Plinius'un ve Dioscorides'in eserleri, Soranus'un yazıları ile Arap tıbbının 10. Yüzyıldaki gelişmeleri sırasında Al-Razi, Ibn Abbas ve Avicenna gibi önemli isimlerin çalışmalarında doğum kontrol

yöntemleri ve kürtaj teknikleri detaylı bir şekilde ele alınmıştır. Antik bilginlerin bahsettiği yöntemler arasında vajinayı silme, ilişki sonrası zıplama, koitus sırasında kadının nefesini tutması gibi etkisiz yöntemler bulunsa da Yahudilerin sünger yöntemi gibi modern yöntemlere yakınlıklar da gözlenmiştir (31, 32).Eski Mısır ve Roma'da erkek bariyer yöntemleri (kondom) kullanılmış, kadın kondomu ise M.Ö. 3000'lerden kalma Yunan literatüründe bahsedilmiştir. İlk kondomlar hayvan mesanesi veya bağırsaklardan veya işlenmiş ketenlerden üretilmiştir (33).1700'lerde, prezervatifler Avrupa'da erkekler tarafından cinsel yolla bulaşan hastalıkları önlemek için kullanılırken, 1920'lerde sentetik lateksin icadı, ince ve esnek erkek prezervatiflerinin üretimine imkan sağlamış ve dayanıklılığını artırmıştır. Günümüzde, erkek prezervatiflerinin çoğu sentetik lateksten yapılmaktadır. Modern kadın prezervatifleri ise genellikle lateks veya nitril malzemelerinden üretilmektedir (34). 1950'lerde OKS'ler üzerinde çalışmalar başlamış ve ilk OKS 1960'ta FDA tarafından onaylanarak piyasaya sürülmüştür. Ancak yan etkiler nedeniyle 1980'lerde düşük dozluOKS'ler geliştirilmiştir. 1960'ların sonunda Rahim İçi Araçlar (RİA) kullanılmaya başlansa da enfeksiyon riski nedeniyle yasaklanmış, 1980'lerde bakırlı RİA'lar tekrar piyasaya girmiştir. 2000'lerden itibaren düşük hormon salınımlı cihazlar ve implantlar kullanılmaya başlanmış, gebelikleri tamamen engelleyemeyen yöntemler nedeniyle kısırlaştırma yöntemlerine başvurulmuştur. İstenmeyen gebelikler için ise günümüzde kürtaj hala yaygın bir şekilde kullanılmaktadır (35).

Reproduktif yaştaki kadın sayısı 1990'da 1,3 milyarken, 2021'de 1,9 milyara çıkarak %46 artmıştır. Aile planlamasına ihtiyaç duyan kadınların sayısı ise aynı dönemde %62 artarak 0,7 milyardan 1,1 milyara yükselmiştir. Bu ihtiyacın büyük kısmı modern kontraseptif yöntemlerle karşılanmaktadır. Ayrıca, toplam doğurganlık oranı 1990'da kadın başına 3,3 doğumken, 2021'de 2,3 doğuma düşmüştür. Günümüzde kadınlar, üreme dönemlerinin daha uzun bir kısmını doğurganlığı erteleyerek veya bundan kaçınarak geçirmektedir (36).

Modern doğum kontrol yöntemi kullanan kadın sayısı 1990'da 467 milyondan 2021'de 874 milyona çıkarak %35'ten %45'e yükselmiştir. Geleneksel yöntem kullananların oranı %6'dan %5'e düşerken, karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı olan kadınların oranı %11'den %8'e gerilemiştir (36).

Gebelikten kaçınmak isteyen kadınların %77'si 2021 yılında modern doğum kontrol yöntemleri kullanmıştır. En yüksek kullanım oranları Doğu ve Güneydoğu Asya (%87), Avustralya ve Yeni Zelanda (%85), Latin Amerika ve Karayipler (%83) ile Avrupa ve Kuzey Amerika'da (%80) görülmüştür. Bu bölgelerde doğum kontrol yöntemi kullanmayanların oranı %9-12, geleneksel yöntem kullananların oranı ise %3-10 arasındadır. Avrupa ve Kuzey Amerika'da geleneksel yöntem kullanımının %10 olması, Güney ve Doğu Avrupa'daki bazı ülkelerde yaygın olmasından kaynaklanmaktadır.Modern yöntem kullanım oranı en düşük bölgeler Sahra Altı Afrika (%56) ve Avustralya ve Yeni Zelanda hariç Okyanusya'dır (%52). Bu bölgelerde gebelikten kaçınmak isteyen kadınların %37-38'i herhangi bir yöntem kullanmamaktadır. Kuzey Afrika, Batı Asya ve Orta-Güney Asya'da geleneksel yöntem kullanımı ise daha yaygındır (%12-15). Gebelikten kaçınmak isteyen kadınlar modern doğum kontrol yöntemlerini giderek daha fazla kullanmaktadır. En büyük artış Sahra Altı Afrika'da görülmüş, oran 1990'da %24'ten 2021'de %56'ya çıkmıştır. Latin Amerika ve Karayipler'de kullanım %67'den %83'e, Orta-Güney Asya'da %55'ten %74'e yükselmiştir. Avrupa ve Kuzey Amerika'da %68'den %80'e çıkan artış, özellikle Doğu Avrupa'daki geleneksel yöntemlerden modern yöntemlere geçişten kaynaklanmıştır. Doğu-Güneydoğu Asya ve Avustralya-Yeni Zelanda'da ise oranlar sırasıyla %80'den %87'ye ve %84'ten %86'ya yükselmiştir (36).

Doğum kontrol yöntemi kullanan 966 milyon kadının %46'sı kısa etkili yöntemler (prezervatif, OKS'ler, enjektabl vb.), %44'ü kalıcı veya uzun etkili yöntemler (sterilizasyon, RİA, implant) tercih etmektedir. Geleneksel yöntemlerin (geri çekme, ritim vb.) kullanımı ise %10'un altındadır.Kadın sterilizasyonu, dünya genelinde en yaygın doğum kontrol yöntemidir (%23) ve bunu erkek prezervatifi (%22) takip etmektedir. Her iki yöntemin de 200 milyondan fazla kullanıcısı vardır. Kadın sterilizasyonunun yüksek oranı, büyük ölçüde Hindistan'daki yaygın kullanımından kaynaklanmaktadır. Hindistan hariç tutulduğunda, bu yöntem küresel kullanımda dördüncü sıraya düşerek %15'lik bir oranda yer alır. Dünya genelinde en çok tercih edilen diğer yöntemler ise RİA (161 milyon), OKS (150 milyon), enjekte edilebilirler (72 milyon), implantlar (25 milyon) ve erkek sterilizasyonudur (17

milyon). Geleneksel yöntemler arasında ise 53 milyon kadın geri çekme, 33 milyon kadın ise ritim yöntemini kullanmaktadır (36).

Doğum kontrol yöntemlerinin tercih edilmesi bölgelere göre değişiklik göstermektedir. Modern yöntemler, tüm bölgelerde geleneksel yöntemlerden daha yaygın kullanılmaktadır. Kısa etkili yöntemler, Sahra Altı Afrika (%63), Avustralya ve Yeni Zelanda (%61), Avrupa ve Kuzey Amerika (%57), Latin Amerika ve Karayipler (%55) ve Kuzey Afrika ve Batı Asya'da (%47) uzun etkili yöntemlerden daha fazla tercih edilmektedir. OKS, Avustralya ve Yeni Zelanda (%38), Kuzey Afrika ve Batı Asya (%31) ile Latin Amerika ve Karayipler'de (%26) en yaygın yöntemdir. Avrupa ve Kuzey Amerika'da OKS ve prezervatif kullanımı %27 seviyesindedir. Sahra Altı Afrika'da ise enjektabl yöntemler (%33) en çok tercih edilen doğum kontrol yöntemidir.OKS ve erkek prezervatifi birçok ülkede en yaygın kullanılan yöntemler arasındadır. 118 ülkede tek bir yöntem, doğum kontrol kullanımının %30'undan fazlasını oluşturmaktadır. OKS, 36 ülkede en büyük paya sahip olup, özellikle Kuzey Afrika'da Cezayir ve Fas'ta kullanım oranı %70'i aşmaktadır. Erkek prezervatifleri 27 ülkede yaygın olup, Japonya (%75), Gabon (%61), Belarus (%49) ve Ukrayna'da (%47) en yüksek oranlara sahiptir. Enjektabllar, 18 ülkede en çok tercih edilen yöntem olup, Etiyopya, Liberya, Malawi, Myanmar ve Zambiya'da kullanım oranı %50'yi aşmaktadır. RİA ise özellikle Orta Asya ve Doğu Asya'da 14 ülkede en yaygın yöntemdir (36).

Birçok ülkede en yaygın kullanılan doğum kontrol yöntemleri zaman içinde çok fazla değişmemiştir ve aile planlaması programlarının modern yöntemleri tanıtmaya yönelik ilk çabalarından büyük ölçüde etkilenmiştir. Özellikle Çin, Mısır ve Tunus gibi ülkelerde, 1960'lar ve 1970'lerdeki ilk aile planlaması programlarında tercih edilen geri dönüşümlü yöntem olarak genellikle RİA'lara öncelik verilmiştir. Bu ülkelerde, RİA'lar günümüzde de en yaygın kullanılan doğum kontrol yöntemleri arasında yer almaktadır (37-39).

Hindistan'da kadın sterilizasyonu, ilk aile planlaması çabalarının merkezinde yer almış ve nüfus kontrolüne yönelik çeşitli yöntemlerin sunulmasına vurgu yapılmasına rağmen, bu yöntem hala ülkede diğer tüm doğum kontrol yöntemlerinden daha fazla kullanılmaktadır (40).

Tayland'ın Ulusal Aile Planlaması Programı, yardımcı ebelerin erken dönemde OKS dağıtmasına izin vererek oral kontraseptiflerin yaygın kabulünü sağlamış ve bu da OKS'nin hızla benimsenmesine ve 2020'de tüm kadınlar arasında toplam kullanıcıların yaklaşık yüzde 40'ını oluşturacak yüksek bir kullanım oranının devam etmesine yol açmıştır (41).Ancak tüm ülkeler, erken dönem aile planlaması programlarının belirlediği yolu izlememiştir. Fas'taki aile planlaması programları, başlangıçta komşu Tunus'a benzer şekilde RİA kullanımını vurgulamış ancak zamanla farklı stratejiler benimsenmiştir (37).Ancak daha sonra oral kontraseptif haplar en yaygın kullanılan yöntem haline gelmiştir. Kolombiya'da 1970'lerdeki ulusal aile planlaması programı, OKS, RİA ve enjektabl yöntemlerin yaygın dağıtımında başarılı olmuş ve bu yöntemlerin benimsenmesine yol açmıştır. Zamanla ise bu ülkede en yaygın kullanılan yöntem kadın sterilizasyonu olmuştur ve günümüzde de en sık tercih edilen yöntem olarak kalmaktadır (36, 42).

Türkiye'de her beş yılda bir yayınlanan Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları (TNSA) en son 2018 yılında yayınlanmıştır. TNSA 2018'e göre, Türkiye'de gebeliği önleyici yöntem bilgisi evli kadınlar arasında oldukça yaygındır (%99,5). Evli kadınlar arasında yöntem bilgisi sırasıyla OKS (%97), RİA (%94), kadın sterilizasyonu (%93), erkek kondomu (%92) şeklindedir. Geri çekme yöntemi ise, evli kadınlar arasında %86 oranında duyulmuş olup, tüm kadınlar arasında bu oran %70'tir.Evli kadınların %90'ı, tüm kadınların ise %63'ü herhangi bir zamanda en az bir kez aile planlaması yöntemi kullanmıştır. Evli kadınlar arasında modern yöntem kullanımı %77, tüm kadınlarda ise %55'tir. Geleneksel yöntem kullanım oranı evli kadınlarda %60, tüm kadınlarda ise %42'dir.Evli kadınlar arasında en yaygın kullanılan yöntemler sırasıyla geri çekme (%58), erkek kondomu (%49), RİA (%35) ve OKS (%30) olup, tüm kadınlar arasında bu oranlar benzer olmakla birlikte daha düşüktür (13).

Gebeliği önleyici yöntem kullanımında 1988-1998 döneminde önemli bir değişiklik olmamışken, 1998 sonrasında kullanımda belirgin bir artış gözlemlenmiş ve 2013 yılı itibarıyla bu oran %74'e ulaşmıştır. Ancak, 2013-2018 döneminde, 15-49 yaş arasındaki evli kadınların gebeliği önleyici yöntem kullanma oranı %74'ten %70'e düşmüştür (13).

Modern yöntem kullanımı, son 30 yılda sürekli artış göstererek 1988-2018 döneminde %31'den %49'a çıkmıştır. Aynı dönemde geleneksel yöntemlerin kullanımı %32'den %21'e düşmüştür. Türkiye'de geleneksel yöntemlerin kullanımındaki azalma, modern yöntemlerin sınırlı artışı ile telafi edilememiş ve 2013-2018 arasında gebeliği önleyici yöntem kullanmayanların oranı %27'den %30'a yükselmiştir.Son iki araştırma arasındaki en önemli değişiklik, geri çekme yönteminin kullanımındaki azalmadır. 1988-2013 döneminde bu yöntem %24-26 civarında kalırken, 2013-2018 dönemi itibarıyla %26'dan %20'ye gerilemiştir. Ayrıca, RİA kullanımı 2003-2018 döneminde %20'den %14'e düşmüştür. OKS kullanım oranı ise 2013-2018 arasında değişmemiştir. Aynı dönemde, kadınların tüplerinin bağlanması (%9'dan %10'a) ve erkek kondomu (%16'dan %19'a) kullanımında artış olmuştur. Modern yöntem kullanım oranı, kadınların çocuk sayısı ile paralel bir artış göstermektedir; beş veya daha fazla çocuğu olan evli kadınların %57'si gebeliği önleyici yöntem kullanırken, hiç çocuğu olmayan kadınlarda bu oran %16'dır (13).

Modern doğum kontrol yöntemlerinin kullanımı, kentsel alanlarda kırsal alanlara göre daha yaygındır (sırasıyla %50 ve %45). Bu fark, kentsel bölgelerde prezervatif kullanım oranının daha yüksek olmasından kaynaklanmaktadır (sırasıyla %21 ve %14). Kırsal alanlarda ise geleneksel yöntemler, özellikle geri çekme yöntemi, daha fazla tercih edilmektedir (kırsal alanlarda %26; kentsel alanlarda %19).Modern yöntem kullanım oranı, bölgelere göre değişiklik göstermekte olup, Ortadoğu Anadolu'da %40, Orta Anadolu'da ise %55 arasında farklılıklar gözlemlenmektedir. Eğitim seviyesine göre, modern yöntem kullanımı en düşük seviyeye, okula gitmemiş veya ilkokul mezunu kadınlar arasında (%40) inmekte; ancak eğitim seviyesi arttıkça bu oran yükselmekte ve lise veya daha yüksek eğitimli kadınlarda %52'ye ulaşmaktadır. Geleneksel yöntemlerin kullanım oranı ise, lise veya üstü eğitimli kadınlarda (%19) ve daha düşük eğitimli kadınlarda (%22) önemli farklılıklar göstermektedir (13).

Ayrıca, refah düzeyine göre modern yöntem kullanımı da değişmektedir. En düşük (%39) ve düşük (%46) refah düzeyindeki hanelerde yaşayan kadınlar, yüksek refah düzeyindeki hanelere (%58) kıyasla daha az modern doğum kontrol yöntemi kullanmaktadır (13).

Yöntem kullanan kadınların %75'i kararlarını eşleriyle birlikte aldıklarını, %22'si kararı çoğunlukla kendilerinin verdiğini, %2'si ise kararın çoğunlukla eşleri tarafından alındığını belirtmiştir. Aynı şekilde, herhangi bir yöntem kullanmayan kadınlar arasında da benzer bir örüntü gözlemlenmiştir. Kadınların %74'ü, yöntem kullanmama kararını eşleriyle birlikte aldıklarını, %14'ü kararı çoğunlukla kendisinin verdiğini, %3'ü ise kararın çoğunlukla eşleri tarafından verildiğini ifade etmiştir.Yöntem kullanan kadınlar arasında, aile planlaması kararının çoğunlukla eşleri tarafından alındığını belirtenlerin oranı, 5 ve daha fazla çocuğu olan kadınlar arasında en yüksek (%5) bulunmuştur. Bu oran, bölgeler bazında değerlendirildiğinde, Ortadoğu Anadolu'da yaşayan kadınlar arasında da yüksek (%6) olduğu gözlemlenmiştir (13).

Araştırmada, halen herhangi bir yöntem kullanmayan evli kadınların %38'i gelecekte yöntem kullanacaklarını belirtirken, %58'i gelecekte herhangi bir yöntem kullanma eğiliminde olmadıklarını ifade etmiştir. Yöntem kullanmayacaklarını belirten kadınların büyük çoğunluğu, dört veya daha fazla çocuğu olan kadınlar (%62) ile hiç çocuğu olmayan kadınlar (%62) oluşturmaktadır. Yaşayan bir çocuğu olan kadınlar ise gelecekte yöntem kullanma eğiliminde daha yüksek bir oran sergilemektedir (%43).2018 TNSA kapsamında, halen yöntem kullanmayan ancak gelecekte kullanmayı düşünen kadınlardan hangi yöntemi tercih edeceklerine ilişkin bilgi de toplanmıştır. Yöntem kullanmayanlar arasında RİA (%28) açık ara en fazla tercih edilecek yöntemken, bunu erkek kondomu (%21) ve geri çekme (%16) izlemektedir. Ayrıca, bu kadınların %11'i OKS kullanmayı, %8'i ise tüplerin bağlanması yöntemini tercih edeceklerini belirtmişlerdir. Yöntem tercihi yaşa göre değişiklik göstermekte; 30 yaş ve üzerindeki kadınlar tüplerin bağlanması gibi uzun süreli yöntemleri tercih ederken, 30 yaş altındaki kadınlar daha çok OKS, RİA, geri çekme veya erkek kondomu gibi yöntemleri tercih etmektedir.Kadınların büyük bir çoğunluğu (%81), radyo, televizyon, yazılı basın ve internet gibi dört farklı kitle iletişim aracından aile planlaması hakkında herhangi bir şey duymadıklarını belirtmiştir. Kadınların sadece %13'ü son birkaç ay içinde televizyonda aile planlaması ile ilgili bir şeyler duyduğunu ifade etmiştir. Ayrıca, %7'si gazete, dergi, afiş, bülten veya kitapçık gibi basılı iletişim araçlarından aile planlaması hakkında

bilgi edinmiştir. Radyo ve cep telefonu aracılığıyla aile planlaması hakkında bilgi edinme oranı ise %4 civarındadır (13).

2.4. MODERN AİLE PLANLAMASI YÖNTEMLERİ

2.4.1. Oral kontraseptifler:

Oral kontraseptifler, düşük istenmeyen gebelik oranları ve %68'e varan uzun süreli kullanımları ile etkili yöntemler arasında yer almaktadır. Oral kontraseptifler, genel olarak kombine oral kontraseptifler ve yalnızca progestajen içeren oral kontraseptiflerolarak iki gruba ayrılır (43).

2.4.1.1. Kombine oral kontraseptifler:

Kombine oral kontraseptifler (KOK) içerisinde hem östrojen hem de progesteron bulunduran oral kontraseptiflerdir, 1960'lı yıllarda ilk üretimi yapılmıştır. İçeriklerine ve kullanım şekillerine göre birçok KOK bulunmaktadır. Bu çeşitlilik avantaj sağlarken bir yandan da farklı yan etkilere sebep olup her kadına kişiye özel şekilde uygun KOK seçilmesini gerektirmektedir. KOK'lerin bir bölümü 28 günlük olup; 21 gün kullanılıp 7 gün ara verme şeklinde kullanılmaktadır. Tabletler 21 günlük kısmında hormon içerirken ara verilen 7 günlük dönemde plasebo veya demir preperatıiçeren olarak değişmektedir. Ara verme dönemlerinde hormon alınmadığı için çekilmesi kanaması gerçekleşir ve siklik döngüler meydana gelmiş olur. Bazı ülkelerde 84 gün kombine düşük doz kontraseptif kullanımı sonrasındaki 7 gün plasebo ya da yalnızca etinilöstradiol içeren tabletler kullanılıp yılda sadece 4 kez siklus oluşturan uzamış siklus oral kontraseptifler bulunsa da ülkemizde yoktur (44,45).

Oral kontraseptifler, genellikle etinilöstradiol veya östradiolvalerat gibi östrojen içerir.Zaman içinde, oral kontraseptiflerdeki östrojen dozları düşürülmüş ve bunun sonucunda östrojenik yan etkiler azalmıştır. KOK'ler farklı etkinlik ve etki spektrumlarına sahip çeşitli sentetik progesteronlar içerir. Bu sentetik progesteronlar, östrojenik, anti-östrojenik ve anti-androjenik etkiler yaratabilir (44).

Sentetik progesteronlar, kimyasal yapılarına göre estran (noretindron, etinodioldiasetat), gonan (levonorgestrel, desogestrel, norgestimat) ve pregnan (medroksiprogesteron asetat) olmak üzere üç ana grupta sınıflandırılabilir.Drospirenon ise 19-nortestosteron kökenli olmadığı ve 17a-spirolakton türevi olduğu için farklı bir sentetik progesteron olarak değerlendirilir. Sentetik progesteronlar ayrıca gelişim sırasına göre birinci, ikinci, üçüncü ve dördüncü kuşaklar olarak da sınıflandırılabilir. Yeni kuşak progesteronlarınandrojenik aktiviteleri daha düşüktür ve etinilöstradiol ile birlikte kullanıldığında östrojen dominant bir etki görülür. Genel olarak birinci kuşak sentetik progesteronların yan etki oluşturma potansiyeli ve uygulamayı bırakma oranları daha yüksektir (43, 44, 46-48).

KOK'larmonofazik, bifazik, trifazik ve kuadrofazik olmak üzere dört farklı grupta sınıflandırılabilir. MonofazikKOK'larda, her bir tablet aynı miktarda östrojen ve sentetik progesteron içerir. Diğer taraftan, multifazik preparatlar, adet döngüsündeki doğal değişimleri taklit etmek amacıyla formüle edilmiştir ve yan etkileri azaltmayı hedefler. Bifazik KOK'larda, östrojen miktarı sabit kalırken, sentetik progesteron miktarı siklusun ikinci yarısında artar. Trifazik KOK'larda ise östrojen miktarı sabit olabilir veya değişkenlik gösterebilir, ancak sentetik progesteron dozu üç eşit fazda artar. Ülkemizde yalnızca monofazik KOK'lar mevcut olup, diğer çeşitler kullanılmamaktadır (43,49).

Monofazik ve bifazik KOK'lar arasındaki farkı inceleyen Cochrane analizinde sadece bir çalışma değerlendirilebilmiştir. Bifazik KOK (noretindron 500 mcg/etinilöstradiol 35 mcg - 10 gün, noretindron 1000 mcg/etinilöstradiol 35 mcg - 11 gün) ve monofazik KOK (noretindron asetat 1500 mcg/etinilöstradiol 30 mcg) kullanımı arasındaki ara kanama ve amenore oranları benzer bulunmuş ve çalışmayı bırakma oranları da benzer olmuştur. Ancak tek bir çalışmaya dayandığı için kesin sonuçlara ulaşılamamıştır (50).Monofazik ve trifazik KOK'lar arasındaki karşılaştırmalarda ise anlamlı bir fark bulunmamıştır. Trifazik KOK'larda kanama paternleri, lekelenme ve ara kanamalar daha az olsa da, bu farklar istatistiksel olarak anlamlı olmamıştır. Ayrıca, tıbbi nedenlerle KOK kullanımını bırakanlar arasında fark gözlenmemiştir (51).Bifazik ve trifazikKOK'ları karşılaştıran başka bir analize göre, bifazik KOK ile levonorgestrel içeren trifazik KOK arasında siklus kontrolü

açısından fark bulunmuştur. Bifazik KOK ile ara kanama olan sikluslar, trifazikKOK'a göre daha yüksek bir oran göstermiştir. Ancak, aynı sentetik progesteronu içeren bifazik ve trifazikKOK'lar arasında fark bulunmamıştır. Sonuçlar sınırlı sayıda çalışma ile elde edildiği için, siklus kontrolü açısından etkili olan faktörün sentetik progesteron içeriği olduğu söylenebilir (52).

2.4.1.1.1. Kombine oral kontraseptiflerin etki mekanizması:

KOK'lar, gonadotropin salınımını baskılayarak folikül olgunlaşmasını, preovulatuarluteinizan hormon artışını ve ovülasyonu engeller. Ayrıca, sentetik progesteronservikal mukusun viskozitesini artırarak sperm transportunu engeller, fallop kanallarındaki sekresyon ve peristaltizmi etkileyerek ovum ve sperm taşınımını zorlaştırır, endometriyalatrofi ile implantasyonu engeller (45, 49, 53).

2.4.1.1.2. Kombine Oral KontraseptiflerinEndikasyonlari

KOK'lar, menarştan menopoza kadar birçok kadının güvenle ve etkili bir şekilde kullanabileceği bir yöntemdir. Bu yöntem, çocuk sahibi olmak isteyen veya istemeyen, evli ya da bekâr, ergenler ve 40 yaşın üzerindeki kadınlar dahil olmak üzere geniş bir kadın grubu tarafından tercih edilebilir. Ayrıca doğum yaptıktan sonra veya emzirme döneminde olan, yakın zamanda kürtaj, düşük ya da ektopik gebelik geçiren, 35 yaşın altındaki sigara içen kadınlar, anemisi olanlar, varisleri bulunanlar ve HIV taşıyan kadınlar da KOK kullanabilir (54).

2.4.1.1.3. Kombine oral kontraseptiflerinkontrendikasyonları:

Göreceli kontrendikasyonlar:

- Venöztromboembolizm (VTE) için ek risk faktörleri olmadan doğum sonrası ilk 21 gün
- VTE için ek risk faktörleri bulunan kadınlarda doğum sonrası 21-42 gün arası
- Doğum sonrası 6 hafta ile 6 ay arasında emzirme (özellikle tam emzirme)

- 35 yaş ve üzeri olup günde 15'ten az sigara içen kadınlar
- Kan basıncı değerlendirilemeyen veya gebelikte hipertansiyon öyküsü bulunan hastalar
- Yeterli şekilde kontrol edilen hipertansiyon veya 140-159 mmHgsistolik, 90-99 mmHgdiyastolik tansiyona sahip bireyler
- 35 yaş ve üzerindeki kadınlarda aurasız migren öyküsü
- Geçmişte veya halen beş yıldır meme kanseri kanıtı bulunmayan hastalar
- Mevcut veya geçmişte safra kesesi hastalığı öyküsü
- Daha önceKOK kullanımına bağlı kolestaz gelişmiş olması
- Antikonvülsan ilaç kullanımı (fenitoin, karbamazepin, barbitüratlar, primidon, topiramat, okskarbazepin, lamotrigin…)
- Rifampisin veya rifabutin gibi antimikrobiyal ajanların kullanımı
-

Mutlak kontrendikasyonlar:

- VTE için ek risk faktörleri bulunan kadınlarda doğum sonrası ilk 21 gün
- Doğum sonrası ilk 6 hafta içinde emzirme
- 35 yaş ve üzeri olup günde 15 veya daha fazla sigara içen kadınlar
- Ciddi damar hastalığı öyküsü
- Hipertansiyon: Sistolik kan basıncı ≥160 mmHg veya diyastolik kan basıncı ≥100 mmHg
- Akut derin ventrombozu (DVT) veya pulmoneremboli (PE) öyküsü
- Aktif DVT/PE tanısı almış ve antikoagülan tedavi gören hastalar
- Uzun süreli hareketsizliğe neden olan büyük cerrahi girişimler
- Auralı migren baş ağrıları (her yaşta)
- Mevcut meme kanseri tanısı
- Şiddetli (dekompanse) siroz veya kötü huylu karaciğer tümörleri
- Hepatoselüler adenom varlığı
- Bilinen trombojenik mutasyonlar (ör. Faktör V Leiden, protrombin mutasyonu)
- Geçmişte veya halen iskemik kalp hastalığı öyküsü
- İnme geçirmiş bireyler

- Pulmoner hipertansiyon, atriyalfibrilasyon riski veya subakut bakteriyel endokardit öyküsü ile komplike kapak hastalıkları
- Antifosfolipid antikorları pozitif veya durumu bilinmeyen sistemik lupuseritematozus (SLE) hastaları (55).

2.4.1.1.4.Kombine oral kontraseptiflerinavantajları:

Oral kontraseptifler yalnızca gebeliği önlemekle kalmaz, aynı zamanda çeşitli sağlık yararları da sunar. Düzenli kullanım, endometrium ve over kanseri riskini azaltarak kadınlarda bazı malignitelere karşı koruyucu etki gösterebilir. Ayrıca, kemik yoğunluğunu koruyarak osteoporoz gelişme riskini düşürebilir. Pelvikinflamatuar hastalık (PID) gelişme riskini azaltarak üreme sağlığını destekler ve menstrüel kanamanın miktarını azaltarak demir eksikliği anemisini önlemeye yardımcı olabilir. Menstruelsiklusları düzene sokar. Bunun yanı sıra, hormonal dengeyi düzenleyerek akne ve hirsutizmi kontrol altına alabilir, polikistikover sendromu (PCOS) semptomlarını hafifletebilir ve dismenoreyi azaltarak adet dönemlerinin daha ağrısız geçmesini sağlayabilir (56).

2.4.1.1.5. Kombine Oral Kontraseptiflerve Tekrardan Gebe Kalma Durumu

Kombine oral kontraseptifler kullanımı sonlandırıldığında doğurganlık üzerinde uzun vadeli olumsuz bir etkisi yoktur. KOK'ların bırakılmasının ardından, 6 ay içinde gebelik oranı %83, 1 yıl içinde ise %94'e ulaşmaktadır. Bu oranlar, bariyer yöntemlerinin gebelik oranlarına benzerlik göstermektedir (43).

