



**T.C.**  
**ONDOKUZMAYIS ÜNİVERSİTESİ**  
**TIP FAKÜLTESİ**  
**AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ**  
**PELİTKÖY EĞİTİM AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ'NE BAŞVURAN**  
**EVLİ KADINLARIN AİLE PLANLAMASI HAKKINDAKİ BİLGİ,**  
**TUTUM VE DAVRANIŞLARI**

**DR. AYLA TÜRK**  
**TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**SAMSUN-2022**



**T.C.**  
**ONDOKUZMAYIS ÜNİVERSİTESİ**  
**TIP FAKÜLTESİ**  
**AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ**  
**PELİTKÖY EĞİTİM AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ'NE BAŞVURAN**  
**EVLİ KADINLARIN AİLE PLANLAMASI HAKKINDAKİ BİLGİ,**  
**TUTUM VE DAVRANIŞLARI**

Dr. Ayla TÜRK

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Tez Danışmanı

Prof. Dr. Mustafa Fevzi DİKİCİ

SAMSUN-2022

## TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince üzerimde emeği geçen, her türlü zorlukta yanımda olan, destek ve yardımlarını esirgemeyen sayın anabilim dalı başkanımız ve tez danışmanım Prof. Dr. Mustafa Fevzi DİKİCİ'ye,

Her zaman yanımda olan, daima sevgi ve şefkatini hissettiren değerli hocam Prof. Dr. Füsün Ayşin Artıran İĞDE'ye,

Bilgi ve deneyimleri ile her daim katkıda bulunan, her konuda yardım ve desteğini esirgemeyen, güler yüzüyle zorlukları kolaylaştıran kıymetli hocam Doç. Dr. Mustafa Kürşat ŞAHİN'e,

Üniversiteden beri hep yanımda olan, tez döneminde de yardımlarını esirgemeyen gamzelim, güzel dostum Cansu AĞRALI GÜNDOĞMUŞ'a,

Asistanlığım süresince birlikte çalıştığım ve yanımda olduklarını hep hissettiğim kıymetli arkadaşlarım Müge KAR ve Menekşe AYDIN'a,

Bugüne gelmemde en büyük emeği olan, her zaman sevgi ve desteğini üzerimde hissettiğim, fedakârlıkları sonsuz olan sevgili AİLEM'e,

Varlığı ve sevgisi ile her zaman yanımda olan, her konuda en büyük destekçim, dert ortağım, hayat arkadaşım Özgür TÜRK'e, asistanlık zamanımda aramıza katılan, hayatımın anlamı canım oğlum Ege'ye sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Ayla TÜRK

Samsun,2022

## **BEYAN**

“Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Pelitköy Eğitim Aile Sağlığı Merkezi’ne başvuran evli kadınların aile planlaması hakkındaki bilgi, tutum ve davranışları” başlıklı tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, başka bir çalışmadan kopya edilmediğini, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

## ÖZET

**Amaç:** Bu çalışmada Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Pelitköy Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran evli kadınların aile planlaması hakkındaki bilgi, tutum ve davranışlarını değerlendirmek amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Araştırmanın evrenini 21.01.2020 - 16.03.2020 tarihleri arasında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Pelitköy Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran 18-49 yaş arası evli kadınlar oluşturmaktadır. Verilerin toplanmasında 39 soruluk bir anket formu kullanılmıştır. Anket formu sosyodemografik verileri değerlendiren 10 soru, doğurganlık özelliklerini değerlendiren 10 soru ve ardından aile planlaması hakkında bilgi, tutum ve davranışlarını içeren 19 sorudan oluşmaktadır.

**Bulgular:** Araştırma grubunun yaş ortalaması  $36,2 \pm 6,45$  (min: 18-max: 49) dir. Katılımcıların % 36,8'i ilkokul mezunu ve % 58,4'ü ev hanımıdır. Katılımcıların %85,3'ünün aile planlaması yöntemleri hakkında bilgisi vardır. AP yöntemi kullanma oranı % 84,0 iken, en sık kullanılan yöntemler kondom ( % 25,7 ) ve geri çekmedir (%24,2). Ortalama evlilik süresi arttıkça AP yöntem kullanımının anlamlı olarak arttığı tespit edilmiştir ( $p=0,006$ ). Katılımcılardan gebeliği olanlarda ( $p=0,002$ ), doğum yapanlarda ( $p<0,001$ ), çocuğu olanlarda ( $p<0,001$ ), lise ve altı eğitim görmüş olanlarda ( $p=0,020$ ) ve gelir durumu orta-kötü olanlarda ( $p=0,041$ ) AP yöntem kullanımı anlamlı olarak artmıştır. Katılımcılardan üniversite mezunlarında ( $p<0,001$ ) ve ev hanımlarına göre diğer meslek gruplarında ( $p=0,003$ ) kondom kullanımı anlamlı olarak artmıştır. Üniversite mezunlarında ( $p=0,001$ ) ve diğer meslek gruplarında ( $p=0,002$ ) hap kullanımı anlamlı olarak artmıştır. Eğitim süresi azaldıkça geri çekme kullanımının anlamlı olarak arttığı saptanmıştır ( $p=0,016$ ). Katılımcılardan ev hanımlarında ( $p=0,002$ ) ve lise ve altı eğitim görmüş olanlarda ( $p=0,002$ ) tüp ligasyonu kullanımı anlamlı olarak artmıştır. Katılımcıların %33,3'ünün ( $n=77$ ) istemediği halde en az bir gebeliği vardır ve % 61,0'ı ( $n=47$ ) bu sırada herhangi bir korunma yöntemi kullanmaktadır. İstemsiz gebelik sırasında en sık kullanılan yöntem ise % 62,3 ( $n=28$ ) ile geri çekmedir. Eğitim seviyesi ( $p<0,001$ ) ve gelir durumu ( $p=0,046$ ) yükseldikçe istenmeyen gebelik oranı anlamlı olarak azalmaktadır.

**Sonuç:** Araştırmamıza göre aile planlaması yöntemi bilme ve kullanma oranı yüksek gibi görünse de istemsiz gebelik oranları fazladır. Bunun nedeniyse halen % 25 oranında geleneksel yöntemlerin kullanılıyor olmasıdır. İstenmeyen gebeliği olanların büyük çoğunluğunun da bu esnada geleneksel bir yöntem kullandığı görülmektedir. Bu yüzden danışmanlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması, kişiye özel danışmanlık verilmesi ve kişiye uygun etkili bir aile planlaması yöntemi tercih edilmesi sağlanmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** aile planlaması, kontraseptif yöntemler, bilgi,tutum,davranış

## ABSTRACT

**Aim:** In this study, it was aimed to evaluate the knowledge, attitudes and behaviors of married women regarding family planning who applied to Ondokuz Mayıs University Faculty of Medicine Pelitköy Training Family Health Center.

**Method:** The population of the research consists of married women between the ages of 18-49 who applied to Ondokuz Mayıs University Faculty of Medicine Pelitköy Training Family Health Center between 21.01.2020 - 16.03.2020. A questionnaire with 39 questions was used to collect the data. The questionnaire comprises of 10 questions evaluating sociodemographic data and 10 questions evaluating fertility characteristics followed by 19 questions assessing knowledge, attitudes and behaviors about family planning.

**Results:** The mean age of the research group was  $36,2 \pm 6,45$  (min: 18-max: 49). 36,8% of the participants were primary school graduates and 58,4% were housewives. 85,3 % of the participants had knowledge about family planning methods. While the rate of using the FP method was 84.0 %, the most frequently used methods were condom and withdrawal (25,7 %, 24,2%, respectively). It was determined that the use of FP method increased significantly as the mean duration of marriage increased ( $p=0,006$ ). Among the participants, the ones who had pregnancy ( $p=0,002$ ), previously gave birth ( $p<0,001$ ), with children ( $p<0,001$ ), high school or less education ( $p=0,020$ ), and low-income status usage of an FP method increased significantly. Condom usage increased significantly in participants with a university degree ( $p<0,001$ ) compared to the other participants and in other occupational groups, compared to housewives( $p=0,003$ ). Pill usage increased significantly in those with university education ( $p=0,001$ ) and in other occupational groups ( $p=0,002$ ). It was determined that as the education period decreased, the use of withdrawal method increased significantly ( $p=0,016$ ). Among the participants, the use of tubal ligation method increased considerably in housewives ( $p=0,002$ ) and in those with high school or lower education degree ( $p=0,002$ ). 33,3% ( $n=77$ ) of the participants had at least one unwanted pregnancy and 61,0% ( $n=47$ ) were using a contraceptive method during this time. The most commonly used method during unwanted pregnancy is withdrawal

method with 62,3% (n=28). As the education level ( $p < 0,001$ ) and income status ( $p = 0,046$ ) increase, the unwanted pregnancy rate decreases remarkably.

**Conclusion:** According to our research, although the rate of knowing and using the family planning method seems high, the rates of unwanted pregnancies are also high. The reason for this is that traditional methods are still used at a rate of 25%. The majority of those who have unwanted pregnancies were using a traditional method during this time. Therefore, it should be ensured that counseling services are widespread, personalized counseling is provided and an effective family planning method suitable for the individual is selected.

**Keywords:** Family planning, contraceptive methods, knowledge, attitude and behavior

## İÇİNDEKİLER

<b>TEŞEKKÜR</b> .....	i
<b>BEYAN</b> .....	ii
<b>ÖZET</b> .....	iii
<b>ABSTRACT</b> .....	v
<b>İÇİNDEKİLER</b> .....	vii
<b>SİMGELER ve KISALTMALAR</b> .....	ix
<b>TABLolar</b> .....	x
<b>ŞEKİLLER</b> .....	xi
<b>1.GİRİŞ VE AMAÇ</b> .....	1
<b>2.GENEL BİLGİLER</b> .....	2
2.1. Aile Planlamasının Önemi .....	2
2.2. Aile Planlamasının Faydaları .....	2
2.3. Türkiye’de Aile Planlaması Yasası ve Hizmetleri .....	3
2.4. Dünyada Kontraseptif Kullanımı .....	4
2.5. Türkiye’de Kontraseptif Kullanımı .....	5
2.6. Aile Planlaması Danışmanlığı .....	6
2.7. Aile Planlaması Yöntemlerinin Sınıflandırılması .....	7
2.7.1. Modern Yöntemler .....	7
2.7.2. Geleneksel Yöntemler .....	22
<b>3.GEREÇ VE YÖNTEM</b> .....	24
3.1. Araştırmanın Amacı .....	24
3.2. Araştırmanın Tipi .....	24
3.4. Araştırmanın Örnekleme .....	24
3.5. Araştırmanın Veri Kaynakları .....	24
3.6. Araştırmaya Dâhil Edilme Kriterleri .....	25
3.7. Araştırmadan Çıkarılma Kriterleri .....	25
3.8. Etik İzin .....	25
3.9. İstatistiksel Analiz .....	25
<b>4.BULGULAR</b> .....	26
<b>5.TARTIŞMA</b> .....	50
<b>6.SONUÇLAR</b> .....	61
<b>7. KAYNAKLAR</b> .....	65
<b>8. EKLER</b> .....	75
Ek-1 Anket Formu .....	75

EK-2-Etik kurul onayı .....	79
EK-3-Orjinallik raporu .....	80

## **SİMGELER ve KISALTMALAR**

<b>HIV</b>	: Human Immunodeficiency Virus (İnsan Bağışıklık Yetmezliği Virüsü)
<b>AIDS</b>	: Acquired Immune Deficiency Syndrome (Edinilmiş Bağışıklık Yetmezliği Sendromu)
<b>WHO</b>	: Dünya Sağlık Örgütü
<b>TNSA</b>	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
<b>RIA</b>	: Rahiç İçi Araç
<b>AP</b>	: Aile Planlaması
<b>OKS</b>	: Oral Kontraseptif Hap
<b>LH</b>	: Luteinize Edici Hormon
<b>FSH</b>	: Folikül Uyarıcı Hormon
<b>VTE</b>	: Venöz Tromboembolizm
<b>PE</b>	: Pulmoner Emboli
<b>KOK</b>	: Kombine Oral Kontraseptif
<b>LNG</b>	: Levonorgestrel
<b>CYBE</b>	: Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar
<b>HPV</b>	: Human Papilloma Virüs
<b>İYE</b>	: İdrar Yolu Enfeksiyonu
<b>ABD</b>	: Amerika Birleşik Devletleri
<b>GnRH</b>	: Gonadotropin Salgılatıcı Hormon
<b>OMÜ</b>	: Ondokuz Mayıs Üniversitesi
<b>DM</b>	: Diyabetes Mellitus
<b>HT</b>	: Hipertansiyon

## **TABLolar**

**Tablo 1:** Katılımcıların bazı tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı

**Tablo 2:** Katılımcıların kronik hastalıklarının dağılımı

**Tablo 3:** Katılımcıların AP yöntemi kullanma durumları ile evlilik süresi ortalamaları arasındaki ilişki

**Tablo 4:** Katılımcıların obstetrik özelliklerinin dağılımı

**Tablo 5:** Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre gebelik sayısı karşılaştırmaları

**Tablo 6:** “Aile planlaması nedir?” sorusuna verilen cevaplar

**Tablo 7:** Katılımcıların bildikleri AP yöntemlerinin dağılımı

**Tablo 8:** Katılımcıların şuanda AP yöntemi kullanma durumlarının dağılımı

**Tablo 9:** Katılımcıların bazı sosyodemografik özelliklerine göre AP yöntemi kullanma durumlarının karşılaştırılması

**Tablo 10:** Katılımcıların bazı doğurganlık özellikleri ile AP yöntemi kullanma durumlarının karşılaştırılması

**Tablo 11:** Kadınların bazı sosyodemografik özelliklerine göre kondom kullanımı

**Tablo 12:** Kadınların bazı doğurganlık özelliklerine göre kondom kullanım durumlarının dağılımı

**Tablo 13:** Kadınların bazı sosyodemografik özelliklerine göre hap kullanımı

**Tablo 14:** Kadınların bazı doğurganlık özelliklerine göre hap kullanımı

**Tablo 15:** Kadınların bazı sosyodemografik özelliklerine göre geri çekme kullanımı

**Tablo 16:** Kadınların bazı doğurganlık özelliklerine göre geri çekme kullanımı

**Tablo 17:** Kadınların bazı sosyodemografik özelliklerine göre tüp ligasyonu kullanımı

**Tablo 18:** Kadınların bazı doğurganlık özelliklerine göre tüp ligasyonu kullanımı

**Tablo 19:** Katılımcıların Kullandıkları AP Yöntemini Tercih Etme Nedenleri

**Tablo 20:** Katılımcıların kullandıkları aile planlaması yöntemlerini tercih etme nedenleri

**Tablo 21:** Aile planlaması yöntemi kullanmayan kadınların yöntem kullanmama nedenleri

**Tablo 22:** Geçmişte kullanılan AP yöntemleri ve bırakma nedenleri

**Tablo 23:** Katılımcıların AP yöntemlerini bırakma nedenleri

**Tablo 24:** Katılımcıların AP yöntemlerini bırakmalarına neden olan yan etkiler

**Tablo 25:** Katılımcıların istemsiz gebelik ve korunma durumları ile sonuçları

**Tablo 26:** İstemediği halde gebe kalma durumu ile yaş, gebelik sayısı, doğum sayısı, çocuk sayısı, düşük ve kürtaj sayısı karşılaştırmaları

**Tablo 27:** İstemediği halde gebe kalma durumu ile sosyodemografik özellikler ve AP yöntemi kullanımının karşılaştırılması

## **ŞEKİLLER**

**Şekil 1:** Katılımcıların sigara içme durumları

**Şekil 2:** Katılımcıların aile planlaması yöntemlerini bilme oranları

**Şekil 3:** Katılımcıların AP yöntemleriyle ilgili bilgi kaynakları

**Şekil 4:** Katılımcıların aile planlaması sorumluluğuyla ilgili fikirleri

## 1.GİRİŞ VE AMAÇ

Aile planlaması, eşlerin uygun gördükleri zamanda ve uygun gördükleri sayıda çocuk sahibi olmalarına, iki gebelik arasındaki zamanı düzenlemelerine, istenmeyen gebelikleri önlemelerine, sağlık, yaş ve ekonomik durumlarını değerlendirerek uygun zamanı ayarlamalarına ve çocuksuz ailelerin çocuk sahibi olmalarına yardım eden uygulamaların tamamıdır (1, 2).