2.4.1.2. Sadece progesteron içeren oral kontraseptifler (mini haplar):

Sadece progestojen içeren kontraseptifler, yaygın olarak gelişmiş ülkelerde kullanılmasına rağmen, nüfus artış hızının en yüksek olduğu bölgelerde güvenli ve etkili doğum kontrolünü teşvik etme potansiyeline sahiptir. Minipilolarak da bilinen

sadece progesteron içeren haplar (POP-progestogenonlypill), 1973 yılında ruhsatlandırılmış olup, östrojen içermemesi ve genellikle kombine oral kontraseptiflere kıyasla daha düşük dozda progestojen içermesiyle öne çıkar.POP'un dünya genelindeki kullanımı ülkeden ülkeye farklılık göstermektedir ve kombine oral kontraseptiflere kıyasla daha az tercih edilmektedir. Örneğin, 2000 yılında İskoçya'da doğum kontrol yöntemi kullanan kadınların %7'si POP tercih ederken, ABD'de bu oran %1'in altındadır. POP'un en büyük dezavantajları arasında düzensiz vajinal kanama riskinin yüksek olması ve düzenli kullanım gerektirmesi yer alır.Bu yöntem, özellikle östrojene kontrendikasyonu bulunan kadınlar (emziren anneler dahil) ve gebelik riski daha düşük kabul edilen perimenopoz dönemindeki kadınlar tarafından tercih edilmektedir. Birleşik Krallık gibi bazı ülkelerde ise bu gruplar arasında daha yaygın olarak kullanılmaktadır (57).POP, yüksek etkinliğe sahip bir doğum kontrol yöntemidir. Kusursuz kullanıldığında başarısızlık oranı %0,3 iken, tipik kullanımda bu oran %8-9 seviyelerine çıkabilmektedir. KOK'larla benzer bir etkiye sahip olmakla birlikte, her gün aynı saatte alınması büyük önem taşır. Kullanımda yaşanan saatlik gecikmeler, ilacın etkinliğini azaltabilir (58).

2.4.1.2.1. Sadece progesteron içeren oral kontraseptiflerin etki mekanizması:

Minihapların etki mekanizması, içerdiği progesteron dozuna bağlıdır. Düşük dozlu minihaplar, ovülasyonu yaklaşık %50 oranında baskılarken, esas etkilerini servikal mukusu kalınlaştırarak sperm geçişini ve canlılığını engellemek suretiyle gösterirler. Buna karşın, bazı minihaplar içerdiği progesteronun özelliklerine bağlı olarak ovülasyonu %97-99 oranında inhibe edebilir. Ancak, tüm minihaplarservikal mukus üzerinde benzer etkiye sahiptir. Anovulatuarsikluslarda ise endometrium ince ve atrofik yapıdadır.KOK yan etkilerinden etkilenmiş kadınlar minihap kullanabilir (59).

2.4.1.2.2. Sadece progesteron içeren oral kontraseptiflerinkontrendikasyonları:

Mutlak Kontrendikasyonlar

- Gebelik
- Mevcut veya geçmiş meme kanseri

Göreceli Kontrendikasyonlar

- Aktif viral hepatit
- Karaciğer tümörleri
- Şiddetli (dekompanse) siroz
- Akut derin ventrombozu (DVT) veya pulmoneremboli (PE) öyküsü
- Antifosfolipid antikor pozitifliği (43).

2.4.2. Enjekte Edilebilir Kontraseptifler

2.4.2.1. Kombine Enjekte Edilen Kontraseptifler

Kombine enjektablkontraseptifler, 1960'lardan beri çeşitli araştırmalara konu olmuştur ve farklı formülasyonlar denenmiştir. Hâlihazırda dünya çapında yaygın olarak kullanılan iki ana ürün bulunmaktadır: Cyclofem (5 mg estradiolsipiyonat + 25 mg medroksiprogesteron asetat) ve Mesigyna (5 mg estradiolvalerat + 50 mg noretisteronenantat). Bu ürünlerden Mesigyna, 1997 yılından bu yana ülkemizde kullanılmaktadır.Kombine enjekte edilen kontraseptifler, östrojen ve progesteron içerir ve içeriği açısından KOK'lara benzer ancak, amaçları, sadece progesteron içeren yöntemlere kıyasla daha iyi bir siklus kontrolü sağlamak ve kanama düzensizliklerini gidermektir. Aylık enjeksiyon gerektirdiği için aylık enjekte edilen kontraseptifler olarak da bilinir.Kombine enjekte edilen kontraseptifler, ovülasyonu baskılar, servikal mukusukalınlaştırır ve endometriyumuinaktif hale getirerek gebelik oluşumunu engeller.Gebelikten korunmada çok etkilidir, başarısızlık oranı %0,1-0,2'dir. İlk uygulama, adet dönemi içinde veya doğumdan belirli bir süre sonra yapılmalıdır. Sonraki enjeksiyonlar, ilk enjeksiyondan 30 gün sonra yapılmalıdır (60).

Avantajları:

- Son derece etkilidir.
- Uygulaması kolaydır.
- İleri yaştaki kadınlar (sigara içmiyorsa) kullanabilir.
- Pelvik enfeksiyon ve over kanserine karşı koruyucu etkisi vardır.
- Fertilite geri döner.
- Östrojen içeren KOK'lere kıyasla daha doğal ve kardiyovasküler sisteme olumlu etkileri vardır.
- CYBH'lere karşı koruma sağlamaz.

Dezavantajları:

- Enjeksiyonlar için kliniğe gelmek gerekir.
- Kanama düzeninde aksama olabilir.
- Kilo artışına neden olabilir.
- Emziren anneler, doğumdan sonra ilk 6 ayda kullanamaz.

Yan etkiler:

- Adet düzensizlikleri, baş ağrısı, halsizlik, vücut ağrıları, memelerde gerginlik, kilo artışı (60).

2.4.2.2. Yalnızca Progesteron İçeren Enjekte Edilen Kontraseptifler

İçinde yalnızca progestin bulunan enjekte edilen kontraseptifler, 1950'lerde geliştirilmiş olup başlangıçta endometriyozis, endometriyal kanser, dismenore ve hirsutizm gibi durumların tedavisinde kullanılmıştır. 1960'larda kontraseptif olarak gündeme gelmiştir.Yalnızca progestin içeren iki yaygın enjekte edilen kontraseptif bulunur: Depo Provera (DMPA) ve Noristerat. Depo Provera, 150 mg medroxyprogesteronacetate içerirken, Noristerat 200 mg Norethisteronenantate içerir. DMPA üç ayda bir, Noristerat ise iki ayda bir uygulanır. DMPA, Türkiye'de ruhsatlıdır.Bu progestinler, ovülasyonu engeller, servikste spermin penetrasyonunu zorlaştıran kalın bir mukus üretir ve endometriyumuinaktif ve atrofik hale getirir.Enjekte edilen kontraseptifler, geçici kontraseptif yöntemlerin en etkililerindendir; başarısızlık oranı 100 kadın yılı için %0,1'den azdır (60).

Avantajları:

- Çok etkilidir.

- Uygulaması kolaydır.
- Cinsel ilişki ile bağımsızdır.
- Pelvik enfeksiyon ve kanserlere karşı koruyucu etkisi vardır.
- Fertilite, yöntem bırakıldığında geri döner.

Dezavantajları:

- Enjeksiyon için klinik ziyaret gereklidir.
- Adet düzensizliğine yol açabilir.
- Kilo artışı görülebilir.
- Cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı korumaz.

Enjekte edilen progestinlerin yaygın yan etkileri arasında adet düzensizlikleri, baş ağrısı, kilo alma, meme hassasiyeti ve mizaç değişiklikleri bulunur. Kanama düzensizlikleri genellikle tolere edilebilir ancak bazen kullanıcıyı yöntemi bırakmaya itebilir (60).

2.4.3. Vajinal Halkalar

Doğum kontrol halkalarının temeli, 1960'ların sonunda Mishell ve Lumkin'inmedroksiprogesteron asetat salan bir halka üzerine yaptığı çalışmalarla atılmıştır. Nüfus Konseyi'nin Uluslararası Doğum Kontrolü Araştırmaları Komitesi, hem östrojen hem de progestin içeren halkalar ve yalnızca progestin içeren sürekli kullanım halkaları üzerinde araştırmalar yürütmüştür. Ancak uzun yıllar süren çalışmalara rağmen, yalnızca iki doğum kontrol halkası piyasaya sunulmuştur: bunlar NV Organon (Hollanda) tarafından geliştirilen, etonogestrel (ENG) ve etinilestradiol (EE) içeren NuvaRing ile emziren kadınlar için progesteron salan Progering'dir (61).

Östrojen içermeyen halkalar ve HIV, HSV gibi cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara ek olarak hamileliğe karşı da koruma sağlayan çift koruma halkaları, yakın gelecekte umut vadeden yenilikler arasındadır (62).

Kadın, sırt üstü yatarak vajinal halkayı vajinanın derinliklerine yerleştirir. Bu halkalar, günlük 120 mcgetonogestrel ve 15 mcgetinilöstradiol salgılayarak gebeliği önler. Ortalama %98-99 oranında etkili bir doğum kontrol yöntemi olup, OKS almayı sık unutan kadınlar için iyi bir alternatiftir. Ancak sık idrar yolu enfeksiyonu geçiren veya kullanımını doğru şekilde öğrenemeyen kadınlar için uygun olmayabilir

(63).Adet kanamasının ilk beş günü içerisinde vajene yerleştirilir. Kontraseptif vajinal halka, 21 gün boyunca kullanıldıktan sonra, düzenli aylık çekilme kanamasını başlatmak için 7 gün ara verilir ve sonrasında yeni bir vajinal halka takılır. Vajinal halka, gastrointestinal sistem veya karaciğerin ilk geçiş etkisine uğramadan sürekli olarak kontraseptif hormonlar salgılar ve böylece yumurtlamayı baskılayarak dengeli serum hormon seviyeleri sağlar (64).İlk 3 hafta içinde vajinal halka çıkarılırsa, en geç 3 saat içinde tekrar yerleştirilmelidir. Eğer bu süre aşılırsa, yeni halka takılana kadar 7 gün boyunca ek bir doğum kontrol yöntemi kullanılmalıdır (65).Araştırmalar, doğum kontrol halkasını kullanan kadınların genellikle memnun olduğunu ancak kullanım oranlarının nispeten düşük kaldığını göstermektedir. Kullanımı kolay bulan, belirgin yan etkiler yaşamayan, cinsel ilişki sırasında veya günlük yaşamda halkayı hissetmeyen ve halkasının yerinde kaldığını gözlemleyen kadınların memnuniyet düzeyi daha yüksektir (66).

Avantajları:

- Daha düşük dismenore şikayetleri
- Cinsel ilişkiye ara vermek zorunda olmadan devam edilebilmesi
- Kullanımı 21 gün boyunca aynı devam ettiği için kadın açısından kolaydır (63, 64, 67)

Dezavantajları:

- Vajinal halkanın ilişki sırasında kayması
- Vajinal Akıntının Artması (Kullanım sırasında vajinal akıntının artması, bazı kadınlar için rahatsız edici olabilir.)
- Dışarı Atılma Olasılığı (Halkanın yanlış yerleştirilmesi veya hareket etmesi durumunda, dışarı atılma riski bulunmaktadır.)
- Kültürel Engel (Bazı kültürlerde, genital bölgelere dokunmak ve vajinaya bir nesne sokmak, kadınlar için kullanımda engel oluşturabilir) (68, 69).

2.4.4. Transdermalbantlar

Kontraseptif bantlar, kare şeklinde tasarlanmış olup, norelgestromin (progesteron) ve ethinylestradiol (östrojen) hormonlarının deri yoluyla kana geçişini sağlayarak etkili olan bir doğum kontrol yöntemidir (70).Yapılan araştırmada

transdermal bant kullananlarda yıllık gebelik riski %0,8 olup, yöntemin kendi başarısızlık oranı %0,6'dır (71).KOK'larla benzer özellikler gösterir ve OKS almayı unutan kadınlar için iyi bir seçenek olabilir. 3 hafta koruma sağladıktan sonra 1 hafta ara verilmesi gerekmektedir (63).

Avantajları:

- Daha iyi uyumluluk nedeniyle kullanıcıların tedaviye devam etme oranı artar.
- Daha az sistemik yan etki
- Etkili ilaç dağılımı: Sistemik etkinlik korunarak hedeflenen tedavi sağlanır.
- Lokalize tedavi imkanı (Meme rahatsızlıklarında doğrudan etkilenen bölgeye ilaç iletilebilir, toksik kemoterapi ilaçlarının sistemik yan etkileri azaltılabilir.)
- Farklı tedavi alanlarında kullanım (Hormon replasman tedavisi, kontrasepsiyon, inkontinans tedavisi, meme kanserinin lokalize tedavisi) (72).

Dezavantajları:

- Safra taşı oluşumu
- Artmış venöztromboembolizm riski
- Cilt tahrişi (73, 74)

2.4.5. SubkutanozİmplantlarSubkutanozİmplantlar

İmplantlar, en etkili yöntemlerden biridir ve ilk yıl içinde istenmeyen gebelik oranı 2000'de 1'dir. En yaygın kullanılan enjektabl doğum kontrol yöntemlerinden biri olan DMPA'nın daha düşük dozda ve cilt altına uygulanabilen bir formu, bu yöntemin kullanımını ve erişilebilirliğini artırabilir.Buna rağmen, düşük gelirli ülkelerde uzun etkili doğum kontrol yöntemlerine erişim zor olduğu için implant kullanımı hala düşüktür. Ancak son yıllarda implantların maliyeti önemli ölçüde azalmış ve kullanımı artmaya başlamıştır. Progestin içeren doğum kontrol yöntemleri, adet düzeninde değişikliklere yol açabilir ve bu durum, kadınların yöntemi bırakmasının en yaygın nedenlerinden biridir.Doğumdan sonraki ilk 6 hafta

içinde emziren annelerin progestin içeren doğum kontrol yöntemlerini kullanması konusunda uzman görüşleri farklılık göstermektedir. Ancak, doğumdan hemen sonra implant uygulanması, özellikle sağlık hizmetlerine erişimin kısıtlı olduğu ülkelerde aile planlaması açısından büyük bir fırsat sunabilir. Günümüzde doğumların çoğu sağlık kuruluşlarında gerçekleştiği için, kadınların %90'ından fazlası doğumdan sonra en az iki yıl boyunca yeni bir gebelikten kaçınmak istemektedir.Öte yandan, yalnızca progestin içeren doğum kontrol yöntemlerinin HIV ile olası ilişkisi hala tartışmalıdır. Bu konu, özellikle hem HIV vakalarının hem de anne ölümlerinin yüksek olduğu Sahra Altı Afrika'da önemli bir halk sağlığı sorunu olarak değerlendirilmektedir (75).

İmplanon, üst kolun deri altına yerleştirilen, 3 yıl boyunca yüksek etkinlik sağlayan bir doğum kontrol çubuğudur (4 cm uzunluğunda, 0,2 cm çapında). Eğitimli bir sağlık personeli tarafından uygulanır. Yumurtlamayı engellerken, rahim ağzı salgısını koyulaştırarak sperm geçişini önler.Rahim iç tabakasını da incelterek gebeliği engeller. Uzun süreli korunma isteyenler, östrojen içeren yöntemleri kullanamayanlar, emziren anneler (doğumdan 6 hafta sonra) ve sigara içenler için uygundur. Ancak, meme kanseri, karaciğer hastalığı veya iskemik kalp hastalığı olanlar, tanı konulmamış vajinal kanaması bulunanlar ve doğum sonrası ilk 6 haftada emziren anneler için uygun değildir.Kullanımdan önce mutlaka sağlık danışmanlığı alınmalıdır. Önceden hazırlanmış steril çubuk, sol kolun üst kısmına yerleştirilerek uygulanır. İşlem yalnızca bir dakika sürer ve etkisi hemen başlar. Çıkarıldığında ise doğurganlık hızla geri döner (76).

Avantajları:

- En yüksek koruyuculuğa sahip yöntemlerden biridir.
- 3 yıl boyunca ek bir işlem gerektirmez.
- Her yaşta kullanılabilir.
- Cinsel ilişkiden bağımsızdır.
- Çıkarıldıktan sonra doğurganlık hızla geri döner.
- Anne sütünü etkilemez.

Dezavantajları:

- Adet düzensizlikleri görülebilir.
- Uygulama için sağlık personeli gereklidir.

- Küçük bir cerrahi işlemle yerleştirilir ve çıkarılır.
- Cinsel yolla bulaşan hastalıklara (CYBE) karşı koruma sağlamaz (76).

2.4.6.Bariyer Yöntemler:

2.4.6.1. Kadın bariyer yöntemleri:

Kadınlar, kadın bariyer yöntemleri hakkında genelde bilgi sahibi değillerdir. TNSA 2018'e göre tüm kadınlar arasında kadın kondomu %20,9, diyafram/köpük/jel ise %21,6 oranında bilinmektedir (13).

2.4.6.1.1. Kadın kondomu:

Kadın kondomu, vajina içine gevşek bir şekilde yerleşen, kayganlaştırılmış poliüretan bir kılıftır. Açık ucunda esnek bir poliüretan halka bulunurken, kapalı iç ucundaki ikinci halka, kondomun kolay yerleştirilmesini ve vajina içinde sabitlenmesini sağlar.Yeni bir kondom bulunmadığında, dikkatlice yıkanıp dezenfekte edilmesi koşuluyla birkaç kez tekrar kullanılabilir. Ancak, tek kullanımlık olması önerilir (77).TNSA 2018 verilerine göre, halen evli kadınlar arasında kadın kondomu kullanımı %1'in altındadır (13).

Avantajları:

- Cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı önemli bir koruma sağlar.
- Tek kullanımlık olarak tasarlanmıştır.
- Cinsel ilişkiden hemen önce veya birkaç saat öncesinde takılabilir.

Dezavantajları:

- İlişki sırasında kayma veya vajina içine tamamen itilme riski vardır, bu da yanlış kullanıma yol açabilir.
- Pahalı bir yöntemdir ve estetik açıdan tercih edilmeyebilir (77).

2.4.6.1.2. Diyafram

Diyafram, rahim ağzını kapatan yumuşak bir lateks kaptır ve plastik veya silikon versiyonları da bulunabilir. Kenarında, diyaframın sabit kalmasını sağlayan

esnek ve dayanıklı bir yay yer alır. Sperm öldürücü krem, jel veya köpükle birlikte kullanıldığında etkinliği artar. Çoğu diyafram farklı boyutlarda olup, özel eğitimli bir sağlık uzmanı tarafından ölçülerek uygulanmalıdır. Ancak, her kadına uygun tek boyutlu modeller de geliştirilmektedir (54).

Avantajları:

- Spermin rahim ağzına ulaşmasını engelleyerek gebelikten korur.
- Kullanılan sperm öldürücü madde spermi etkisiz hale getirir veya yok eder.
- Kullanım bırakıldığında doğurganlık hemen geri döner.
- Bazı cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara karşı kısmi koruma sağlayabilir.
- Gebeliği önleyerek hamileliğe bağlı sağlık risklerini azaltır.
- Rahim ağzı kanseri ve öncül lezyonlarına karşı koruyucu olabilir.
- Cinsel hissi etkilemez; bazı erkekler hissedebilir, ancak çoğu fark etmez.
- Rahim ağzından geçemez ve vücut içinde kaybolmaz.
- Rahim ağzı kanserine neden olmaz.

Dezavantajları:

- Kullanım şekline bağlı olarak gebelik riski değişebilir; her cinsel ilişkide doğru şekilde kullanılmazsa koruyuculuğu azalır.
- Yaygın kullanımda, diyafram ve sperm öldürücü birlikte kullanıldığında, ilk yıl içinde 100 kadından yaklaşık 17'si hamile kalabilir.
- Her cinsel ilişkide doğru şekilde kullanıldığında bile bu oran 100 kadında yaklaşık 16'dır.
- Vajina veya penis çevresinde tahrişe neden olabilir.
- Vajinal lezyonlar oluşabilir.
- İdrar yolu enfeksiyonu riski artabilir.
- Bakteriyel vajinozis ve mantar enfeksiyonları (kandidiyazis) nadiren görülebilir.
- Sık kullanılan nonoksinol-9 içeren sperm öldürücüler HIV bulaş riskini artırabilir.
- Çok nadir olarak toksik şok sendromu gelişebilir (54).

2.4.6.1.3. Spermisitler

Spermisitler, cinsel ilişkiden önce vajinaya yerleştirilen fitil, köpük, tablet veya jel formundaki doğum kontrol yöntemleridir. En yaygın kullanılan etken madde nonoksinol-9'dur, ayrıca benzalkonyum klorür, klorheksidin, menfegol, oktoksinol-9 ve sodyum dokusat içeren çeşitleri de bulunmaktadır. Spermisitler, sperm hücrelerinin zarlarını parçalayarak etkisiz hale getirir ve yumurtaya ulaşmalarını engeller. Tek başına kullanılabileceği gibi, diyafram ve prezervatif gibi diğer yöntemlerle birlikte de kullanılabilir. Spermisitler, geçici bir doğum kontrol yöntemi arayanlar için uygun bir seçenektir. Ancak, kimyasal içeriklerine alerjisi olanlar, cinsel ilişkiden hemen sonra vajinal yıkama alışkanlığı bulunanlar ve HIV riski yüksek olan veya HIV pozitif kişiler için uygun değildir. Spermisit, cinsel ilişkiden 15 dakika önce vajinanın derinlerine yerleştirilmelidir ve koruyuculuğu 1 saat sürer. Bu süreden sonra tekrar uygulanması gerekir. Her cinsel ilişkide yeni bir spermisit kullanılmalı ve uygulama öncesinde eller sabunla yıkanarak kurulanmalıdır. Kullanımı bazı yan etkilere neden olabilir. Yaygın olarak vajina veya penis çevresinde tahriş ve kızarıklık görülebilir. Nadir durumlarda, sık kullanım idrar yolu enfeksiyonu, bakteriyel vajinoz veya mantar enfeksiyonlarına yol açabilir. Çok nadiren, nonoksinol-9'un sık kullanımı HIV bulaş riskini artırabilir. Spermisitler hakkında yanlış bilinen bazı noktalar da vardır. Cinsel isteği azaltmaz, vajinal kuruluk yapmaz veya kanamaya neden olmaz. Rahim içine geçemez ya da vücutta kaybolmaz ve rahim ağzı kanserine yol açmaz. Tek başına kullanıldığında etkinliği düşük bir yöntem olan spermisitler, daha yüksek koruma sağlamak için prezervatif veya diyafram ile birlikte kullanılmalıdır (54, 76).

Avantajları:

- Kadın tarafından kolayca uygulanabilir.
- Önceden yerleştirildiğinde ilişkiyi kesintiye uğratmaz.
- Emziren anneler tarafından kullanılabilir.
- Vajinanın kayganlığını artırarak ilişkiyi daha konforlu hale getirebilir.

Dezavantajları:

- Doğru kullanıldığında bile etkinliği düşük olup, RİA, OKS ve iğne gibi modern yöntemlere göre daha az koruyucudur.

- Her cinsel ilişkiden önce yeniden uygulanmalıdır.
- Cinsel ilişkiden sonra en az 6 saat vajinal yıkama yapılmamalıdır.
- Sıcak havada eriyebilir ve tahrişe neden olabilir.
- HIV ve diğer cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara karşı koruma sağlamaz (54, 76).

2.4.6.2. Erkek Bariyer Yöntemleri (Prezervatif/Kondom)

Prezervatifler ilk olarak 1504 yılında Fallopius tarafından cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı bir korunma yöntemi olarak tanımlanmıştır, ancak bu yöntemin aslında ilişki sonrasında sünnet derisinin altına yerleştirilen bir madde olduğu düşünülmektedir. İngilizlerin koyun bağırsağından kondom üretiminde öncü oldukları görülmektedir. Yazar BoswellLondonJournal isimli günlüğünde kondomdan "zırh" olarak bahsetmiştir (78).1844 yılında Hancock ve Goodyear, Amerika'da kauçuğun vulkanizasyonunu keşfetmiş ve 1870'ten sonra makul kalitede kauçuk prezervatifler yaygın şekilde kullanılmaya başlanmıştır (79).Türkiye'de erkek kondomu kullanımı 2013'te %16'yken, 2018'de %19'a yükselmiştir (13).

Kondom, cinsel ilişki sırasında penise takılan ve erkeğin sperminin vajinaya girmesini engelleyen bir koruyucu araçtır. Yaygın olarak lateks, poliüretan veya koyun bağırsağından yapılır. Lateks kondomlar, cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı en iyi korumayı sağlar. Poliüretan kondomlar ise daha ince, dayanıklı ve esnek olup duyarlılığı azaltmaz. Koyun bağırsağından yapılan kondomlar ise gözenekli olduğu için mikroorganizmaların geçişini tamamen engellemez. Kondomun kapalı ucunda, semenin toplandığı bir rezervuar bulunur (76).

Avantajları:

- AIDS ve diğer cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunmayı sağlar.
- Erken boşalmayı engellemeye yardımcı olabilir.
- Erkeklerin aile planlamasında yer almasını sağlar.
- Reçeteye veya tıbbi izleme ihtiyaç duymaz.
- Güvenlidir, hormonal yan etkisi yoktur.
- Uygun fiyatlı ve kolayca temin edilebilir.

Dezavantajları:

- Bazı çiftlerde (özellikle erkeklerde) duyarlılığı azaltabilir.
- Cinsel ilişkiyi kesintiye uğratabilir.
- Bazı erkeklerde ereksiyon sorunlarına yol açabilir.
- Yeterli sayıda kondom bulundurulması önceden planlanmalıdır.
- Kullanıldıktan sonra atılması gerekebilir.
- Yanlış veya düzensiz kullanım ile nadiren de olsa %4'e varan yırtılma ihtimali nedeniyle, gebelikten koruma oranlarının tam olarak istenen seviyede olmayabilir (76, 80, 81).

Kondom kullanırken dikkat edilmesi gereken bazı önemli noktalar vardır. Öncelikle, kondomun son kullanma tarihi kontrol edilmeli ve süresi geçmiş olanlar kesinlikle kullanılmamalıdır. Her cinsel ilişkide yeni bir kondom kullanılmalı ve uzun süre sıcak ortamlarda (dar pantolon cebi, cüzdan vb.) saklanmamalıdır, çünkü bu durum koruyuculuğunu azaltabilir. Kullanılacak kondomun sararmış, yapışkan, kuru, esnekliğini kaybetmiş veya zarar görmüş olmamasına dikkat edilmelidir. Kondom yalnızca su bazlı kayganlaştırıcılarla kullanılmalı, petrol bazlı ürünlerle (vazelin, bebek yağı, krem vb.) temas ettirilmemelidir. Paketi açarken diş, makas veya kesici aletler kullanılmamalı, tırnaklarla zarar verilmemelidir. Penis tam sertleştiğinde ve cinsel sıvılar temas etmeden önce kondom takılmalı, ilişki bitiminde ise penis tam yumuşamadan dikkatlice çıkarılmalıdır. Eğer kondom zarar görürse, hemen yenisi ile değiştirilmelidir (82).

2.4.7. Rahim İçi Araç (RİA)

Serviksi metal parçalarla tıkamaya çalışma ilk kez 19. Yüzyılda yapılmıştır. Bu cihazlar, rahme yerleştirilerek bazen kırıldıklarında bile etkili doğum kontrolü sağlamıştır. 1909'da Richter, doğum kontrolü amacıyla rahme yerleştirilen ipekten yapılmış esnek bir halkayı tanıtmıştır (78).Proust ise 1923 yılında 23.000 RİA dağıttığını iddia etmiştir. Aynı dönemde, Grafenberg, ipekten yapılan RİA'lar üretmeye başlamış ve daha sonra gümüş tel kullanmıştır (83).Ancak, cihazlarına olan ilgi kısa sürede azalmış ve çoğu jinekolog tarafından enfeksiyon riski taşıdığı için eleştirilmiştir. RİA'larla ilgili 1934-1959 yılları arasında yalnızca bir İngilizce yayın çıkarken, Amerika'dan Hall, İngiltere'den Jackson ve Endonezya'dan Knock gibi bazı

doktorlar, bu cihazları hastalarına önermeye devam etmiştir. Japonya'da ise Tenrei Ota, Avrupa'daki çalışmalardan etkilenerek kendi cihazını geliştirmiş ve 1934'te ilk sonuçlarını yayımlamıştır. Ota doğum kontrolü görüşleri nedeniyle bir süre hapis cezası almıştır (78).

2.4.7.1. Bakır içeren RİA

Bakırlı RİA, çevresinde bakır halkalar veya teller bulunan küçük, esnek bir plastik çerçevedir. Kadının rahmine vajina ve serviks üzerinden yerleştirir. Çoğu RİA'nın bir veya iki ipi vardır ve bu ipler vajinaya sarkar. RİA, sperm ve yumurtayı birleşmeden önce engelleme mekanizmasıyla çalışır.RİA, oldukça etkili ve uzun süreli bir doğum kontrol yöntemidir. İlk yıl içinde 100 kadından 1'inden daha azı hamile kalırken, 10 yıllık kullanım sürecinde bu oran yaklaşık 100 kadında 2'ye yükselir. RİA çıkarıldıktan sonra doğurganlık hemen geri döner. Ancak, cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı koruma sağlamaz. Kullanımın ilk 3-6 ayında uzun süreli ve ağır adet kanamaları, düzensiz kanamalar, kramp ve ağrı gibi yan etkiler görülebilir.RİA kullanımında nadir de olsa rahim duvarını delecek şekilde yer değiştirerek komplikasyonlara yol açabilir. Ayrıca, RİA takılıyken hamilelik oluşursa düşük, erken doğum veya enfeksiyon riski artabilir (54).

Avantajları:

- Hamilelik riskini azaltır.
- Rahim içi (endometrial) ve servikal kanser riskini düşürebilir.
- Dış gebelik riskini azaltır.

Dezavantajları:

- Anemiye neden olabilir (özellikle ağır kanama varsa).
- Pelvikinflamatuar hastalık (PID) riski nadir de olsa vardır, RİA takılmadan önce cinsel yolla bulaşan hastalık varsa PID riski artar (54).

2.4.7.2. Hormon içeren RİA

Hormon içeren RİA'lar, her gün küçük bir miktar levonorgestrel (progesteron hormonu) salan T şeklinde plastik bir cihazdır. Sağlık uzmanı tarafından kadının

rahmine yerleştirilir. Mirena, Liletta, Kyleena gibi markalarla satılır. Sperm ve yumurtanın birleşmesini engelleyerek çalışır.

Hormon içeren RİA'lar oldukça etkili bir doğum kontrol yöntemidir ve ilk yıl içinde kullanıcılarının %1'inden daha azı hamile kalır. İlk yıldan sonra hamilelik riski çok düşük olsa da tamamen ortadan kalkmaz. Mirena, 5 yıl boyunca %99 oranında koruma sağlarken, araştırmalar bu sürenin 7 yıla kadar uzayabileceğini göstermektedir. Levosert ve Liletta 4 yıl, Skyla ve Jaydess ise 3 yıl boyunca etkilidir. RİA çıkarıldıktan sonra doğurganlık hemen geri döner, ancak cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı koruma sağlamaz (54).

Dezavantajları ve Yan Etkiler:

- Kanama düzeninde değişiklikler (daha hafif, seyrek veya düzensiz kanama)
- Akne, baş ağrısı, göğüs ağrısı
- Mide bulantısı, kilo artışı, baş dönmesi, ruh hali değişiklikleri
- Yumurtalık kistleri
- Gonore veya klamidya varsa PID riski
- Nadir de olsa rahim duvarını delme (perforasyon) ve yerleştirilen RİA ile hamile kalma durumunda düşük veya erken doğum riski.

Avantajları:

- Hamilelik riskini azaltır.
- Adet sancılarını, ağır kanamaları ve endometriozis belirtilerini hafifletir.
- Dış gebelik riskini düşürür.
- Demir eksikliği anemisine yardımcı olabilir.
- Endometrial ve servikal kanser riskini azaltabilir (54).

2.4.8.Sterilizasyon

Gönüllü cerrahi sterilizasyon, kadınlarda tüp ligasyonu ve erkeklerde vazektomi şeklinde uygulanarak, doğurganlıklarını sonlandırmak isteyen çiftler için güvenli bir aile planlaması yöntemidir. Bu yöntem, kararın kalıcı olması nedeniyle, danışmanlık eşlere birlikte verilmelidir. Türkiye'de 1983'te kabul edilen 2827 sayılı yasa, 18 yaşını doldurmuş evli bireylerin yazılı onay alarak sterilizasyon

yaptırmasına izin verir. Kliniklerin ya da sağlık çalışanlarının, kişisel değer yargılarıyla kısıtlama getirmesi (örneğin, 35 yaş altındaki ya da ikiden az çocuğu olanlara sterilizasyon uygulamamak) yasal değildir ve bireylerin seçim hakkını ihlal eder. Doğru yaklaşım, bireylerin bilinçli seçim yapmalarına yardımcı olmaktır. Danışmanlık sürecinde, bireylere tüm doğum kontrol yöntemleri hakkında bilgi verilmeli, sterilizasyonun geri dönüşü zor bir işlem olduğu açıkça belirtilmelidir. İşlemin güvenli olduğu ancak nadiren bazı komplikasyonların görülebileceği ifade edilmelidir. Kararın dış baskılar olmadan tamamen kişinin kendi isteğiyle alındığından emin olunmalıdır (76).

Sterilizasyon sonrası pişmanlık riski, genç yaş, çocuksuzluk, eşin isteksizliği veya evlilikte yaşanan sorunlar gibi faktörlere bağlı olarak artabilir. Bu nedenle karar süreci titizlikle değerlendirilmelidir. İşlem öncesinde bireyden bilinçli onam alınmalı ve gerekirse eşiyle birlikte bilgilendirme yapılmalıdır. Acil durumlarda, doktor tıbbi zorunluluk nedeniyle sterilizasyon uygulayabilir. Kişinin zihinsel sağlığının karar vermeye uygun olmadığı durumlarda ise hukuki süreçler devreye girmelidir (76).

2.4.8.1. Kadın sterilizasyonu (Tüp ligasyon)

Tüp ligasyonu, doğurganlığını sonlandırmak isteyen kadınlar için kalıcı ve güvenilir bir yöntemdir. Bu işlem, fallop tüplerinin mekanik olarak kapatılmasıyla gerçekleştirilir ve döllenmeyi engelleyerek gebeliği önler. Tüp ligasyonu, hormon dengesini etkilemez, adet düzeninde değişiklik yapmaz ve cinsel işlev üzerinde herhangi bir olumsuz etkisi yoktur.Bu işlem iki farklı yöntemle uygulanabilir. Minilaparotomi, küçük bir karın kesisi ile gerçekleştirilen bir cerrahi işlemdir. Laparoskopi ise laparoskop adı verilen özel bir cihaz yardımıyla yapılır ve daha az invaziv bir yöntemdir. Her iki yöntem de güvenli olup, uygun cerrahi tekniklerle yapıldığında ciddi komplikasyon riski düşüktür.Tüp ligasyonu, doğum kontrol yöntemleri arasında en etkili seçeneklerden biridir. Oral kontraseptifler, rahim içi araçlar (RIA) ve enjekte edilen doğum kontrol yöntemlerinden daha yüksek bir koruma sağlar. Başarısızlık oranı son derece düşük olup, yalnızca 1000'de 1 oranında gebelik görülebilir. Ancak, işlem sonrası gebelik oluşursa, dış gebelik riski artabileceğinden dikkatli olunmalıdır. Tüp ligasyonu hakkında bilgilendirme

yapılırken, alternatif olarak erkek sterilizasyonu (vazektomi) seçeneği de değerlendirilmelidir 76).

Avantajları:

- Başarısızlık oranı 1000'de 1'dir, yani çok etkilidir.
- Gebeliği önleme etkisi hemen başlar.
- Cinsel ilişkiyi ve genel sağlığı etkilemez.
- Uzun vadeli yan etkileri yoktur.

Dezavantajları:

- Operasyon sonrası kısa süreli ağrı olabilir.
- Geri dönüşü zor ve pahalıdır.
- Dış gebelik riski az da olsa mevcuttur.
- Cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı koruma sağlamaz (76).

2.4.8.2. Erkek sterilizasyonu (Vazektomi)

Vazektomi, erkekler için kalıcı bir doğum kontrol yöntemi olup, Amerika Birleşik Devletleri'nde genellikle lokal anestezi altında gerçekleştirilen ayaktan bir işlemdir. En yaygın cerrahi teknikler arasında konvansiyonel insizyonluvazektomi ve neştersiz vazektomi (no-scalpelvasectomy) bulunur. Konvansiyonel yöntemde skrotumda küçük kesiler yapılırken, neştersiz yöntemde özel bir aletle skrotum delinerek vasdeferens kesilir ve bağlanır. Vazektomide, vasdeferensin kapatılması farklı yöntemlerle yapılabilir. Bunlar arasında dikiş, koterizasyon (yakma), klips kullanımı ve bu yöntemlerin kombinasyonları yer alır. Kapalı uçlu vazektomi, yani testise yakın ucun da kapatıldığı yöntem daha yaygınken, açık uçlu vazektomi daha az tercih edilir. Açık uçlu yöntemin tıkanıklık ve iltihaplanma riskini azalttığı ancak işlem sonrası gebelik ihtimalini bir miktar artırabileceği bildirilmiştir.Vazektomi için mutlak bir kontrendikasyon bulunmamakla birlikte, işlem öncesinde aktif genital enfeksiyonlar, sistemik enfeksiyonlar, skrotal travma veya belirgin bir skrotal kitle varlığı gibi durumlar geçici olarak ertelenmesi gereken durumlar arasında yer alırken; kanama bozuklukları, geçirilmiş testis veya kasık ameliyatları gibi durumlar ise işlemi daha riskli hale getirebilir.Hastalar, vazektomi öncesinde detaylı bir danışmanlık sürecinden geçmeli ve bu süreçte işlemin kalıcı bir doğum kontrol

yöntemi olduğu, alternatif doğum kontrol yöntemlerinin mevcut olduğu, vazektominin başarısızlık ihtimalinin düşük olsa da tamamen imkânsız olmadığı ve kararsız bireyler veya evliliğinde istikrarsızlık olan kişilerde pişmanlık riskinin daha yüksek olabileceği vurgulanmalıdır. Bu nedenle, hasta kararını aceleye getirmemeli ve işlem öncesinde yeterince düşünmelidir. Vazektomi, gebeliği önlemede oldukça etkili bir yöntemdir ve başarısızlık oranı genellikle %1'in altındadır. Ancak, geri döndürme (vazovazostomi) talebi %0,1 ile %0,3 arasında değişir. Geri döndürme işleminde başarı oranı, vazektomiden sonra geçen süreye bağlı olarak değişir: 3 yıldan önce sperm dönüşü %97, gebelik oranı %76; 3-8 yıl içinde sperm dönüşü %88, gebelik oranı %53'tür. 9-14 yıl sonra başarı oranı düşer ve 15 yıldan sonra gebelik oranı %30'un altına iner. Uzun süre sonra geri döndürme işlemi daha karmaşık hale gelir ve epididimostomi gibi mikrocerrahi teknikler gerekebilir.Vazektomi, genellikle güvenli bir işlem olsa da erken ve geç dönemde bazı komplikasyonlar görülebilir. Erken komplikasyonlar arasında kanama (hematom) (%1,6-4,6) ve enfeksiyon (%3-4) yer alırken, no-scalpelvazektomi geleneksel yöntemlere göre daha az komplikasyon riski taşır. Geç komplikasyonlar arasında konjestifepididimit (%6) ve kronik testis ağrısı yer alır. Vazektomi başarısızlığı erken ve geç dönem olmak üzere iki şekilde gelişebilir. Erken başarısızlık, işlemden 4 ay sonra canlı sperm görülmesiyle, geç başarısızlık ise yıllar sonra sperm tespiti ve gebelikle sonuçlanabilir. Geç gebelik riskini azaltmak için yıllık semen analizi önerilmektedir.Vazektomi, dünya genelinde kültürel faktörler ve bilgi eksiklikleri nedeniyle bazı gruplarda düşük kabul görmektedir. Ancak, uygun bilgilendirme ve sağlık hizmetlerine erişim sağlandığında, vazektomi daha geniş bir erkek kitlesi tarafından benimsenebilir. ABD'de yapılan bir programda, düşük maliyetli hizmet sunan kliniklerde vazektomi taleplerinin arttığı gözlemlenmiştir. Gelişmekte olan ülkelerde ise, erkekleri vazektomiye teşvik etmek için kadın sağlığını koruma ve aile planlamasında erkeklerin de sorumluluk alması gerektiği mesajları etkili olabilir. Ayrıca, vazektomi uzun vadede maliyet açısından en ekonomik doğum kontrol yöntemlerinden biridir ve çocuk sahibi olmak istemeyen bireyler için uygun bir seçenek olarak öne çıkmaktadır (84).

2.5. GELENEKSEL AİLE PLANLAMASI YÖNTEMLERİ

2.5.1. Takvim Metodu

Takvim temelli yöntemler, kadınların veya çiftlerin adet döngülerini takip ederek doğurgan günleri belirleyip, bu günlerde korunmasız cinsel ilişkiden kaçınmalarını sağlar. Standart günler yöntemi, adet döngüsü 26–32 gün arasında olan kadınlar için uygundur. Bu yöntemi kullanabilmek için, kadının adet döngüsünün ilk günü 1. gün olarak sayılır ve 8–19. günler arasında doğurgan günler kabul edilir. Çift, bu günlerde korunmasız ilişkiden kaçınmalı veya kondom gibi bariyer yöntemleri kullanmalıdır. Diğer günlerde ise korunmasız cinsel ilişki mümkündür. Takvim temelli yöntemlerin kullanımı için hatırlatıcılar veya takvim gibi araçlar kullanılabilir. Ritim Yöntemi ise, kadının 6 ay boyunca her adet döngüsünü kaydederek, en kısa döngüsünden 18 gün ve en uzun döngüsünden 11 gün çıkararak doğurgan dönemi tahmin etmesine dayanır. Bu yöntemle de doğurgan günlerde korunmasız ilişkiye girilmemeli ve aylık güncellemeler yapılmalıdır (54).

2.5.2. Mukotermal Metodu

Bu yöntem, vücut ısısının takibi ve servikal mukusun gözlemlenmesiyle uygulanır. Yumurtlama döneminin belirlenmesine yardımcı olur ve âdetin ilk gününden, ıslak mukusun ilk gözlendiği güne kadar cinsel ilişkiye girilebilir. Kalın mukus görüldükten dört gün sonrasına kadar veya vücut ısısı yükseldikten üç gün sonrasına kadar korunmasız ilişkiye girilmemelidir (85).

2.5.3. CoitusİnterruptusGeri çekme)

Çoğu toplum, ejakülasyon öncesinde penisin çekilmesinin hamilelik olasılığını azalttığının farkındadır. Coitusinterruptus'un tarihsel ve modern toplumlardaki yaygınlığı farklılık gösterse de, hem erken dönem hem de günümüz referanslarında, Yahudi, Hristiyan ve İslam metinlerinde buna dair oldukça yaygın atıflar bulunmaktadır (86).İncil'de coitusinterruptus'a (Yaratılış 38:7-10) dair tek bir

referans vardır ve bu referans belirsizdir: Tanrı Onan'ı öldürmüştür, ancak bunun nedeni "tohumunu yere dökmesi" mi, yoksa babasına karşı gelmesi mi olduğu net değildir. Bu olay, günümüzdeki en önemli teolojik öğretilerden birinin temelini oluşturur. Daha sonraki Yahudi yazarlar Talmud'dacoitusinterruptus'u "içeride dövüp, dışarıda ayıklamak" olarak tanımlar (78).Kilise'nin erken dönemlerinde, geri çekilme (onanizm), diğer doğum kontrol yöntemleri ve kürtaj daha fazla kınanmaya başlanmıştır. Ancak, Muhammed al-azl (veya coitusinterruptus) yöntemini onaylamış ve bu yöntemi kullanmadan önce erkeğin eşinin de rızasını alması gerektiğini belirtmiştir (87).

Halk arasında "çekilme" ya da "dışarı boşalma" olarak bilinen yöntem, erkeğin cinsel organını ejakülasyondan önce vajinadan çıkararak menisini dışarı boşaltmasına dayanır. Doğru uygulandığında gebelik oranı %9-15 civarındadır, ancak bazı araştırmalarda bu oran %25'e kadar çıkabilmektedir. Ülkemizde kontraseptif yöntemler arasında %20,4 oranıyla birinci sırada yer alır ve bazı çiftler tarafından uzun yıllar kullanılabilir. Ancak, bu yöntemin başarısı kişisel faktörlere bağlıdır ve erkeğindoğurganlık sorumluluğunu yansıtır. Başarı sağlansa bile, psikolojik ve fizyolojik sorunlar gelişebilir. Geri çekilme, CYBH ve HIV'a karşı koruyucu değildir (13, 76).

2.5.4. Vajinal Duş

Hem Türkiye'de hem de dünya genelinde vajinal duş, geleneksel bir doğum kontrol yöntemi olarak yaygın bir şekilde uygulanmıştır. Bu yöntem, vajinanın iç kısmının sabun, su, parmak, bez veya farklı sıvı maddelerle temizlenmesiyle gerçekleştirilir. İlk kez 19. yüzyılda kullanılmaya başlanmış olan vajinal duş, zamanla gebeliği engellemede etkisiz olduğu anlaşılınca kullanımı azalmıştır. Günümüzde, birçok kişi bu yöntemi sadece kozmetik amaçlı kullanmaktadır (88).Birçok kadın, vajina duvarındaki ve kanalındaki spermleri yıkayarak atma düşüncesiyle cinsel ilişkiden hemen sonra vajinayı suyla yıkamanın gebeliği engelleyeceğini düşünür. Ancak bunun hiçbir kontraseptif etkisi yoktur, çünkü spermler birkaç saniye içinde servikal mukusa ulaşabilir (76).

2.5.5. LaktasyonelAmanore (LAM)

LAM, emzirmenin doğurganlık üzerindeki doğal etkilerine dayalı geçici bir aile planlaması yöntemidir. Bu yöntemi kullanabilmek için üç koşulun yerine gelmesi gerekir: annenin aylık kanamasının geri dönmemiş olması, bebeğin tamamen veya neredeyse tamamen emziriliyor olması ve bebeğin 6 aydan küçük olması gerekir. LAM, doğru kullanıldığında oldukça etkili bir yöntemdir; ilk 6 ayda her 100 kadından 98'i gebe kalmaz. Ancak, bebek emzirmeyi tam olarak yapamayan kadınlarda gebelik riski artar. LAM, doğumdan sonra 6 aya kadar, uygun koşullar sağlandığında gebelikten korunma sağlar, ancak cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı koruma sağlamaz. Herhangi bir yan etkisi yoktur; sorunlar, diğer emziren kadınlarda görülen sorunlarla aynıdır. LAM yöntemi, anne ve bebek için en iyi emzirme alışkanlıklarını teşvik eder ve gebelik riskini azaltır. HIV enfeksiyonu olan kadınlar, bazı ilaçlar kullananlar veya bebekte emzirme zorluğu yaşayanlar için başka doğum kontrol yöntemleri önerilebilir. LAM, doğru kullanıldığında, 6 ay boyunca ek gıda gerektirmeden bebek için yeterli besin sağlar ve emzirme yoluyla gebelik riski engellenebilir (54).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Tipi

Bu çalışma, kesitsel tipte biraraştırmadır.

3.2.Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Bu çalışma, T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği polikliniğinde yürütülmüştür. Araştırma verileri 15.11.2024-15.02.2025 tarihleri arasında toplanmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

15.11.2024-15.02.2025 tarihleri arasında T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği polikliniğine başvuran 18-49 yaş arası kadınlar çalışmanın evrenini oluşturmaktadır. Otomasyon kayıtlarına göre Aile Hekimliği polikliniklerine 3 ayda ortalama 2150 kadın hasta başvurmaktadır. Örneklem hesabı için OpenEpi programı kullanılmıştır. Evren 2150 kişi, beklenen sıklık %50, güven aralığı %95, alfa hata %5, çalışmanın gücü %90 olarak kabul edildiğinde ulaşılması gereken minimum örneklem sayısı 241 kişi olarak hesaplanmıştır.

Çalışmaya dahil edilme kriterleri; 18-49 yaş arası kadın olmak, mental ve kognitif fonksiyon bozukluğu olmaması ve çalışmaya katılmaya gönüllü olmak olarak belirlenmiştir.

3.4. Değişkenler

3.4.1. Bağımlı Değişken

Araştırmanın bağımlı değişkeni katılımcıların doğum kontrol yöntemleri ile ilgili bilgi düzeyleri olarak belirlenmiştir. Katılımcıların bilgi düzeyleri, araştırmacılar tarafından literatür taranarak oluşturulan 20 soruluk yapılandırılmış bir anket formu kullanılarak değerlendirilmiştir. Anket katılımcıların doğum kontrol yöntemleri ile ilgili bilgi düzeylerini değerlendirmeyi amaçlamaktadır. Soru formu Ek-2'deki gibidir. Anketin iç tutarlılığı Cronbach Alfa katsayısı ile değerlendirilmiş ve 0,76 olarak bulunmuştur.

3.4.2. Bağımsız Değişkenler

Çalışmanın bağımsız değişkenlerini; katılımcıların sosyodemografik özellikleri (yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, çalışma durumu, eşin/partnerin eğitim durumu ve çalışma durumu, hanenin toplam geliri, evde çekirdek aile dışında yaşayan başka kimse varlığı), katılımcıların doğum kontrol yöntemleri ile ilgili bir eğitim alma durumları, ilk gebelik öncesi korunma durumları, gebelik geçmişleri ile ilgili özellikler (ilk gebelik yaşı, toplam gebelik sayısı, doğum sayısı, isteyerek kürtaj yaptırma durumu, düşük sayısı, yaşayan çocuk sayısı, son iki çocuk arası yaş farkı), istekleri dışında gebe kalma durumları oluşturmaktadır.

3.5. Veri Toplama Gereci ve Yöntemi

Veriler, literatür taranarak oluşturulmuş anket formu ile yüz yüze olarak toplanmıştır. Anket formu 29 adet sosyodemografik soru ve 20 adet bilgi düzeyi sorusu olmak üzere toplam 49 adet sorudan oluşmaktadır. 15.11.2024- 15.02.2025 tarihleri arasında T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği polikliniğine başvuran ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan 18-49 yaş arası kadınlara anket soruları ve bilgi soruları yönlendirilmiştir. Oluşturulan bilgi sorularından her soru kendisi içnde değerlendirilmiş olup, katılımcıların evet/hayır/bilmiyorum yanıtına göre analiz edilmiştir. Katılımcılara araştırma ve uygulanacak anket hakkında bilgi verilip sözlü onamları alınmıştır.

3.6. İstatistiksel Analiz

Verilerin analizinde IBM SPSS 25 programı kullanılmıştır. Kategorik değişkenlerin sunumunda yüzde ve frekans kullanılmıştır. Sürekli verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov Smirnov ve Shapiro Wilk testleri ile değerlendirilmiştir. Normal dağılıma uygun olanlar, ortalama ± standart sapma, uygun olmayanlar ise medyan, 25. ve 75. persantil değerleri ile verilmiştir. Tek değişkenli analizlerde, bağımsız gruplarda kategorik değişkenlerin karşılaştırılması içinPearson Ki-kare ve gereğindeFisher'sExact Testi kullanılmıştır. p değerinin 0,05'in altında olması istatistiksel anlamlılık düzeyi olarak belirlenmiştir.

3.7. Etik Kurul Onayı ve Kurum İzni

Araştırma için Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Girişimsel Olmayan Blimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 15.11.2024 tarihinde 2024/294protokol kodu ile etik kurul onayı alınmıştır. Araştırmamız Helsinki İlkeler Deklarasyonu'na uygun olarak gerçekleştirilmiştir.

4. BULGULAR

Çalışmaya toplam 255 kişi katılmıştır. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri Tablo 1'de sunulmuştur. Katılımcıların yaş ortalaması 34,58±8,75'dir. Katılımcıların %60,0'ı (n=153) evli, %43,1'i (n=110) üniversite, %23,9'u (n=61) yüksek lisans/doktora mezunudur. Katılımcıların %74,1'i (n=189) aktif çalışmaktadır. Katılımcıların eş/partnerlerinin %43,9'u (n=112) üniversite mezunudur ve %76,5'i (n=195) aktif çalışmaktadır. Katılımcıların %42,0'sinin (n=107) hane geliri 5 asgari ücretin üzerindedir ve katılımcıların %78,4'ünde (n=200) evde çekirdek aile dışında başka biri yaşamamaktadır.

Katılımcıların %34,9'u (n=89) daha önce doğum kontrol yöntemleri ile ilgili bir eğitim aldığını belirtirken, %65,1'i (n=166) bu konuda eğitim almadığını bildirmiştir (Tablo 2).

Katılımcıların ilk gebelik öncesi korunma durumları sorgulandığında, %35,3'ü (n=90) gebe kalmadığını, %23,9'u (n=61) korunmadığını belirtmiştir. Korunma yöntemi olarak en çok %18,0 (n=46) kondom ve %10,2 (n=26) geri çekme yöntemi kullanılmıştır (Tablo 3).

Katılımcıların doğurganlık durumlarına ilişkin bulgular Tablo 4'te sunulmuştur. Katılımcıların %44,3'ü (n=113) hiç doğum yapmadığını belirtmiştir. İlk doğum yaşına bakıldığında, %21,2'si (n=54) 19–24 yaş aralığında, %23,5'i (n=60) 25–29 yaş aralığında, %7,8'i (n=20) 30–34 yaş aralığında ve %1,6'sı (n=4) 35–40 yaş aralığında ilk doğumlarını gerçekleştirmiştir. Toplam gebelik sayısı incelendiğinde, katılımcıların %15,7'si (n=40) bir kez, %23,5'i (n=60) iki kez, %14,5'i (n=37) üç kez, %8,6'sı (n=22) dört ve üzeri kez gebe kaldığını belirtmiştir. Öte yandan, %37,6'sı (n=96) hiç gebe kalmadığını ifade etmiştir. Doğum sayısı açısından değerlendirildiğinde, %16,1'i (n=41) bir kez, %29,8'i (n=76) iki kez, %8,6'sı (n=22) üç kez, %1,2'si (n=3) dört ve üzeri kez doğum yaptığını belirtmiştir. Katılımcıların %44,3'ü (n=113) ise hiç doğum yapmadığını ifade etmiştir. İsteyerek kürtaj yaptırma durumuna bakıldığında, %13,7'si (n=35) kürtaj yaptırdığını, %86,3'ü (n=220) ise yaptırmadığını belirtmiştir. Düşük yapma durumu incelendiğinde ise %17,6'sı (n=45) düşük yaptığını, %82,4'ü (n=210) ise yapmadığını ifade etmiştir.

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

		Ort± SS	
Yaş (n=254)		34,58±8,75	
		Sayı (n)	**Yüzde (%)**
Medeni durum (n=255)	Evli	153	60,0%
	Bekar	77	30,2%
	Eşi vefat etmiş/ Boşanmış	25	9,8%
Eğitim düzeyi (n=255)	Okuryazar	4	1,6%
	İlkokul	16	6,3%
	Ortaokul	14	5,5%
	Lise	50	19,6%
	Üniversite	110	43,1%
	Yüksek lisans/doktora	61	23,9%
Çalışma durumu (n=255)	Aktif çalışan	189	74,1%
	İşsiz/çalışmıyor	60	23,5%
	Emekli	6	2,4%
Eşin/Partnerin eğitim durumu (n=255)	İlkokul	6	2,4%
	Ortaokul	9	3,5%
	Lise	46	18,0%
	Üniversite	112	43,9%
	Yüksek lisans/doktora	43	16,9%
	Eşim/partnerim yok	39	15,3%
Eşin/Partnerin çalışma durumu (n=255)	Aktif çalışan	195	76,5%
	İşsiz/çalışmıyor	9	3,5%
	Emekli	6	2,4%
	Eşi/partneri yok	45	17,6%
Hanenin toplam geliri (n=255)	1 asgari ücret ve altı	14	5,5%
	2 asgari ücret	32	12,5%
	3 asgari ücret	50	19,6%
	4 asgari ücret	52	20,4%
	5 asgari ücret ve üzeri	107	42,0%
Evde çekirdek aile dışında yaşayan başka kimse varlığı (n=255)	Evet	21	8,2%
	Hayır	200	78,4%
	Yalnız yaşıyorum	34	13,3%

Tablo 2. Katılımcıların doğum kontrol yöntemleri ile ilgili bir eğitim alma durumu

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Doğum kontrol yöntemleri ile ilgili bir eğitim alma durumu (n=255)	Evet	89	34,9%
	Hayır	166	65,1%

Tablo 3. Katılımcıların ilk gebelik öncesi korunma durumu

		Sayı (n)	Yüzde (%)
İlk gebeliğinize kadar nasıl korundunuz? (n=255)	Gebe kalmadım	90	35,3%
	OKS	23	9,0%
	Spiral/RIA	5	2,0%
	Kondom	46	18,0%
	Geri çekme	26	10,2%
	Diğer	4	1,6%
	Korunmadım	61	23,9%

Yaşayan çocuk sayısı açısından, katılımcıların %15,3'ünün (n=39) bir, %31,4'ünün (n=80) iki, %8,6'sının (n=22) üç ve üzeri çocuğu bulunmaktadır. %44,7'si (n=114) ise hiç çocuğunun olmadığını belirtmiştir. Son iki çocuk arasında yaş farkı sorgulandığında, %32,5'i (n=83) iki yıldan fazla, %7,1'i (n=18) ise iki yıldan az yaş farkı olduğunu belirtmiştir. Ayrıca, %27,1'i (n=69) çocuğunun olmadığını, %10,2'si (n=26) tek çocuğu olduğunu ve %17,6'sı (n=45) hiç gebe kalmadığını ifade etmiştir.

Tablo 4. Katılımcıların gebelik geçmişi ile ilgili özellikler

		Sayı (n)	Yüzde (%)
İlk bebeğinizi kaç yaşında doğurdunuz? (n=255)	Doğum yapmadım	117	45,9%
	19-24	54	21,2%
	25-29	60	23,5%
	30-34	20	7,8%
	35-40	4	1,6%
Toplam kaç kez gebe kaldınız? (n=255)	1	40	15,7%
	2	60	23,5%
	3	37	14,5%
	4 ve üzeri	22	8,6%
	Gebe kalmadım	96	37,6%
Kaç kez doğum yaptınız? (n=255)	1	41	16,1%
	2	76	29,8%
	3	22	8,6%
	4 ve üzeri	3	1,2%
	Hiç doğum yapmadım	113	44,3%
İsteyerek kürtaj yaptırdınız mı? (n=255)	Evet	35	13,7%
	Hayır	220	86,3%
Düşük yaptınız mı? (n=255)	Evet	45	17,6%
	Hayır	210	82,4%
Yaşayan kaç çocuğunuz var? (n=255)	1	39	15,3%
	2	80	31,4%
	3 ve üzeri	22	8,6%
	Çocuğum yok	114	44,7%
Son iki çocuğunuz arasında ne kadar yaş farkı bulunmaktadır? (n=255)	Çocuğum yok	69	27,1%
	Tek çocuğum var	26	10,2%
	İki yıldan az	18	7,1%
	İki yıldan fazla	83	32,5%
	Gebe kalmadım	45	17,6%
	Tek gebeliğim oldu	14	5,5%

Araştırmaya katılan 255 kadından %22,4'ü (n=57) isteği dışında gebe kaldığını belirtmiştir. Katılımcıların %77,6'sı (n=198) böyle bir durum yaşamadığını

ifade etmiştir. İsteği dışında gebe kalan 57 kadından %68,4'ü (n=39) bu durum meydana geldiğinde korunma yöntemi kullandığını, %31,6'sı (n=18) ise herhangi bir yöntem kullanmadığını belirtmiştir. Korunma yöntemi kullanan kadınların arasında en yaygın yöntemler; %46,2 (n=18) geri çekme, %33,3 (n=13) kondom, %15,4 (n=6) doğum kontrol hapı, %2,6 (n=1) spiral/RIA ve %2,6 (n=1) diğer yöntemlerdir. İstenmeyen gebeliğin sonucu incelendiğinde, kadınların %57,1'i (n=32) kürtaj yaptırdığını, %30,4'ü (n=17) gebeliğin canlı doğumla sonuçlandığını, %10,7'si (n=6) kendiliğinden düşük yaptığını ve %1,8'i (n=1) ölü doğum yaşadığını belirtmiştir. Kürtaj olanların karar süreci incelendiğinde, %40,6'sı (n=13) kararı kendi başına verdiğini, %46,9'u (n=15) eşi/partneri ile ortak karar aldığını ve %9,4'ü (n=3) doktor/tıbbi gereklilik nedeniyle kürtaj olduğunu ifade etmiştir (Tablo 5).