Aile planlaması, bireylerin ve çiftlerin bilgi, tutum ve kararları doğrultusunda gönüllü olarak benimsenen bir düşünce ve yaşam biçimi olarak tanımlanmaktadır. Aile planlaması, doğum kontrol yöntemlerini kullanarak sahip oldukları çocuk sayısını sınırlamak için bir çiftin bilinçli bir çabasını ifade etmektedir (3).

Aile planlaması birinci basamak sağlık hizmetleri ve üreme sağlığının önemli bir bileşenidir (4). Gelişmekte olan ülkelerde aile planlaması ve üreme sağlığı programlarının iyileştirilmesi, istenmeyen gebeliklerin sayısının azaltılmasına önemli ölçüde yardımcı olmuştur. Hem aile planlaması hizmetlerinin kullanılabilirliğinin hem de kalitesinin kontraseptif kullanımındaki artış ve gelişmekte olan ülkelerde doğurganlık oranlarındaki düşüşte önemli bir rol oynadığına inanılmaktadır. Aile planlaması istenmeyen gebelikleri azaltır, böylece kadınları yüksek riskli gebeliklerden veya güvenli olmayan kürtajlardan korur. Aynı zamanda anne ölümlerinin azalmasına yol açar. Kanserin, HIV / AIDS dahil cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların önlenmesine yardımcı olur (5).

Bu çalışmada Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Pelitköy Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran evli kadınların aile planlaması hakkındaki bilgi, tutum ve davranışlarını değerlendirmek, aile planlamasının önemine dikkat çekmek ve danışmanlık hizmetlerini artırarak her kadının kendine uygun etkili bir yöntem kullanmasını desteklemek amaçlanmıştır.

## **2.GENEL BİLGİLER**

### **2.1. Aile Planlamasının Önemi**

Dünya Sağlık Örgütü'ne (WHO) göre aile planlaması; eşlerin istedikleri zamanda, istedikleri sayıda çocuk sahibi olmaları ve doğum aralıklarını istedikleri şekilde belirleyebilmeleri olarak tanımlanmaktadır (6).

Aile planlaması, küresel sağlığın hayati bir yönüdür. Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde, kadınların çocuk sahibi olmak isteyip istememeleri ve istedikleri zamanı planlayabilmeleri hem zihinsel, duygusal ve fiziksel sağlıkları, hem eğitim, kariyer fırsatları, hem de toplumsal ilerleme yönünden oldukça önemlidir. Kadınların planladıkları zaman ve aralıklarda doğum yapmalarının, çocuğun sağlığına etkisinin yanında yerel ve ulusal ekonomiye de etkisi vardır. Bu nedenle, Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ve Birleşmiş Milletler gibi birçok kuruluş aile planlamasını öncelikli bir konu olarak kabul etmektedir (7).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2017 verilerine göre dünyada her gün yaklaşık 810 kadın gebeliğe bağlı önlenebilir sebeplerden yaşamını yitirmektedir. Bunun %94'ü düşük ve orta gelirli ülkelerde gerçekleşmektedir. 2017 yılında anne ölümü, gelişmekte olan ülkelerde 100.000 canlı doğumda 462, gelişmiş ülkelerde ise 100.000 canlı doğumda 11'dir. Anne ölümlerin yaklaşık %75'inin nedeni; aşırı kanama, enfeksiyon, gebelik esnasındaki yüksek tansiyon, doğuma bağlı komplikasyonlar ve güvenli olmayan düşüklerdir (8). Anne ölümlerinin % 40-60'ının önlenebileceği düşünülmektedir (9). Bu ölümlerin önlenebilmesi için, erken yaş gebelikleri ve istenmeyen gebelikleri engellemenin önemi vurgulanmaktadır. Tüm kadınların gebelikte, doğum sırasında ve sonrasında yüksek kaliteli bakıma erişiminin sağlanması üzerinde durulmaktadır (8).

### **2.2.Aile Planlamasının Faydaları**

1. Eşlerin istedikleri zamanda çocuk sahibi olabilmeleri, istenmeyen ve yüksek riskli gebelikleri önleyerek maternal mortalite ve morbiditeyi azaltır (6).
2. İstenmeyen gebeliklere bağlı oluşabilecek kürtaj sıklığı azalır (10). Dünya çapında, 2010-2014 arasında tahmini kürtaj oranı 15-44 yaş kadınlar arasında

% 3,5'dir. Yüksek gelirli ülkelerde % 2,7, düşük gelirli ülkelerde ise % 3,7 dir (11). Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre, anne ölümlerinin % 8' i güvenli olmayan ortamlarda yapılan kürtajlara bağlı komplikasyonlardan kaynaklanmaktadır (12).

3. Gebelik depresyonu azalır (13).
4. Erken yaşta gebeliklerin azalmasını sağlar (10). Maternal mortalite riski 15 yaşın altındaki kadınlarda en yüksektir ve 10-19 yaş arası kadınlarda (20-24 yaş arasına kıyasla) gebelik ve doğumdaki komplikasyonlar daha yüksektir (8). Türkiye' de halen adölesan gebelikler devam etmektedir. 2018 TNSA verilerine göre 15-19 yaş arası kadınların % 3'ü bir canlı doğum yapmıştır. % 0,2' si ise 15 yaşından önce bir çocuk doğurmuştur (14).
5. Kanserin, HIV / AIDS dahil cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların önlenmesine yardımcı olur (5).
6. Yüksek pariteye bağlı gelişebilecek olan plasenta previa ve postpartum kanama gibi yaşamı tehdit eden komplikasyon riskini azaltır.
7. Sık aralıkla ve çok sayıda doğumun anne ve çocuk sağlığına yaptığı olumsuz etkileri önler (10).
8. Eşler gebelik korkusu yaşamadığından sağlıklı bir cinsel hayatları olur.
9. Bebek ölümleri azalır.
10. Erken doğum riski düşer.
11. Ailelerini planlayabilen çiftler daha az fiziksel, duygusal ve finansal zorlanma yaşarlar. Kişisel gelişim ve aile gelişimi için daha fazla zamana, enerjiye ve ekonomik fırsata sahip olurlar. Bu da toplumsal refah ve ekonomiye katkı sağlar (6).

### **2.3.Türkiye'de Aile Planlaması Yasası ve Hizmetleri**

Halen yürürlükte olan 1983 yılında kabul edilen 2827 numaralı yasaya göre;

- 10 haftadan küçük gebelikler isteğe bağlı sonlandırılabilir.
- 10 haftadan büyük gebelikler ancak tıbbi nedenlerle sonlandırılabilir.
- Erkek ve kadına gönüllü cerrahi kısırlaştırma uygulanabilir.

- Eğitimli personeller (doktor, ebe ve hemşire) gebeliği önleyici yöntemleri uygulayabilirler (15).

Ülkemizde aile planlaması hizmetleri kamu kuruluşları ve özel kuruluşlar tarafından sağlanmaktadır. Aile sağlığı merkezlerinde, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezleri'nde, devlet hastanelerinde, doğumevlerinde, aile planlaması polikliniklerinde ve ev ziyaretlerinde hemşire ve ebeler tarafından aile planlaması ile ilgili hizmetler ücretsiz olarak verilmektedir. Ayrıca bazı yöntemlerin (kondom, hap gibi) temininde eczaneler de hizmet vermektedir (2).

#### **2.4. Dünyada Kontraseptif Kullanımı**

2019 yılında dünya çapında 1,9 milyar üreme çağındaki kadın (15-49 yaş) arasında 1,1 milyar aile planlaması ihtiyacı vardır. Bunlardan 842 milyonu kontraseptif yöntemler kullanmaktayken ve 270 milyonu kontrasepsiyon için karşılanmamış bir gereksinime sahiptir (16).

Dünya çapında en yaygın kullanılan kontraseptif yöntem kadın sterilizasyonudur. 2019'da kadın sterilizasyonunu kullanan 219 milyon kadın (% 23,7) bu yönteme güvenmektedir. En sık kullanılan diğer yöntemler % 21 erkek kondomu (189 milyon), % 17 RIA (159 milyon), % 16 haptır (151 milyon). Doğum kontrol yöntemi kullanıcılarının % 45,2'si kalıcı veya uzun etkili yöntemleri (kadın ve erkek sterilizasyonu, RIA, implant), % 46,1'i kısa etkili yöntemleri (erkek kondomu, hap, enjekte edilebilir kontraseptifler ve diğer modern yöntemler) kullanmaktadır. % 8,7'si ise geleneksel yöntemleri (geri çekme, bazal vücut ısısı yöntemi, emzirme ve diğer geleneksel yöntemler) tercih etmektedir (17).

Doğu ve Güneydoğu Asya'da, RIA en yaygın kullanılan doğum kontrol yöntemidir (% 18,6). İkinci sırada erkek kondomu (% 17) gelmektedir. Avrupa ve Kuzey Amerika'da hap (% 17,8) ve erkek kondomu (% 14,6) en yaygın kullanılan yöntemlerdir. Latin Amerika ve Karayipler'de kadın sterilizasyonu (% 16) ve hap (% 14,9) daha sık kullanılmaktadır. Okyanusya'da baskın yöntem hap (% 16,9) ve Orta ve Güney Asya'da kadın sterilizasyonudur (% 21,8). Kuzey Afrika ve Batı Asya'da, en yaygın

iki yöntem hap (% 10,5) ve RIA' dır (% 9,5). Sahra altı Afrika ise enjekte edilebilir kontraseptiflerin (%9,6) baskın yöntem olarak kullanıldıkları tek bölgedir(17).

Üreme çağındaki evli kadınlar arasında modern kontraseptif prevalansı, 2000-2019 yılları arasında dünya çapında % 55,0' dan 57,1'e yükselmiştir. Bu yavaş artışın nedenleri arasında şunlar vardır: Sınırlı yöntem seçimi ( özellikle genç, yoksul ve evli olmayanların hizmetlere sınırlı erişimi ), yan etki korkusu veya deneyimi, kültürel veya dini kısıtlamalar, mevcut hizmetlerin yetersizliği, kullanıcıların ve hizmet sağlayıcıların bazı yöntemlere karşı ön yargıları ve hizmetlere erişimde cinsiyete dayalı engellerdir (16).

## **2.5. Türkiye’de Kontraseptif Kullanımı**

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2018 (TNSA 2018) Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü tarafından yapılmış olan Nüfus ve Sağlık Araştırmaları'nın sonucusudur.

TNSA 2018 verilerine göre; ülkemizde evli kadınların tamamına yakını (% 99,5) en az bir gebeliği önleyici yöntemden haberdardır. Kadınlar yaklaşık 8 yöntem bilmektedir. Halen evli kadınlar arasında en çok bilinen yöntem haptır (% 97). Ardından RIA (% 94), tüplerinin bağlanması (% 93) ve erkek kondomu (% 92) gelmektedir. Kadınların yöntemler hakkında yüksek oranda bilgisi olmasına rağmen ülkemizde evli kadınların % 70'i AP yöntemi kullanmaktadır ancak bunların % 49'u modern yöntem kullanırken % 21'i halen geleneksel yöntemleri tercih etmektedir. Ülkemizde en çok kullanılan yöntemler sırasıyla geri çekme (% 20), erkek kondomu (% 19), RIA (% 14)' dır. AP yöntemi kullanmayan % 30 kadının % 12'si ise, (%4'ü doğum arasını açma, %8'i doğumu sonlandırma) karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı içindedir. 2013-2018 TNSA verilerini karşılaştıracak olursak kadınların eğitim düzeyi artmış olmasına rağmen karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı 2013-2018 döneminde % 6'dan % 12'ye yükselmiştir.

AP yöntemi kullanımında 1988-1998 yılları aralığında kayda değer bir değişiklik göze çarpmamaktadır. 1998 yılından sonra, AP yöntemi kullanımı önemli derecede artarak 2013 yılında % 74'e çıkmıştır. Fakat 2013-2018 yılları arasında AP yöntemi kullanan

kadınların oranı % 74'den % 70'e gerilemiştir. Modern yöntem kullanımı, 1988-2018 yılları aralığında sürekli artış göstererek % 31'den % 49'a artmıştır. Geleneksel yöntem kullanımı ise 1988-2018 yılları arasında % 32'den % 21'e gerilemiştir. Ülkemizde geleneksel yöntemlerin kullanımındaki düşüş, modern yöntemlerin kullanımındaki artıştan fazla olduğundan, gebeliği önleyici yöntem kullanmayanların oranı, 2013-2018 yılları arasında % 27'den %30'a artmıştır (14).

## **2.6. Aile Planlaması Danışmanlığı**

Danışmanlık, bireyin karar vermesine yardımcı olmak için, ilgili konuda uzmanlaşmış kişiler tarafından yönlendirici olmadan aydınlatılmasıdır (2).

Gebelik önleyici yöntem seçimi karmaşık bir karardır. Sağlık çalışanları, bilgilerin sağlanmasında ve kontraseptif danışmanlık yoluyla hastaların kontraseptif yöntemler hakkında karar vermelerinin desteklenmesinde önemli bir role sahiptir. Danışmanlar kadın ve erkeklerin, doğurganlıkları ve kontraseptif kullanımları hakkında tercihlerine ve üreme hedeflerine uygun bilinçli kararlar vermelerini destekleyerek, arzu ettikleri üreme sonuçlarına ulaşmalarına yardımcı olmayı amaçlamaktadır (18).

İyi bir danışmanlık hizmeti; öykü almayı, kontrendikasyonları incelemeyi, bir kontrasepsiyon yöntemine karar vermeyi veya reçete etmeyi ve bireyin cinsel davranışı, üreme sağlığı riski, sosyal koşullar ve ilgili inanç sistemleri kapsamında daha geniş anlamda kontraseptif seçimi ve uyumunu keşfetmeyi içermelidir. Sağlık çalışanları, çok çeşitli doğum kontrol seçenekleri ve bunların potansiyel kontraseptif olmayan faydaları hakkında da bilgi vermeli ve en doğru yöntem seçiminde kadınlara ve eşlerine yardımcı olmalıdır. Yöntem seçiminden sonra eşler doğum kontrol yönteminin doğru kullanımı konusunda bilgilendirilmelidir. Danışmanlık, cinsel işlev bozukluğu, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, maruziyet sonrası profilaksi, Hepatit B ve insan papilloma virüsü aşılması için uygun tavsiyeleri de içermelidir (19).

### **Danışmanlık Çeşitleri:**

**1. Genel Danışmanlık:** Bireye yöntem seçmeden önce ilk başvurusunda yapılan danışmanlıktır. Üreme sistemleri ile ilgili genel bilgiler verilir. Aile planlaması

yöntemlerinin hepsi ayrıntılı şekilde anlatılır. Birey görüşmenin sonunda kullanım şekli, yan etki, maliyet açısından kendisine en uygun olan korunma yöntemini seçer.

**2. Yönteme Özel Danışmanlık:** Bu danışmanlıkta bireyin daha önceden seçtiği yöntemle ilgili olarak bilgilendirme yapılır. Doğru bilinen yanlışların düzeltilmesi, seçilen yöntemin özellikleri, kullanım detayları, kullanım sırasındaki olası sorunlar, yan etkiler gibi yöneme devamlılığı etkileyecek konuları içerir.

**3. İzlem Danışmanlığı:** Bir aile planlaması yöntemi kullanan kişinin, kullandığı yöntemin türüne göre belirli zamanlarda olan kontrollerinde yapılan danışmanlıktır. Yöntemlerin yanlış kullanımını engeller ve kullanım devamlılığını sağlar. Olası tedavi edilebilir yan etkiler tedavi edilir, gerekirse sevk edilir. Eksik malzemeler temin edilir. Varsa endişeler giderilir.

Kullanılan aile planlaması yönteminin türüne göre ilk izlem zamanı değişkenlik göstermektedir. Rahim içi araç takılanlar 1 ay sonra, OKS kullananlarda 2-4 hafta sonra, enjektabl kontraseptif kullananlar türüne göre 1 veya 3 ay sonra, implant kullananlar 1 hafta sonra kontrole çağırılmalıdır. 2. İzlemler AP yönteminin türüne ve malzeme ihtiyacına göre değişkenlik göstermektedir ancak senede en az 1 defa her kadına genel muayene yapılmalıdır (2).

## **2.7.Aile Planlaması Yöntemlerinin Sınıflandırılması**

### **2.7.1. Modern Yöntemler**

Hormonal kontraseptif yöntemler

- Kombine oral kontraseptifler
- Kombine enjeksiyonlar
- Kombine cilt bantları (patch)
- Kombine vajinal halka
- Mini haplar
- Progesteron içeren enjeksiyonlar (Depo-provera)

- Deri altı implant

#### Rahim İçi Araçlar

- Bakırlı RİA
- Levonorgestrelli RİA

#### Bariyer Yöntemler

- Erkek kondomu
- Kadın kondomu
- Diyafram
- Spermisit
- Servikal başlık

#### Cerrahi yöntemler

- Tüp ligasyonu
- Vazektomi

#### Doğal aile planlaması yöntemleri

- Emzirme (Laktasyonel amenore)
- Semptotermal yöntem
- Bazal vücut ısısı yöntemi
- Servikal mukus yöntemi
- Servikal palpasyon yöntemi
- Standart günler yöntemi

#### Geleneksel yöntemler

- Geri çekme
- Takvim yöntemi
- Vajinal duş

## 2.7.1.Modern Yöntemler

### 2.7.1.1. Hormonal kontraseptif yöntemler

Kombine (östrojen+progesteron) içeren yöntemler; kombine oral kontraseptifler, kombine enjeksiyonlar (mesigyna), kombine cilt bantları ve kombine vajinal halkadır. Sadece progesteron içerenler ise mini hap, enjeksiyonlar ve deri altı implantlardır.

#### 2.7.1.1.1. Kombine oral kontraseptifler

Oral kontraseptifler, strojen ve progesteron olmak üzere 2 aktif bileşen içerirler. Temel etkilerini ovulasyonu baskılayarak gösterirler. Östrojen ve progesteron yumurtlama için gerekli luteinize edici hormon (LH) artışını baskılar. Progesteron aynı zamanda servikal mukusu kalınlaştırır ve tubal hareketliliği azaltarak sperm için zor bir geçiş oluşturur. Endometriumu inceltirerek implantasyonu engeller. Östrojen hipofizden folikül uyarıcı hormonun (FSH) salınımını baskılayarak dominant folikülün gelişimini engeller ve aynı zamanda progesteronu güçlendirir. Ayrıca endometriumu stabilize ederek adet döngülerinin kontrolünü sağlar ve düzensiz dökülmeleri önleyerek ani kanamaları en aza indirir (20, 21).

Hapa adetin ilk gününde veya adet kanaması başladıktan sonraki ilk pazar günü başlanması önerilir. Böylece gebelik ihtimalini ortadan kaldırmak amaçlanır (20). Hap 21 gün kullanılır. 7 gün ara verilir (21).

Son verilere göre doğum kontrol hapları üreme çağındaki kadınların % 9' u tarafından kullanılmaktadır ve sanayileşmiş ülkelerde en yaygın doğum kontrol yöntemidir. Gelişmekte olan ülkelerde ise en yaygın üçüncü yöntemdir (22). Ülkemizde ise TNSA 2018 verilerine göre doğum kontrol hapi kullanımı % 5'tir ve kullanılan yöntemler arasında 5. Sırada yer almaktadır (14).

#### Olumlu Yönleri

- Adet döngüsünün düzenlenmesi
- Menstrüel kanama miktarında ve süresinde azalma
- Dismenorede azalma

- Premenstrüel sendromda azalma
- Perimenopozal semptomlarda azalma
- Osteoporoz riskinde azalma
- Hirsutizmde azalma (22)
- Aknede azalma (23)
- Over ve endometriyum kanseri riskinde azalma
- Menstrüel migrene bağlı baş ağrılarında azalma (24)
- Romatoid artrit insidansında azalma
- Ektopik gebeliğin önlenmesi
- Meme hastalığında azalma
- Over kisti ve tümörü insidansında azalma (21)

#### Olumsuz Yönleri

- Kilo alımı
- Bulantı
- Adet düzeninde değişiklikler
- Memede hassasiyet veya şişme
- Depresyon veya duyu duru bozuklukları
- Cinsel istekte azalma (25)

#### Kontrendikasyonları

- Kontrolsüz hipertansiyon
- Venöz tromboembolizm (VTE) / pulmoner emboli (PE) öyküsü
- İskemik kalp hastalığı
- Kalp hastalığı, geçirilmiş miyokard enfarktüsü veya inme
- Auralı migren

- Meme kanseri
- Gebelik
- Son dönem diyabet
- Karaciğer hastalığı (26)
- Uzun süren hareketsizlik oluşturacak büyük cerrahi girişimler
- Trombojenik mutasyonlar (Faktör V Leiden, protrombin mutasyonu, Protein S, C, antitrombin eksikliği)
- Mikrovasküler komplikasyonlu diyabet
- Emzirenlerde 6 hafta, emzirmeyenlerde 3 hafta
- >35 yaş >15 adet/gün sigara kullanılması (27)

#### 2.7.1.1.2. Kombine Enjeksiyonlar

Östrojen ve progestogen olarak “östradiol valerate 5 mg + noretisteron enantate 50 mg (Mesigyna) ve “östradiol cypionate 5 mg + medroxyprogesteron asetat 25 mg” (Cyclofem) bulunan iki formu vardır. Ülkemizde yalnızca mesigyna bulunmaktadır. Aylık olarak uygulanır. Her ayın aynı günü uygulanması önerilir (2).

#### 2.7.1.1.3.Kombine Cilt Bantları

Kalça, alt karın, gövde (meme hariç) veya kol gibi bölgelere haftada bir uygulanır. Günlük 20 mikrogram östrojen (etinil estradiol) ve 150 mikrogram progesteron (noretigestromin) salgılar. Üç hafta kullanılıp bir hafta ara verilir. Yöntem başarısızlık oranı % 0,6' dır. Cilt reaksiyonları, meme semptomları ve dismenore yan etkileri arasındadır (28).

#### 2.7.1.1.4. Kombine Vajinal Halka

Esnek, şeffaf etilen vinil asetatından yapılmıştır. Dış çap, 5,4 cm'dir. Günlük 120 µg progesteron (etonogestrel) ve 15 µg östrojen (etinil estradiol) salgılayarak yumurtlamayı baskılar. Serviks veya vajina üzerinde olumsuz bir etkisi yoktur. Halka

doğrudan vajinaya yerleştirilir. 3 hafta kalır ve 4. hafta çıkarılır. Bir haftalık aralıkta menstruasyon gerçekleşir ve ardından yeni bir halka yerleştirilir (28).

#### 2.7.1.1.5. Mini Hap

Mini hap, sadece progestin içeren bir kontraseptif yöntemdir. 1960'dan beri doğum kontrolü için mevcuttur. Gebelik önleyici etkilerini esas olarak ovulasyonu baskılayarak gösterirler. İkincil etki ise servikal mukusun kalınlaşmasıyla sperm canlılığının ve geçişinin engellenmesidir. Ayrıca endometriyal incelme ve atrofiye de neden olur (29).

Ülkemizde desogestrel 75 mg içeren Cerazatta 28 lik tablet bulunmaktadır (27). Adet döngüsünün 1-5. günleri arasında başlanır. Maksimum etkinlik için her gün aynı saatte alınmalıdır ve gecikmeler günde 3 saati aşmamalıdır. Mükemmel kullanımda başarısızlık oranı % 0,5 iken tipik kullanımda % 3-% 5'tir (29).

Olumlu Yönleri: Hap kesildikten sonra doğurganlık hemen geri döner. Östrojen kullanması endike olmayan, 35 yaş üstü sigara içen kadınlarda uygundur. Emzirme döneminde kullanılabilir. KOK lara kıyasla daha az kontrendikasyonlara sahiptir (30). Yalnızca progestin içeren haplar venöz tromboembolik olaylar, inme ve miyokard enfarktüsü riskini artırmaz (31).

Yan Etkileri: En sık görülen yan etkisi düzensiz kanamadır (31). Adet düzensizliği, lekelenme, ara kanamalar, amenore görülür (30). Over kistleri, baş ağrısı, mide bulantısı, baş dönmesi, meme hassasiyeti ve ruh hali değişimlerine neden olabilir (29).

Kontrendikasyonları: Hamilelik ve meme kanseridir (27).

#### 2.7.1.1.6. Progesteron İçeren Enjeksiyonlar

İçinde yalnızca progesteron bulunan iki değişik tip enjekte edilen kontraseptif vardır: Medroksiprogesteron asetat (DMPA) ve noretisteron enantat (NET-EN) (32). Depo medroksiprogesteron asetat (DMPA), uzun süreli kontrasepsiyon için intramüsküler enjeksiyonla uygulanır. Medroksiprogesteron asetatın (MPA) bu oldukça etkili enjekte edilebilir formu, progesteron kistan yavaşça salındığı için uzun bir etki süresine

sahiptir. MPA, 150 mg'lık bir enjeksiyondan 30 dakika sonra serumda tespit edilir. Serum konsantrasyonları kadınlar arasında değişir, ancak genellikle yaklaşık üç ay boyunca 1.0 ng / mL'de plato olur, ardından kademeli bir düşüş olur (33). Serum MPA seviyeleri 0.1 ng / ml'nin altına düşene veya DMPA uygulamasından yaklaşık 7-9 ay sonra saptanamaz hale gelene kadar yumurtlama inhibisyonu devam eder (34). Bu yüzden doğurganlığın geri dönüşü genellikle birkaç ay gecikir. NET-EN Noristerat olarak bilinir (32). Noristerat 200 mg Norethisteron enantate (NET-EN) içerir (35).

DMPA için her 3 ayda bir, NET-EN için 2 ayda bir yeniden enjeksiyon yapmak gerekir. Enjeksiyonlar durdurulduktan sonra doğurganlığın geri dönüşü ise DMPA için ortalama 4 ay, NET-EN için 1 aydır (32).

Enjeksiyonların en önemli yan etkisi; adet düzensizlikleridir. Kullanımın ilk yılında ara kanamalar ve kanama fazlalığı görülürken, sürekli kullanımda kanama azalır ve amenore yaygın hale gelir. Uzun süreli DMPA kullanımı adet kan kaybını azaltır, kandidal vulvovajinit ve pelvik inflamatuvar hastalık insidansında azalma ile ilişkilendirilmiştir ve endometriyal kanser riskini önemli ölçüde düşürür (36).

Progesteron içeren enjeksiyonların etkinliği ilk yılda sadece bu yöntemi kullanan her 100 kadında yaklaşık % 96'dır. Kadınlara zamanında enjeksiyon yapıldığında, ilk yılda 100 kadında 1'den az gebelik görülmüştür (1000 kadında 2) (32).

#### 2.7.1.1.7. Deri Altı İmplant

İmplantlar, kan dolaşımına sürekli olarak çok düşük miktarda progesteron salgılayan uzun etkili, geri dönüşümlü yalnızca progesteron içeren bir doğum kontrol yöntemidir (37). İmplantlar, deri altına yerleştirilen 4 cm uzunluğunda ve 2 mm çapında tek bir çubuktan oluşurlar. 68 mg etonogestrel içerirler. Etonogestrel, desogestrel hormonunun aktif bir metabolitidir. Kontrollü hormon salımıyla 3 yıldan fazla koruma sağlarlar (38). Ülkemizde 2002 senesinden beri İmplanon uygulanmaktadır [36].

İmplantlar cinsel ilişkiyi olumsuz etkilemez ve çıkarıldıktan sonra doğurganlığa dönüş gecikmez veya olumsuz etkilenmez (37). Üst iç kol derisinin altına lokal anestezi altında yerleştirilir (37). İmplant yerleştirmeye bağlı komplikasyonlar (% 1,0) nadirdir

(38). En sık görülen yan etkiler; adet düzeninde değişiklikler ve amenoredir. Diğer yan etkiler ise gastrointestinal problemler, baş ağrılarını, meme ağrısı ve vajinittir [39].

İmplantın birincil etki mekanizması; ovulasyonun baskılanmasıdır. Ek olarak servikal mukusu kalınlaştırıp endometriumu incelterek de kontraseptif etki sağlar. İmplantlar geri dönüşümlü ve oldukça etkili yöntemlerdir. Tipik kullanım sonucu gebelik oranı % 0,05'tir (38).

#### 2.7.1.2. Rahim İçi Araçlar

Rahim içi araç (RİA) , en çok kullanılan ve en uygun maliyetli geri dönüşümlü doğum kontrol yöntemidir (39). Ülkemizde RIA, geri çekme ve erkek kondomundan sonra 3. en sık kullanılan aile planlaması yöntemidir (14). ( %14-TNSA 2018 )

Dünyada iki çeşit RIA bulunmaktadır: (2)

1. Bakırlı RİA'lar: TCu 380A, Multiload, Nova T

2. Hormonlu RİA'lar: Gövdesinde progesteron bulunan Progestasert ve levonorgestrel bulunan LevoNova ile Mirena

Ülkemizde bakırlı RİA'lardan TCu 380A, Multiload, Nova T. Hormonlu RIA'lardan Mirena kullanılmaktadır (2).

RİA'nın Etki Mekanizması:

Bakırlı RİA, kontraseptif etkisini bakır iyonlarının çözünmesi yoluyla gösterir. Bu da endometriyum seviyesinde sperm öldürücü, steril bir inflamatuvar yanıt ve sperm hareketliliğini azaltan bakırdan zengin servikal mukus oluşturur (39).

LNG-RIA, levonorgestrel (Mirena'da toplam 52 mg) içeren merkezi bir rezervuara sahip bir polietilen çerçeveden oluşur. Yerleştirmeden hemen sonra, LNG-RIA yaklaşık 20 µg/gün LNG salgılar ve bu da RİA'nın ömrü boyunca yavaş yavaş azalır. LNG'nin kontraseptif etkisi, endometriyum ve servikal mukus kalınlaşması üzerindeki anti-proliferatif etkiler yoluyla olur (39).

## Etkinlik

Bakırlı RIA: İlk yıl boyunca RIA kullanan 100 kadında 1'den az gebelik tespit edilmiştir. ( RIA'yı mükemmel kullanan her 1000 kadında 6 ve yaygın olarak kullanıldığı şekliyle 1000 kadında 8'dir ). TCu-380A'nın 12 yıl boyunca etkili olduğu bulunmuştur. TCu-380A, 10 yıla kadar kullanımı uygundur (32).