Tablo 5. Katılımcıların İstekleri Dışında Gebe Kalma Durumları

		Sayı (n)	Yüzde (%)
İsteğiniz dışında gebe kaldınız mı? (n=255)	Evet	57	22,4%
	Hayır	198	77,6%
İsteğiniz dışında gebe kaldığınızda korunuyor muydunuz? (n=57)	Evet	39	68,4%
	Hayır	18	31,6%
Aşağıdaki yöntemlerden hangisini kullanıyordunuz? (n=39)	Hap	6	15,4%
	Spiral/RIA	1	2,6%
	Kondom	13	33,3%
	Geri çekme	18	46,2%
	Diğer	1	2,6%
Gebelik nasıl sonuçlandı? (n=56)	Kendiliğinden düşük	6	10,7%
	Kürtaj	32	57,1%
	Canlı doğum	17	30,4%
	Ölü doğum	1	1,8%
Kürtaj olduysanız; gebeliğinin sonuçlanma kararını kim verdi? (n=32)	Kendisi	13	40,6%
	Eşi	1	3,1%
	Eşi/partneri ile ortak karar	15	46,9%
	Doktor/tıbbi gereklilik	3	9,4%

Araştırmaya katılan 255 kadının aile planlaması yöntemlerine ve etkilerine ilişkin bilgi düzeyleri Tablo 6'da sunulmuştur. Katılımcıların büyük çoğunluğu, %84,7 (n=216), kondomun cinsel yolla bulaşan hastalıklardan (CYBH) koruduğunu bildiğini belirtmiştir. Ancak %9,0 (n=23) bu bilginin yanlış olduğunu düşünmekte, %6,3 (n=16) ise bilgi sahibi olmadığını ifade etmiştir.Doğum kontrol haplarının kilo artışına neden olabileceğini düşünenlerin oranı %72,2 (n=184) olup, bunun doğru olmadığını düşünenler %12,5 (n=32), bilgisi olmayanlar ise %15,3 (n=39) olarak bulunmuştur.Tüplerin bağlanması yönteminin kalıcı olduğunu ve geri döndürülmesinin zor olduğunu bilen katılımcı oranı %70,6 (n=180) iken, %14,1 (n=36) bu bilginin doğru olmadığını, %15,3 (n=39) ise emin olmadığını belirtmiştir.Acil durumlarda ertesi gün hapı kullanımının önerildiğini bilenlerin oranı %79,6 (n=203) olarak tespit edilmiş; %5,9 (n=15) yanlış düşündüğünü, %14,5 (n=37) ise bilgisiz olduğunu belirtmiştir.Doğum kontrol haplarının günde iki kez kullanıldığı bilgisinin doğru olmadığını bilenlerin oranı %64,3 (n=164) iken, %5,5 (n=14) doğru olduğunu, %30,2 (n=77) ise bilgi sahibi olmadığını ifade etmiştir.Doğum kontrol haplarının adet kanamasını azalttığını düşünenler %32,9 (n=84), etkisinin olmadığını düşünenler %28,2 (n=72) ve bilgisi olmayanlar %38,8 (n=99) oranındadır.Hormonlu rahim içi aracın (RİA) adet kanamasını artırdığına inananların oranı %24,7 (n=63) olup, bu bilginin doğru olmadığını düşünenler %27,8 (n=71), konu hakkında bilgisi olmayanlar ise %47,5 (n=121) şeklindedir.Kondomun birden fazla kez kullanılamayacağını bilenlerin oranı %90,6 (n=231) iken, %2,4 (n=6) bunu mümkün gördüğünü, %7,1 (n=18) ise emin olmadığını belirtmiştir.Geri çekme yönteminin güvenilir olmadığını bilenler %81,2 (n=207), güvenilir olduğunu düşünenler %10,6 (n=27) ve bilgisi olmayanlar %8,2 (n=21) oranındadır.Emzirmenin doğumdan sonra kesin bir doğum kontrol yöntemi olmadığını bilenlerin oranı %65,1 (n=166), kesin koruduğunu düşünenler %23,5 (n=60), bilgisi olmayanlar ise %11,4 (n=29) olarak saptanmıştır.Ertesi gün hapının her korunmasız ilişkiden sonra güvenle kullanılamayacağını bilenler %52,9 (n=135), her ilişkiden sonra güvenle kullanılabileceğini düşünenler %20,4 (n=52), konu hakkında bilgisi olmayanlar %26,7 (n=68) oranındadır.Cilt altına yerleştirilen implant ile doğum kontrolünün mümkün olduğunu düşünenler %49,8 (n=127), mümkün olmadığını düşünenler %7,8 (n=20), bilgisi olmayanlar ise %42,4 (n=108) oranındadır.Doğum kontrol hapına

yeni başlandığında ilk aylarda ara kanamalar olabileceğini bilenlerin oranı %60,4 (n=154), bilmeyenlerin %9,4 (n=24), bilgisi olmayanların ise %30,2 (n=77) olduğu görülmüştür.Aile planlaması için aylık ve üç aylık iğnelerin de kullanıldığını bilenler %46,7 (n=119), bilmeyenler %6,3 (n=16), konu hakkında bilgisi olmayanlar ise %47,1 (n=120) oranındadır.Doğum kontrol haplarının CYBH'dan korumadığını bilenler %81,2 (n=207), koruduğunu düşünenler %7,5 (n=19), bilgisi olmayanlar ise %11,4 (n=29) olarak bulunmuştur.Erkeklerde sperm taşıyan kanalların kesilmesinin (vazektomi) gebelikten koruyucu bir yöntem olduğunu bilenlerin oranı %71,0 (n=181), bilmeyenler %2,7 (n=7), bilgisi olmayanlar ise %26,3 (n=67) olarak tespit edilmiştir.Prezervatifin ilişki sırasında yırtılması durumunda gebelik olabileceğini bilenler %94,9 (n=242), bilmeyenler %2,0 (n=5), bilgisi olmayanlar ise %3,1 (n=8) oranındadır.Spiral yönteminin korunmasız ilişkiden sonraki beş gün içinde acil doğum kontrol yöntemi olarak kullanılabileceğini düşünenlerin oranı %14,5 (n=37), kullanılamayacağını düşünenler %40,0 (n=102), konu hakkında bilgisi olmayanlar ise %45,5 (n=116) şeklindedir.Cinsel yolla bulaşan hastalıkların korunmasız cinsel ilişki ile bulaştığını bilenlerin oranı %92,2 (n=235), bilmeyenler %2,4 (n=6), konu hakkında bilgisi olmayanlar %5,5 (n=14) olarak tespit edilmiştir.Hepatit B hastalığının cinsel yolla bulaşmadığını düşünenlerin oranı %11,8 (n=30), bulaştığını bilenlerin oranı %56,5 (n=144), bilgisi olmayanlar ise %31,8 (n=81) olarak bulunmuştur.

Tablo 6. Katılımcıların Bilgi Sorularına Verdiği Yanıtlar(n=255)

		Sayı (n)	**Yüzde (%)**
Kondom cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korur	Evet	216	84,7%
	Hayır	23	9,0%
	Bilmiyorum	16	6,3%
Doğum kontrol haplarının yan etkisi olarak kilo artışı olabilir	Evet	184	72,2%
	Hayır	32	12,5%
	Bilmiyorum	39	15,3%
Tüplerin bağlanması yöntemi kalıcıdır geri döndürülmesi çok zordur	Evet	180	70,6%
	Hayır	36	14,1%
	Bilmiyorum	39	15,3%
Acil durumlarda ertesi gün hapı kullanılması tavsiye edilir	Evet	203	79,6%

	Hayır	15	5,9%
	Bilmiyorum	37	14,5%
Doğum kontrol hapları günde iki kez kullanılır	Evet	14	5,5%
	Hayır	164	64,3%
	Bilmiyorum	77	30,2%
Doğum kontrol hapları adet kanamasını azaltır	Evet	84	32,9%
	Hayır	72	28,2%
	Bilmiyorum	99	38,8%
Hormonlu rahim içi araç (RİA) adet kanamasını artırır	Evet	63	24,7%
	Hayır	71	27,8%
	Bilmiyorum	121	47,5%
Kondom ik kez kullanılabilir	Evet	6	2,4%
	Hayır	231	90,6%
	Bilmiyorum	18	7,1%
Geri çekme yöntemi güvenilir bir yöntemdir, gebe kalma olasılığı yoktur	Evet	27	10,6%
	Hayır	207	81,2%
	Bilmiyorum	21	8,2%
Emzirmek, doğumdan sonra bir süreliğine gebelikten kesin korur	Evet	60	23,5%
	Hayır	166	65,1%
	Bilmiyorum	29	11,4%
Ertesi gün hapı her korunmasız ilişkiden sonra güvenle kullanılabilir	Evet	52	20,4%
	Hayır	135	52,9%
	Bilmiyorum	68	26,7%
Cilt altına yerleştirilen implantla doğum kontrolü mümkündür	Evet	127	49,8%
	Hayır	20	7,8%
	Bilmiyorum	108	42,4%
Doğum kontrol hapına yeni başladığınız ilk birkaç ayda ara kanamalar olabilir	Evet	154	60,4%
	Hayır	24	9,4%
	Bilmiyorum	77	30,2%
Aile planlaması için aylık ve üç aylık iğneler de kullanılır	Evet	119	46,7%
	Hayır	16	6,3%
	Bilmiyorum	120	47,1%
Doğum kontrol hapları cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korur	Evet	19	7,5%
	Hayır	207	81,2%
	Bilmiyorum	29	11,4%
Erkeklerde, sperm taşıyan kanalların kesilmesi bir korunma yöntemidir, kadını gebelikten korur	Evet	181	71,0%
	Hayır	7	2,7%
	Bilmiyorum	67	26,3%
İlişki sırasında prezervatif yırtılırsa gebelik meydana gelebilir	Evet	242	94,9%
	Hayır	5	2,0%

	Bilmiyorum	8	3,1%
Spiral korunmasız ilişkiden sonraki beş gün içinde takılıp acil doğum kontrol yöntemi olarak kullanılabilir	Evet	37	14,5%
	Hayır	102	40,0%
	Bilmiyorum	116	45,5%
Cinsel yolla bulaşan hastalıklar korunmasız cinsel ilişki ile bulaşır	Evet	235	92,2%
	Hayır	6	2,4%
	Bilmiyorum	14	5,5%
Hepatit B hastalığı cinsel yolla bulaşmaz	Evet	30	11,8%
	Hayır	144	56,5%
	Bilmiyorum	81	31,8%

Katılımcıların bilgi sorularına verdikleri yanıtların medeni durumlarına göre karşılaştırılması Tablo 7'de sunulmuştur. Doğum kontrol hapları günde iki kez kullanılır ifadesine, evlilerin %6,5'i (n=10), bekarların %3,9'u (n=3), eşi vefat etmiş/boşanmışların %4,0'ı (n=1) evet demiştir ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,029).Doğum kontrol hapları adet kanamasını azaltır ifadesine, evlilerin %28,8'i (n=44), bekarların %44,2'si (n=34), eşi vefat etmiş/boşanmışların %24,0'ı (n=6) evet demiştir ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,024).Hormonlu rahim içi araç (RİA) adet kanamasını artırır ifadesine, evlilerin %28,1'i (n=43), bekarların %13,0'u (n=10), eşi vefat etmiş/boşanmışların %40,0'ı (n=10) evet demiştir ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,035). Emzirmek, doğumdan sonra bir süreliğine gebelikten kesin korur ifadesine, evlilerin %24,2'si (n=37), bekarların %13,0'u (n=10), eşi vefat etmiş/boşanmışların %52,0'si (n=13) evet demiştir ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,001).Ertesi gün hapı her korunmasız ilişkiden sonra güvenle kullanılabilir ifadesine, evlilerin %22,2'si (n=34), bekarların %16,9'u (n=13), eşi vefat etmiş/boşanmışların %20,0'si (n=5) evet demiştir ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,006).Doğum kontrol hapına yeni başladığınız ilk birkaç ayda ara kanamalar olabilir ifadesine, evlilerin %53,6'sı (n=82), bekarların %71,4'ü (n=55), eşi vefat etmiş/boşanmışların %68,0'i (n=17) evet demiştir ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,036). Doğum kontrol hapları cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korur ifadesine, evlilerin %6,5'i (n=10), bekarların %2,6'sı (n=2), eşi vefat etmiş/boşanmışların %28,0'i (n=7) evet demiştir ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,002).Erkeklerde, sperm taşıyan kanalların kesilmesi bir korunma yöntemidir, kadını gebelikten korur

ifadesine, evlilerin %64,7'si (n=99), bekarların %77,9'u (n=60), eşi vefat etmiş/boşanmışların %88,0'i (n=22) evet demiştir ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,003). Hepatit B hastalığı cinsel yolla bulaşmaz ifadesine, evlilerin %13,7'si (n=21), bekarların %3,9'u (n=3), eşi vefat etmiş/boşanmışların %24,0'ı (n=6) evet demiştir ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,002). Diğer tüm bilgi sorularına verilen yanıtlar ile katılımcıların medeni durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p > 0,05).

Tablo 7. Katılımcıların Medeni Durumlarına Göre Bilgi Sorularına Verdikleri Yanıtların Karşılaştırılması (n=255)

		Medeni durum						
		Evli		Bekar		Eşi vefat etmiş/ Boşanmış		
		Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	p değeri
Kondom cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korur	Evet	127	83,0	70	90,9	19	76,0	0,142
	Hayır	15	9,8	3	3,9	5	20,0	
	Bilmiyorum	11	7,2	4	5,2	1	4,0	
Doğum kontrol haplarının yan etkisi olarak kilo artışı olabilir	Evet	111	72,5	53	68,8	20	80,0	0,472
	Hayır	16	10,5	14	18,2	2	8,0	
	Bilmiyorum	26	17,0	10	13,0	3	12,0	
Tüplerin bağlanması yöntemi kalıcıdır geri döndürülmesi çok zordur	Evet	112	73,2	48	62,3	20	80,0	0,414
	Hayır	20	13,1	14	18,2	2	8,0	
	Bilmiyorum	21	13,7	15	19,5	3	12,0	
Acil durumlarda ertesi gün	Evet	116	75,8	67	87,0	20	80,0	0,305
	Hayır	10	6,5	4	5,2	1	4,0	
	Bilmiyorum	27	17,6	6	7,8	4	16,0	

hapı kullanılması tavsiye edilir								
Doğum kontrol hapları günde iki kez kullanılır	Evet	10	6,5	3	3,9	1	4,0	**0,029**
	Hayır	87	56,9	56	72,7	21	84,0	
	Bilmiyorum	56	36,6	18	23,4	3	12,0	
Doğum kontrol hapları adet kanamasını azaltır	Evet	44	28,8	34	44,2	6	24,0	**0,024**
	Hayır	39	25,5	23	29,9	10	40,0	
	Bilmiyorum	70	45,8	20	26,0	9	36,0	
Hormonlu rahim içi araç (RİA) adet kanamasını artırır	Evet	43	28,1	10	13,0	10	40,0	**0,035**
	Hayır	39	25,5	27	35,1	5	20,0	
	Bilmiyorum	71	46,4	40	51,9	10	40,0	
Kondom iki kez kullanılabilir	Evet	2	1,3	4	5,2	0	0,0	0,165
	Hayır	137	89,5	69	89,6	25	100,0	
	Bilmiyorum	14	9,2	4	5,2	0	0,0	
Geri çekme yöntemi güvenilir bir yöntemdir, gebe kalma olasılığı yoktur	Evet	19	12,4	5	6,5	3	12,0	0,637
	Hayır	120	78,4	66	85,7	21	84,0	
	Bilmiyorum	14	9,2	6	7,8	1	4,0	
Emzirmek, doğumdan sonra bir süreliğine gebelikten kesin korur	Evet	37	24,2	10	13,0	13	52,0	**<0,001**
	Hayır	104	68,0	50	64,9	12	48,0	
	Bilmiyorum	12	7,8	17	22,1	0	0,0	
Ertesi gün hapı her korunmasız ilişkiden sonra güvenle kullanılabilir	Evet	34	22,2	13	16,9	5	20,0	**0,006**
	Hayır	73	47,7	53	68,8	9	36,0	
	Bilmiyorum	46	30,1	11	14,3	11	44,0	
Cilt altına	Evet	77	50,3	43	55,8	7	28,0	0,204

yerleştirilen implantla doğum kontrolü mümkündür	Hayır	12	7,8	5	6,5	3	12,0	
	Bilmiyorum	64	41,8	29	37,7	15	60,0	
Doğum kontrol hapına yeni başladığınız ilk birkaç ayda ara kanamalar olabilir	Evet	82	53,6	55	71,4	17	68,0	**0,036**
	Hayır	16	10,5	4	5,2	4	16,0	
	Bilmiyorum	55	35,9	18	23,4	4	16,0	
Aile planlaması için aylık ve üç aylık iğneler de kullanılır	Evet	76	49,7	36	46,8	7	28,0	0,339
	Hayır	9	5,9	5	6,5	2	8,0	
	Bilmiyorum	68	44,4	36	46,8	16	64,0	
Doğum kontrol hapları cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korur	Evet	10	6,5	2	2,6	7	28,0	**0,002**
	Hayır	122	79,7	67	87,0	18	72,0	
	Bilmiyorum	21	13,7	8	10,4	0	0,0	
Erkeklerde, sperm taşıyan kanalların kesilmesi bir korunma yöntemidir, kadını gebelikten korur	Evet	99	64,7	60	77,9	22	88,0	**0,003**
	Hayır	3	2,0	2	2,6	2	8,0	
	Bilmiyorum	51	33,3	15	19,5	1	4,0	
İlişki sırasında prezervatif yırtılırsa gebelik meydana gelebilir	Evet	144	94,1	73	94,8	25	100,0	0,929
	Hayır	3	2,0	2	2,6	0	0,0	
	Bilmiyorum	6	3,9	2	2,6	0	0,0	

Spiral korunmasız ilişkiden sonraki beş gün içinde takılıp acil doğum kontrol yöntemi olarak kullanılabilir	Evet	18	11,8	16	20,8	3	12,0	0,281
	Hayır	62	40,5	27	35,1	13	52,0	
	Bilmiyorum	73	47,7	34	44,2	9	36,0	
Cinsel yolla bulaşan hastalıklar korunmasız cinsel ilişki ile bulaşır	Evet	139	90,8	71	92,2	25	100,0	0,811
	Hayır	4	2,6	2	2,6	0	0,0	
	Bilmiyorum	10	6,5	4	5,2	0	0,0	
Hepatit B hastalığı cinsel yolla bulaşmaz	Evet	21	13,7	3	3,9	6	24,0	**0,002**
	Hayır	76	49,7	57	74,0	11	44,0	
	Bilmiyorum	56	36,6	17	22,1	8	32,0	

Katılımcıların bilgi sorularına verdikleri yanıtların eğitim durumlarına göre karşılaştırılması Tablo 8'de sunulmuştur. Kondom cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korur ifadesine, lise ve altı eğitim düzeyindekilerin %66,7'si (n=56), üniversite ve üzeri eğitim düzeyindekilerin %93,6'sı (n=160) "evet" demiştir ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,001). Doğum kontrol hapları günde iki kez kullanılır ifadesine, lise ve altı eğitim düzeyindekilerin %11,9'u (n=10), üniversite ve üzeri eğitim düzeyindekilerin %2,3'ü (n=4) "evet" demiştir ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,005). Geri çekme yöntemi güvenilir bir yöntemdir, gebe kalma olasılığı yoktur ifadesine, lise ve altı eğitim düzeyindekilerin %23,8'i (n=20), üniversite ve üzeri eğitim düzeyindekilerin %4,1'i (n=7) "evet" demiştir ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,001). Emzirmek, doğumdan sonra bir süreliğine gebelikten kesin korur ifadesine, lise ve altı eğitim düzeyindekilerin %46,4'ü (n=39), üniversite ve üzeri eğitim düzeyindekilerin %12,3'ü (n=21) "evet" demiştir ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır

(p<0,001). Ertesi gün hapı her korunmasız ilişkiden sonra güvenle kullanılabilir ifadesine, lise ve altı eğitim düzeyindekilerin %33,3'ü (n=28), üniversite ve üzeri eğitim düzeyindekilerin %14,0'ı (n=24) "evet" demiştir ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,001). Cilt altına yerleştirilen implantla doğum kontrolü mümkündür ifadesine, lise ve altı eğitim düzeyindekilerin %20,2'si (n=17), üniversite ve üzeri eğitim düzeyindekilerin %64,3'ü (n=110) "evet" demiştir ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,001). Doğum kontrol hapına yeni başladığınız ilk birkaç ayda ara kanamalar olabilir ifadesine, lise ve altı eğitim düzeyindekilerin %69,0'ı (n=58), üniversite ve üzeri eğitim düzeyindekilerin %56,1'i (n=96) "evet" demiştir ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,002). Aile planlaması için aylık ve üç aylık iğneler de kullanılır ifadesine, lise ve altı eğitim düzeyindekilerin %26,2'si (n=22), üniversite ve üzeri eğitim düzeyindekilerin %56,7'si (n=97) "evet" demiştir ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,001). Doğum kontrol hapları cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korur ifadesine, lise ve altı eğitim düzeyindekilerin %19,0'ı (n=16), üniversite ve üzeri eğitim düzeyindekilerin %1,8'i (n=3) "evet" demiştir ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,001). Spiral korunmasız ilişkiden sonraki beş gün içinde takılıp acil doğum kontrol yöntemi olarak kullanılabilir ifadesine, lise ve altı eğitim düzeyindekilerin %4,8'i (n=4), üniversite ve üzeri eğitim düzeyindekilerin %19,3'ü (n=33) "evet" demiştir ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,004). Hepatit B hastalığı cinsel yolla bulaşmaz ifadesine, lise ve altı eğitim düzeyindekilerin %20,2'si (n=17), üniversite ve üzeri eğitim düzeyindekilerin %7,6'sı (n=13) "evet" demiştir ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,001).

Diğer tüm bilgi sorularına verilen yanıtlar ile katılımcıların eğitim düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p > 0,05).

Tablo 8. Katılımcıların Eğitim Durumlarına Göre Bilgi Sorularına Verdikleri Yanıtların Karşılaştırılması (n=255)

		Eğitim düzeyi				
		Lise ve altı		Üniversite ve üzeri		
		Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	p değeri
Kondom cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korur	Evet	56	66,7%	160	93,6%	**<0,001**
	Hayır	16	19,0%	7	4,1%	
	Bilmiyorum	12	14,3%	4	2,3%	
Doğum kontrol haplarının yan etkisi olarak kilo artışı olabilir	Evet	64	76,2%	120	70,2%	0,191
	Hayır	12	14,3%	20	11,7%	
	Bilmiyorum	8	9,5%	31	18,1%	
Tüplerin bağlanması yöntemi kalıcıdır geri döndürülmesi çok zordur	Evet	64	76,2%	116	67,8%	0,285
	Hayır	8	9,5%	28	16,4%	
	Bilmiyorum	12	14,3%	27	15,8%	
Acil durumlarda ertesi gün hapı kullanılması tavsiye edilir	Evet	66	78,6%	137	80,1%	0,111
	Hayır	2	2,4%	13	7,6%	
	Bilmiyorum	16	19,0%	21	12,3%	
Doğum kontrol hapları günde iki kez kullanılır	Evet	10	11,9%	4	2,3%	**0,005**
	Hayır	48	57,1%	116	67,8%	
	Bilmiyorum	26	31,0%	51	29,8%	
Doğum kontrol hapları adet kanamasını azaltır	Evet	22	26,2%	62	36,3%	0,174
	Hayır	29	34,5%	43	25,1%	
	Bilmiyorum	33	39,3%	66	38,6%	
Hormonlu rahim içi araç (RİA) adet kanamasını artırır	Evet	24	28,6%	39	22,8%	0,512
	Hayır	24	28,6%	47	27,5%	
	Bilmiyorum	36	42,9%	85	49,7%	
Kondom iki kez kullanılabilir	Evet	2	2,4%	4	2,3%	0,316
	Hayır	73	86,9%	158	92,4%	
	Bilmiyorum	9	10,7%	9	5,3%	
Geri çekme yöntemi güvenilir bir yöntemdir, gebe kalma olasılığı yoktur	Evet	20	23,8%	7	4,1%	**<0,001**
	Hayır	53	63,1%	154	90,1%	
	Bilmiyorum	11	13,1%	10	5,8%	
Emzirmek, doğumdan sonra bir süreliğine gebelikten kesin korur	Evet	39	46,4%	21	12,3%	**<0,001**
	Hayır	34	40,5%	132	77,2%	
	Bilmiyorum	11	13,1%	18	10,5%	
Ertesi gün hapı her	Evet	28	33,3%	24	14,0%	**<0,001**

korunmasız ilişkiden sonra güvenle kullanılabilir	Hayır	24	28,6%	111	64,9%	
	Bilmiyorum	32	38,1%	36	21,1%	
Cilt altına yerleştirilen implantla doğum kontrolü mümkündür	Evet	17	20,2%	110	64,3%	**<0,001**
	Hayır	11	13,1%	9	5,3%	
	Bilmiyorum	56	66,7%	52	30,4%	
Doğum kontrol hapına yeni başladığınız ilk birkaç ayda ara kanamalar olabilir	Evet	58	69,0%	96	56,1%	**0,002**
	Hayır	12	14,3%	12	7,0%	
	Bilmiyorum	14	16,7%	63	36,8%	
Aile planlaması için aylık ve üç aylık iğneler de kullanılır	Evet	22	26,2%	97	56,7%	**<0,001**
	Hayır	12	14,3%	4	2,3%	
	Bilmiyorum	50	59,5%	70	40,9%	
Doğum kontrol hapları cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korur	Evet	16	19,0%	3	1,8%	**<0,001**
	Hayır	55	65,5%	152	88,9%	
	Bilmiyorum	13	15,5%	16	9,4%	
Erkeklerde, sperm taşıyan kanalların kesilmesi bir korunma yöntemidir, kadını gebelikten korur	Evet	61	72,6%	120	70,2%	0,054
	Hayır	5	6,0%	2	1,2%	
	Bilmiyorum	18	21,4%	49	28,7%	
İlişki sırasında prezervatif yırtılırsa gebelik meydana gelebilir	Evet	77	91,7%	165	96,5%	0,225
	Hayır	3	3,6%	2	1,2%	
	Bilmiyorum	4	4,8%	4	2,3%	
Spiral korunmasız ilişkiden sonraki beş gün içinde takılıp acil doğum kontrol yöntemi olarak kullanılabilir	Evet	4	4,8%	33	19,3%	**0,004**
	Hayır	33	39,3%	69	40,4%	
	Bilmiyorum	47	56,0%	69	40,4%	
Cinsel yolla bulaşan hastalıklar korunmasız cinsel ilişki ile bulaşır	Evet	76	90,5%	159	93,0%	0,682
	Hayır	2	2,4%	4	2,3%	
	Bilmiyorum	6	7,1%	8	4,7%	
Hepatit B hastalığı cinsel yolla bulaşmaz	Evet	17	20,2%	13	7,6%	**<0,001**
	Hayır	26	31,0%	118	69,0%	
	Bilmiyorum	41	48,8%	40	23,4%	

Katılımcıların bilgi sorularına verdikleri yanıtların çalışma durumlarına göre karşılaştırılması Tablo 9'da sunulmuştur. Doğum kontrol hapları günde iki kez kullanılır ifadesine, aktif çalışanların %4,8'i (n=9), işsiz/çalışmayan/emekli olanların %7,6'sı (n=5) "evet" demiştir ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,001). Doğum kontrol hapları adet kanamasını azaltır ifadesine, aktif çalışanların %37,6'sı (n=71), işsiz/çalışmayan/emekli olanların %19,7'si (n=13) "evet" demiştir

ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,001). Geri çekme yöntemi güvenilir bir yöntemdir, gebe kalma olasılığı yoktur ifadesine, aktif çalışanların %7,9'u (n=15), işsiz/çalışmayan/emekli olanların %18,2'si (n=12) "evet" demiştir ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,001). Emzirmek, doğumdan sonra bir süreliğine gebelikten kesin korur ifadesine, aktif çalışanların %19,6'sı (n=37), işsiz/çalışmayan/emekli olanların %34,8'i (n=23) "evet" demiştir ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,040). Ertesi gün hapı her korunmasız ilişkiden sonra güvenle kullanılabilir ifadesine, aktif çalışanların %15,9'u (n=30), işsiz/çalışmayan/emekli olanların %33,3'ü (n=22) "evet" demiştir ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,001). Cilt altına yerleştirilen implantla doğum kontrolü mümkündür ifadesine, aktif çalışanların %55,0'si (n=104), işsiz/çalışmayan/emekli olanların %34,8'i (n=23) "evet" demiştir ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,014). Doğum kontrol hapları cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korur ifadesine, aktif çalışanların %5,3'ü (n=10), işsiz/çalışmayan/emekli olanların %13,6'sı (n=9) "evet" demiştir ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,016). İlişki sırasında prezervatif yırtılırsa gebelik meydana gelebilir ifadesine, aktif çalışanların %96,8'i (n=183), işsiz/çalışmayan/emekli olanların %89,4'ü (n=59) "evet" demiştir ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,044). Spiral korunmasız ilişkiden sonraki beş gün içinde takılıp acil doğum kontrol yöntemi olarak kullanılabilir ifadesine, aktif çalışanların %18,5'i (n=35), işsiz/çalışmayan/emekli olanların %3,0'ı (n=2) "evet" demiştir ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,001). Hepatit B hastalığı cinsel yolla bulaşmaz ifadesine, aktif çalışanların %9,5'i (n=18), işsiz/çalışmayan/emekli olanların %18,2'si (n=12) "evet" demiştir ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,020).