LNG-RIA: İlk yıl boyunca LNG-RIA kullanan 100 kadında 1'den az gebelik tespit edilmiştir (1000 kadında 2). Mirena, 5 yıla kadar kullanımı uygundur (32).

## Uygulama Zamanı

Bakırlı RIA, kadının gebe olmadığından emin olunan herhangi bir zamanda yerleştirilebilir. Ayrıca acil bir kontraseptif olarak korunmasız cinsel ilişkiden sonraki 5 gün içinde yerleştirilebilir (40).

LNG-RIA, menstrual siklusun ilk 7 günü içinde yerleştirilebilir. Ayrıca hamile olmadığı bilinen herhangi bir günde de yerleştirilebilir. Fakat 7 gün ilave bir yöntem ile kullanılmalı veya ilişkiye girilmemelidir (2).

### 2.7.1.3. Bariyer yöntemler

#### 2.7.1.3.1. Erkek Kondomu

Kondomlar lateks kauçuk, doğal membranlar veya sentetik materyalden yapılır. Çoğunluğu doğal kauçuk lateksten üretilmiştir. Lateks kondomların alerji riski yüksek olup, lateks duyarlılığı veya alerjisi olan kişilerde kontrendikedir. Doğal zar içerenler kuzuların bağırsak çekumundan yapılır. Bu kondomlarla her türlü kayganlaştırıcı kullanılabilirken, doğal membran kondomları hepatit B virüsü, herpes simpleks virüsü ve HIV dahil olmak üzere virüslerin geçişine izin verebilecek küçük gözenekler içerir (41, 42). Sentetik materyal içerenlerde poliüretan ve poliizopren gibi malzemeler kullanılır. Genellikle alerjen değildir, bu yüzden alerjisi olan veya latekse duyarlı kişiler için tercih edilebilir (43).

Kondom, sperm ile doğrudan teması önleyerek bariyer görevi görür. Genital lezyonlarla, vajinal veya anal akıntılarla teması engeller (44). Gonore, klamidy,

trikomonas, hepatit B enfeksiyonu ve HIV dahil olmak üzere esas olarak penil üretra yoluyla bulaşan CYBE riskini büyük ölçüde azaltır. Kondomlar ayrıca, enfekte yüzeyler prezervatifle kaplandığından, deri veya mukozal yüzeyler (örneğin, herpes simpleks virüsü, sifiliz, şankroid ve HPV ve ilişkili hastalıklar) yoluyla bulaşan CYBE riskini de azaltmaktadır (41, 42, 45-48).

Kondom etkinliği, kullanıcının bilgi, beceri ve deneyimine bağlıdır (44). Doğru kullanım sonrası istenmeyen gebeliklerden korunma oranı % 97, doğru kullanılmadığında ise % 86'dır (2).

#### Kondomun Avantajları

- Kondomlar, doğurganlığı bozmayan, eş-bağımlı, geri dönüşümlü bir doğum kontrol yöntemidir.
- CYBE' lere karşı koruma sağlar.
- Ucuzdur ve kolay bulunur. Marketlerde ve eczaneler gibi pek çok yerden kolaylıkla temin edilebilir.
- Reçete ve tıbbi izlem gerektirmez.
- Erken boşalmanın önlenmesine yardımcı olabilir
- Kullanımı cinsel birleşmeyle sınırlı olduğu için minimum yan etkiye sahiptir.

#### Kondomun Dezavantajları

- Bazı çiftlerde duyarlılığı azaltabilir.
- Cinsel ilişkiyi kesintiye uğratabilir.
- Bazı erkeklerde ereksiyonu güçleştirir.
- Lateks materyal yırtılabilir ya da sıyrılabılır (49-51).

#### 2.7.1.3.2. Kadın Kondomu

Kadın kondomu, vajina içine serviksi örtecek şekilde yerleştirilen kapalı bir dış halka, vajinayı kaplayan bir orta kılıf ve vajinanın dışında kalan açık bir iç halkadan oluşur. Kondomlar doğal kauçuk lateks, nitril (sentetik bir lateks) ve poliüretandan yapılmıştır

(52). Spermin rahim içine geçişini engelleyerek gebeliğe karşı koruma sağlar. Genital teması önleyerek de cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara karşı korur (2).

#### Avantajları

- Doğurganlığı engellemeyen ve reçetesiz temin edilebilen, koital bağımlı, geri dönüşümlü bir doğum kontrol yöntemidir.
- Koital bağımlı olduğundan yan etki riski azdır.
- CYBE'lere karşı koruma sağlar ve eşleri erkek kondomunu kullanamayan veya kullanmak istemeyen risk altındaki kadınlara bir seçenek sunar. Dış genital bölgeyi erkek kondomuna göre daha geniş kaplar ve bu nedenle deri lezyonları veya dökülme yoluyla bulaşan enfeksiyonlara karşı daha iyi koruma sağlar.
- Dış halka ile klitorisi uyararak cinsel uyarılmayı artırabilir (53).

#### Dezavantajları

- Kadınlar takıp çıkarırken sorun yaşayabilirler.
- Kondomu doğru yerleştirebilmek için kadının kendi anatomisini bilmesi gerekir.
- Kadın kondomları erkek kondomuna göre daha pahalıdır (2).

#### 2.7.1.3.3. Diyafram

Diyafram, esnek kenarlı, yumuşak kubbe şeklinde bir kaptan oluşan, yeniden kullanılabilir bir kadın doğum kontrol yöntemidir (54). Diyaframlar doğal kauçuk, kauçuk lateks veya silikon kauçuktan yapılmıştır. 50 mm ile 105 mm arasında değişen çaplarda olabilirler. İlişkiden sonra en az 6 saat kalmalıdır ve 30 saate kadar kullanılabilir (55). Tüm diyaframlar, sperm öldürücü köpük, jel veya krem ile kullanılmak üzere tasarlanmıştır (54).

Spermilerin geçişini önlemek için serviksi kapatacak şekilde yerleştirilerek gebeliği önleyici etkisini gösterir (55). Diyafram uygun kullanımda % 94 oranında başarılıyken, uygun kullanılmadığında başarısı % 80'e inmektedir (2).

#### 2.7.1.3.4. Servikal başlık

Servikal başlık, rahim ağzını kapatarak gebeliği engelleyen vajinal bariyer kontraseptif yöntemdir. Spermisit için bir rezervuar görevi görür Servikal kapak diyaframdan daha küçüktür ve 72 saate kadar kullanılabilir. Geri dönüşümlü bir yöntemdir. Doğum kontrolü herhangi bir zamanda durdurulabilir ve eş katılımı gerektirmez. Hormonal kontrasepsiyon için kontrendikasyonları olan kadınlar için uygun bir seçenektir (55).

#### 2.7.1.3.5. Spermisit

Spermisitler, vajinadaki spermleri öldürerek veya inaktive ederek döllemeyi önleyen kimyasal ajanlardır (56). Aktif bileşen olarak nonoksinol-9 içerir. Köpük, jöle, krem, eriyen fitil, köpüren fitil, köpüren tablet ve çözünür film gibi türleri bulunur. Yaygın olarak prezervatif, diyafram, sünger ve servikal başlık gibi bariyer kontraseptiflerle birlikte kullanılırlar. Kullanıcıların, cinsel birleşmeden 0 ila 30 dakika önce spermisitleri yerleştirmeleri önerilir. Bazı jöleler, kremler ve köpükler sekiz saate kadar koruyabilirken, tabletler ve fitiller yalnızca bir saat etkili olabilir (57).

Spermisitler reçetesiz olarak satılır ve genellikle hormonal kontraseptiflerden daha ucuzdur. Sistemik absorpsiyon oluşmaz. Bu ürünlerin kullanımı basittir ve kadının kontrolü altındadır (57).

Spermisitler, sitotoksin görevi görür ve vajinal ve servikal epitelyuma zarar verebilir. Sık kullanım vajinal florayı değiştirebilir (57). İdrar yolu enfeksiyonu (İYE) riskini artırır (58).

#### 2.7.1.4. Cerrahi Yöntemler

##### 2.7.1.4.1. Tüp ligasyonu

Uzun etkili, geri dönüşümsüz bir doğum kontrol yöntemidir (59). Dölleme ve implantasyon için yumurtanın overden uterusu hareketini önleyen, fallop tüplerinin cerrahi olarak kapatılmasıdır. İşlem genel veya lokal anestezi altında yapılabilir. Vajinal veya sezaryen doğumun hemen ardından yapılabilir (60).

Tüp ligasyonu, en etkili korunma yöntemlerinden birisidir. Başarısızlık riski % 0,1'dir (2). Kalıcı doğum kontrol yöntemleri dünya çapında tahmini 220 milyon çift tarafından kullanılmaktadır ve genellikle rahatlık, kullanım kolaylığı ve yan etkilerin olmaması nedeniyle seçilmektedir (61). 2018 TNSA verilerine göre Türkiye'de evli kadınların % 10'u tarafından kontraseptif yöntem olarak tüp ligasyonu tercih edilmektedir (14).

#### 2.7.1.4.2. Vazektomi

Geri dönüşsüz, kalıcı bir cerrahi sterilizasyon yöntemidir (59). Vaz deferensler kapatılarak spermilerin meni sıvısına karışmasının engellendiği bir cerrahi girişimdir (2). Tüp ligasyonu ile karşılaştırıldığında vazektomi genellikle daha güvenli, daha etkili, daha ucuz ve lokal anestezi altında yapılabilen daha az invaziv bir cerrahi işlemdir (59). Vazektomi hemen etkili bir yöntem değildir. Semen analizi 3 ay ve en az 20 ejakülasyondan sonra yapılmalıdır. Bir çift bu doğum kontrol yöntemine ancak semen analizinde azospermi doğrulandıktan sonra güvenebilir. Erkeklerin yaklaşık % 0,4'ünde vazektomiden 6 ay sonra semen analizinde kalıcı hareketli spermatozoa bulunmaktadır. Azospermi doğrulandıktan sonra, vazektominin başarısızlık oranının ilk yıl içinde % 0.15 olduğu tahmin edilmektedir (61).

2004 yılında dünya çapında yaklaşık 43 milyon erkeğe vazektomi yapılmıştır (62). 2002'de Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) yarım milyondan fazla vazektomi yapıldığı bilinmektedir (63). 2002'de ABD'de toplanan veriler vazektominin 15-44 yaş arası erkeklerin yüzde 5,7'si tarafından kullanıldığını ve prezervatif, oral kontraseptifler ve tüp ligasyonundan sonra en sık kullanılan dördüncü kontraseptif yöntem olduğunu göstermiştir (64). Ülkemizde ise vazektomi konusunda bilgi yetersizliğinden ötürü kullanımı azdır. Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması (TNSA) 2003 verilerine göre vazektomiyi kullanma oranı % 0,1'dir (65).

#### 2.7.1.5. Doğal Yöntemler

Doğal aile planlaması; bir kadının kendi doğurganlık döneminin bilincini kullanarak, doğurganlık belirtilerini takip etmesi ve bu dönemde cinsel ilişkiden kaçınarak gebeliğin oluşmasını engellemesidir (66). Modern kontraseptiflerin popülerliğine rağmen, doğurganlık bilincine dayalı yöntemler ve geri çekme dahil doğal aile

planlaması yöntemleri çoğu ülkede uygulanmaktadır. Dünya çapında doğurganlık bilincine dayalı yöntemler ve geri çekme, üreme çağındaki tüm çiftlerin sırasıyla yaklaşık % 3,6 ve % 2,9'u tarafından kullanılmaktadır (67)

#### 2.7.1.5.1. Laktasyonel Amenore (Emzirme)

Laktasyonel amenore yöntemi, amenoreik olan ve doğumdan sonra altı aya kadar ek beslenme veya göğüs pompası kullanmayan bir kadın tarafından emzirmenin eğitim sonrası bir doğum kontrol yöntemi olarak kullanılmasıdır. Emzirmenin, GnRH'nin hipotalamustan ve dolayısıyla hipofizden LH'nın pulsatil salınım modelini bozarak normal yumurtlama döngülerinin yeniden başlamasını geciktirdiği düşünülmektedir (68, 69).

Bebeğin tam veya tama yakın anne sütüyle beslenmesi, bebeğin 6 aydan küçük olması ve annenin hala adet görmemiş olması emzirmenin başarısını etkileyen temel kriterlerdir (70). Laktasyonel amenore için yapılan kontrollü ve kontrolsüz çalışmalarda istenmeyen gebelik oranı bu yöntemi kullanan 1000 kadında 4,5 ila 75 arasında tespit edilmiştir (69).

#### 2.7.1.5.2. Standart Günler Yöntemi

Siklus uzunluğu 26 ila 32 gün arasında olan kadınlar için 8 ve 19. günler arasında 12 günlük bir doğurganlık dönemi belirleyen basitleştirilmiş bir takvim yöntemidir. Bu dönemde ilişkiden kaçınılmalıdır (71).

#### 2.7.1.5.3. Servikal Mukus Yöntemi

Billing ovulasyon yöntemi ve iki gün yöntemi, servikal mukus yönteminin örnekleridir. Billings yumurtlama yöntemi; servikal salgıların miktarındaki veya kıvamındaki döngüsel değişiklikleri gözlemleyerek doğurgan dönemin başlangıcının ve sonunun belirlenmesidir. Ovulasyon öncesinde servikal mukus artar, berrak, oldukça kaygan ve esnek hale gelir. Mukusun artış gösterdiği bu günlerde ilişkiden kaçınılarak gebelik engellenmeye çalışılır.

İki gün yöntemi ise, servikal sekresyonların varlığına ya da yokluğuna dayanan bir yöntemdir. kadının kendini incelemesi ve iki soru sorması gerekir: “Bugün servikal mukus var mı?” ve "Dün servikal mukusum var mıydı?" Her iki soruya da "hayır" cevabını verebiliyorsa, korunmasız cinsel ilişki için güvenli kabul edilir (67).

#### 2.7.1.5.4. Servikal palpasyon

Kendi kendine palpasyonla serviksteki değişikliklerin belirlendiği yöntemdir. Östrojen ve progesteron, servikste değişikliklere neden olur. Menstruasyondan sonra serviksin seviyesi düşük ve kapalıdır. Ovulasyon öncesi östrojen seviyeleri arttıkça serviks yükselir, yumuşar ve serviks açılır. Ovulasyondan sonra ise artan progesteronun etkisiyle serviks alçalır, sertleşir ve kapanır. Serviks her gün aynı saatte aynı pozisyonda kontrol edilmelidir. Düşük, sert ve kapalı bir serviks, infertil zamanı gösterir. Yüksek, yumuşak ve açık bir serviks ise fertil zamanı gösterir (72, 73).

#### 2.7.1.5.5. Bazal Vücut Isısı Yöntemi

Ovulasyonu takiben progesteronun etkisiyle vücut sıcaklığında 0.3 °C lik bir artış gözlenir (73). Sabahın erken saatlerinde her gün aynı saatte ölçülen vücut sıcaklığının en az 0,2 °C üzerinde bir artış, yumurtlamanın meydana geldiğini gösterir. Bu artış arka arkaya üç gün boyunca izlenir ve bu günlerin sonunda doğurganlık döneminin bittiği kabul edilir. Bazal vücut ısısı çizelgesi fertil dönemin başlangıcını tanımlamadığından, kullanımı sınırlıdır. Hamilelik isteyen çiftlerin, bir sonraki doğurgan dönemi tahmin edebilmesi için geçmiş verileri kullanması gerekir (71).

#### 2.7.1.5.6. Semptotermal Yöntem

Semptotermal yöntem, servikal mukus ve bazal vücut ısısı yöntemlerinin birleşimini içerir ve serviksin pozisyonu, meme hassasiyeti, sırt ağrısı, karın ağrısı veya adetler arası kanama gibi diğer yumurtlama belirtilerini de içerebilir (67). Bu yöntem doğurganlığı arttırmak veya bastırmak için bazal sıcaklık eğrisini diğer doğurganlık belirtileriyle birleştirir. Etkinliği, doğru kayıt tutma, gözlem, danışmanlık ve çiftin cinsel davranışlarını değiştirme istekliliği ile ilişkilidir (74).

Semptotermal yöntem, çift kontrol prensibine göre doğurganlık döneminin başlangıcını ve sonunu belirlemeye çalışır. Doğurganlık döneminin başlangıcını belirlemek için, hangisi ilk önce gelirse; bazal vücut ısısı yükselmesi veya bol, berrak, esnek servikal mukus kullanılır (67)

## **2.7.2. Geleneksel Yöntemler**

### **2.7.2.1. Geri Çekme (Koitus Interruptus)**

Geri çekme, hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde kullanılan geleneksel bir kontraseptif yöntemdir (75). Kontrasepsiyon amaçlı uygulanacak en kolay ve en uygun maliyetli yöntem olması nedeniyle oldukça tercih edilmektedir. Geri çekme, gebeliği önlemek için penisin ejakülasyondan hemen önce vajinadan ve kadının dış genital bölgesinden uzaklaştırılması uygulamasıdır. Bu yöntemin amacı, spermin vajinaya girmesini engellemektir (76). Ancak bu yöntemin başarısızlık oranları yüksektir ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara karşı koruma sağlamaz çünkü ön ejakülat, partneri enfekte edebilecek viral partiküller veya bakteriler içerebilir (59, 77).

Dünya çapında, doğurganlık çağındaki kadınların % 3'ü birincil kontrasepsiyon yöntemi olarak geri çekmeye güvenmektedir. Farklı bölgelerdeki kullanımı, Afrika kıtasındaki en düşük % 1'den, Batı Asya'daki % 16'ya kadar geniş bir yelpazede değişiklik göstermektedir (77). Ülkemizde ise % 20 oranıyla "15-49 yaş" evli kadınlar arasında kullanılan kontraseptif yöntemler arasında ilk sırada yer almaktadır (TNSA 2018) (14).

### **2.7.2.2. Vajinal Duş**

Cinsel birleşme sonrası spermlerin atıldığı düşüncesiyle vajinanın yıkanmasıdır. Bunun kontraseptif bir etkisi yoktur, çünkü spermler saniyeler içerisinde servikal mukusa geçebilir (35).

Vajinal duş, normal vajinal florayı yok ederek patojenlerin aşırı çoğalmasına neden olur. Ayrıca patojen taşınmasına neden olarak alt genital sistem enfeksiyonlarının rahim ağzının üzerinden rahim, fallop tüpleri veya karın boşluğuna yükselmesine yardımcı olur. Pelvik inflamatuvar hastalık, bakteriyel vajinoz, rahim ağzı kanseri,

düşük doğum ağırlığı, erken doğum, HIV bulaşı, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, ektopik gebelik, tekrarlayan vulvovajinal kandidiyaz ve kısırlık gibi birçok olumsuz sonuçla ilişkilendirilmiştir (78).

### 2.7.2.3. Takvim Yöntemi

Takvim yöntemi, en eski doğal aile planlaması yöntemlerindedir. Geçmiş adet döngülerinin uzunluğu, mevcut döngüdeki doğurgan dönemi tahmin etmek için kullanılır (71). Bir kadının adet döngüsünün en fazla 7 günlük bir periyodu içinde olan bir cinsel ilişki eyleminden gebe kalabileceği kabul edilmektedir (73). Doğurganlık döneminin başlangıcı, önceki altı döngünün en kısasından 18 gün çıkarılarak hesaplanır. Doğurgan dönemin sonu ise, en uzun döngüden 11 gün çıkarılarak hesaplanır. 28 günlük kusursuz bir döngüye sahip bir kadın için takvim yöntemi, 10. günden 17. güne kadar sekiz günlük doğurgan bir dönem öngörür. Döngü uzunluğundaki farklılıklar, tahmini doğurgan dönem uzunluğunu artırır (71).

### **3.GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Amacı**

Çalışmamız Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Pelitköy Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran evli kadınların aile planlaması hakkındaki bilgi, tutum ve davranışlarını değerlendirmeyi amaçlamaktadır.

#### **3.2. Araştırmanın Tipi**

Araştırma kesitsel tipte bir çalışmadır.

#### **3.3 Araştırmanın Evreni**

Araştırmanın evrenini 21.01.2020 - 16.03.2020 tarihleri arasında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Pelitköy Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran 18-49 yaş arası evli kadınlar oluşturmaktadır.

#### **3.4. Araştırmanın Örnekleme**

Örnekleme büyüklüğü Open Epi ile hesaplanmıştır. Literatüre göre gebeliği önleyici yöntem kullanımını %70 oranında kabul edersek ve sonuçların % 95 güvenilirlik aralığında (alfa = 0.05), d = 0.05 örnekleme hatası içerebileceğini kabul ettiğimizde 214 kişiye ihtiyaç duyulmaktadır. 21.01.2020 ile 16.03.2020 tarihleri arasında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Pelitköy Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran 18-49 yaş arası çalışmaya katılmayı kabul eden 231 evli kadın dahil edilmiştir.

#### **3.5.Araştırmanın Veri Kaynaklar**

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay alınarak başlatıldı (EK-2). Araştırmaya gönüllü olarak katılan bireylere ilgili literatür taranarak oluşturulmuş 39 soruluk bir anket formu uygulanmıştır. Anket formu sosyodemografik verileri değerlendiren 10 soru, doğurganlık özelliklerini değerlendiren 10 soru ve ardından aile planlaması hakkında bilgi, tutum ve davranışlarını içeren 19 sorudan oluşmaktadır. Katılımcılara çalışmanın amacı

açıklanarak, çalışmaya katılmaya gönüllü olanlara yüz yüze görüşme tekniğiyle anket formları uygulanmıştır.

### **3.6. Araştırmaya Dâhil Edilme Kriterleri**

21.01.2020 ile 16.03.2020 tarihleri arasında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Pelitköy Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran çalışmaya katılmayı kabul eden 18-49 yaş arası evli kadınlar dahil edilmiştir.

### **3.7. Araştırmadan Çıkarılma Kriterleri**

<18 yaş, >49 yaş, gebe olmak, orta derece ya da şiddetli mental retardasyon tanısı almış olmak, menopozda olmak, Türkçe bilmemek ( yabancı uyruklu )

### **3.8.Etik İzin**

Gerekli etik izin 28.11.2019 tarihinde OMÜ Tıp Fakültesi Etik Kurul Başkanlığı'nın B.30.2.ODM.0.20.08/929 sayılı yazısı ile onaylanarak alınmıştır (EK-2).

### **3.9. İstatistiksel Analiz**

Tüm veriler SPSS 23.0 istatistik programına aktarılarak analiz edilmiştir. Değerlendirme sonuçlarının tanımlayıcı istatistikleri; kategorik değişkenler için sayı (n) ve yüzde (%), sayısal değişkenler için ortalama (ort), standart sapma (ss), minimum (min), maksimum (max) değerler olarak verilmiştir. Bağımsız gruplarda kategorik değişkenlerin analizinde ki-kare testi kullanılmıştır. Ölçümsel verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirilmiştir. Normal dağılıma uymayan verilerin analizinde Mann Whitney U testi kullanılmıştır.  $p < 0,05$  istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

#### 4.BULGULAR

Araştırmamıza Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakóltesi Pelitköy Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran ve çalışmaya katılmayı kabul eden 18-49 yaş arası 231 evli kadın dahil edilmiştir. Araştırma grubunun yaş ortalaması  $36,2 \pm 6,45$  (min: 18-max: 49) idi.

Katılımcıların öğrenim durumları incelendiğinde, % 0,9'u (2 kişi) okur-yazar değilken, % 36,8'i (85 kişi) ilkokul, % 4,8'i (11 kişi) ortaokul, % 21,6'sı (50 kişi) lise, %35,9'u ise (83 kişi) üniversite mezunuydu. Eşlerin öğrenim durumları % 0,4'ü (1 kişi) okur-yazar değil, % 28,1'i (65 kişi) ilkokul mezunu, % 5,6'sı (13 kişi) ortaokul mezunu, %18,6'sı (43kişi) lise mezunu, % 47,2'si (109 kişi) üniversite mezunudur.

Katılımcıların meslek grupları % 58,4'ü ( n=135 ) ev hanımı, % 6,5'i ( n=15) işçi, % 26,4'ü ( n=61 ) memur, % 0,4'ü ( n=1 ) emekli, % 2,6'sı (n=6) işsiz, % 1,3'ü ( n=3) esnaf, % 4,3'ü ( n=10) özel sektördü. Eşlerin meslek grupları ise % 32,9'u (n=76) memur, %27,7'si (n=64) işçi, % 5,2'si (n=12) emekli, % 2,6'sı (n=6) işsiz, % 18,2'si (n=42) esnaf, %13,4'ü (n=31) özel sektördü.

Katılımcıların büyük çoğunluğunun sağlık güvencesi mevcuttu (% 93,5) ve çoğunluğu gelir durumunu orta olarak tanımlıyordu (% 71,9). Katılımcıların bazı tanımlayıcı özellikleri tablo 1' de sunulmuştur.

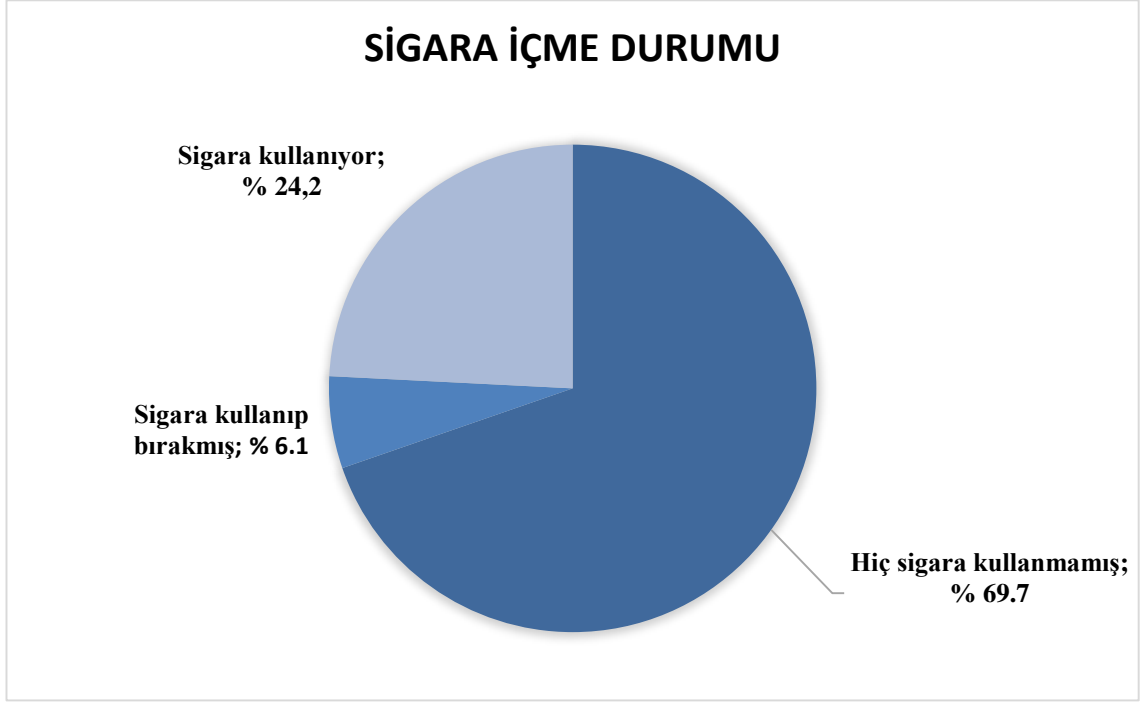
**Tablo 1:** Katılımcıların bazı tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı

Özellikler		n	%
<b>Meslek</b>	Ev hanımı	135	58,4
	İşçi	15	6,5
	Memur	61	26,4
	Emekli	1	0,4
	İşsiz	6	2,6
	Esnaf	3	1,3
	Diğer (özel sektör)	10	4,3
<b>Eş Mesleği</b>	Memur	76	32,9
	İşçi	64	27,7
	Emekli	12	5,2
	İşsiz	6	2,6
	Esnaf	42	18,2
	Diğer (özel sektör)	31	13,4
<b>Gelir Durumu</b>	İyi	49	21,2
	Orta	166	71,9
	Kötü	16	6,9
<b>Sağlık Güvencesi</b>	Var	216	93,5
	Yok	15	6,5
<b>Eğitim Durumu</b>	Lise ve altı	148	64,1
	Üniversite	83	35,9

n: Katılımcı sayısı, %: Satır Yüzdesi

Katılımcıların sigara kullanım durumları incelendiğinde; % 69,7'sinin (n=161) hayatları boyunca hiç sigara içmediği, % 6,1'inin (n=14) sigarayı bıraktığı, % 24,2'sinin (n=56) sigara kullandığı tespit edildi. Sigara kullanan 56 katılımcı

değerlendirildiğinde, günde içilen sigara ortancası 10 adetti (min 1, max 20). İttikleri süre sorgulandıında ortalama  $12,35 \pm 7,61$  yıl (min 2, max 30) süreyle sigara kullandıkları görüldü. Sigarayı bıraktığını söyleyen 14 katılımcıysa ortalama  $6,71 \pm 4,37$  yıl (min 1, max 15) sigara kullanmış olup ortalama  $8,71 \pm 4,59$  yıl (min 2, max 18) önce sigarayı bırakmışlardır. Katılımcıların sigara içme durumları şekil 1’de gösterilmiştir.



**Şekil 1:** Katılımcıların sigara içme durumları

Katılımcıların % 78,4’ünün (n=181) herhangi bir kronik hastalığı yokken, % 21,6’sının (n=50) kronik hastalığı vardı. Katılımcılar arasında en çok tespit edilen kronik hastalıklar; tiroid hastalıkları (% 32,0), HT (% 20,0), psikiyatrik hastalıklardır (% 18,0). Katılımcıların kronik hastalıklarının dağılımı Tablo 2’de gösterilmiştir.

**Tablo 2:** Katılımcıların kronik hastalıklarının dağılımı (n=50)

<b>Kronik Hastalıklar</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Tiroid hastalıkları	16	% 32,0
HT	10	% 20,0
Psikiyatrik hastalıklar	9	% 18,0
DM	5	% 10,0
Nörolojik bozukluk	5	% 10,0
Akciğer hastalığı	4	% 8,0
Kalp hastalığı	3	% 6,0
Böbrek hastalığı	2	% 4,0

Katılımcıların % 81,8'i (n=189) herhangi bir ilaç kullanmazken, % 18,2'si (n=42) ilaç kullanmaktaydı. Katılımcılar arasında en sık kullanılan ilaç levotirondu.

Katılımcıların evlenme yaş ortalamaları  $23,3 \pm 4,2$  (min:14, max:39) idi ve ortalama  $12,98 \pm 7,55$  (min:1 max:30) yıldır evliydimler.

Katılımcılardan AP yöntemi kullananlarda evlilik süresi ortalaması  $13,58 \pm 7,43$  yıl iken kullanmayanlarda  $9,81 \pm 7,49$  yıldır. Ortalama evlilik süresi arttıkça AP yöntemi kullanımını anlamlı olarak artmaktadır (p=0,006) (Tablo 3).