Diğer tüm bilgi sorularına verilen yanıtlar ile katılımcıların çalışma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p > 0,05).

Tablo 9. Katılımcıların Çalışma Durumlarına Göre Bilgi Sorularına Verdikleri Yanıtların Karşılaştırılması (n=255)

		Çalışma durumu				
		Aktif çalışan		İşsiz/çalışmıyor/Emekli		
		Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	P değeri
Kondom cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korur	Evet	165	87,3%	51	77,3%	0,123
	Hayır	15	7,9%	8	12,1%	
	Bilmiyorum	9	4,8%	7	10,6%	
Doğum kontrol haplarının yan etkisi olarak kilo artışı olabilir	Evet	139	73,5%	45	68,2%	0,675
	Hayır	22	11,6%	10	15,2%	
	Bilmiyorum	28	14,8%	11	16,7%	
Tüplerin bağlanması yöntemi kalıcıdır geri döndürülmesi çok zordur	Evet	133	70,4%	47	71,2%	0,530
	Hayır	29	15,3%	7	10,6%	
	Bilmiyorum	27	14,3%	12	18,2%	
Acil durumlarda ertesi gün hapı kullanılması tavsiye edilir	Evet	153	81,0%	50	75,8%	0,125
	Hayır	13	6,9%	2	3,0%	
	Bilmiyorum	23	12,2%	14	21,2%	
Doğum kontrol hapları günde iki kez kullanılır	Evet	9	4,8%	5	7,6%	**0,001**
	Hayır	134	70,9%	30	45,5%	
	Bilmiyorum	46	24,3%	31	47,0%	
Doğum kontrol hapları adet kanamasını azaltır	Evet	71	37,6%	13	19,7%	**0,001**
	Hayır	57	30,2%	15	22,7%	
	Bilmiyorum	61	32,3%	38	57,6%	
Hormonlu rahim içi araç (RİA) adet kanamasını artırır	Evet	48	25,4%	15	22,7%	0,872
	Hayır	53	28,0%	18	27,3%	
	Bilmiyorum	88	46,6%	33	50,0%	
Kondom iki kez kullanılabilir	Evet	4	2,1%	2	3,0%	0,786
	Hayır	172	91,0%	59	89,4%	
	Bilmiyorum	13	6,9%	5	7,6%	
Geri çekme yöntemi güvenilir bir yöntemdir, gebe kalma olasılığı yoktur	Evet	15	7,9%	12	18,2%	**<0,001**
	Hayır	166	87,8%	41	62,1%	
	Bilmiyorum	8	4,2%	13	19,7%	
Emzirmek, doğumdan sonra bir süreliğine gebelikten kesin korur	Evet	37	19,6%	23	34,8%	**0,040**
	Hayır	130	68,8%	36	54,5%	
	Bilmiyorum	22	11,6%	7	10,6%	

Ertesi gün hapı her korunmasız ilişkiden sonra güvenle kullanılabilir	Evet	30	15,9%	22	33,3%	**<0,001**
	Hayır	114	60,3%	21	31,8%	
	Bilmiyorum	45	23,8%	23	34,8%	
Cilt altına yerleştirilen implantla doğum kontrolü mümkündür	Evet	104	55,0%	23	34,8%	**0,014**
	Hayır	12	6,3%	8	12,1%	
	Bilmiyorum	73	38,6%	35	53,0%	
Doğum kontrol hapına yeni başladığınız ilk birkaç ayda ara kanamalar olabilir	Evet	117	61,9%	37	56,1%	0,704
	Hayır	17	9,0%	7	10,6%	
	Bilmiyorum	55	29,1%	22	33,3%	
Aile planlaması için aylık ve üç aylık iğneler de kullanılır	Evet	92	48,7%	27	40,9%	0,536
	Hayır	11	5,8%	5	7,6%	
	Bilmiyorum	86	45,5%	34	51,5%	
Doğum kontrol hapları cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korur	Evet	10	5,3%	9	13,6%	**0,016**
	Hayır	161	85,2%	46	69,7%	
	Bilmiyorum	18	9,5%	11	16,7%	
Erkeklerde, sperm taşıyan kanalların kesilmesi bir korunma yöntemidir, kadını gebelikten korur	Evet	141	74,6%	40	60,6%	0,087
	Hayır	4	2,1%	3	4,5%	
	Bilmiyorum	44	23,3%	23	34,8%	
İlişki sırasında prezervatif yırtılırsa gebelik meydana gelebilir	Evet	183	96,8%	59	89,4%	**0,044**
	Hayır	2	1,1%	3	4,5%	
	Bilmiyorum	4	2,1%	4	6,1%	
Spiral korunmasız ilişkiden sonraki beş gün içinde takılıp acil doğum kontrol yöntemi olarak kullanılabilir	Evet	35	18,5%	2	3,0%	**<0,001**
	Hayır	80	42,3%	22	33,3%	
	Bilmiyorum	74	39,2%	42	63,6%	
Cinsel yolla bulaşan hastalıklar korunmasız cinsel ilişki ile bulaşır	Evet	178	94,2%	57	86,4%	0,082
	Hayır	4	2,1%	2	3,0%	
	Bilmiyorum	7	3,7%	7	10,6%	
Hepatit B hastalığı cinsel yolla bulaşmaz	Evet	18	9,5%	12	18,2%	**0,020**
	Hayır	116	61,4%	28	42,4%	
	Bilmiyorum	55	29,1%	26	39,4%	

Katılımcıların bilgi sorularına verdikleri yanıtların hanenin toplam gelir durumuna göre karşılaştırılması Tablo 10'da sunulmuştur.Geri çekme yöntemi güvenilir bir yöntemdir, gebe kalma olasılığı yoktur ifadesine, 4 asgari ücret ve altı gelire sahip olanların %14,2'si (n=21), 5 asgari ücret ve üzeri gelire sahip olanların %5,6'sı (n=6) "evet" demiştir ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,028).Emzirmek, doğumdan sonra bir süreliğine gebelikten kesin korur ifadesine, 4 asgari ücret ve altı gelire sahip olanların %29,1'i (n=43), 5 asgari ücret ve üzeri gelire sahip olanların %15,9'u (n=17) "evet" demiştir ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,019).Ertesi gün hapı her korunmasız ilişkiden sonra güvenle kullanılabilir ifadesine, 4 asgari ücret ve altı gelire sahip olanların %25,0'si (n=37), 5 asgari ücret ve üzeri gelire sahip olanların %14,0'ı (n=15) "evet" demiştir ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,006).Cilt altına yerleştirilen implantla doğum kontrolü mümkündür ifadesine, 4 asgari ücret ve altı gelire sahip olanların %36,5'i (n=54), 5 asgari ücret ve üzeri gelire sahip olanların %68,2'si (n=73) "evet" demiştir ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,001).Doğum kontrol hapları cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korur ifadesine, 4 asgari ücret ve altı gelire sahip olanların %12,2'si (n=18), 5 asgari ücret ve üzeri gelire sahip olanların %0,9'u (n=1) "evet" demiştir ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,001).Spiral korunmasız ilişkiden sonraki beş gün içinde takılıp acil doğum kontrol yöntemi olarak kullanılabilir ifadesine, 4 asgari ücret ve altı gelire sahip olanların %9,5'i (n=14), 5 asgari ücret ve üzeri gelire sahip olanların %21,5'i (n=23) "evet" demiştir ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,020).Hepatit B hastalığı cinsel yolla bulaşmaz ifadesine, 4 asgari ücret ve altı gelire sahip olanların %14,9'u (n=22), 5 asgari ücret ve üzeri gelire sahip olanların %7,5'i (n=8) "evet" demiştir ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,002).

Diğer tüm bilgi sorularına verilen yanıtlar ile katılımcıların hanelerinin toplam gelirine göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p > 0,05).

Tablo 10. KatılımcılardaHanenin Toplam Gelirine Göre Bilgi Sorularına Verdikleri Yanıtların Karşılaştırılması (n=255)

		Hanenin toplam geliri				
		4 asgari ücret ve altı		5 asgari ücret ve üzeri		
		Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	P değeri
Kondom cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korur	Evet	119	80,4%	97	90,7%	0,080
	Hayır	17	11,5%	6	5,6%	
	Bilmiyorum	12	8,1%	4	3,7%	
Doğum kontrol haplarının yan etkisi olarak kilo artışı olabilir	Evet	112	75,7%	72	67,3%	0,314
	Hayır	17	11,5%	15	14,0%	
	Bilmiyorum	19	12,8%	20	18,7%	
Tüplerin bağlanması yöntemi kalıcıdır geri döndürülmesi çok zordur	Evet	106	71,6%	74	69,2%	0,911
	Hayır	20	13,5%	16	15,0%	
	Bilmiyorum	22	14,9%	17	15,9%	
Acil durumlarda ertesi gün hapı kullanılması tavsiye edilir	Evet	120	81,1%	83	77,6%	0,632
	Hayır	7	4,7%	8	7,5%	
	Bilmiyorum	21	14,2%	16	15,0%	
Doğum kontrol hapları günde iki kez kullanılır	Evet	9	6,1%	5	4,7%	0,876
	Hayır	94	63,5%	70	65,4%	
	Bilmiyorum	45	30,4%	32	29,9%	
Doğum kontrol hapları adet kanamasını azaltır	Evet	46	31,1%	38	35,5%	0,616
	Hayır	45	30,4%	27	25,2%	
	Bilmiyorum	57	38,5%	42	39,3%	
Hormonlu rahim içi araç (RİA) adet kanamasını artırır	Evet	43	29,1%	20	18,7%	0,161
	Hayır	38	25,7%	33	30,8%	
	Bilmiyorum	67	45,3%	54	50,5%	
Kondom iki kez kullanılabilir	Evet	3	2,0%	3	2,8%	0,885
	Hayır	134	90,5%	97	90,7%	
	Bilmiyorum	11	7,4%	7	6,5%	
Geri çekme yöntemi güvenilir bir yöntemdir, gebe kalma olasılığı yoktur	Evet	21	14,2%	6	5,6%	**0,028**
	Hayır	112	75,7%	95	88,8%	
	Bilmiyorum	15	10,1%	6	5,6%	
Emzirmek, doğumdan sonra bir süreliğine gebelikten kesin korur	Evet	43	29,1%	17	15,9%	**0,019**
	Hayır	86	58,1%	80	74,8%	
	Bilmiyorum	19	12,8%	10	9,3%	
Ertesi gün hapı her	Evet	37	25,0%	15	14,0%	**0,006**

korunmasız ilişkiden sonra güvenle kullanılabilir	Hayır	66	44,6%	69	64,5%	
	Bilmiyorum	45	30,4%	23	21,5%	
Cilt altına yerleştirilen implantla doğum kontrolü mümkündür	Evet	54	36,5%	73	68,2%	**<0,001**
	Hayır	14	9,5%	6	5,6%	
	Bilmiyorum	80	54,1%	28	26,2%	
Doğum kontrol hapına yeni başladığınız ilk birkaç ayda ara kanamalar olabilir	Evet	93	62,8%	61	57,0%	0,245
	Hayır	16	10,8%	8	7,5%	
	Bilmiyorum	39	26,4%	38	35,5%	
Aile planlaması için aylık ve üç aylık iğneler de kullanılır	Evet	63	42,6%	56	52,3%	0,082
	Hayır	13	8,8%	3	2,8%	
	Bilmiyorum	72	48,6%	48	44,9%	
Doğum kontrol hapları cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korur	Evet	18	12,2%	1	0,9%	**<0,001**
	Hayır	108	73,0%	99	92,5%	
	Bilmiyorum	22	14,9%	7	6,5%	
Erkeklerde, sperm taşıyan kanalların kesilmesi bir korunma yöntemidir, kadını gebelikten korur	Evet	104	70,3%	77	72,0%	0,763
	Hayır	5	3,4%	2	1,9%	
	Bilmiyorum	39	26,4%	28	26,2%	
İlişki sırasında prezervatif yırtılırsa gebelik meydana gelebilir	Evet	138	93,2%	104	97,2%	0,398
	Hayır	4	2,7%	1	0,9%	
	Bilmiyorum	6	4,1%	2	1,9%	
Spiral korunmasız ilişkiden sonraki beş gün içinde takılıp acil doğum kontrol yöntemi olarak kullanılabilir	Evet	14	9,5%	23	21,5%	**0,020**
	Hayır	60	40,5%	42	39,3%	
	Bilmiyorum	74	50,0%	42	39,3%	
Cinsel yolla bulaşan hastalıklar korunmasız cinsel ilişki ile bulaşır	Evet	138	93,2%	97	90,7%	0,532
	Hayır	2	1,4%	4	3,7%	
	Bilmiyorum	8	5,4%	6	5,6%	
Hepatit B hastalığı cinsel yolla bulaşmaz	Evet	22	14,9%	8	7,5%	**0,002**
	Hayır	70	47,3%	74	69,2%	
	Bilmiyorum	56	37,8%	25	23,4%	

Katılımcıların bilgi sorularına verdikleri yanıtların doğum kontrol yöntemleri ile ilgili bir eğitim alma durumuna göre karşılaştırılması Tablo 11'de sunulmuştur. Kondom cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korur ifadesine, doğum kontrol yöntemleri ile ilgili eğitim alanların %92,1'i (n=82), eğitim almayanların %80,7'si (n=134) "evet" demiştir ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,040). Acil durumlarda ertesi gün hapı kullanılması tavsiye edilir ifadesine, doğum kontrol yöntemleri ile ilgili eğitim alanların %79,8'i (n=71), eğitim almayanların %79,5'i

(n=132) “evet” demiştir ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,001). Doğum kontrol hapları günde iki kez kullanılır ifadesine, doğum kontrol yöntemleri ile ilgili eğitim alanların %3,4’ü (n=3), eğitim almayanların %6,6’sı (n=11) “evet” demiştir ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,001). Doğum kontrol hapları adet kanamasını azaltır ifadesine, doğum kontrol yöntemleri ile ilgili eğitim alanların %41,6’sı (n=37), eğitim almayanların %28,3’ü (n=47) “evet” demiştir ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,007). Hormonlu rahim içi araç (RİA) adet kanamasını artırır ifadesine, doğum kontrol yöntemleri ile ilgili eğitim alanların %31,5’i (n=28), eğitim almayanların %21,1’i (n=35) “evet” demiştir ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,006). Geri çekme yöntemi güvenilir bir yöntemdir, gebe kalma olasılığı yoktur ifadesine, doğum kontrol yöntemleri ile ilgili eğitim alanların %2,2’si (n=2), eğitim almayanların %15,1’i (n=25) “evet” demiştir ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,001). Emzirmek, doğumdan sonra bir süreliğine gebelikten kesin korur ifadesine, doğum kontrol yöntemleri ile ilgili eğitim alanların %11,2’si (n=10), eğitim almayanların %30,1’i (n=50) “evet” demiştir ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,001). Ertesi gün hapı her korunmasız ilişkiden sonra güvenle kullanılabilir ifadesine, doğum kontrol yöntemleri ile ilgili eğitim alanların %18,0’i (n=16), eğitim almayanların %21,7’si (n=36) “evet” demiştir ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,001). Cilt altına yerleştirilen implantla doğum kontrolü mümkündür ifadesine, doğum kontrol yöntemleri ile ilgili eğitim alanların %74,2’si (n=66), eğitim almayanların %36,7’si (n=61) “evet” demiştir ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,001). Aile planlaması için aylık ve üç aylık iğneler de kullanılır ifadesine, doğum kontrol yöntemleri ile ilgili eğitim alanların %77,5’i (n=69), eğitim almayanların %30,1’i (n=50) “evet” demiştir ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,001). Doğum kontrol hapları cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korur ifadesine, doğum kontrol yöntemleri ile ilgili eğitim alanların %0,0’ı (n=0), eğitim almayanların %11,4’ü (n=19) “evet” demiştir ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,001). Spiral korunmasız ilişkiden sonraki beş gün içinde takılıp acil doğum kontrol yöntemi olarak kullanılabilir ifadesine, doğum kontrol yöntemleri ile ilgili eğitim alanların %30,3’ü (n=27), eğitim almayanların %6,0’ı (n=10) “evet” demiştir ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,001). Hepatit B hastalığı cinsel

yolla bulaşmaz ifadesine, doğum kontrol yöntemleri ile ilgili eğitim alanların %10,1'i (n=9), eğitim almayanların %12,7'si (n=21) "evet" demiştir ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,001).

Diğer tüm bilgi sorularına verilen yanıtlar ile katılımcıların doğum kontrol yöntemleri ile ilgili bir eğitim alma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p > 0,05).

Tablo 11. Katılımcıların Doğum Kontrol Yöntemleri İle İlgili Bir Eğitim Alma Durumuna Göre Bilgi Sorularına Verdikleri Yanıtların Karşılaştırılması (n=255)

		Doğum kontrol yöntemleri ile ilgili bir eğitim alma durumu				
		Evet		**Hayır**		
		Sayı (n)	**Yüzde (%)**	**Sayı (n)**	**Yüzde (%)**	**p değeri**
Kondom cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korur	Evet	82	92,1%	134	80,7%	**0,040**
	Hayır	3	3,4%	20	12,0%	
	Bilmiyorum	4	4,5%	12	7,2%	
Doğum kontrol haplarının yan etkisi olarak kilo artışı olabilir	Evet	66	74,2%	118	71,1%	0,167
	Hayır	14	15,7%	18	10,8%	
	Bilmiyorum	9	10,1%	30	18,1%	
Tüplerin bağlanması yöntemi kalıcıdır geri döndürülmesi çok zordur	Evet	67	75,3%	113	68,1%	0,120
	Hayır	14	15,7%	22	13,3%	
	Bilmiyorum	8	9,0%	31	18,7%	
Acil durumlarda ertesi gün hapı kullanılması tavsiye edilir	Evet	71	79,8%	132	79,5%	**<0,001**
	Hayır	12	13,5%	3	1,8%	
	Bilmiyorum	6	6,7%	31	18,7%	
Doğum kontrol hapları günde iki kez kullanılır	Evet	3	3,4%	11	6,6%	**0,001**
	Hayır	71	79,8%	93	56,0%	
	Bilmiyorum	15	16,9%	62	37,3%	
Doğum kontrol hapları adet kanamasını azaltır	Evet	37	41,6%	47	28,3%	**0,007**
	Hayır	29	32,6%	43	25,9%	
	Bilmiyorum	23	25,8%	76	45,8%	
Hormonlu rahim içi araç (RİA) adet kanamasını artırır	Evet	28	31,5%	35	21,1%	**0,006**
	Hayır	31	34,8%	40	24,1%	
	Bilmiyorum	30	33,7%	91	54,8%	
Kondom iki kez	Evet	2	2,2%	4	2,4%	1,000

kullanılabilir	Hayır	81	91,0%	150	90,4%	
	Bilmiyorum	6	6,7%	12	7,2%	
Geri çekme yöntemi güvenilir bir yöntemdir, gebe kalma olasılığı yoktur	Evet	2	2,2%	25	15,1%	**<0,001**
	Hayır	84	94,4%	123	74,1%	
	Bilmiyorum	3	3,4%	18	10,8%	
Emzirmek, doğumdan sonra bir süreliğine gebelikten kesin korur	Evet	10	11,2%	50	30,1%	**<0,001**
	Hayır	78	87,6%	88	53,0%	
	Bilmiyorum	1	1,1%	28	16,9%	
Ertesi gün hapı her korunmasız ilişkiden sonra güvenle kullanılabilir	Evet	16	18,0%	36	21,7%	**<0,001**
	Hayır	65	73,0%	70	42,2%	
	Bilmiyorum	8	9,0%	60	36,1%	
Cilt altına yerleştirilen implantla doğum kontrolü mümkündür	Evet	66	74,2%	61	36,7%	**<0,001**
	Hayır	7	7,9%	13	7,8%	
	Bilmiyorum	16	18,0%	92	55,4%	
Doğum kontrol hapına yeni başladığınız ilk birkaç ayda ara kanamalar olabilir	Evet	62	69,7%	92	55,4%	0,084
	Hayır	6	6,7%	18	10,8%	
	Bilmiyorum	21	23,6%	56	33,7%	
Aile planlaması için aylık ve üç aylık iğneler de kullanılır	Evet	69	77,5%	50	30,1%	**<0,001**
	Hayır	4	4,5%	12	7,2%	
	Bilmiyorum	16	18,0%	104	62,7%	
Doğum kontrol hapları cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korur	Evet	0	0,0%	19	11,4%	**<0,001**
	Hayır	84	94,4%	123	74,1%	
	Bilmiyorum	5	5,6%	24	14,5%	
Erkeklerde, sperm taşıyan kanalların kesilmesi bir korunma yöntemidir, kadını gebelikten korur	Evet	67	75,3%	114	68,7%	0,379
	Hayır	3	3,4%	4	2,4%	
	Bilmiyorum	19	21,3%	48	28,9%	
İlişki sırasında prezervatif yırtılırsa gebelik meydana gelebilir	Evet	85	95,5%	157	94,6%	0,904
	Hayır	2	2,2%	3	1,8%	
	Bilmiyorum	2	2,2%	6	3,6%	
Spiral korunmasız ilişkiden sonraki beş gün içinde takılıp acil doğum kontrol yöntemi olarak kullanılabilir	Evet	27	30,3%	10	6,0%	**<0,001**
	Hayır	35	39,3%	67	40,4%	
	Bilmiyorum	27	30,3%	89	53,6%	
Cinsel yolla bulaşan hastalıklar korunmasız cinsel ilişki ile bulaşır	Evet	84	94,4%	151	91,0%	0,198
	Hayır	3	3,4%	3	1,8%	
	Bilmiyorum	2	2,2%	12	7,2%	
Hepatit B hastalığı cinsel yolla bulaşmaz	Evet	9	10,1%	21	12,7%	**<0,001**
	Hayır	71	79,8%	73	44,0%	
	Bilmiyorum	9	10,1%	72	43,4%	

Katılımcıların bilgi sorularına verdikleri yanıtların ilk gebelik öncesi korunma durumuna göre karşılaştırılması Tablo 12'de sunulmuştur. Kondom cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korur ifadesine, ilk gebeliğe kadar korunduğunu belirtenlerin %87,5'i (n=91), korunmadığını belirtenlerin %68,9'u (n=42) "evet" demiştir ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,009). Doğum kontrol hapları günde iki kez kullanılır ifadesine, ilk gebeliğe kadar korunduğunu belirtenlerin %2,9'u (n=3), korunmadığını belirtenlerin %8,2'si (n=5) "evet" demiştir ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,035). Geri çekme yöntemi güvenilir bir yöntemdir, gebe kalma olasılığı yoktur ifadesine, ilk gebeliğe kadar korunduğunu belirtenlerin %6,7'si (n=7), korunmadığını belirtenlerin %21,3'ü (n=13) "evet" demiştir ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,016). Emzirmek, doğumdan sonra bir süreliğine gebelikten kesin korur ifadesine, ilk gebeliğe kadar korunduğunu belirtenlerin %13,5'i (n=14), korunmadığını belirtenlerin %47,5'i (n=29) "evet" demiştir ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,001). Ertesi gün hapı her korunmasız ilişkiden sonra güvenle kullanılabilir ifadesine, ilk gebeliğe kadar korunduğunu belirtenlerin %21,2'si (n=22), korunmadığını belirtenlerin %18,0'i (n=11) "evet" demiştir ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,006). Cilt altına yerleştirilen implantla doğum kontrolü mümkündür ifadesine, ilk gebeliğe kadar korunduğunu belirtenlerin %55,8'i (n=58), korunmadığını belirtenlerin %19,7'si (n=12) "evet" demiştir ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,001). Aile planlaması için aylık ve üç aylık iğneler de kullanılır ifadesine, ilk gebeliğe kadar korunduğunu belirtenlerin %52,9'u (n=55), korunmadığını belirtenlerin %29,5'i (n=18) "evet" demiştir ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,007). Hepatit B hastalığı cinsel yolla bulaşmaz ifadesine, ilk gebeliğe kadar korunduğunu belirtenlerin %8,7'si (n=9), korunmadığını belirtenlerin %29,5'i (n=18) "evet" demiştir ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,001).

Diğer tüm bilgi sorularına verilen yanıtlar ile katılımcıların ilk gebelik öncesi korunma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p > 0,05).

Tablo 12. Katılımcıların İlk Gebelik Öncesi Korunma Durumlarına Göre Bilgi Sorularına Verdikleri Yanıtların Karşılaştırılması (n=165)

		İlk gebeliğe kadar korunma durumu				
		Korundum		Korunmadım		
		Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	p değeri
Kondom cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korur	Evet	91	87,5%	42	68,9%	**0,009**
	Hayır	6	5,8%	12	19,7%	
	Bilmiyorum	7	6,7%	7	11,5%	
Doğum kontrol haplarının yan etkisi olarak kilo artışı olabilir	Evet	72	69,2%	44	72,1%	0,109
	Hayır	9	8,7%	10	16,4%	
	Bilmiyorum	23	22,1%	7	11,5%	
Tüplerin bağlanması yöntemi kalıcıdır geri döndürülmesi çok zordur	Evet	74	71,2%	48	78,7%	0,456
	Hayır	15	14,4%	5	8,2%	
	Bilmiyorum	15	14,4%	8	13,1%	
Acil durumlarda ertesi gün hapı kullanılması tavsiye edilir	Evet	84	80,8%	43	70,5%	0,193
	Hayır	6	5,8%	3	4,9%	
	Bilmiyorum	14	13,5%	15	24,6%	
Doğum kontrol hapları günde iki kez kullanılır	Evet	3	2,9%	5	8,2%	**0,035**
	Hayır	71	68,3%	30	49,2%	
	Bilmiyorum	30	28,8%	26	42,6%	
Doğum kontrol hapları adet kanamasını azaltır	Evet	35	33,7%	12	19,7%	0,110
	Hayır	23	22,1%	20	32,8%	
	Bilmiyorum	46	44,2%	29	47,5%	
Hormonlu rahim içi araç (RİA) adet kanamasını artırır	Evet	28	26,9%	23	37,7%	0,323
	Hayır	25	24,0%	14	23,0%	
	Bilmiyorum	51	49,0%	24	39,3%	
Kondom iki kez kullanılabilir	Evet	0	0,0%	1	1,6%	0,375
	Hayır	94	90,4%	56	91,8%	
	Bilmiyorum	10	9,6%	4	6,6%	
Geri çekme yöntemi güvenilir bir yöntemdir, gebe kalma olasılığı yoktur	Evet	7	6,7%	13	21,3%	**0,016**
	Hayır	87	83,7%	41	67,2%	
	Bilmiyorum	10	9,6%	7	11,5%	
Emzirmek, doğumdan sonra bir süreliğine gebelikten kesin korur	Evet	14	13,5%	29	47,5%	**<0,001**
	Hayır	79	76,0%	30	49,2%	
	Bilmiyorum	11	10,6%	2	3,3%	
Ertesi gün hapı her korunmasız ilişkiden sonra	Evet	22	21,2%	11	18,0%	**0,006**
	Hayır	54	51,9%	19	31,1%	

güvenle kullanılabilir	Bilmiyorum	28	26,9%	31	50,8%	
Cilt altına yerleştirilen implantla doğum kontrolü mümkündür	Evet	58	55,8%	12	19,7%	**<0,001**
	Hayır	6	5,8%	7	11,5%	
	Bilmiyorum	40	38,5%	42	68,9%	
Doğum kontrol hapına yeni başladığınız ilk birkaç ayda ara kanamalar olabilir	Evet	57	54,8%	33	54,1%	0,706
	Hayır	11	10,6%	9	14,8%	
	Bilmiyorum	36	34,6%	19	31,1%	
Aile planlaması için aylık ve üç aylık iğneler de kullanılır	Evet	55	52,9%	18	29,5%	**0,007**
	Hayır	5	4,8%	8	13,1%	
	Bilmiyorum	44	42,3%	35	57,4%	
Doğum kontrol hapları cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korur	Evet	5	4,8%	9	14,8%	0,063
	Hayır	85	81,7%	42	68,9%	
	Bilmiyorum	14	13,5%	10	16,4%	
Erkeklerde, sperm taşıyan kanalların kesilmesi bir korunma yöntemidir, kadını gebelikten korur	Evet	64	61,5%	48	78,7%	0,060
	Hayır	4	3,8%	1	1,6%	
	Bilmiyorum	36	34,6%	12	19,7%	
İlişki sırasında prezervatif yırtılırsa gebelik meydana gelebilir	Evet	100	96,2%	56	91,8%	0,235
	Hayır	2	1,9%	1	1,6%	
	Bilmiyorum	2	1,9%	4	6,6%	
Spiral korunmasız ilişkiden sonraki beş gün içinde takılıp acil doğum kontrol yöntemi olarak kullanılabilir	Evet	11	10,6%	6	9,8%	0,987
	Hayır	41	39,4%	24	39,3%	
	Bilmiyorum	52	50,0%	31	50,8%	
Cinsel yolla bulaşan hastalıklar korunmasız cinsel ilişki ile bulaşır	Evet	97	93,3%	55	90,2%	0,778
	Hayır	2	1,9%	1	1,6%	
	Bilmiyorum	5	4,8%	5	8,2%	
Hepatit B hastalığı cinsel yolla bulaşmaz	Evet	9	8,7%	18	29,5%	**<0,001**
	Hayır	62	59,6%	20	32,8%	
	Bilmiyorum	33	31,7%	23	37,7%	

Katılımcıların bilgi sorularına verdikleri yanıtların isteği dışında gebe kalma durumuna göre karşılaştırılması Tablo 13'te sunulmuştur. Emzirmek, doğumdan sonra bir süreliğine gebelikten kesin korur ifadesine, gebe kalanların %36,8'i (n=21), kalmayanların %19,7'si (n=39) "evet" demiştir ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,027).