**Tablo 3:** Katılımcıların AP yöntemi kullanma durumları ile evlilik süresi ortalamaları arasındaki ilişki

		<b>n</b>	<b>Ortalama (Ort)</b>	<b>Standart sapma(ss)</b>	<b>min-max</b>	<b>p değeri</b>
<b>AP yöntem kullanma durumu</b>	<b>Evet</b>	194	<b>13,58</b>	<b>7,43</b>	1-30	<b>*</b> <b>0,006</b>
	<b>Hayır</b>	37	9,81	7,49	1-25	

\*Ki-kare testi

Katılımcıların % 10,8'inin (25 kişi) hiç gebeliği yokken, % 89,2'sinin (206 kişi) en az bir gebeliği olmuştur. İlk gebelik yaşı ortalama  $24,15 \pm 4,27$  (min:14, max:36) yıldır.

Kadınların % 12,1'i (28 kişi) hiç doğum yapmamışken, % 87,9'u (203 kişi) en az bir doğum yapmıştır. Düşük yapanların sayısı 54 (% 23,4) tüdür. Katılımcıların % 10,8'i (n=25) daha önce kürtaj olurken, % 89,2'si (n=206) kürtaj olmamıştır. Katılımcıların % 87,9'u (n=203) en az bir çocuğa sahipken, %12,1'inin (n=28) yaşayan çocuğu yoktur. Katılımcıların obstetrik özellikleri tablo 4 'te gösterilmiştir.

**Tablo 4:** Katılımcıların obstetrik özelliklerinin dağılımı

<b>Obstetrik Özellikler</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Gebelik Sayısı</b>		
Gebeliği Olmayan	25	10,8
1 gebelik	34	14,7
2 gebelik	64	27,7
3 gebelik	60	26,0
4 ve üzeri gebelik	48	20,8
<b>Doğum Sayısı</b>		
Doğum Yapmayanlar	28	12,1
1 doğum	45	19,5
2 doğum	82	35,5
3 doğum	56	24,2
4 ve üzeri doğum	20	8,7
<b>Düşük Sayısı</b>		
Yapmayanlar	177	76,6
1 düşük	40	17,3
2 ve daha fazla düşük	14	6,1
<b>Kürtaj Sayısı</b>		
Yapmayanlar	206	89,2
1 kürtaj	18	7,8
2 ve daha fazla kürtaj	7	3,0
<b>Çocuk Sayısı</b>		
Çocuğu yok	28	12,1
1 çocuk	45	19,5
2 çocuk	82	35,5
3 çocuk	58	25,1
4 ve daha fazla çocuk	18	7,8

Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre gebelik sayısı karşılaştırmaları Tablo 5'de görülmektedir. Gelir durumu iyi olanlarda gebelik sayısı ortancası 2, orta-kötü olanlarda 3 olarak saptanmıştır. Gelir seviyesi arttıkça gebelik sayısı anlamlı olarak azalmaktadır (p=0,002). Üniversite mezunlarında gebelik sayısı ortancası 2, lise ve altı mezunlarda gebelik sayısı ortancası 3'tür. Eğitim seviyesi arttıkça gebelik sayısı

anlamli olarak azalmaktadir ( $p<0,001$ ). Ev hanimlarinda gebelik sayisi ortancasi 3 iken, diger meslek gruplarinda 2 olarak bulunmüstür. Ev hanimlarinda gebelik sayisinin anlamli olarak arttiğı görölmektedir ( $p<0,001$ ). Sigara kullanımı ( $p=0,430$ ), kronik hastalik ( $p=0,308$ ) ve sağlık güvencesiyle ( $p=0,626$ ) gebelik sayisi arasında anlamli bir farklılık bulunamamıştır.

**Tablo 5:** Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre gebelik sayısı karşılaştırmaları

		Median	Min	Max	p
Sağlık güvencesi	Var	3	1	7	* 0,626
	Yok	3	1	5	
Gelir durumu	İyi	2	1	6	* <b>0,002</b>
	Orta-kötü	3	1	7	
Kronik hastalık	Var	3	1	7	* 0,308
	Yok	3	1	5	
Öğrenim durumu	Lise ve altı	3	1	7	* <b>&lt;0,001</b>
	Üniversite	2	1	5	
Meslek	Ev hanımı	3	1	7	* <b>&lt;0,001</b>
	Diger**	2	1	6	
Sigara	İçiyorum	3	1	6	* 0,430
	İçmiyorum	2	1	7	

\*Mann-Whitney U    \*\*Diger: işçi, memur, emekli, işsiz, esnaf, özel sektör

Kadınlaraın % 64,1'inin (n=132) son gebeliği planlı iken, % 35,9'sinin (n=74) planlı değildi. En az iki gebeliği olan 172 kadın arasında son 2 gebelik arası süre ortalaması  $4,10\pm 3,06$  (min:1, max:20) yıldır. Katılımcılara "Sizce kadın sağlığı açısından 2 gebelik arasındaki süre en az kaç yıl olmalıdır?" diye sorulduğunda 69 kişi (% 29,9) 3 yıl cevabını vermiştir. Ortalama olarak ise  $3,65\pm 1,27$  (min:1, max:9) yıl cevabı verilmiştir.

Katılımcıların "Aile planlaması nedir?" sorusuna verdikleri cevaplar arasında ilk sırada % 78,3 (181 kişi) ile "Çiftlerin ekonomik anlamda bakabileceği kadar çocuğa

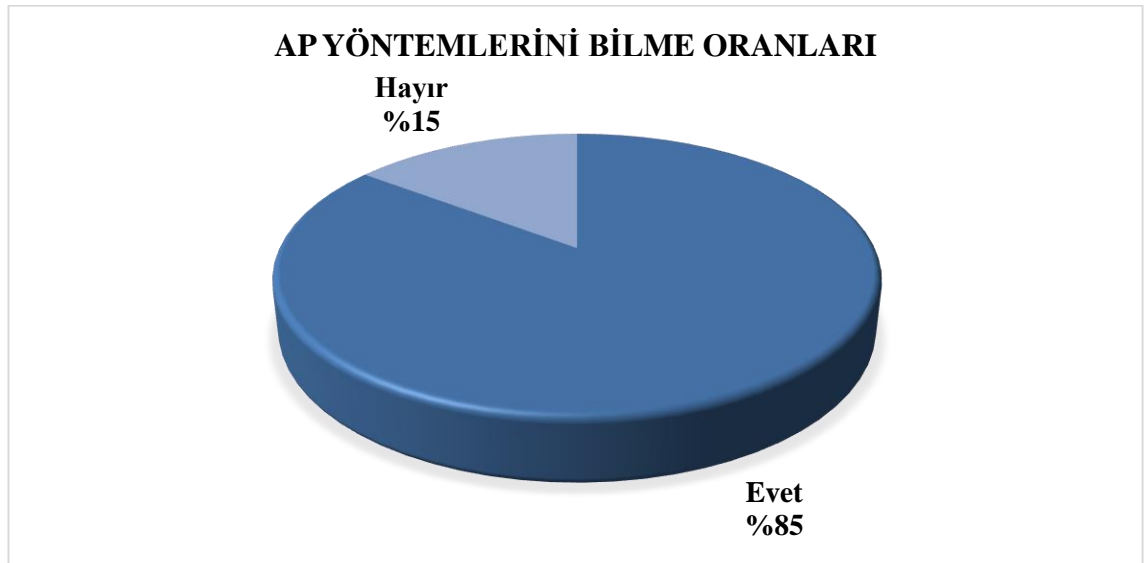
sahip olmasıdır.” vardı. Katılımcıların “Aile planlaması nedir?” sorusuna çoktan seçmeli olarak verdikleri cevaplar Tablo 6’da gösterilmiştir.

**Tablo 6:** “Aile planlaması nedir?” sorusuna verilen cevapların dağılımı (n=231)

	<b>n</b>	<b>%</b>
Çiftlerin ekonomik anlamda bakabileceği kadar çocuğa sahip olmasıdır	181	78,3
Çiftlerin kontrollü bir cinsel hayata sahip olmasıdır.	134	58,0
Çiftlerin istediği zamanda çocuk sahibi olmasıdır.	131	56,7
İstenmeyen gebeliklerin önlenmesidir.	123	53,2
Çiftlerin istediği sayıda çocuk sahibi olmasıdır.	123	53,2
Fikrim yok	7	3,0

\*Kişiler birden fazla cevap vermiştir

Katılımcıların % 85,3’ünün (n=197) aile planlaması yöntemleri hakkında bilgisi vardı. Katılımcıların aile planlaması yöntemlerini bilme oranları şekil 2’de sunulmuştur.



**Şekil 2:** Katılımcıların aile planlaması yöntemlerini bilme oranları

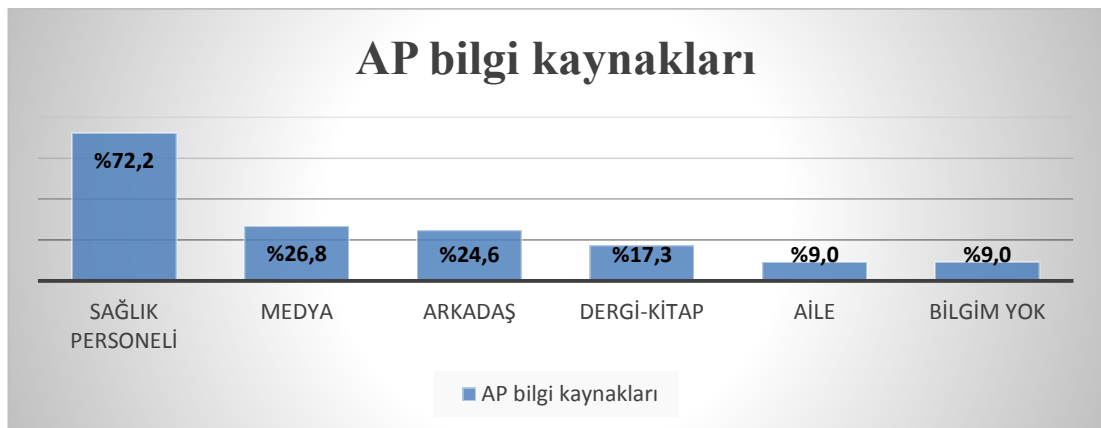
Katılımcıların bildikleri AP yöntemleri incelendiğinde en çok bilinen yöntemler %76,2 (n=176) doğum kontrol hapı, % 74,9 (n=173) kadında tüplerin bağlanması, %71,4 (n=165) RIA, % 68,4 (n=158) erkek kondomu, % 67,0 (n=155) geri çekme idi (Tablo 7).

**Tablo 7:** Katılımcıların bildikleri AP yöntemlerinin dağılımı (n=231)

Bilinen AP Yöntemler	n	%
Doğum Kontrol Hapı	176	76,2
Kadında tüplerin bağlanması	173	74,9
RIA/Spiral	165	71,4
Erkek kondomu	158	68,4
Geri Çekme	155	67,0
Aylık/3 aylık iğneler	107	46,3
Erkeğin kanallarının bağlanması	94	40,7
Takvim Yöntemi	75	32,4
Deri altı implant	68	29,4
Emzirme	67	29,0
Kadın kondomu	66	28,6
Vajinal Duş	50	21,6
Vajinal Halka	41	17,74
Spermisit	32	13,8
Servikal Mukus Yöntemi	29	12,5

\*Kişiler birden fazla cevap vermiştir

Katılımcılara AP yöntemleri ile ilgili bilgiyi nereden aldıkları sorulduğunda %72,2'si (n=167) sağlık personeli , % 26,8'i (n=62) medya, % 24,6'sı (n=57) arkadaş, %17,3'ü (n=40) dergi-kitap, % 9,0'ı (n=21) aile, % 9,0'ı (n=21) bilgim yok cevabını vermiştir (Şekil 3).



\*Kişiler birden fazla cevap vermiştir

**Şekil 3:** Katılımcıların AP yöntemleriyle ilgili bilgi kaynakları

Katılımcıların şu anda AP yöntemi kullanma durumlarına bakıldığında; % 84,0'ı (n=194) herhangi bir AP yöntemi kullanmakta iken, % 16,0'ı (n=37) kullanmamaktadır. Kullanılmakta olan yöntemler sırasıyla; % 25,7 (n=50) kondom, % 24,2 (n=47) geri çekme, % 24,2 (n=47) tüp ligasyonu, % 17,0 (n=33) RIA, % 8,7 (n=17) hap, % 0,5 (n=1) takvim yöntemidir. Kadınların % 99,5'i kullandığı yöntemden memnun ve % 94,0'ı kullandığı yöntemi etkili olarak değerlendirmektedir (Tablo 8).

**Tablo 8:** Katılımcıların şuanda AP yöntemi kullanma durumlarının dağılımı

	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Halen Yöntem Kullanma Durumu (n=231)</b>		
Evet	194	84
Hayır	37	16
<b>Şuanda Kullanılmakta Olan Yöntemler* (n=194)</b>		
Kondom	50	25,7
Geri Çekme	47	24,2
Tüp ligasyonu	47	24,2
RIA	33	17,0
Hap	17	8,7
Takvim Yöntemi	1	0,5
<b>Yöntemden Memnun Olma Durumu (n=194)</b>		
Evet	193	99,5
Hayır	1	0,5
<b>Yöntemi Etkili Bulma Durumu (n=194)</b>		
Evet	182	94,0
Hayır	12	6,0

\*Aynı anda birden fazla yöntem kullanan vardır

Katılımcıların bazı sosyodemografik özelliklerine göre AP yöntemi kullanma durumlarının karşılaştırılması tablo 9'da verilmiştir. Lise ve altında eğitim görmüş olanlarda (p=0,020) ve gelir durumu orta-kötü olanlarda (p=0,041) AP yöntemi kullanımı anlamlı olarak artmıştır. AP yöntemi kullanma durumuyla meslek (p=0,133), sağlık güvencesi (p=0,07), kronik hastalık (p=0,831), ilaç kullanımı (p=1,000), sigara kullanımı (p=0,301) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktaydı.

**Tablo 9:** Katılımcıların bazı sosyodemografik özelliklerine göre AP yöntemi kullanma durumlarının karşılaştırılması

AP yöntemi kullanma durumu		Evet	Hayır	Toplam	p
		n %	n %	n %	
Meslek	Ev hanımı	118	17	135	* 0,133
		87,4	12,6	100	
	Diğer**	76	20	96	
		79,2	20,8	100	
Eğitim durumu	Lise ve altı	<b>131</b>	17	148	* <b>0,020</b>
		<b>88,5</b>	11,5	100	
	Üniversite	63	20	83	
		75,9	24,1	100	
Gelir durumu	İyi	36	13	49	* <b>0,041</b>
		73,5	26,5	100	
	Orta-kötü	<b>158</b>	24	182	
		<b>86,8</b>	13,2	100	
Sağlık güvencesi	Var	184	32	216	* 0,07
		85,2	14,8	100	
	Yok	10	5	15	
		66,7	33,3	100	
Kronik hastalık	Var	41	9	50	* 0,831
		82	18	100	
	Yok	153	28	181	
		84,5	15,5	100	
İlaç kullanımı	Var	35	7	42	* 1,000
		83,3	16,7	100	
	Yok	159	30	189	
		84,1	15,9	100	
Sigara kullanımı	Var	50	6	56	* 0,301
		89,3	10,7	100	
	Yok	144	31	175	
		82,3	17,7	100	

\*ki-kare \*\*Diğer: işçi, memur, emekli, işsiz, esnaf, özel sektör

Katılımcılardan gebeliği olanlarda (p=0,002), doğum yapanlarda (p<0,001) ve çocuğu olanlarda (p<0,001) AP yöntemi kullanımı anlamlı olarak fazladır. Düşük (p=1,000) ve kürtaşı (p=0,143) olanlardaysa AP yöntemi kullanımı açısından anlamlı farklılık yoktur (Tablo 10).

**Tablo 10:** Katılımcıların bazı doğurganlık özellikleri ile AP yöntemi kullanma durumlarının karşılaştırılması

AP yöntemi kullanma durumu		Evet	Hayır	Toplam	p
		n %	n %	n %	
Gebelik	Evet	179	27	206	* 0,002
		86,9	13,1	100	
	Hayır	15	10	25	
		60	40	100	
Doğum	Evet	178	25	203	* <0,001
		87,7	12,3	100	
	Hayır	16	12	28	
		57,1	42,9	100	
Çocuk	Evet	178	25	203	* <0,001
		87,7	12,3	100	
	Hayır	16	12	28	
		57,1	42,9	100	
Düşük	Evet	45	9	54	* 1,000
		83,3	16,7	100	
	Hayır	149	28	117	
		84,2	15,8	100	
Kürtaj	Evet	24	1	25	* 0,143
		96	4	100	
	Hayır	170	36	206	
		82,5	17,5	100	

\*ki-kare

Katılımcılardan üniversite mezunlarının % 44,4'ü, lise ve altı mezunların % 16,8'i kondom kullanmaktadır. Eğitim seviyesi arttıkça kondom kullanımı anlamlı olarak artmaktadır (p<0,001). Ev hanımlarında kondom kullanımı % 17,8 iken, diğer meslek gruplarında % 38,2'dir. Diğer meslek gruplarında ev hanımlarına göre kondom kullanımının anlamlı olarak arttığı görülmektedir (p=0,003). Gelir durumu iyi olanların % 44,4'ü, orta-kötü olanların % 21,5'i kondom kullanmaktadır. Bu yüzdesel farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,009) (Tablo 11). Kondom kullanımıyla sigara (p=0,603), sağlık güvencesi (p=1,000), kronik hastalık (p=0,437) ve ilaç kullanımı (p=0,838) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır.

**Tablo 11:** Kadınların bazı sosyodemografik özelliklerine göre kondom kullanımı

Kondom kullanımı		Evet	Hayır	Toplam	p
		n %	n %	n %	
Meslek	Ev hanımı	21	97	118	* 0,003
		17,8	82,2	100	
	Diğer**	29	47	76	
		38,2	61,8	100	
Eğitim durumu	Lise ve altı	22	109	131	* <0,001
		16,8	83,2	100	
	Üniversite	28	35	63	
		44,4	55,6	100	
Gelir durumu	İyi	16	20	36	* 0,009
		44,4	55,6	100	
	Orta-kötü	34	124	158	
		21,5	78,5	100	

\*ki-kare \*\* Diğer: işçi, memur, emekli, işsiz, esnaf, özel sektör

Kondom kullanan kadınların yaşı (p=0,011), evlilik süresi (p=0,001), gebelik sayısı (p<0,001), doğum sayısı (p<0,001) ve çocuk sayısı (p<0,001) anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur (Tablo 12).

**Tablo 12:** Kadınların bazı doğurganlık özelliklerine göre kondom kullanım durumlarının dağılımı

Doğurganlık özellikleri	Kondom kullanımı	median	min	max	p
Yaş	Evet	34	23	49	* 0,011
	Hayır	37,5	23	49	
Evlilik süresi	Evet	10	1	28	* 0,001
	Hayır	14,5	1	30	
Gebelik sayısı	Evet	2	1	6	* <0,001
	Hayır	3	1	7	
Doğum sayısı	Evet	2	1	4	* <0,001
	Hayır	2	1	5	
Çocuk sayısı	Evet	2	1	4	* <0,001
	Hayır	2	1	5	

\* Mann-Whitney U

Katılımcılardan RIA kullanımıyla meslek (p=0,867), eğitim durumu (p=0,930), sigara (p=0,998), gelir durumu (p=0,853), sağlık güvencesi (p=1,000), kronik hastalık (p=0,806) ve ilaç kullanımı (p=0,442) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanamamıştır.

RIA kullanan kadınların yaşı (p=0,954), evlilik süresi (p=0,831), gebelik sayısı (p=0,763), doğum sayısı (p=0,957) ve çocuk sayısı (p=0,948) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur.

Katılımcılardan üniversite mezunlarında (p=0,001) ve diğer meslek gruplarında (p=0,002) hap kullanımı anlamlı olarak artmıştır (Tablo 13). Hap kullanımıyla sigara kullanımı (p=0,247), gelir durumu (p=0,322), sağlık güvencesi (p=0,605), kronik hastalık (p=0,130) ve ilaç kullanımı (p=0,318) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur.

**Tablo 13:** Kadınların bazı sosyodemografik özelliklerine göre hap kullanımı

Hap kullanımı		Evet	Hayır	Toplam	p
		n %	n %	n %	
Meslek	Ev hanımı	4	114	118	* 0,002
		3,4	96,6	100	
	Diğer**	13	63	76	
		17,1	82,9	100	
Eğitim durumu	Lise ve altı	5	126	131	* 0,001
		3,8	96,2	100	
	Üniversite	12	51	63	
		19,0	81,0	100	

\*ki-kare \*\*Diğer: işçi, memur, emekli, işsiz, esnaf, özel sektör

Kadınların yaşı (p<0,001) ve evlilik süresi (p<0,001) azaldıkça hap kullanımının anlamlı olarak arttığı görülmektedir. Gebelik sayısı (p=0,229), doğum sayısı (p=0,059) ve çocuk sayısı (p=0,060) arasında anlamlı bir farklılık yoktur (Tablo 14).

**Tablo 14:** Kadınların bazı doğurganlık özelliklerine göre hap kullanımı

Doğurganlık özellikleri	Hap kullanımı	median	min	max	p
Yaş	Evet	2	1	4	* <0,001
	Hayır	2	1	5	
Evlilik süresi	Evet	3	1	14	* <0,001
	Hayır	14	1	30	
Gebelik sayısı	Evet	2	1	5	* 0,229
	Hayır	3	1	7	
Doğum sayısı	Evet	2	1	3	* 0,059
	Hayır	2	1	5	
Çocuk sayısı	Evet	2	1	3	* 0,060
	Hayır	2	1	5	

\* Mann-Whitney U

Katılımcılardan lise ve altında eğitim görmüş olanların % 29,8'i, üniversitede eğitim görmüş olanların % 12,7'si geri çekme kullanmaktaydı. Eğitim seviyesi arttıkça geri çekme kullanımının anlamlı olarak azaldığı görülmektedir (p=0,016) (Tablo 15). Geri çekme kullanımıyla meslek (p=0,092), gelir durumu (p=0,069), sigara kullanımı (p=0,361), sağlık güvencesi (p=1,000), kronik hastalık (p=0,069) ve ilaç kullanımı (p=0,083) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

**Tablo 15:** Kadınların bazı sosyodemografik özelliklerine göre geri çekme kullanımı

Geri çekme kullanımı		Evet	Hayır	Toplam	p
		n Yüzde	n Yüzde	n Yüzde	
Eğitim durumu	Lise ve altı	39	92	131	* 0,016
		29,8	70,2	100	
	Üniversite	8	55	63	
		12,7	87,3	100	

\*ki-kare testi

Kadınların gebelik sayısı (p=0,044), doğum sayısı (p=0,035) ve çocuk sayısı (p=0,040) arttıkça geri çekme kullanımı anlamlı olarak azalmaktadır. Yaş (p=0,973) ve evlilik süresi (p=0,721) arasında anlamlı bir farklılık yoktur (Tablo 16).

**Tablo 16:** Kadınların bazı doğurganlık özelliklerine göre geri çekme kullanımı

Doğurganlık özellikleri	Geri çekme kullanımı	median	min	max	p
Yaş	Evet	36	23	49	* 0,973
	Hayır	37	23	49	
Evlilik süresi	Evet	14	3	29	* 0,721
	Hayır	14	1	30	
Gebelik sayısı	Evet	2	1	5	* 0,044
	Hayır	3	1	7	
Doğum sayısı	Evet	2	1	4	* 0,035
	Hayır	2	1	5	
Çocuk sayısı	Evet	2	1	4	* 0,040
	Hayır	2	1	5	

\* Mann-Whitney U

Katılımcılardan ev hanımlarında ( $p=0,002$ ) ve lise ve altı eğitim görmüş olanlarda ( $p=0,002$ ) tüp ligasyonu kullanımı anlamlı olarak artmıştır (Tablo 17). Tüp ligasyonu kullanımıyla gelir durumu ( $p=0,069$ ), sigara kullanımı ( $p=0,595$ ), sağlık güvencesi ( $p=0,259$ ), kronik hastalık ( $p=0,143$ ) ve ilaç kullanımı ( $p=0,188$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur.

**Tablo 17:** Kadınların bazı sosyodemografik özelliklerine göre tüp ligasyonu kullanımı

Tüp ligasyonu kullanımı		Evet	Hayır	Toplam	p
		n %	n %	n %	
Meslek	Ev hanımı	38 32,2	80 67,8	118 100	* 0,002
	Diğer**	9 11,8	67 88,2	76 100	
Eğitim durumu	Lise ve altı	41 31,3	90 68,7	131 100	* 0,002
	Üniversite	6 9,5	57 90,5	63 100	

\*ki-kare \*\*Diğer: işçi, memur, emekli, işsiz, esnaf, özel sektör

Kadınların yaşı ( $p<0,001$ ), evlilik süresi ( $p<0,001$ ), gebelik sayısı ( $p<0,001$ ), doğum sayısı ( $p<0,001$ ) ve çocuk sayısı ( $p<0,001$ ) arttıkça tüp ligasyonu kullanımı anlamlı olarak artmıştır (Tablo 18).

**Tablo 18:** Kadınların bazı doğurganlık özelliklerine göre tüp ligasyonu kullanımı

	<b>Tüp ligasyonu kullanımı</b>	<b>median</b>	<b>min</b>	<b>max</b>	<b>p</b>
<b>Yaş</b>	Evet	40	30	<b>49</b>	*
	Hayır	36	23	49	<b>&lt;0,001</b>
<b>Evlilik süresi</b>	Evet	19	8	<b>30</b>	*
	Hayır	11	1	29	<b>&lt;0,001</b>
<b>Gebelik sayısı</b>	Evet	4	2	<b>7</b>	*
	Hayır	2	1	6	<b>&lt;0,001</b>
<b>Doğum sayısı</b>	Evet	3	2	<b>4</b>	*
	Hayır	2	1	5	<b>&lt;0,001</b>
<b>Çocuk sayısı</b>	Evet	3	2	<b>4</b>	*
	Hayır	2	1	5	<b>&lt;0,001</b>

\* Mann-Whitney U

Katılımcıların kullandıkları AP yöntemini tercih etme nedenleri arasında en sık sebepler sırasıyla; % 27,8 (n=54) koruyuculuğunun yüksek olması, % 21,1 (n=41) yan etki azlığıydı. Kadınlar kondomu en sık yan etki azlığı (% 48,0), geri çekmeyi yan etki azlığı (% 31,9) ve eş isteği (% 31,9), hapı koruyuculuğunun yüksek olması (% 31,2) ve doktor önerisi (% 31,2), RIA (% 54,5) ve tüp ligasyonunu (% 46,8) koruyuculuğunun yüksek olması, takvim yöntemini kendi isteğiyle (% 100) tercih etmişlerdir (Tablo 19-20).

**Tablo 19:** Katılımcıların Kullandıkları AP Yöntemini Tercih Etme Nedenleri (n=194)

<b>Yöntemi Tercih Etme Nedeni</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Koruyuculuğun Yüksek Olması	54	27,8
Yan Etki Azlığı	41	21,1
Kendi İsteği	27	13,9
Kullanım Kolaylığı	26	13,4
Eş İsteği	24	12,4
Doktor Önerisi	21	10,9
Ekonomik Olması	1	0,5

**Tablo 20:** Katılımcıların kullandıkları aile planlaması yöntemlerini tercih etme nedenleri

AP yöntemlerini tercih etme nedenleri		Kullanılan AP yöntemleri					
		Kondom	Geri çekme	Hap	RIA	Tüp ligasyonu	Takvim yöntemi
<b>Yan etki azlığı</b>	Sayı Yüzde	<b>24</b> <b>%48</b>	<b>15</b> <b>%31,9</b>	1 %6,3	0 %0	1 %2,1	0 %0
<b>Kullanım kolaylığı</b>	Sayı Yüzde	8 %16	9 %19,2	1 %6,3	6 %18,2	2 %4,3	0 %0
<b>Koruyuculuğun yüksek olması</b>	Sayı Yüzde	6 %12	3 %6,4	<b>5</b> <b>%31,2</b>	<b>18</b> <b>%54,5</b>	<b>22</b> <b>%46,8</b>	0 %0
<b>Ekonomik olması</b>	Sayı Yüzde	0 %0	0 %0	0 %0	1 %3	0 %0	0 %0
<b>Eş isteği</b>	Sayı Yüzde	7 %14	<b>15</b> <b>%31,9</b>	1 %6,3	0 %0	1 %2,1	0 %0
<b>Kendi isteği</b>	Sayı Yüzde	3 %6	5 %10,6	3 %18,7	5 %15,2	10 %21,3	<b>1</b> <b>%100</b>
<b>Doktor önerisi</b>	Sayı Yüzde	2 %4	0 %0	<b>5</b> <b>%31,2</b>	3 %9,1	11 %23,4	0 %0

Aile planlaması yöntemi kullanmakta olan kadınlara “Kullandığınız aile planlaması yöntemine kim karar verdi?” diye sorulduğunda % 63,9’u (n=124) ben ve eşim birlikte, % 23,7’si (n=46) ben, % 8,8’i (n=17) eşim, % 3,6’sı (n=7) sağlık personeli demiştir. Aile planlaması yöntemi kullanmakta olan kadınlar ortalama 7,10±5,71 yıldır (min 1, max 28) aynı yöntemi kullanmaktadır.

Katılımcıların % 16,0’ı (n=37) şuanda herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanmamaktaydı. Yöntem kullanmama sebeplerine sırasıyla bakıldığında; % 46,0’ı (n=17) gebelik istemi, % 24,3’ü (n=9) eşin yanında olmaması, % 10,8’i (n=4) emzirme, % 10,8’i (n=4) yan etki yapması, % 5,4’ü (n=2) eşin istememesi, % 2,7’si (n=1) diğer sebeplerle yöntem kullanmamaktaydı (Tablo 21).

**Tablo 21:** Aile planlaması yöntemi kullanmayan kadınların yöntem kullanmama nedenleri (n=37)

AP yöntemi kullanmama nedenleri	n	%
Gebelik istemi	17	46,0
Eşin istememesi	2	5,4
Emzirme	4	10,8
Eşin yanında olmaması	9	24,3
Yan etki yapması	4	10,8
Diğer	1	2,7

Katılımcıların % 46,8'i (n=108) daha önceleri bir aile planlaması yöntemi kullanıp bıraktıklarını belirtmişlerdir. Bırakılan AP yöntemler incelendiğinde; % 50,9'u (n=55) hap, % 36,1'i (n=39) kondom, % 33,3'ü (n=36) RIA, % 25,0'ı (n=27) geri çekme, % 0,9'u (n=1) enjeksiyon kullanmayı bırakmışlardır. Kadınların daha önce en uzun süreli kullandıkları aile planlaması yöntemleri sırasıyla; % 32,4 (n=35) hap, % 25,9 (n=28) RIA, % 22,2 (n=24) kondom, % 19,5 (n=21) geri çekmeydi. Kadınların % 29,6'sı (n=32) yan etki, % 25,0'ı (n=27) gebelik istemi, % 12,0'ı (n=13) yeterince koruyucu olmaması, % 9,3'ü (n=10) gebe kalma, % 7,4'ü (n=8) kullanım zorluğu, % 5,6'sı (n=6) eşin istememesi, % 5,6'sı (n=6) doktor önerisi, % 3,7'si (n=4) sağlık sorunu, % 1,8'i (n=2) diğer sebeplerle kullandıkları yöntemi bırakmışlardır (Tablo 22).