Diğer tüm bilgi sorularına verilen yanıtlar ile katılımcıların isteği dışında gebe kalma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p > 0,05).

Tablo 13. Katılımcıların İsteği Dışında Gebe Kalma Durumlarına Göre Bilgi Sorularına Verdikleri Yanıtların Karşılaştırılması (n=255)

		İsteğiniz dışında gebe kaldınız mı?				
		Evet		Hayır		
		Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	p değeri
Kondom cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korur	Evet	45	78,9%	171	86,4%	0,274
	Hayır	6	10,5%	17	8,6%	
	Bilmiyorum	6	10,5%	10	5,1%	
Doğum kontrol haplarının yan etkisi olarak kilo artışı olabilir	Evet	41	71,9%	143	72,2%	0,902
	Hayır	8	14,0%	24	12,1%	
	Bilmiyorum	8	14,0%	31	15,7%	
Tüplerin bağlanması yöntemi kalıcıdır geri döndürülmesi çok zordur	Evet	44	77,2%	136	68,7%	0,365
	Hayır	5	8,8%	31	15,7%	
	Bilmiyorum	8	14,0%	31	15,7%	
Acil durumlarda ertesi gün hapı kullanılması tavsiye edilir	Evet	50	87,7%	153	77,3%	0,171
	Hayır	1	1,8%	14	7,1%	
	Bilmiyorum	6	10,5%	31	15,7%	
Doğum kontrol hapları günde iki kez kullanılır	Evet	5	8,8%	9	4,5%	0,228
	Hayır	39	68,4%	125	63,1%	
	Bilmiyorum	13	22,8%	64	32,3%	
Doğum kontrol hapları adet kanamasını azaltır	Evet	23	40,4%	61	30,8%	0,389
	Hayır	15	26,3%	57	28,8%	
	Bilmiyorum	19	33,3%	80	40,4%	
Hormonlu rahim içi araç (RİA) adet kanamasını artırır	Evet	18	31,6%	45	22,7%	0,385
	Hayır	15	26,3%	56	28,3%	
	Bilmiyorum	24	42,1%	97	49,0%	
Kondom ikİ kez kullanılabilir	Evet	2	3,5%	4	2,0%	0,685
	Hayır	52	91,2%	179	90,4%	
	Bilmiyorum	3	5,3%	15	7,6%	
Geri çekme yöntemi güvenilir bir yöntemdir, gebe kalma olasılığı yoktur	Evet	5	8,8%	22	11,1%	0,185
	Hayır	44	77,2%	163	82,3%	
	Bilmiyorum	8	14,0%	13	6,6%	
Emzirmek, doğumdan sonra bir süreliğine gebelikten kesin	Evet	21	36,8%	39	19,7%	**0,027**
	Hayır	31	54,4%	135	68,2%	

korur	Bilmiyorum	5	8,8%	24	12,1%	
Ertesi gün hapı her korunmasız ilişkiden sonra güvenle kullanılabilir	Evet	14	24,6%	38	19,2%	0,092
	Hayır	23	40,4%	112	56,6%	
	Bilmiyorum	20	35,1%	48	24,2%	
Cilt altına yerleştirilen implantla doğum kontrolü mümkündür	Evet	21	36,8%	106	53,5%	0,054
	Hayır	4	7,0%	16	8,1%	
	Bilmiyorum	32	56,1%	76	38,4%	
Doğum kontrol hapına yeni başladığınız ilk birkaç ayda ara kanamalar olabilir	Evet	39	68,4%	115	58,1%	0,116
	Hayır	7	12,3%	17	8,6%	
	Bilmiyorum	11	19,3%	66	33,3%	
Aile planlaması için aylık ve üç aylık iğneler de kullanılır	Evet	23	40,4%	96	48,5%	0,555
	Hayır	4	7,0%	12	6,1%	
	Bilmiyorum	30	52,6%	90	45,5%	
Doğum kontrol hapları cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korur	Evet	9	15,8%	10	5,1%	**0,023**
	Hayır	43	75,4%	164	82,8%	
	Bilmiyorum	5	8,8%	24	12,1%	
Erkeklerde, sperm taşıyan kanalların kesilmesi bir korunma yöntemidir, kadını gebelikten korur	Evet	44	77,2%	137	69,2%	0,384
	Hayır	2	3,5%	5	2,5%	
	Bilmiyorum	11	19,3%	56	28,3%	
İlişki sırasında prezervatif yırtılırsa gebelik meydana gelebilir	Evet	55	96,5%	187	94,4%	0,747
	Hayır	0	0,0%	5	2,5%	
	Bilmiyorum	2	3,5%	6	3,0%	
Spiral korunmasız ilişkiden sonraki beş gün içinde takılıp acil doğum kontrol yöntemi olarak kullanılabilir	Evet	6	10,5%	31	15,7%	0,101
	Hayır	18	31,6%	84	42,4%	
	Bilmiyorum	33	57,9%	83	41,9%	
Cinsel yolla bulaşan hastalıklar korunmasız cinsel ilişki ile bulaşır	Evet	55	96,5%	180	90,9%	0,361
	Hayır	1	1,8%	5	2,5%	
	Bilmiyorum	1	1,8%	13	6,6%	
Hepatit B hastalığı cinsel yolla bulaşmaz	Evet	10	17,5%	20	10,1%	0,073
	Hayır	25	43,9%	119	60,1%	
	Bilmiyorum	22	38,6%	59	29,8%	

5. TARTIŞMA

Aile planlaması hizmetleri, istenmeyen gebeliklerin önlenmesi yoluyla anne ve çocuk sağlığının korunmasına katkı sağlamakta; bu sayede anne ve bebek ölüm oranlarını azaltmakta, nüfus dengesinin korunmasına yardımcı olmakta ve çocukların fiziksel, ekonomik ve psikososyal açıdan daha elverişli koşullarda dünyaya gelmesini desteklemektedir. Bu önemli katkıları nedeniyle, aile planlaması hizmetleri bağışıklama gibi temel sağlık hizmetleri arasında yer almaktadır.

Çalışmamızda, İstanbul'da bir eğitim ve araştırma hastanesine başvuran 18–49 yaş arası kadınlarda aile planlaması yöntemlerine yönelik bilgi düzeyini, kullanım alışkanlıklarını, tercihlerinde etkili olan faktörleri ve davranışlarını değerlendirmektedir. Aynı zamanda korunma yöntemlerinin kullanım oranları belirlenmiş, kullanım tercihlerini etkileyen sosyodemografik faktörler incelenmiş ve kadınların aile planlaması konusundaki karar süreçlerinde eşin rolü ortaya koyulmuştur.

Bu çalışmada katılımcıların yaş ortalaması 34,58±8,75 olup, çoğunluğunu evli, üniversite ve üzeri eğitim düzeyine sahip, aktif çalışan kadınlar oluşturmaktadır. Katılımcıların %34,9'u daha önce doğum kontrol yöntemleriyle ilgili eğitim aldığını belirtirken, %65,1'i herhangi bir eğitim almadığını ifade etmiştir. Bu durum, ülkemizde aile planlaması eğitimlerinin yeterince yaygın olmadığını göstermektedir (13).

Katılımcıların %67'sinin üniversite ve üzeri eğitime sahip olması, bilgi düzeyini artırabilecek bir avantaj gibi görünse de, bu grubun üçte ikisinin eğitim almadığını belirtmesi, yalnızca eğitimin yeterli olmadığını, çeşitli bilgilendirme programlarına da ihtiyaç duyulduğunu göstermektedir. Nitekim literatürde eğitim düzeyinin bilgiye katkı sağladığı ancak bilgi kaynaklarının güvenilirliği ve ulaşılabilirliğinin de önemli olduğu vurgulanmaktadır (89,90).

Katılımcıların %74,1'inin aktif çalışıyor olması, sağlık hizmetlerine erişim açısından avantaj sağlayabilir. Ancak buna rağmen bilgi eksikliği bulunması, aile planlaması hizmetlerinin yalnızca sunulması değil, etkili bilgilendirme ve

danışmanlıkla desteklenmesi gerektiğini göstermektedir. WHO da doğurganlıkla ilgili kararların bilinçli verilebilmesi için sadece yöntemlere değil, yeterli bilgilendirme hizmetlerine de erişimin önemini vurgulamaktadır (5).

Katılımcıların eşlerinin %43,9'unun üniversite mezunu ve %76,5'inin aktif çalışıyor olması, karar süreçlerinde eşlerin de etkili olabileceğini düşündürmektedir. Literatürde eşin eğitim ve mesleki durumunun aile planlaması tercihlerini etkilediği belirtilmektedir (91). Bu nedenle, erkeklerin de aile planlaması eğitimlerine dâhil edilmesi önem taşımaktadır.

Katılımcıların ilk gebelik öncesi korunma davranışları incelendiğinde, %35,3'ü hiç gebe kalmadığını, %23,9'u ise herhangi bir korunma yöntemi kullanmadığını belirtmiştir. En sık kullanılan yöntemler arasında kondom (%18,0) ve geri çekme yöntemi (%10,2) yer almıştır. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2018 (TNSA) verilerine göre, kondom ve geri çekme yöntemi gibi kısa etkili yöntemler hâlâ yaygın olarak kullanılmaktadır ve modern yöntemlere kıyasla daha az etkili olmalarına rağmen tercih edilmektedir (13). Özellikle geri çekme gibi geleneksel yöntemlerin kullanımının hâlâ yüksek olması, etkili aile planlaması danışmanlığına olan ihtiyacı ortaya koymaktadır.

Katılımcıların %44,3'ünün hiç doğum yapmamış olması, örneklemin doğurganlık sürecinde erken ya da geç dönemdeki bireyleri içerebileceğini göstermektedir. İlk doğum yaşı verileri değerlendirildiğinde, doğumların büyük oranda 19–29 yaş aralığında gerçekleştiği görülmektedir. Bu bulgu, Türkiye genel eğilimleriyle uyumludur. TNSA 2018'e göre Türkiye'de ilk doğum ortanca yaşı 23,3 olup, doğurganlık 20'li yaşların başlarında yoğunlaşmaktadır (13). Ancak çalışmamızda 30 yaş ve üzeri ilk doğum oranlarının da azımsanmayacak düzeyde olması, doğurganlık yaşının ileri yaşlara kaydığına işaret edebilir. Bu durum, kadınların eğitim ve kariyer tercihlerinin doğurganlık zamanlamasını etkileyebileceğini düşündürmektedir (92).

Toplam gebelik sayısı değerlendirildiğinde, %37,6'sı hiç gebe kalmadığını, %23,5'i ise iki kez gebe kaldığını belirtmiştir. Doğum sayıları ile karşılaştırıldığında ise %44,3'ü hiç doğum yapmadığını, %29,8'i ise iki doğum yaptığını bildirmiştir. Bu

durum, düşük, kürtaj veya gebelik kaybı gibi doğumla sonuçlanmayan gebeliklerin varlığını düşündürmektedir. Nitekim çalışmamızda %13,7'si isteyerek kürtaj yaptırdığını ve %17,6'sı düşük yaptığını belirtmiştir. Türkiye'de istemli düşük oranları %4–6 arasında bildirilirken, 2008'de dünya genelinde yapılmış bir çalışmada 1000 kadın başına düşen istemli düşük oranı 1000'de 28 olarak saptanmıştır (13,93), bu oran çalışmamızda daha yüksek saptanmıştır. Bu farkın, örneklemin eğitim düzeyi yüksek, sağlık hizmetlerine erişimi olan bireylerden oluşmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda düşük yapma oranı %17,6 olup, bu oran literatürde bildirilen %10–20 aralığıyla uyumludur (94). Ancak, düşüklerin önemli bir kısmının tıbbi kayıt dışı gerçekleştiği göz önünde bulundurulduğunda, gerçek oranların daha yüksek olabileceği de öne sürülmektedir. Bu durum, doğurganlık öyküsünün sadece doğum sayısı ile değerlendirilmesinin yeterli olmayacağını, gebelik kayıplarının da dikkate alınması gerektiğini göstermektedir.

Çalışmamızda katılımcıların %44,7'si hiç çocuğunun olmadığını, %46,7'sinin ise bir ya da iki çocuğa sahip olduğunu belirtmiştir. Bu bulgular, Türkiye'de azalan doğurganlık eğilimiyle uyumludur. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2018 (TNSA) verilerine göre, toplam doğurganlık hızı 2,3 olup, doğurganlık oranlarının giderek düştüğü ve iki çocuklu aile modelinin yaygınlaştığı görülmektedir (13). Çalışmamızda da benzer şekilde, en yüksek oran iki çocuk sahibi olan kadınlarda gözlenmiştir (%31,4).

Katılımcıların %17,6'sının hiç gebe kalmadığını ve %44,7'sinin hiç çocuğu olmadığını belirtmesi, örneklemin önemli bir kısmının henüz doğurganlık sürecinin başında olabileceğini ya da gönüllü çocuksuzluk tercihini yansıtıyor olabileceğini düşündürmektedir. Literatürde, özellikle eğitim ve iş hayatında aktif kadınlarda doğurganlık kararlarının ertelenebildiği, bazı bireylerin ise gönüllü olarak çocuk sahibi olmayı tercih etmediği bildirilmektedir (95,96).

İki çocuk arasındaki yaş farkı açısından, katılımcıların %32,5'i iki yıldan fazla fark olduğunu, %7,1'i ise iki yıldan az fark bulunduğunu belirtmiştir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO), doğumlar arasında ideal sürenin en az 24 ay olmasını

önermekte, bu sürenin hem anne hem de çocuk sağlığı açısından koruyucu rolü olduğunu vurgulamaktadır (97). Çalışmamızda bu öneriye uygun olarak doğumlar arasında iki yıldan fazla ara verenlerin oranı daha yüksek bulunmuştur. Bu durum, ailelerin çocuk sahibi olma kararlarını planlı biçimde verdiğini düşündürmektedir.

Ayrıca, katılımcıların %10,2'si yalnızca bir çocuğu olduğunu ve %27,1'i hiç çocuğu olmadığını belirtmiştir. Bu veriler, hem Türkiye'de hem de küresel ölçekte doğurganlık tercihlerinde yaşanan dönüşümle örtüşmektedir. OECD ülkelerinde olduğu gibi Türkiye'de de giderek artan şekilde kadınlar daha az sayıda çocuk sahibi olmakta veya çocuk sahibi olmayı tercih etmemektedir (98). Bu durum, aile planlaması hizmetlerinin yanı sıra kadınların yaşam tercihleri, eğitim düzeyi ve ekonomik koşullarıyla yakından ilişkilidir.

Çalışmamızda katılımcıların %22,4'ü isteği dışında gebelik yaşadığını belirtmiş, bu oran literatürde bildirilen istenmeyen gebelik oranlarıyla paralellik göstermektedir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) verilerine göre, dünya genelinde kadınların yaklaşık %25'i yaşamları boyunca en az bir kez istenmeyen gebelik deneyimlemektedir (99). Türkiye'de ise çeşitli çalışmalarda istenmeyen gebelik oranlarının %15–30 arasında değiştiği raporlanmıştır (13). Bu bağlamda, çalışmamızdaki %22,4 oranı ülke ortalaması ile uyumludur.

İstenmeyen gebelik yaşayan kadınların %68,4'ünün korunma yöntemi kullandığını belirtmesi, korunma yöntemlerinin etkin kullanımında sorunlar olduğunu göstermektedir. En yaygın kullanılan yöntemlerin geri çekme (%46,2) ve kondom (%33,3) olması, etkili ve uzun süreli yöntemlerin yeterince tercih edilmediğine işaret etmektedir. Benzer şekilde, Türkiye'de yapılan çalışmalarda da geri çekme ve kondom gibi yöntemlerin istenmeyen gebeliklerde sıkça rastlanan yöntemler olduğu belirtilmektedir (13). Bu durum, aile planlaması danışmanlık hizmetlerinin yetersizliğine ve yöntem seçimi konusunda bilgi eksikliğine işaret etmektedir.

İstenmeyen gebeliklerin sonucunda %57,1 oranında kürtaj yaptırılması, kadınların bu durumla başa çıkmak için kürtajı önemli bir seçenek olarak gördüğünü göstermektedir. Türkiye'de kürtajın yasal sınırları içinde sınırlı olduğu bilinmesine

rağmen, istenmeyen gebeliklerin önemli bir kısmının kürtajla sonlandığı çeşitli araştırmalarla desteklenmiştir (100). Kürtaj kararının %46,9 oranında eş/partnerle ortak alınması, karar sürecinin toplumsal ve ailevi dinamiklerle şekillendiğini göstermektedir. Literatürde, eş desteğinin gebelik kararlarında önemli bir faktör olduğu vurgulanmaktadır (101).Sonuç olarak, çalışmamızda da görüldüğü üzere istenmeyen gebeliklerin önlenmesinde sadece korunma yöntemlerine erişim değil, etkili yöntemlerin tercih edilmesi ve doğru kullanımına yönelik kapsamlı eğitim programları büyük önem taşımaktadır. Kadınların karar süreçlerine eşlerin de dahil edilmesi, aile planlaması hizmetlerinin etkinliğini artırabilir.

Çalışmamızda katılımcıların büyük çoğunluğunun (%84,7) kondomun cinsel yolla bulaşan hastalıklardan (CYBH) koruduğunu bilmesi, literatürdeki genel bilgi düzeyi ile uyumludur. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ve benzeri kaynaklar, kondomun CYBH ve istenmeyen gebeliklerden korunmada en etkili bariyer yöntemi olduğunu vurgulamaktadır (102). Ancak %9'unun yanlış bilgiye sahip olması ve %6,3'ünün bilgisiz olması, eğitim eksikliğinin sürdüğünü göstermektedir. Benzer şekilde, diğer çalışmalar da kondom kullanımına ilişkin bilgi eksikliğinin özellikle genç ve eğitimsiz gruplarda belirgin olduğunu bildirmektedir (103,104).

OKS'ler ile ilgili yanlış inanışların yaygın olduğu görülmektedir; katılımcıların %72,2'si OKS'lerin kilo artışına neden olduğunu düşünmektedir. Bu durum, literatürde sıkça dile getirilen bir efsaneye işaret etmektedir. Araştırmalar, modern OKS'lerin kilo üzerinde belirgin bir etkisi olmadığını belirtmektedir (105). Ancak halk arasında bu yanlış kanının yaygın olması, doğru bilgilendirme programlarının önemini artırmaktadır.

Tüplerin bağlanması yönteminin kalıcı olduğu bilgisinin %70,6 oranında doğru bilinmesi olumlu bir bulgudur. Literatürde bu yöntemin geri dönüşünün zor olduğu ve kalıcı aile planlamasında etkili olduğu açıkça ifade edilmektedir (106). Ancak %14,1'in bu konuda yanlış bilgiye sahip olması, bilgilendirme eksikliğine işaret etmektedir.

Acil kontrasepsiyon hakkında katılımcıların %79,6'sının doğru bilgiye sahip olması umut vericidir. Bu, özellikle genç kadınların doğum kontrol yöntemleri ve

acil kontrasepsiyon konusunda bilinçlendirildiğini göstermektedir (107). Ancak %20'nin ya yanlış bilgiye sahip olması ya da konu hakkında bilgisiz olması, bilgilendirme çalışmalarının devam ettirilmesi gerektiğini göstermektedir.

Hormonlu rahim içi araç (RİA) ve OKS'lerin yan etkileri hakkında bilgi düzeyinin karışık olduğu gözlenmiştir. Özellikle RİA'nın adet kanamasını artırdığına dair yanlış inanışlar (%24,7 doğru olmayan bilgi ve %47,5 bilgi eksikliği) literatürde de sıkça karşılaşılan bir durumdur (108). Doğru bilgilendirme ve danışmanlığın artırılması, yöntemlerin daha etkin ve yaygın kullanılmasına katkı sağlayabilir.

Geri çekme yönteminin güvenilir olmadığını bilenlerin yüksek oranı (%81,2), bu yöntemle ilgili toplumdaki olumsuz algıyı yansıtmaktadır. Türkiye ve dünyada yapılan çalışmalar da geri çekme yönteminin yüksek hata oranı nedeniyle etkili bir koruma sağlamadığına dikkat çekmektedir (58). Aynı şekilde, emzirmenin kesin doğum kontrol yöntemi olmadığını bilenlerin oranının %65,1 olması, geleneksel yöntemlere yönelik bilgi düzeyinin artmakta olduğunu göstermektedir.

İlginç bir şekilde, acil durum hapının her korunmasız ilişkiden sonra güvenle kullanılamayacağı bilgisinin sadece %52,9 oranında bilinmesi, bu konuda daha fazla eğitime ihtiyaç olduğunu ortaya koymaktadır. Acil kontraseptiflerin sık ve düzensiz kullanımı, etkinlik ve sağlık açısından riskler oluşturabilir (109).

Son olarak, spiral yönteminin acil doğum kontrolü olarak kullanımı hakkında bilgi eksikliği (%45,5 bilgi sahibi değil) dikkat çekicidir. Literatürde, RİA'nın uygun koşullarda acil kontrasepsiyon amacıyla kullanılabileceği belirtilse de bu yöntem hakkında halk arasında yeterli farkındalık bulunmamaktadır (110).Genel olarak, çalışmamızda katılımcıların bilgi düzeyinin bazı alanlarda yüksek olmasına rağmen, özellikle yöntemlerin yan etkileri, kullanım şekilleri ve acil kontrasepsiyon konusunda önemli bilgi boşlukları ve yanlış inanışlar olduğu görülmüştür. Bu bulgular, aile planlaması hizmetlerinde kapsamlı, doğru ve sürekli eğitim programlarının gerekliliğini desteklemektedir.

Çalışmamızda katılımcıların medeni durumlarına göre doğum kontrol yöntemleri ve ilgili bilgilere ilişkin cevaplar arasında istatistiksel olarak anlamlı

farklılıklar gözlenmiştir. Özellikle evli, bekar ve eşi vefat etmiş veya boşanmış kadınlar arasında doğum kontrol haplarının kullanım şekli, yan etkileri ve koruyuculuğu konusunda farklı bilgi düzeyleri olduğu belirlenmiştir. OKS'lerin günde iki kez kullanıldığına dair yanlış bilginin evlilerde bekar ve eşi vefat etmiş/boşanmışlara göre daha yüksek oranda kabul görmesi, evli kadınların bu konuda yeterince doğru bilgiye sahip olmadığını göstermektedir. Benzer şekilde, adet kanaması üzerindeki etkiler hakkında evli ve bekar kadınların bilgi seviyeleri farklılık göstermiştir. Literatürde ise medeni durumun kadınların aile planlaması bilgi düzeyi ve davranışlarını etkilemediğini belirten çalışmalar vardır (111,112). Evli kadınların eş desteği ve evlilik süreci içinde daha fazla bilgi edinme imkânına sahip oldukları, ancak bazen geleneksel veya yanlış bilgilerle etkilenebildikleri bildirilmektedir (113).

Hormonlu rahim içi araç (RİA) kullanımının yan etkileri konusunda, evli ve eşi vefat etmiş kadınların bekar kadınlara göre daha yüksek oranda adet kanamasını artırdığına inanmaları, yöntemle ilgili bilgi farklılıklarını ortaya koymaktadır. Bu durum, RİA'nın ülkemizde yeterince yaygın olmaması ve bilgilendirmenin sınırlı kalmasıyla ilişkilendirilebilir (114).

Emzirmenin gebelikten koruyucu etkisi hakkında bilgi, özellikle eşi vefat etmiş veya boşanmış kadınlarda daha yüksek oranlarda doğru bilinmemektedir. Bu grupların doğum kontrolü ve üreme sağlığı konularında daha fazla bilgi eksikliği veya yanlış anlamalara sahip olabileceği literatürde yer almaktadır (115).

Ertesi gün hapı kullanımı ve OKS'lerin ara kanamalar oluşturabileceği bilgisi gibi konularda da medeni durum grupları arasında anlamlı farklar bulunmuştur. Bu durum, farklı sosyal ve kültürel yapıların bilgi edinme süreçlerini etkileyebileceğini göstermektedir (116).

Önemli bir bulgu olarak, OKS'lerin CYBH'dan koruduğu yanılgısı, eşi vefat etmiş/boşanmış kadınlarda diğer gruplara göre daha yaygın bulunmuştur. Bu yanlış inanış, özellikle riskli gruplarda sağlık eğitimi ihtiyacını vurgulamaktadır (117).

Erkeklerde vazektominin gebelikten koruduğu bilgisi bekar ve eşi vefat etmiş/boşanmış kadınlarda daha yüksek bilinmektedir. Bu durum, bu grupların koruyucu yöntemler hakkında bilgi arayışının farklılık gösterebileceğini düşündürmektedir (118).

Çalışmamızdaki bulgular, medeni durumun kadınların aile planlaması ve cinsel sağlık bilgilerini etkileyen önemli bir değişken olduğunu desteklemektedir. Literatürde, medeni durumun sosyal destek, bilgi kaynaklarına erişim, eğitim düzeyi ve sağlık davranışları üzerinde etkili olduğu bildirilmiştir (119). Bu nedenle, aile planlaması eğitimlerinin farklı medeni durum gruplarının ihtiyaç ve bilgi düzeylerine göre uyarlanması önerilmektedir.

Çalışmamızda katılımcıların eğitim durumlarına göre aile planlaması ve cinsel sağlık konularındaki bilgi düzeyleri arasında anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir. Üniversite ve üzeri eğitim düzeyine sahip bireylerin, kondomun cinsel yolla bulaşan hastalıklardan (CYBH) koruduğu bilgisine daha yüksek oranda sahip olmaları, literatürde eğitim düzeyinin sağlık bilgisi ve koruyucu davranışlarla ilişkili olduğuna dair bulguları desteklemektedir (120,121). Bu durum, eğitim düzeyi arttıkça bireylerin sağlık okuryazarlığı ve korunma yöntemlerine ilişkin farkındalıklarının da artığını göstermektedir (122).

OKS'lerin kullanım sıklığı ve yöntemi hakkındaki yanlış bilgilerin lise ve altı eğitim düzeyindekilerde daha yaygın olması, özellikle geri çekme yöntemi gibi etkisiz yöntemlerin güvenli olarak algılanması, bilgi eksikliğinin bir göstergesidir. Literatürde düşük eğitim seviyesinin, etkisiz veya yanlış bilinen doğum kontrol yöntemlerinin tercih edilmesiyle ilişkili olduğu bildirilmektedir (123,124).

Emzirmenin gebelikten koruyucu etkisine ilişkin yanlış bilgilerin daha çok düşük eğitim grubunda bulunması, bu grubun doğum sonrası koruma yöntemleri konusunda yeterince bilinçlendirilmediğini göstermektedir. Bu bulgu, benzer şekilde Türkiye ve diğer ülkelerde yapılan çalışmalarda da eğitim düzeyi ile üreme sağlığı bilgisi arasında pozitif korelasyon olduğunu göstermektedir (125,126).

Ertesi gün hapı kullanımı, implant gibi modern yöntemlere ilişkin bilgi düzeyinin eğitim seviyesi yükseldikçe anlamlı olarak arttığı görülmüştür. Bu durum, eğitimli bireylerin yenilikçi ve etkili doğum kontrol yöntemlerine daha açık ve bilgili olduğunu desteklemektedir (127). Ayrıca, düşük eğitim grubunda OKS'lerin yan etkileri hakkında bilgi daha fazla iken, bu durum bilgi kaynaklarının farklılığını ve yanlış algıları işaret etmektedir.

OKS'lerin CYBH'dan koruduğu yanılgısının lise ve altı eğitim grubunda daha fazla görülmesi, yanlış bilgi ve mitlerin bu grupta daha yaygın olduğunu göstermektedir. Bu da eğitim düzeyinin doğru bilgiye erişim ve sağlık davranışlarını şekillendirmedeki kritik rolünü vurgulamaktadır (117).

Spiralin acil doğum kontrol yöntemi olarak kullanımı ve aile planlaması için aylık/üç aylık iğneler hakkında bilgi üniversite ve üzeri eğitim grubunda belirgin olarak daha yüksektir. Bu bulgu, eğitimle birlikte modern yöntemlere ilişkin bilgi ve kabullenmenin arttığını göstermektedir (128).

Hepatit B'nin cinsel yolla bulaşmadığına dair yanlış bilgi, daha düşük eğitim düzeyinde daha yaygın bulunmuş olup, enfeksiyon hastalıkları ve cinsel sağlık konularında eğitim eksikliğine işaret etmektedir (129).Genel olarak, eğitim durumu arttıkça katılımcıların doğum kontrol yöntemleri ve cinsel sağlık konusundaki bilgi düzeylerinin yükseldiği ve yanlış bilgilendirmelerin azaldığı görülmüştür. Bu sonuçlar, literatürde eğitim düzeyinin sağlık okuryazarlığı ve davranışlarını belirlemede temel bir faktör olduğunu ortaya koymaktadır (130). Dolayısıyla, özellikle düşük eğitim seviyesine sahip gruplara yönelik hedeflenmiş sağlık eğitim programlarının geliştirilmesi gerekmektedir.

Çalışmamızda katılımcıların çalışma durumlarına göre doğum kontrol yöntemleri ve cinsel sağlık konularındaki bilgi düzeyleri arasında anlamlı farklılıklar gözlenmiştir. Aktif çalışan bireylerin OKS'ler ve modern yöntemler hakkında daha doğru bilgiye sahip oldukları; işsiz, çalışmayan veya emekli olan grubun ise bazı yanlış inanışlara daha fazla sahip olduğu saptanmıştır. Aktif çalışan bireylerde, OKS'lerin adet kanamasını azaltıcı etkisi ve cilt altına yerleştirilen implant gibi modern yöntemlerin kullanımı hakkında bilgi düzeyinin daha yüksek olması, çalışma

hayatının bireylerin bilgiye erişimini ve sağlık okuryazarlığını olumlu etkilediğine işaret etmektedir (120,130). Çalışmanın sürekliliği, sosyal etkileşimler ve iş ortamında edinilen bilgi paylaşımları, sağlık bilincinin gelişmesinde önemli rol oynamaktadır (121).

Buna karşın, işsiz/çalışmayan/emekli bireylerde geri çekme yöntemi gibi güvenilir olmayan yöntemlere yönelik yanlış bilgilerin ve emzirmenin gebelikten kesin koruduğu yanılgısının daha yaygın olması, bilgi eksikliği ve sağlık eğitimi yetersizliklerini göstermektedir (131). Literatürde de benzer şekilde, çalışma durumu düşük olan bireylerin sağlık bilgisi ve koruyucu davranışlarda yetersiz kaldıkları bildirilmiştir (132,133).

Ertesi gün hapı kullanımının her korunmasız ilişkiden sonra güvenli olduğuna dair yanlış bilginin işsiz/emekli grubunda daha fazla olması, acil kontrasepsiyon yöntemleri konusunda hedeflenmiş eğitim ihtiyacını ortaya koymaktadır (134). Ayrıca, OKS'lerin cinsel yolla bulaşan hastalıklardan koruduğu yanılgısının da bu grupta yüksek olması, yanlış bilgi yayılımının engellenmesi için sosyal gruplara özgü eğitim stratejilerinin gerekliliğine işaret etmektedir (135).

Prezervatifin yırtılması durumunda gebelik riski konusundaki bilgi farkı, aktif çalışanların daha bilinçli olduğunu göstermektedir. Bu da çalışma ortamının bilgi kaynaklarına erişimde avantaj sağladığını desteklemektedir (136).

Spiralin acil doğum kontrol yöntemi olarak kullanımı konusundaki bilgi, aktif çalışanlar arasında belirgin olarak daha yüksek bulunmuş, bu da sağlık hizmetlerine erişim ve bilgi alma yollarının çalışma durumuna bağlı olarak değiştiğini göstermektedir (136).

Hepatit B'nin cinsel yolla bulaşmadığına dair yanlış bilginin işsiz/çalışmayan/emekli grubunda daha yaygın olması, bulaşıcı hastalıklar konusunda eğitimin genişletilmesi gerektiğini vurgulamaktadır (129).Genel olarak, çalışma durumu sağlık bilgisine erişim ve bilgi düzeyinde belirleyici bir faktör olarak ortaya çıkmaktadır. Bu sonuçlar, özellikle dezavantajlı gruplara yönelik halk sağlığı eğitim

programlarının önemini ve bu programların çalışma durumu farklılıkları göz önünde bulundurularak planlanmasının gerekliliğini göstermektedir (122).

Çalışmamızda katılımcıların hanenin toplam gelir durumuna göre doğum kontrol yöntemleri ve cinsel sağlık bilgisi arasında anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir. Özellikle düşük gelir grubundaki bireylerin, geri çekme yöntemi gibi güvenilir olmayan doğum kontrol yöntemlerine dair yanlış inanışlara daha fazla sahip olduğu; yüksek gelir grubundakilerin ise modern doğum kontrol yöntemleri hakkında daha doğru bilgiye sahip olduğu saptanmıştır.Düşük gelir grubundaki katılımcıların, emzirmenin gebelikten kesin koruma sağladığına dair yanlış bilgiye daha çok inanması, sağlık okuryazarlığının gelirle yakından ilişkili olduğunu göstermektedir (120,130). Literatürde, düşük sosyoekonomik düzeyde yaşayan bireylerin sağlık bilgisi ve hizmetlerine erişimlerinin kısıtlı olduğu ve bu nedenle yanlış bilgi ve mitlerin daha yaygın olduğu belirtilmektedir (121). Benzer şekilde, acil kontrasepsiyon (ertesi gün hapı) ve implant gibi modern yöntemler hakkında bilgi düzeyinin yüksek gelir grubunda daha fazla olması da sağlık eğitimine erişim ve sağlık hizmetlerinin kullanımındaki gelir farklılıklarını yansıtmaktadır (131,134).

Geri çekme yöntemine ilişkin yanlış bilgi ve OKS'lerin cinsel yolla bulaşan hastalıklardan koruduğu yanılgısının düşük gelir grubunda daha yüksek bulunması, özellikle gelir düzeyinin sağlık eğitimi ve bilgilendirme faaliyetlerine erişim üzerinde belirleyici olduğunu göstermektedir (135). Bu bulgu, sosyoekonomik durumun sağlık davranışları ve bilgi düzeyindeki etkisini vurgulayan pek çok çalışmanın sonuçlarıyla uyumludur (122).

Ayrıca, spiral (rahim içi araç) kullanımının acil doğum kontrol yöntemi olarak bilinirliğinin yüksek gelir grubunda daha yaygın olması, modern doğum kontrol yöntemlerine yönelik erişim ve farkındalığın gelirle ilişkili olduğunu desteklemektedir (136). Bu durum, gelir düzeyi düşük gruplarda hedeflenmiş ve kolay ulaşılabilir sağlık eğitim programlarının gerekliliğine işaret etmektedir.

Hepatit B hastalığının cinsel yolla bulaşmadığına dair yanlış bilginin düşük gelir grubunda daha fazla olması, bulaşıcı hastalıklar konusunda da gelir farklılıklarının bilgi düzeyini etkilediğini ortaya koymaktadır (129).Genel olarak,

hanenin toplam gelir durumu, doğum kontrol bilgisi ve sağlık okuryazarlığı üzerinde belirgin bir etkendir. Düşük gelirli gruplarda yanlış bilgi ve eksik bilgilendirme yaygın olduğundan, halk sağlığı programlarının bu kesimlere özel olarak uyarlanması, sağlık eğitimlerinin gelir bazlı eşitsizlikleri azaltacak şekilde planlanması büyük önem taşımaktadır (137).

Çalışmamızda doğum kontrol yöntemleri ile ilgili eğitim alma durumu, katılımcıların bilgi düzeyi üzerinde belirgin bir etkiye sahip olduğu görülmüştür. Eğitim alan grupta, kondomun cinsel yolla bulaşan hastalıklardan koruduğu ve modern yöntemler (implant, iğneler, spiral) hakkında bilgi düzeyinin anlamlı şekilde daha yüksek olması, eğitimin bilgi aktarımı ve doğru sağlık bilincinin oluşturulmasındaki önemini vurgulamaktadır.Bu bulgular, literatürde doğum kontrol eğitiminin kadınların ve toplumun üreme sağlığı bilgisi ve davranışlarını olumlu yönde etkilediğini gösteren pek çok çalışmayla uyumludur (138). Özellikle eğitim alanlarda, yanlış bilgiler (örneğin, geri çekme yönteminin güvenilirliği veya OKS'lerin cinsel yolla bulaşan hastalıklardan koruduğu gibi) anlamlı derecede azalmış; bu da doğru ve etkin eğitim programlarının bilgi kirliliğini azaltmada etkili olduğunu göstermektedir (139).

Eğitim almayan grubun, emzirmenin gebelikten kesin koruduğu gibi yanlış inanışlara daha çok sahip olması, sağlık eğitiminin bu tür mitlerin kırılmasında kritik rol oynadığını ortaya koymaktadır (140). Ayrıca, acil kontrasepsiyon ve spiral gibi yöntemlerin doğru kullanımı ve işlevi hakkında bilgi sahibi olmanın eğitim yoluyla arttığı tespit edilmiştir. Bu da sağlık personeli ve eğitimcilerin özellikle bu yöntemlere dair bilgilendirmeyi artırmaları gerektiğini desteklemektedir (141).

Öte yandan, "OKS'lerin cinsel yolla bulaşan hastalıklardan koruduğu" gibi yanlış bir bilgiye sadece eğitim almayan grubun inanması, eğitimin yanlış bilgilerin düzeltilmesinde etkili olduğunu göstermektedir. Benzer şekilde, spiral ve acil kontrasepsiyon bilgisinin eğitim alanlarda daha yüksek olması, üreme sağlığı eğitimlerinin bilgi düzeyini artırmada güçlü bir araç olduğunu göstermektedir (142).Genel olarak, doğum kontrol yöntemleri ile ilgili eğitim almak, katılımcıların bilgi düzeyini artırmakta ve yanlış bilgilere karşı koruyucu bir rol oynamaktadır. Bu nedenle, kapsamlı ve erişilebilir üreme sağlığı eğitimlerinin yaygınlaştırılması,

kadınların ve toplumun üreme sağlığı kararlarını daha bilinçli vermelerine katkı sağlayacaktır (138,143).

Çalışmamızda, katılımcıların ilk gebelik öncesi korunma durumları ile doğum kontrol yöntemlerine ilişkin bilgi düzeyleri arasında anlamlı farklılıklar olduğu tespit edilmiştir. İlk gebeliğe kadar korunmayı sürdüren bireylerin, kondomun cinsel yolla bulaşan hastalıklardan koruduğu, implant ve hormonal iğneler gibi modern yöntemler hakkında daha doğru bilgiye sahip olduğu, yanlış bilgiler (geri çekme yönteminin güvenilirliği, emzirmenin kesin koruma sağlaması gibi) ise daha az benimsendiği gözlenmiştir. Bu durum, doğum kontrol yöntemlerine ilişkin bilinçli kullanım ve doğru bilginin gebelik öncesi korunma davranışıyla güçlü şekilde ilişkili olduğunu göstermektedir.

Benzer şekilde literatürde, gebelik öncesi etkili korunma davranışı sergileyen kadınların, doğum kontrol yöntemleri ve üreme sağlığı hakkında daha yüksek bilgi düzeyine sahip oldukları bildirilmiştir (144,145). Eğitim ve bilgilendirme programlarının etkisiyle bilgi eksikliklerinin giderilmesi, yanlış inanışların azaltılması ve dolayısıyla koruma davranışlarının iyileştirilmesi mümkün olmaktadır (146). Örneğin, geri çekme yöntemi ve emzirmenin gebelikten koruyucu olduğu yanılgıları, eğitimle ve doğru bilgiyle azaltılabilir; bu da gebelik öncesi korunma oranlarını artırabilir (147).

Çalışmamızda, ilk gebelik öncesi korunmayan grupta “Hepatit B hastalığı cinsel yolla bulaşmaz” ifadesine inanma oranının anlamlı derecede yüksek olması, bu grubun genel sağlık ve üreme sağlığı konularında bilgi eksikliği yaşadığını göstermektedir. Literatürde, sağlık okuryazarlığı düşük bireylerde hem cinsel sağlık hem de genel sağlık konularında bilgi düzeyinin yetersiz olduğu vurgulanmaktadır (130).Ayrıca, acil kontrasepsiyonun kullanımı hakkında her iki grup arasında da fark olmasına rağmen, ilk gebelik öncesi korunanların bu konuda biraz daha bilgi sahibi olduğu belirlenmiştir. Bu durum, erken dönemde doğru bilgilendirme yapılmasının acil durumlarda etkili doğum kontrolü sağlama açısından önemini ortaya koymaktadır (138).Sonuç olarak, ilk gebelik öncesi korunmanın sağlanmasında, bireylerin doğum kontrol yöntemleri hakkında doğru bilgi sahibi olmalarının kritik olduğu anlaşılmaktadır. Bu nedenle, üreme sağlığı eğitimlerinin, özellikle gebelik

öncesi dönemde yoğunlaştırılması ve bilgi eksikliklerinin giderilmesi gerekmektedir (102,148).

Çalışmamızda, isteği dışında gebe kalan katılımcıların, emzirmenin doğumdan sonra bir süreliğine gebelikten kesin koruduğu yönündeki yanlış bilgiye daha fazla inanma eğiliminde oldukları saptanmıştır. Diğer bilgi sorularında ise gebe kalma durumuna göre anlamlı farklılık tespit edilmemiştir.Emzirmenin doğal bir doğum kontrol yöntemi olarak kullanılması, "Laktasyonel Amenore Yöntemi" (LAM) olarak bilinmekte ve etkinliği ancak sık ve düzenli emzirme koşullarında, genellikle ilk 6 ay içinde sağlanabilmektedir (149). Ancak, katılımcıların önemli bir kısmının emzirmenin kesin koruma sağladığına inanması, bu yöntemin koşullarının tam olarak bilinmediğine işaret etmektedir. Literatürde, bilgi eksikliğinin gebelik planlaması ve doğum kontrol yöntemlerinin etkin kullanımı üzerinde olumsuz etkileri olduğu bildirilmektedir (144,145). Özellikle düşük eğitim düzeyi veya sınırlı sağlık okuryazarlığına sahip gruplarda LAM hakkında yanlış bilgi ve buna bağlı gebeliklerin meydana gelmesi yaygın bir sorundur (150).

İsteği dışında gebe kalma durumunun bilgi düzeyinden çok, bilgiye rağmen yöntemlerin uygun ve etkin kullanılmaması veya korunma yöntemlerine erişim sorunları gibi çok boyutlu faktörlerden kaynaklandığı literatürde ifade edilmektedir (15"). Bu da bireylerin bilgi seviyeleri yeterli olsa dahi uygulamadaki engellerin, istenmeyen gebeliklerin ortaya çıkmasında rol oynadığını göstermektedir (152).

Çalışmamızdaki diğer bilgi sorularında anlamlı fark bulunmaması, genel bilgi düzeyinin isteği dışında gebe kalma üzerinde tek başına belirleyici olmadığını; sosyal, ekonomik, kültürel ve hizmet erişim faktörlerinin de etkili olduğunu düşündürmektedir (153). Bu bağlamda, aile planlaması programlarının sadece bilgi vermekle kalmayıp, aynı zamanda bireylerin doğru ve etkin koruma yöntemlerini seçip kullanmalarına olanak sağlayacak destekleyici hizmetler sunması gerekmektedir (154).Sonuç olarak, özellikle emzirmenin gebelikten koruyucu etkisi hakkında doğru bilginin artırılması ve etkili doğum kontrol yöntemlerine erişimin sağlanması, istenmeyen gebeliklerin önlenmesinde önemli bir strateji olarak öne çıkmaktadır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışma, doğurganlık çağındaki kadınların aile planlaması yöntemlerine ilişkin bilgi düzeylerinin yüzeyde yüksek görünse de içerik olarak yetersiz ve zaman zaman hatalı olduğunu ortaya koymuştur. Katılımcıların büyük bir kısmı en az bir korunma yöntemi hakkında bilgi sahibi olduğunu belirtse de, özellikle emzirmenin gebelikten kesin olarak koruduğuna dair yaygın inanışlar ve geri çekme gibi güvenilirliği düşük geleneksel yöntemlerin tercih edilmesi, toplumda bilimsel bilgi eksikliğinin hâlâ ciddi bir sorun olduğunu göstermektedir. Modern yöntemlerin yan etkilerine dair abartılı ya da yanlış algılar, yöntemlere karşı önyargı oluşturmakta ve bu durum etkili yöntemlerin kullanımını sınırlamaktadır. Bu da doğrudan, istenmeyen gebeliklerin ve bunlara bağlı sağlık sorunlarının ortaya çıkmasına neden olmaktadır.

Araştırmada, sosyodemografik özelliklerin bilgi düzeyi ve yöntem tercihleri üzerinde belirleyici etkiler yarattığı görülmüştür. Özellikle eğitim düzeyi yükseldikçe modern yöntemlerin tercih edilme oranının arttığı, bilgi düzeyinin daha yüksek olduğu ve geleneksel yöntemlerin kullanımının azaldığı gözlemlenmiştir. Benzer şekilde gelir düzeyinin yükselmesi de bilgi ve hizmete erişimi olumlu yönde etkilemiştir. Ancak yalnızca bilgi sahibi olmanın etkili korunma davranışına dönüşmediği; bilgiye sahip olan kadınların da istenmeyen gebeliklerle karşılaştığı saptanmıştır. Bu durum, bilgi ile davranış arasında yalnızca bireysel değil, sistemsel ve kültürel engellerin de bulunduğunu göstermektedir. Korunma yöntemi kullanımı ile ilgili kararlarda eşlerin önemli bir rol oynadığı, çoğu durumda kararların çift olarak alındığı ancak bazı durumlarda karar sürecinde kadının ya da erkeğin baskın rol oynadığı görülmüştür. Bu bulgu, aile planlaması danışmanlığında eş katılımının ve iletişimin dikkate alınması gerektiğini ortaya koymaktadır.

Aile planlaması konusunda etkili hizmet sunumunun yalnızca bireylerin bilgi düzeyini artırmakla sınırlı kalmaması, aynı zamanda güvenilir ve uygun yöntemlere ulaşımın kolaylaştırılması, danışmanlık kalitesinin artırılması ve bireylerin

sosyokültürel bağlamlarının gözetilmesiyle mümkün olabileceği anlaşılmıştır. Özellikle düşük eğitimli ve düşük gelir düzeyine sahip bireylerin hedeflenerek bilgi ve hizmete ulaşımın artırılması, medya ve dijital platformlar aracılığıyla doğru ve güncel bilgilerin toplumla buluşturulması, toplumsal cinsiyet rollerinin etkisini azaltacak şekilde eşlerin sürece katılımının sağlanması ve birinci basamak sağlık hizmetlerinde aile planlaması danışmanlığının güçlendirilmesi önerilmektedir.

Bu önerilerin bütüncül biçimde uygulanması, yalnızca bireysel düzeyde üreme sağlığını korumakla kalmayacak; toplum sağlığına, kadınların güçlenmesine ve sağlık sisteminin etkinliğine de önemli katkılar sağlayacaktır.

7.KAYNAKLAR

1) Newman K, Fisher S, Mayhew S, Stephenson J. Population, sexual and reproductive health, rights and sustainable development: forging a common agenda. Reprod Health Matters. 2014;22(43):53–64.

2) United Nations. (2015). Transforming our world: The 2030 agenda for sustainable development. https://sdgs.un.org/2030agenda

3) WHO. World Health Organization Sexual Health [Internet]. 2023 [cited 2025 Jan 15]. https://www.who.int/health-topics/sexual-health#.

4) Daymaz D, Güner P, Bahar Özvarış Ş. Aile Planlaması. HUTF Halk Sağlığı AD. Toplum Eğitim Sunumları [Internet] http://www.halksagligi.hacettepe.edu.tr/diger/topluma_yonelik.php .

5) World Health Organization. (2018). Family planning: A global handbook for providers (2018 update). Johns Hopkins Center for Communication Programs and World Health Organization. https://apps.who.int/iris/handle/10665/260156

6) World Health Organization. (2020). Contraception and family planning. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception

7) UNFPA. (2022). State of World Population 2022. https://www.unfpa.org/swp2022

8) Cleland, J., Conde-Agudelo, A., Peterson, H., Ross, J., & Tsui, A. (2012). Contraception and health. The Lancet, 380(9837), 149–156. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60609-6

9) Hernandez, L. M., Blazer, D. G., & Institute of Medicine (US) Committee on Assessing Interactions Among Social, Behavioral, and Genetic Factors in Health (Eds.). (2006). Genes, Behavior, and the Social Environment: Moving Beyond the Nature/Nurture Debate. National Academies Press (US).

10) Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. (2004) 2003 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye.

11) Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. (2009) 2008 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye.

12) Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. (2014) 2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye.

13) Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. (2019) 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye.

14) Çavlin, A., & Çağatay, P. (2020). Türkiye'de Karşılanmamış Aile Planlaması İhtiyacı. UNFPA& HÜNEE, Aralık, 12, 2024.

15) Bekele, D., Surur, F., Nigatu, B., Teklu, A., Getinet, T., Kassa, M., Gebremedhin, M., Gebremichael, B., & Abesha, Y. (2020). Knowledge and Attitude Towards Family Planning Among Women of Reproductive Age in Emerging Regions of Ethiopia. Journal of multidisciplinary healthcare, 13, 1463–1474. https://doi.org/10.2147/JMDH.S277896

16) Van Bavel J. (2013). The world population explosion: causes, backgrounds and -projections for the future. Facts, views & vision in ObGyn, 5(4), 281–291.

17) Can, B., & Avcı, S., (2021). Demografik geçiş teorisi açısından Türkiye'nin demografik geçiş aşamaları ve nüfuslanma süreci. Doğu Coğrafya Dergisi, 26 (46), 229-252.

18) Shaw D The ABC's of family planning. 2010. Accessed on 20 February 2025 Available at: https://www.who.int/pmnch/media/news/2010/20100322_d_shaw_oped/en/.

19) Işık, C., Şenol, D. K., Özen, D. Ö., Koç, E., Toker, E., Nazik, F., ... & Başkaya, Y. H. Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması. Nobel Akademik Yayıncılık.

20) Westoff C. F. (1978). The unmet need for birth control in five Asian countries. Family planning perspectives, 10(3), 173–181.

21) Westoff, C. F., & Bankole, A. (1995). Unmet Need 1990-1994, DHS Comparative Studies, No. 16. Calverton, Maryland: Macro International Inc. https://doi.org/10.2307/2950797

22) Bradley, Sarah E.K., Trevor N. Croft, Joy D. Fishel, and Charles F. Westoff. 2012. Revising Unmet Need for Family Planning. DHS Analytical Studies No. 25. Calverton, Maryland, USA: ICF International.

23) UNFPA (United Nations Population Fund). 2022. World Population Prospects 2022: Summary of Results. https://www.un.org/development/desa/pd/content/World-Population-Prospects-2022 (Available at 15 February 2025)

24) UN (2015). The Millennium Development Goals Report, New York.

25) Weller, S., & Davis, K. (2002). Condom effectiveness in reducing heterosexual HIV transmission. The Cochrane database of systematic reviews, (1), CD003255. https://doi.org/10.1002/14651858.CD003255

26) Smith, D. K., Herbst, J. H., Zhang, X., & Rose, C. E. (2015). Condom effectiveness for HIV prevention by consistency of use among men who have sex with men in the United States. Journal of acquired immune deficiency syndromes (1999), 68(3), 337–344. https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000000461

27) Crosby, R. A., Charnigo, R. A., Weathers, C., Caliendo, A. M., & Shrier, L. A. (2012). Condom effectiveness against non-viral sexually transmitted infections: a prospective study using electronic daily diaries. Sexually transmitted infections, 88(7), 484–489. https://doi.org/10.1136/sextrans-2012-050618

28) Holmes, K. K., Levine, R., & Weaver, M. (2004). Effectiveness of condoms in preventing sexually transmitted infections. Bulletin of the World Health Organization, 82(6), 454–461.

29) Yücel, U., Güner, S., & Şen, F. S. (2018). 15-49 YAŞ ARASI İKİ YAŞINDAN KÜÇÜK ÇOCUĞU OLAN KADINLARDA AİLE PLANLAMASI HİZMET KULLANIMININ DEĞERLENDİRİLMESİ. Medical sciences, 13(4), 120-128.

30) Bakış, G. B. Aile Planlaması Kavramına.

31) Hopkins, K. (1965). Contraception in the Roman empire. Comparative Studies in Society and History, 8(1), 124-151.

32) Himes, Norman Edwin, 1899-1949, “Medical history of contraception,” OnView, accessed March 2, 2025, https://collections.countway.harvard.edu/onview/items/show/13064.

33) Finch, B. E., & Green, H. (1964). Contraception Through the Ages, by BE Finch and Hugh Green. Thomas.

34) Anderson, D. J., & Johnston, D. S. (2023). A brief history and future prospects of contraception. Science (New York, N.Y.), 380(6641), 154–158. https://doi.org/10.1126/science.adf9341

35) Tokaç, M. Doğum kontrolünün tarihçesi ve etiği.

36) United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2022). World Family Planning 2022: Meeting the changing needs for family planning: Contraceptive use by age and method. UN DESA/POP/2022/TR/NO. 4.

37) Brown, G. F. (2007). Tunisia: The debut of family planning. The Global Family Planning Revolution, 59.

38) Robinson, W. C., & El-Zanaty, F. H. (2007). The evolution of population policies and programs in the Arab Republic of Egypt. The Global Family Planning Revolution, 15.

39) Wang C. (2012). History of the Chinese Family Planning program: 1970-2010. Contraception, 85(6), 563–569. https://doi.org/10.1016/j.contraception.2011.10.013

40) Harkavy, O., & Roy, K. (2007). 18 Emergence of the Indian National. The global family planning revolution: Three decades of population policies and programs, 301.

41) Rosenfield, A. G., & Min, C. J. (2007). 14 The Emergence of Thailand's. The global family planning revolution: three decades of population policies and programs, 221.

42) Measham, A. R., & Lopez-Escobar, G. (2007). Against the odds: Colombia's role in the family planning revolution. The global family planning revolution, 121.

43) Black, A., Francoeur, D., Rowe, T., Collins, J., Miller, D., Brown, T., David, M., Dunn, S., Fisher, W. A., Fleming, N., Fortin, C. A., Guilbert, E., Hanvey, L., Lalonde, A., Miller, R., Morris, M., O'Grady, T., Pymar, H., Smith, T., Henneberg, E., … Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (2004). SOGC clinical practice guidelines: Canadian contraception consensus. Journal of obstetrics and

gynaecology Canada : JOGC = Journal d'obstetrique et gynecologie du Canada : JOGC, 26(3), 219–296.

44) Krishnan, S., & Kiley, J. (2010). The lowest-dose, extended-cycle combined oral contraceptive pill with continuous ethinyl estradiol in the United States: a review of the literature on ethinyl estradiol 20 μg/levonorgestrel 100 μg + ethinyl estradiol 10 μg. International journal of women's health, 2, 235–239. https://doi.org/10.2147/ijwh.s6437

45) Demir, C., Tiras, B., Gökmen, O., Dilbaz, B., & Yeniel, Ö. (2012). Oral Kontrasepsiyon Kilavuzu. Oral Contraception Guide). First ed. Istanbul: Cortex Iletisim Hizmetleri, 23-25.

46) Kuhl H. (1996). Comparative pharmacology of newer progestogens. Drugs, 51(2), 188–215. https://doi.org/10.2165/00003495-199651020-00002

47) Apgar, B. S., & Greenberg, G. (2000). Using progestins in clinical practice. American family physician, 62(8), 1839–1850.

48) Lawrie, T. A., Helmerhorst, F. M., Maitra, N. K., Kulier, R., Bloemenkamp, K., & Gülmezoglu, A. M. (2011). Types of progestogens in combined oral contraception: effectiveness and side-effects. The Cochrane database of systematic reviews, (5), CD004861. https://doi.org/10.1002/14651858.CD004861.pub2

49) Wiegratz, I., & Thaler, C. J. (2011). Hormonal contraception--what kind, when, and for whom?. Deutsches Arzteblatt international, 108(28-29), 495–506. https://doi.org/10.3238/arztebl.2011.0495

50) Van Vliet, H. A., Grimes, D. A., Helmerhorst, F. M., & Schulz, K. F. (2002). Biphasic versus monophasic oral contraceptives for contraception: a Cochrane review. Human reproduction (Oxford, England), 17(4), 870–873. https://doi.org/10.1093/humrep/17.4.870

51) Van Vliet, H. A., Grimes, D. A., Lopez, L. M., Schulz, K. F., & Helmerhorst, F. M. (2011). Triphasic versus monophasic oral contraceptives for contraception. The Cochrane database of systematic reviews, 2011(11), CD003553. https://doi.org/10.1002/14651858.CD003553.pub3

52) Van Vliet, H. A., Grimes, D. A., Helmerhorst, F. M., & Schulz, K. F. (2006). Biphasic versus triphasic oral contraceptives for contraception. The Cochrane

database of systematic reviews, 2006(3), CD003283. https://doi.org/10.1002/14651858.CD003283.pub2

53) Rossmanith, W. G., Steffens, D., & Schramm, G. (1997). A comparative randomized trial on the impact of two low-dose oral contraceptives on ovarian activity, cervical permeability, and endometrial receptivity. Contraception, 56(1), 23–30. https://doi.org/10.1016/s0010-7824(97)00070-x

54) World Health Organization Department of Sexual and Reproductive Health and Research (WHO/SRH) and Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs (CCP), Knowledge SUCCESS. Family Planning: A Global Handbook for Providers (2022 update). Baltimore and Geneva: CCP and WHO; 2022. p: 1-28. Erişim adresi: https://fphandbook.org/sites/default/files/WHOJHU-FPHandbook-2022Ed-v221115a.pdf

55) Özaydın, N., Gül, R., & Özdemir Şahin, E. (2011). Kontraseptif Yöntem Kullanımı için Tıbbi Uygunluk Kriterleri. TC Sağlık Bakanlığı, 1-130.

56) Sitruk-Ware R. (2002). Progestogens in hormonal replacement therapy: new molecules, risks, and benefits. Menopause (New York, N.Y.), 9(1), 6–15. https://doi.org/10.1097/00042192-200201000-00003

57) Collins, J., Crosignani, P. G., & ESHRE Capri Workshop Group (2003). Hormonal contraception without estrogens. Human reproduction update, 9(4), 373–386. https://doi.org/10.1093/humupd/dmb025

58) Trussell J. (2011). Contraceptive failure in the United States. Contraception, 83(5), 397–404. https://doi.org/10.1016/j.contraception.2011.01.021

59) FSRH Guideline (August 2022) Progestogen-only Pills. BMJ Sexual & Reproductive Health 2022; 48:Suppl 1. http://dx.doi.org/10.1136/bmjsrh-2022-PoP

60) Bakanlığı, T. S. (2005). Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi Kontraseptif Yöntemler. Ankara, 2, 370.

61) Mishell, D. R., Jr, & Lumkin, M. E. (1970). Contraceptive effect of varying dosages of progestogen in silastic vaginal rings. Fertility and sterility, 21(2), 99–103. https://doi.org/10.1016/s0015-0282(16)37333-2

62) Brache, V., Payán, L. J., & Faundes, A. (2013). Current status of contraceptive vaginal rings. Contraception, 87(3), 264–272. https://doi.org/10.1016/j.contraception.2012.08.037

63) Öztürk, H., Çeber, E., Saydam, B. K., & Soğukpınar, N. (2004). Doğum kontrol yöntemleri ve yenilikler. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 6(1), 86-97.

64) Mulders, T. M., & Dieben, T. O. (2001). Use of the novel combined contraceptive vaginal ring NuvaRing for ovulation inhibition. Fertility and sterility, 75(5), 865–870. https://doi.org/10.1016/s0015-0282(01)01689-2

65) "Contraceptive Technology Update" http: //www.reproline.jhu.edu/english/6read/ 6issues/&jtn/v5/tn0203ctu.htm ring

66) Merkatz, R. B., Plagianos, M., Hoskin, E., Cooney, M., Hewett, P. C., & Mensch, B. S. (2014). Acceptability of the Nestorone®/ethinyl estradiol contraceptive vaginal ring: development of a model; implications for introduction. Contraception, 90(5), 514–521. https://doi.org/10.1016/j.contraception.2014.05.015

67) Roumen, F. J., op ten Berg, M. M., & Hoomans, E. H. (2006). The combined contraceptive vaginal ring (NuvaRing): first experience in daily clinical practice in The Netherlands. The European journal of contraception & reproductive health care : the official journal of the European Society of Contraception, 11(1), 14–22. https://doi.org/10.1080/13625180500389547

68) Veres, S., Miller, L., & Burington, B. (2004). A comparison between the vaginal ring and oral contraceptives. Obstetrics and gynecology, 104(3), 555–563. https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000136082.59644.13

69) Brache, V., & Faundes, A. (2010). Contraceptive vaginal rings: a review. Contraception, 82(5), 418–427. https://doi.org/10.1016/j.contraception.2010.04.012

70) FDA Approves First Hormonal Contraceptive Skin pathc, http://www.fda.gov/bbs/topics/ answers/2001/anso119.html

71) Zieman, M., Guillebaud, J., Weisberg, E., Shangold, G. A., Fisher, A. C., & Creasy, G. W. (2002). Contraceptive efficacy and cycle control with the Ortho Evra/Evra transdermal system: the analysis of pooled data. Fertility and sterility, 77(2 Suppl 2), S13–S18. https://doi.org/10.1016/s0015-0282(01)03275-7

72) Potts, R. O., & Lobo, R. A. (2005). Transdermal drug delivery: clinical considerations for the obstetrician-gynecologist. Obstetrics and gynecology, 105(5 Pt 1), 953–961. https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000161958.70059.db

73) Scarabin, P. Y., Oger, E., Plu-Bureau, G., & EStrogen and THromboEmbolism Risk Study Group (2003). Differential association of oral and transdermal oestrogen-replacement therapy with venous thromboembolism risk. Lancet (London, England), 362(9382), 428–432. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)14066-4

74) Hirvonen, E., Cacciatore, B., Wahlström, T., Rita, H., & Wilén-Rosenqvist, G. (1997). Effects of transdermal oestrogen therapy in postmenopausal women: a comparative study of an oestradiol gel and an oestradiol delivering patch. British journal of obstetrics and gynaecology, 104 Suppl 16, 26–31. https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.1997.tb11564.x

75) Jacobstein, R., & Polis, C. B. (2014). Progestin-only contraception: injectables and implants. Best practice & research. Clinical obstetrics & gynaecology, 28(6), 795–806. https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2014.05.003

76) Bakanlığı, S. (2009). TC Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü.

77) Riad, R. (2010). Hand book of family planning and reproductive healthcare. Anna Glasier, Alisa Gebbie. Churchill Livingstone, Elsevier (2008). 432p [Copyright 1999, Forward by: John Guillebaud].

78) Potts, M., & Campbell, M. (2002). History of contraception. Gynecology and Obstetrics, 6(8), 1-23.

79) Peel, J., & Potts, M. (1969). Textbook of contraceptive practice. (No Title).

80) Baeten, J. M., Nyange, P. M., Richardson, B. A., Lavreys, L., Chohan, B., Martin, H. L., Jr, Mandaliya, K., Ndinya-Achola, J. O., Bwayo, J. J., & Kreiss, J. K. (2001). Hormonal contraception and risk of sexually transmitted disease acquisition: results from a prospective study. American journal of obstetrics and gynecology, 185(2), 380–385. https://doi.org/10.1067/mob.2001.115862

81) D'Anna, L. H., Korosteleva, O., Warner, L., Douglas, J., Paul, S., Metcalf, C., McIlvaine, E., Malotte, C. K., & RESPECT-2 Study Group (2012). Factors associated with condom use problems during vaginal sex with main and non-main

partners. Sexually transmitted diseases, 39(9), 687–693. https://doi.org/10.1097/OLQ.0b013e31825ef325

82) CETAD. (2007). Güvenli cinsellik bilgilendirme dosyası. Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği. https://www.cetad.org.tr/CetadData/Books/32/4-bilgilendirme-dosyasi-basin-bulteni-23-ocak-2007-istanbul.pdf. Erişim tarihi: 8 Mart 2025

83) Semm, K., & Giese, K. P. (1981). Ernst Gräfenberg, das Leben und Werk des Kieler Facharztes. Zum 100. Geburtstag am 26. September 1981 [Ernst Gräfenberg, the life and medical accomplishments of the gynaecologist from Kiel. In honor of his 100th birthday on September 26, 1981 (author's transl)]. Geburtshilfe und Frauenheilkunde, 41(6), 444–448. https://doi.org/10.1055/s-2008-1037200

84) Schwingl, P. J., & Guess, H. A. (2000). Safety and effectiveness of vasectomy. Fertility and sterility, 73(5), 923–936. https://doi.org/10.1016/s0015-0282(00)00482-9

85) Kuloğlu, B. U., Cansu, Ç., Kılıç, D., Aydın, S., & Önel, Z. (2012). Geçmişten Günümüze Doğum Kontrol Yöntemleri.

86) Omran, A. R. (1972). A resume of Islam's position on family planning and abortion. Induced Abortion: A Hazard to Public Health. Beirut, IPPF.

87) Kauffmann Doig, F. (1979). Sexual behaviour in ancient Peru. (No Title).

88) Okumuş, F., & Demirci, N. (2014). Türkiye'de vajinal duş gerçeği.

89) Öztürk İnal, Z., İnal, H. A., Küçükkendirci, H., Sargın Oruç, A., & Günenç, O. (2017). The level of using family planning methods and factors that influence the preference of methods in the Konya-Meram area. *Journal of the Turkish German Gynecological Association*, *18*(2), 72–76. https://doi.org/10.4274/jtgga.2016.0180

90) Kassim, M., Ndumbaro, F. Factors affecting family planning literacy among women of childbearing age in the rural Lake zone, Tanzania. *BMC Public Health* **22**, 646 (2022). https://doi.org/10.1186/s12889-022-13103-1

91) Tuladhar, H., & Marahatta, R. (2008). Awareness and practice of family planning methods in women attending gyne OPD at Nepal Medical College Teaching Hospital. Nepal Medical College journal : NMCJ, 10(3), 184–191.

92) Jinyoung Hwang Jong Ha Lee , (2014),"Women's education and the timing and level of fertility",International Journal of Social Economics, Vol. 41 Iss 9 pp. 862 – 874

93) Sedgh, G., Singh, S., Shah, I. H., Ahman, E., Henshaw, S. K., & Bankole, A. (2012). Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008. Lancet (London, England), 379(9816), 625–632. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61786-8

94) Wilcox, A. J., Weinberg, C. R., O'Connor, J. F., Baird, D. D., Schlatterer, J. P., Canfield, R. E., Armstrong, E. G., & Nisula, B. C. (1988). Incidence of early loss of pregnancy. The New England journal of medicine, 319(4), 189–194. https://doi.org/10.1056/NEJM198807283190401

95) Sakman, E. (2021). Gönüllü çocuksuzluk: Çocuk sahibi olmama kararının altında yatan faktörler ve karşılaşılan tepkiler hakkında bir derleme.Studies in Psychology, 41(1), 83–109. https://doi.org/10.26650/SP2020 0105

96) Sobotka, T. (2017). Childlessness in Europe: Reconstructing Long-Term Trends Among Women Born in 1900–1972. In: Kreyenfeld, M., Konietzka, D. (eds) Childlessness in Europe: Contexts, Causes, and Consequences. Demographic Research Monographs. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-319-44667-7_2.

97) World Health Organization. Report of a WHO technical consultation on birth spacing: Geneva, Switzerland, 13–15 June 2005. Geneva: WHO; 2007.

98) OECD Family Database. SF2.1: Fertility rates. 2022. https://www.oecd.org/els/family/database.htm

99) World Health Organization. Preventing unsafe abortion. Geneva: WHO; 2014.

100) Köken G, Coşar E, Kır Şahin F, Arıöz D, Karaman D, Cengiz N, Yılmazer M. Unintended Pregnancies Related Factors and Induced Abortions in Turkey. Gynecol Obstet Reprod Med [Internet]. 2008Aug.24 [cited 2025Jun.6];14(2):80-3. Available from: https://gorm.com.tr/index.php/GORM/article/view/441

101) Buldur, A. H. (2020). Plansız gebeliklerde manevi desteğin rolü (Yüksek lisans tezi). İstanbul Üniversitesi. Erişim: https://nek.istanbul.edu.tr/ekos/TEZ/ET001990.pdf

102) World Health Organization. Family planning/Contraception factsheet. Geneva: WHO; 2021.

103) Akalpler, Ö. (2011). Üniversite öğrencilerinin sık görülen cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara ilişkin bilgileri ve cinsel davranışları. Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Tezi.

Erişim: https://docs.neu.edu.tr/library/9583537091.pdf

104) Sarı, C., Adıgüzel, L., & Demirbağ, B. C. (2023). Üniversite öğrencilerinin aile planlaması ve cinsel temasla bulaşan hastalıklar ile ilgili bilgi düzeyleri. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care, 17(1), 50–61.

Erişim: https://doi.org/10.21763/tjfmpc.1126454

105) Lopez, L. M., Ramesh, S., Chen, M., Edelman, A., Otterness, C., Trussell, J., & Helmerhorst, F. M. (2016). Progestin-only contraceptives: effects on weight. The Cochrane database of systematic reviews, 2016(8), CD008815. https://doi.org/10.1002/14651858.CD008815.pub4

106) Marino S, Canela CD, Jenkins SM, et al. Tubal Sterilization. [Updated 2024 Feb 16]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470377/

107) World Health Organization. Emergency contraception: A guide for service delivery. Geneva: WHO; 2018.

108) Aziz, M. M., & El-Gazzar, A. F. (2023). Provider bias and family planning in Upper Egypt: a simulated client approach. The Journal of the Egyptian Public Health Association, 98(1), 19. https://doi.org/10.1186/s42506-023-00144-6.

109) Cleland K, Raymond EG, Westley E, Trussell J. Emergency contraception review: evidence-based recommendations for clinicians. Clin Obstet Gynecol. 2014

Dec;57(4):741-50. doi: 10.1097/GRF.0000000000000056. PMID: 25254919; PMCID: PMC4216625.

110) ARIÖZ, A., Şahin, S., Güler, D., & Ünsal, A. (2023). Kadınların acil kontrasepsiyon bilgi düzeyi, ilişkili bazı faktörler ve sağlık okuryazarlığı ile ilişkisi. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care, 17(4), 529-539.

111) Çelik, N., & Babaoğlu, Ü. T. Sosyodemografik Değişkenler ile Aile Planlaması Bilgi, Yöntem Kullanım Durumları: Aile Planlaması Araştırması. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care, 18(1), 41-47.

112) Azzam, H., Kamel, B., Esawy, A. et al. Knowledge and attitude on family planning among medical students in Egypt: a multicentric cross-sectional study. BMC Public Health 25, 1966 (2025). https://doi.org/10.1186/s12889-024-20827-9

113) Irani, L., Speizer, I., & Barrington, C. (2013). Attitudes, beliefs and norms relating to contraceptive use among young migrant and non-migrant adults in urban Dar es Salaam, Tanzania. Global public health, 8(9), 1048–1062. https://doi.org/10.1080/17441692.2013.838598.

114) Dağdeviren, Hediye et al. "Rahim içi Araç hakkındaki Bilgi düzeyinin araştırılması". Cukurova Medical Journal, vol. 38, no. 3, 2013, pp. 440-5.

115) Towongo, M.F., Kelepile, M. Prevalence, distribution and factors associated with modern contraceptive use among women of reproductive age in Uganda: evidence from UDHS 2016. Contracept Reprod Med 9, 32 (2024). https://doi.org/10.1186/s40834-024-00288-6

116) Shruddha, K.; Shree, A. Lekha; Ravali, Annaram; Shwethashree, M.; Kumar, D. Sunil; Singh, Isha. Assessing Awareness Gaps: Emergency Contraceptive Knowledge among Women in Rural Mysuru. Indian Journal of Medical Specialities ():10.4103/injms.injms_201_24, May 31, 2025. | DOI: 10.4103/injms.injms_201_24

117) Barnhart, K. T., & Sondheimer, S. J. (1993). Contraception choice and sexually transmitted disease. Current opinion in obstetrics & gynecology, 5(6), 823–828.

118) Chalmers, B., Sand, M., Muggah, H., Oblivanova, L., Almazova, N., & Tkatchenko, E. (1998). Contraceptive knowledge, attitudes and use among women attending health clinics in St. Petersburg, Russian Federation. The Canadian journal of human sexuality, 7(2), 129–137.

119) Halpern-Manners, A., Hernandez, E. M., & Wilbur, T. G. (2022). Crossover Effects of Education on Health within Married Couples. Journal of health and social behavior, 63(2), 301–318. https://doi.org/10.1177/00221465211063879.

120) Don Nutbeam, Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century, Health Promotion International, Volume 15, Issue 3, September 2000, Pages 259–267, https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259

121) Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J. et al. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health 12, 80 (2012). https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80

122) Paasche-Orlow, M. K., & Wolf, M. S. (2007). The causal pathways linking health literacy to health outcomes. American journal of health behavior, 31 Suppl 1, S19–S26. https://doi.org/10.5555/ajhb.2007.31.supp.S19

123) Suhail, Z., Hussain, M., Hasan, S. U., Huda, A., Raza, T., & Javaid, A. (2025). The Impact of Education on Knowledge and Use of Contraceptive Methods: A Comparative Analysis of Educated and Under educated Populations. Pakistan Journal of Health Sciences, 6(1), 254–259. https://doi.org/10.54393/pjhs.v6i1.2124

124) Rahnama, P., Hidarnia, A., Amin Shokravi, F. et al. Withdrawal users' experiences of and attitudes to contraceptive methods: a study from Eastern district of Tehran, Iran. BMC Public Health 10, 779 (2010). https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-779

125) Bilge Yerli E. Erzurum il merkezinde 15-49 yaş evli kadınlarda aile planlaması yöntemlerini kullanma durumları ve etkileyen faktörler. T.C AtatürkÜniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Erzurum2015.

126) Uğurlu, M., & Karahan, N. (2022). Sexual health knowledge and influencing factors among health science students at a state university in Turkey. The European journal of contraception & reproductive health care : the official journal of the European Society of Contraception, 27(1), 75–82. https://doi.org/10.1080/13625187.2021.1980871.

127) Kahraman K. Nevúşehir Özkonak kasabasında yaşayan 15-49 yaş grubukadınların aile planlaması uygulamaları. Erciyes Üniversitesi Sağlık BilimleriEnstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Kayseri, 2005.

128) Schwarz, E. B., Kavanaugh, M., Douglas, E., Dubowitz, T., & Creinin, M. D. (2009). Interest in intrauterine contraception among seekers of emergency contraception and pregnancy testing. Obstetrics and gynecology, 113(4), 833–839. https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e31819c856c.

129) Balın, Ş. Ö., & Denk, A. (2016). Lise öğrencilerinin Hepatit B konusundaki bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi. Klimik Dergisi, 29(2), 77-81.

130) Berkman, N. D., Sheridan, S. L., Donahue, K. E., Halpern, D. J., Viera, A., Crotty, K., Holland, A., Brasure, M., Lohr, K. N., Harden, E., Tant, E., Wallace, I., & Viswanathan, M. (2011). Health literacy interventions and outcomes: an updated systematic review. Evidence report/technology assessment, (199), 1–941.

131) Özsoy, S., Aksu, H., Akdolun Balkaya, N., & Demirsoy Horta, G. (2018). Knowledge and Opinions of Postpartum Mothers About the Lactational Amenorrhea Method: The Turkish Experience. Breastfeeding medicine : the official journal of the Academy of Breastfeeding Medicine, 13(1), 70–74. https://doi.org/10.1089/bfm.2017.0046.

132) Cutler, D. M., & Lleras-Muney, A. (2010). Understanding differences in health behaviors by education. Journal of health economics, 29(1), 1–28. https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2009.10.003

133) Shimazaki, Y., Nonoyama, T., Miyano, Y., Miyata, Y., Hisada, K., & Nagasawa, T. (2020). Association between dental consultation and oral health status among male Japanese employees. Journal of occupational health, 62(1), e12104. https://doi.org/10.1002/1348-9585.12104

134) Palermo, T., Bleck, J., & Westley, E. (2014). Knowledge and use of emergency contraception: a multicountry analysis. International perspectives on sexual and reproductive health, 40(2), 79–86. https://doi.org/10.1363/4007914

135) Southwell, B. G., Otero Machuca, J., Cherry, S. T., Burnside, M., & Barrett, N. J. (2023). Health Misinformation Exposure and Health Disparities: Observations and Opportunities. Annual review of public health, 44, 113–130. https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-071321-031118.

136) Chen, M., Luo, Y., Fu, J., Wang, T., Meng, Y., Xu, C., & Qin, S. (2020). Reproductive health status and related knowledge among women aged 20-39 years in rural China: a cross-sectional study. Reproductive health, 17(1), 90. https://doi.org/10.1186/s12978-020-00939-2.

137) Nutbeam, D., McGill, B., & Premkumar, P. (2018). Improving health literacy in community populations: a review of progress. Health promotion international, 33(5), 901–911. https://doi.org/10.1093/heapro/dax015

138) Pazol, K., Zapata, L. B., Tregear, S. J., Mautone-Smith, N., & Gavin, L. E. (2015). Impact of Contraceptive Education on Contraceptive Knowledge and Decision Making: A Systematic Review. American journal of preventive medicine, 49(2 Suppl 1), S46–S56. https://doi.org/10.1016/j.amepre.2015.03.031.

139) Simmons, K. B., & Rodriguez, M. I. (2015). Reducing unintended pregnancy through provider training. Lancet (London, England), 386(9993), 514–516. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)62444-2

140) World Health Organization. World Health Organization task force onmethods for the natural regulation of fertility. The World HealthOrganization multinational study of breast-feeding and lactationalamenorrhea. III. Pregnancy during breast-feeding. Fertil Steril 1999;72:431–440. (PDF) Myths about breastfeeding. Available from: https://www.researchgate.net/publication/336796560_Myths_about_breastfeeding [accessed Jun 06 2025].

141) Secura, G. M., Madden, T., McNicholas, C., Mullersman, J., Buckel, C. M., Zhao, Q., & Peipert, J. F. (2014). Provision of no-cost, long-acting contraception and

teenage pregnancy. The New England journal of medicine, 371(14), 1316–1323. https://doi.org/10.1056/NEJMoa1400506

142) Crosby, R. A., Newman, D., Kamb, M. L., Zenilman, J., Douglas JMJr, & Iatesta, M. (2000). Misconceptions about STD-protective behavior. Project RESPECT Study Group. American journal of preventive medicine, 19(3), 167–173. https://doi.org/10.1016/s0749-3797(00)00194-x

143) WHO. Family Planning/Contraception Methods. World Health Organization; 2018.

144) Sedgh, G., & Hussain, R. (2014). Reasons for contraceptive nonuse among women having unmet need for contraception in developing countries. Studies in family planning, 45(2), 151–169. https://doi.org/10.1111/j.1728-4465.2014.00382.x

145) Blackstone, S. R., & Iwelunmor, J. (2017). Determinants of contraceptive use among Nigerian couples: evidence from the 2013 Demographic and Health Survey. Contraception and reproductive medicine, 2, 9. https://doi.org/10.1186/s40834-017-0037-6

146) Gelgelo, D., Abeya, S. G., Hailu, D., Edin, A., & Gelchu, S. (2023). Effectiveness of Health Education Interventions Methods to Improve Contraceptive Knowledge, Attitude, and Uptake Among Women of Reproductive Age, Ethiopia: A Systematic Review and Meta-Analysis. Health services research and managerial epidemiology, 10, 23333928221149264. https://doi.org/10.1177/23333928221149264

147) Jones, R. K., Lindberg, L. D., & Higgins, J. A. (2014). Pull and pray or extra protection? Contraceptive strategies involving withdrawal among US adult women. Contraception, 90(4), 416–421. https://doi.org/10.1016/j.contraception.2014.04.016

148) Darroch JE, et al. Adding it up: Investing in contraception and maternal and newborn health. Guttmacher Institute. 2017.

149) World Health Organization. WHO recommendations on postnatal care of the mother and newborn. 2013.

150) Labbok, M., & Krasovec, K. (1990). Toward consistency in breastfeeding definitions. Studies in family planning, 21(4), 226–230.

151) Yilak, G., Kitaw, T. A., Abate, B. B., Zemariam, A. B., Alamaw, A. W., Lake, E. S., Ayele, M., Belay, A. S., Getie, A., & Tilahun, B. D. (2024). Magnitude, determinants, and adverse outcomes of unintended pregnancy among pregnant mothers in low- and middle-income countries: An umbrella review of systematic review and meta-analysis. Journal of global health, 14, 04253. https://doi.org/10.7189/jogh.14.04253

152) Bearinger, L. H., Sieving, R. E., Ferguson, J., & Sharma, V. (2007). Global perspectives on the sexual and reproductive health of adolescents: patterns, prevention, and potential. Lancet (London, England), 369(9568), 1220–1231. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60367-5

153) Gipson, J. D., Koenig, M. A., & Hindin, M. J. (2008). The effects of unintended pregnancy on infant, child, and parental health: a review of the literature. Studies in family planning, 39(1), 18-38.

154) Starbird, E., Norton, M., & Marcus, R. (2016). Investing in Family Planning: Key to Achieving the Sustainable Development Goals. Global health, science and practice, 4(2), 191–210. https://doi.org/10.9745/GHSP-D-15-00374

8. EKLER

EK 2. SORU FORMU

POLİKLİNİKLERE BAŞVURAN 18-49 YAŞ ARASI KADINLARIN KORUNMA YÖNTEMLERİ KONUSUNDA BİLGİ DÜZEYİ VE DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Çalışmamız bir anket çalışmasıdır. Bu araştırma Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı tarafından 18-49 yaş arası kadınların korunma yöntemleri hakkında bilgi düzeyi ve korunma yöntemlerine yönelik tutumlarının değerlendirilmesi amacıyla planlanmıştır.Araştırmada elde edilen bilgiler sadece araştırmacıda saklı kalacak ve bilimsel amaçlar dışında kullanılmayacaktır. Gönüllü olarak katıldığınız ve bilime destek verdiğiniz için teşekkür ederiz. Ass.Dr.Aybüke Alan Borazan

1.Yaşınız:

2.Medenidurumunuz:

( )Evli( )Bekar ( )Eşivefatetmiş

3.Evli ise; Evlenme yaşınız:

( )<18 yaş ( )18-24 ( ) 25-29 ( )30-34 ( )35-39
( )40-44 ( )45 yaş ve üstü

4.Eğitimdüzeyi:

( )Okuryazar değil ( )Okuryazar ( )İlkokul( )Ortaokul ( )Lise ( )Üniversite ( )Yüksek lisans/Doktora

5.Çalışmadurumunuz:

( )Aktif çalışan ( )İşsiz/çalışmıyor ( )Emekli

6.Eşinizin/Partnerinizineğitimdurumu:

( )Okuryazar değil ( )Okuryazar ( )İlkokul ( )Ortaokul ( )Lise ( )Üniversite ( )Yüksek Lisans/Doktora

7.Eşinizin/Partnerinizinçalışmadurumu :

( )Aktif çalışan ( )İşsiz/çalışmıyor ( )Emekli ( )Eşi/Partneriyok

8.Bulunduğunuz hanenin toplam geliri :

( )1 asgari ücret ve altı ( )2 asgari ücret ( )3 asgari ücret ( )4 asgari ücret ( )5 asgari ücret ve üstü

9.Evinizdeçekirdek ailedışındayaşayanbaşkakimsevarmı? :

( )Evet ( )Hayır ( )Yalnızyaşıyorum

10.Doğum kontrol yöntemleri ile ilgili bir eğitim aldınız mı?

( )Evet ( )Hayır

11.İlkgebeliğinizekadarnasıl korundunuz?

( )Gebe kalmadım ( )Hap ( )Spiral(RİA) ( )Kondom(Prezervatif)

( )Geriçekme ( )Diğer ( )Korunmadım

12.İlkbebeğinizikaçyaşında doğurdunuz? :

( )Gebe kalmadım ( ) <18 ( )18-24 ( )25-29 ( )30-34 ( )35-39 ( )40-44 ( ) > 45

13.Toplamkaçkezgebekaldınız?:

( )Hiç gebe kalmadım ( )1 gebelik( ) 2 gebelik ( ) 3 gebelik ( )4 ve üstü

14.Kaçkezdoğum yaptınız?:

( )Hiçdoğum yapmadım ( )1 kez ( )2 kez ( )3 kez ( )4 ve üstü

15.İsteyerekkürtajyaptırdınızmı?:

( )Evet ( )Hayır

16.Düşükyaptınızmı?:

( )Evet. ( )Hayır

17.Yaşayankaççocuğunuzvar?:

( )Çocuğumyok. ( )1 çocuk ( )2 çocuk ( )3 çocuk ( )4 çocuk ve üstü

18.Sonikiçocuğunuzarasındanekadaryaşfarkıbulunmaktadır?:

( )Gebe kalmadım. ( )Tek gebeliğim oldu ( )2 yıldan az( )2 yıldanfazla

19.İsteğinizdışındagebekaldınızmı?:

( )Evet ( )Hayır

Evetyanıtınıverenlerin20-23numaralısorularıyanıtlamasıistenmektedir

Hayır yanıtını verenler 24.sorudan devam edecektir.

20.İsteğinizdışındagebekaldığınızdakorunuyormuydunuz?:

( )Evet ( )Hayır

21.Evet ise ; aşağıdakiyöntemlerdenhangisinikullanıyordunuz?:

( )Hap ( )Spiral(RIA) ( )Kondom(Prezervatif) ( )Geriçekme 5 .Diğer

22.Gebeliknasıl sonuçlandı?:

( )Kendiliğindendüşük(abortus) ( )Kürtaj ( )CanlıDoğum( )Ölü doğum

23.Kürtaj olduysa; Gebeliğininsonuçlanmakararınıkimverdi?:

( )Kendisi ( )Eşi ( )Ortak karar ( )Doktor(Tıbbigereklilik) ( )Diğer

24.Son6aydırgebeliktenkorunmakiçinhangiyöntemikullanıyorsunuz?:

( )Korunmuyorum ( )Hap ( )Spiral(RIA)( )Kondom(Prezervatif)

( )Geri çekilme ( )Diğer

BusoruyaKorunmuyorumyanıtınıverenkişi29.Soruya geçmeli

25.Kullandığınız korunma yöntemini nereden öğrendiniz? (Birden fazla seçim yapabilirsiniz)

( )Sağlık çalışanı(doktor,ebe,hemşire) ( )Arkadaş/Tanıdık ( )Medya ( )Okul

26.Korunmayönteminekararverirkensağlıkçalışanına (doktor,ebe,hemşire) danıştınız mı?:

( )Evet ( )Hayır

27.Kullandığınızyöntemiseçmenedeniniznedir?: (Birden fazla seçim yapabilirsiniz)

( )Güvenilirveyan etkileriazolduğu için

( )Kolayulaşılır,ucuzverahatolduğuiçin

( )Çocukemzirdiğimiçin

( )Doktor/Sağlıkpersoneliönerdiğiiçin

28.Kullandığınızaileplanlamasıyönteminekimkararverdi?:

( )Ben( )Eşim/Partnerim( )Eşimle/partnerimle ortak kararımız( )Ailebüyükleri (

)Diğer

29.Korunmamasebebiniznedir? : (Birden fazla seçim yapabilirsiniz)

( )Çocukistiyorum. ( ) Diniinançlarımnedeniyle korunmuyorum

( )Koruyucuyöntemlere güvenmiyorum. ( )Eşim/partnerimkorunmamı istemiyor

( )Sağlıklıbulmuyorum ( )Emzirmekbenikoruyor ( )Menopozdayım

	Evet	Hayır	Bilmiyorum
1.Kondomcinselyollabulaşanhastalıklardankorur	x		
2.Doğumkontrolhaplarınınyanetkilerindenbirikiloartışıdır		x	
3.Tüplerinbağlanmasıyöntemikalıcıdırigeri döndürülmesiçokzordur.	x		
4.Acildurumlarda''ErtesiGünHapı''kullanılmasıtavsiyeedilir	x		
5.Doğumkontrolhaplarıgünde2kezkullanılır		x	
6.Doğumkontrolhaplarıadetkanamasınıazaltır	x		
7.Hormonlu rahimiçiaraç(RİA)adetkanamasınıartırır		x	
8.Kondom2 kezkullanılabilir		x	
9.Geriçekmeyöntemigüvenilirbiryöntemdir,gebekalmaolasılığıyoktur.		x	
10.Emzirmek, doğumdansonrabirsüreliğine gebeliktenkesinkorur.		x	
11.Ertesi günhapı her korunmasızilişkidensonragüvenlekullanılabilir.		x	
12.Cilt altınayerleştirilenimplantladoğumkontrolümümkündür.	x		
13.Doğum kontrolhapına yeni başladığınız ilk birkaçaydaarakanamalarolabilir.	x		
14.Aileplanlamasıiçinaylıkve3aylıkiğnelerdekullanılır.	x		

15. Doğum kontrol hapları cinsel yolla bulaşan. hastalıklardankorur.		x	
16.Erkeklerde,spermtaşıyankanallarınkesilmesibirkorun mayöntemidir, kadınıgebeliktenkorur.	x		
17.İlişkisırasındaprezervatifyırtılırsagebelikmeydanagele bilir.	x		
18.Spiral korunmasızilişkidensonraki 5 güniçinde takılıpacildoğumkontrolyöntemiolarakkullanılabilir.	x		
19.Cinselyollabulaşanhastalıklarkorunmasızcinsellişkiile bulaşır.	x		
20.HepatitBhastalığıcinselyollabulaşmaz.		x	