**Tablo 22:** Geçmişte kullanılan AP yöntemleri ve bırakma nedenleri

	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Geçmişte AP Yöntemi Bırakma Durumu</b>	108	46,8
Evet	123	53,2
Hayır		
<b>Bırakılan AP Yöntemleri (n=108)</b>		
Kondom	39	36,1
Enjeksiyon	1	0,9
RIA	36	33,3
Hap	<b>55</b>	<b>50,9</b>
Geri çekme	27	25,0
<b>Geçmişte en uzun süreli kullanılan yöntemler (n=108)</b>		
Hap	<b>35</b>	<b>32,4</b>
RIA	28	25,9
Kondom	24	22,2
Geri çekme	21	19,5
<b>AP yöntemi bırakma nedenleri (n=108)</b>		
Yan etki	<b>32</b>	<b>29,6</b>
Sağlık sorunu	4	3,7
Yeterince koruyucu olmaması	13	12,0
Gebe kalma	10	9,3
Eşin istememesi	6	5,6
Gebelik istemi	<b>27</b>	<b>25,0</b>
Kullanım zorluğu	8	7,4
Doktor önerisi	6	5,6
Diğer	2	1,8

Katılımcıların AP yöntemlerini bırakma nedenleri; kondom kullananlarda en sık gebelik istemi (% 37,5,n=9), geri çekme kullananlarda en sık yeterince koruyucu olmaması (% 47,7 , n=10), hap (% 45,7 , n=16) ve RIA (% 57,2 , n=16) kullananlarda ise en sık yan etkidir (Tablo 23).

**Tablo 23:** Katılımcıların AP yöntemlerini bırakma nedenleri

AP yöntemi bırakma nedenleri		Kullanılan AP yöntemleri			
		Kondom	Geri çekme	Hap	RIA
<b>Yan etki</b>	n %	0 %0	0 %0	<b>16</b> <b>%45,7</b>	<b>16</b> <b>%57,2</b>
<b>Sağlık sorunu</b>	n %	0 %0	0 %0	1 %2,9	3 %10,7
<b>Yeterince koruyucu olmaması</b>	n %	3 %12,5	<b>10</b> <b>%47,7</b>	0 %0	0 %
<b>Gebe kalma</b>	n %	2 %8,3	4 %19,0	2 %5,7	2 %7,1
<b>Eşin istememesi</b>	n %	4 %16,7	2 %9,5	0 %	0 %0
<b>Gebelik istemi</b>	n %	<b>9</b> <b>%37,5</b>	5 %23,8	10 %28,6	3 %10,7
<b>Kullanım zorluğu</b>	n %	4 %16,7	0 %0	3 %8,5	1 %3,6
<b>Doktor önerisi</b>	n %	2 %8,3	0 %0	2 %5,7	2 %7,1
<b>Diğer</b>	n %	0 %0	0 %0	1 %2,9	1 %3,6

Katılımcıların RIA ve hapi en sık bırakma nedenleri yan etkilerdir. Hapı bırakmalarına neden olan en sık sebep; depresyonken, RIA'yı bırakmalarına neden olan en sık sebep; kanama fazlalığıdır (Tablo 24).

**Tablo 24:** Katılımcıların AP yöntemlerini bırakmalarına neden olan yan etkiler

Yan etki	n	%
<b>HAP</b>		
Tüülenme	1	7,7
Gör	1	7,7
Kilo alma	2	15,4
Depresyon	<b>3</b>	<b>23,0</b>
Karın ağrısı	1	7,7
Baş ağrısı	1	7,7
Alerji	1	7,7
Ödem	1	7,7
Ara kanama	1	7,7
Adet düzensizliği	1	7,7
<b>RIA</b>		
Kanama fazlalığı	<b>12</b>	<b>80,0</b>
Enfeksiyon	1	6,66
Kilo alma	1	6,66
Ağrı	1	6,66

Araştırmaya katılan kadınların % 33,3'ünün (n=77) istemediği halde en az bir gebeliği olmuştur ve % 61,0'ı (n=47) bu sırada herhangi bir korunma yöntemi kullanmaktadır. İstemsiz gebelik sırasında en sık kullanılan yöntemler ise % 62,3 (n=28) geri çekme ve % 17,8 (n=8) kondomdur. Bu istemsiz gebeliklerin % 72,7'si (n=56) doğum, % 14,3'ü (n=11) kürtaj, % 13,0'ı (n=10) kendiliğinden düşükle sonuçlanmıştır (Tablo 25).

**Tablo 25:** Katılımcıların istemsiz gebelik ve korunma durumları ile sonuçları

	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>İstemediği halde gebelik durumu</b>		
Evet	77	33,3
Hayır	154	66,7
<b>Ap yöntemi kullanma durumu</b>		
Evet	47	61,0
Hayır	30	39,0
<b>Kullanılan AP yöntemleri</b>		
Emzirme	1	2,2
Geri çekme	<b>28</b>	<b>62,3</b>
Oks	5	11,1
Kondom	<b>8</b>	<b>17,8</b>
Ria	1	2,2
Takvim yöntemi	1	2,2
Tüp ligasyonu	1	2,2

Katılımcılar arasında istemediği halde gebe kalanların yaşı (p=0,002), gebelik sayısı (p<0,001), doğum sayısı (p<0,001) ve çocuk sayısının (p<0,001) anlamlı olarak fazla olduğu görülmektedir. İstemediği halde gebe kalınması ile düşük (p=0,626) ve kürtaj sayısı (p=0,246) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur (Tablo 26).

**Tablo 26:** İstemediği halde gebe kalma durumu ile yaş, gebelik sayısı, doğum sayısı, çocuk sayısı, düşük ve kürtaj sayısı karşılaştırmaları

	<b>İstemediği halde gebe kalma</b>	<b>median</b>	<b>min</b>	<b>max</b>	<b>p</b>
<b>Yaş</b>	Evet	<b>38</b>	<b>25</b>	<b>49</b>	*
	Hayır	36	18	49	<b>0,002</b>
<b>Gebelik sayısı</b>	Evet	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>6</b>	*
	Hayır	2	1	7	<b>&lt;0,001</b>
<b>Doğum sayısı</b>	Evet	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	*
	Hayır	2	1	4	<b>&lt;0,001</b>
<b>Düşük sayısı</b>	Evet	1	1	3	*
	Hayır	1	1	4	0,626
<b>Kürtaj sayısı</b>	Evet	1	1	2	*
	Hayır	1	1	2	0,246
<b>Çocuk sayısı</b>	Evet	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	*
	Hayır	2	1	4	<b>&lt;0,001</b>

\*Mann-Whitney U

İstemediği halde gebe kalma durumu ile ilgili bazı karşılaştırmalar Tablo 27’de görülmektedir. Ev hanımlarında istemsiz gebelik oranı %41,5 iken, diğer meslek gruplarında %21,9’dur. Ev hanımlarında istemsiz gebeliklerin anlamlı olarak arttığı saptanmıştır (p=0,003). Eğitim seviyesi (p<0,001) ve gelir düzeyi (p=0,046) yükseldikçe istenmeyen gebelik oranının anlamlı olarak azaldığı görülmektedir. İstemediği halde gebe kalma ile sağlık güvencesi (p=0,101) ve şuan korunma yöntemi kullanma (p=0,145) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır.

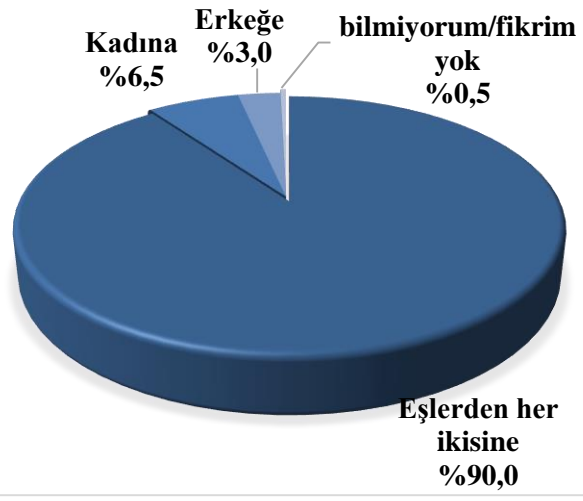
**Tablo 27:** İstemediği halde gebe kalma durumu ile sosyodemografik özellikler ve AP yöntemi kullanımının karşılaştırılması

		İstemediği halde gebe kalma durumu			P
		Evet	Hayır	Toplam	
		n %	n %	n %	
Meslek	Ev hanımı	56	79	135	* 0,003
		41,5	58,5	100	
	Diğer**	21	75	96	
		21,9	78,1	100	
Eğitim durumu	Lise ve altı	62	86	148	* <0,001
		41,9	58,1	100	
	Üniversite	15	68	83	
		18,1	81,9	100	
Gelir durumu	İyi	10	39	49	* 0,046
		20,4	79,6	100	
	Orta-kötü	67	115	182	
		36,8	63,2	100	
Sağlık güvencesi	Evet	71	145	216	* 0,101
		32,9	67,1	100	
	Hayır	6	9	15	
		40,0	60,0	100	
Şuanda korunma durumu	Evet	69	125	194	* 0,145
		35,6	64,4	100	
	Hayır	8	29	37	
		21,6	78,4	100	

\*ki-kare \*\*işçi, memur, emekli, işsiz, esnaf, özel sektör

Araştırmaya katılan kadınlara “Sizce aile planlaması sorumluluğu kime aittir?” diye sorulduğunda % 90,0’i (n=208) eşlerden her ikisine, % 6,5’i (n=15) kadına, % 3,0’i (n=7) erkeğe, % 0,5’i (n=1) bilmiyorum/fikrim yok cevabını vermiştir (Şekil 4).

## AİLE PLANLAMASI SORUMLULUĞU



Şekil 4: Katılımcıların aile planlaması sorumluluğuyla ilgili fikirleri

## 5.TARTIŞMA

Araştırmamıza çalışmaya katılmayı kabul eden 18-49 yaş arası 231 evli kadın dahil edilmiştir. Katılımcı kadınların yaş ortalaması  $36,2 \pm 6,45$  (min: 18-max: 49) yıldır. Alpsalaz'ın (79) 18-49 yaş grubu evli kadınlarla yaptığı çalışmada da katılımcıların yaş ortalaması benzer şekilde  $35,71 \pm 7,63$  bulunmuştur. Çayan'ın (80) Edirne'de yaptığı çalışmada yaş ortalaması  $33,52 \pm 7,82$  tespit edilmiştir. Tokuç ve arkadaşlarının (81) çalışmalarında kadınların yaş ortalaması  $32,5 \pm 7,3$  yıldır. Öner'in (82) Erzurum'da yaptığı çalışmada katılımcıların yaş ortalamasının  $31,76 \pm 7,08$  olduğu görülmüştür.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA 2018) (14) verilerine bakıldığında kadınların % 9'u ilkokulu bitirmemiş, % 29'u ilkokul, % 20'si ortaokul, % 41'i lise ve üzeri mezundur. Erenel ve ark. (83) yaptığı çalışmada katılımcıların % 23,5'inin ilköğretim, % 33,5'inin, % 43,0'ünün ise üniversite mezunu olduğu saptanmıştır. Öztaş ve ark. (84) yaptığı çalışmada kadınların % 1,5'i okur-yazar değilken, % 61,5'i ilköğretim lise mezunu, % 37,5'i lisans ve yüksek lisans/doktora mezunu olduğu görülmüştür. Çalışmamızda ise katılımcıların % 0,9'u okur-yazar değil, % 36,8'i ilkokul, % 4,8'i ortaokul, % 21,6'sı lise, % 35,9'u ise üniversite mezunuydu. Katılımcıların meslek grupları % 58,4'ü ev hanımı, % 6,5'i işçi, % 26,4'ü memur, % 0,4'ü emekli, % 2,6'sı (n=6) işsiz, % 1,3'ü esnaf, % 4,3'ü özel sektördü. Mayda ve ark. (85) Düzce'de yaptıkları çalışmada katılımcıların % 61,4'ü ev hanımı, % 12,6'sı öğretmen, % 11,0'ı memur, % 7,1'i öğrenci ve % 3,9'u işçidir. Tanrıverdi ve Ark (86) Çanakkale'de yapmış oldukları çalışmada kadınların % 66,5'i ev hanımı, % 15,8'i memur, % 6,0'ı işçi, % 6,5'i esnaf, % 5,2'si diğer (çiftçi, öğrenci, partime çalışan) sektörlerde çalışmaktaydı. Eğitim ve meslek oranlarındaki bu farklılıklar, verilerin toplum genelini değil, aile sağlığı merkezimize başvuran hastalarımızın profilini yansıtmasından kaynaklanmaktadır. Wullifan ve ark yaptıkları çalışmada, kadının eğitimi ve mesleki statüsünün AP ihtiyacının kolayca karşılanıp karşılanamayacağını etkileyen ek önemli faktörler olarak tanımlamışlardır. Kadınların eğitime ve istihdama yapılan yatırımların, aile planlamasına geçişte artışa ve dolayısıyla karşılanmamış ihtiyaçta azalmaya katkıda bulunabileceğini ortaya koymuşlardır (87).

Çalışmamızda kadınların % 69,7'si hayatları boyunca hiç sigara içmemiş, % 6,1'i sigarayı bırakmış, % 24,2'si halen sigara kullanmaktadır. Tunç'un (88) çalışmasında katılımcıların % 65,8'inin hayatları boyunca hiç sigara kullanmadığı, % 10,2'sinin sigarayı bıraktığı, % 24,0'ının sigara kullandığı saptanmıştır. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) sağlık istatistikleri 2019 verilerinde tütün kullanım sıklığı kadınlarda % 14,9, daha önce kullanıp bırakanlar % 7,2, hiç kullanmayanlar %74,7 olarak tespit edilmiştir (89). Çalışmamızda sigara kullanım sıklığı TÜİK verilerine göre yüksek bulunmuştur. Hastalarla yapılan görüşmelerde sigara kullanımını sorgulayarak, kullananlara bırakmayı tavsiye edip, bırakmak için gereken danışmanlık ve medikal tedavi gibi destek hizmetlere ulaşmaları konusunda yardımcı olarak bu oranların düşürülebileceğini düşünmekteyiz.

Katılımcıların % 78,4'ünün herhangi bir kronik hastalığı yokken, % 21,6'sının kronik hastalığı vardı. Katılımcılar arasında en çok tespit edilen kronik hastalıklar; tiroid hastalıkları (% 32,0) ve % 20,0 HT'du. Yavuz'un (90) Diyarbakır'da yaptığı çalışmada kadınların % 77,2'sinin herhangi bir rahatsızlığı olmadığı, %22,8'inin ise hastalığı olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızla benzer şekilde en sık görülen kronik hastalık % 3,9 ile guatr, ikinci sırada % 3,3 ile hipertansiyon gelmektedir. Kadınların sağlık problemlerinin olması aile planlaması yöntemlerinin seçimini etkileyebilir.

Katılımcı kadınların ilk evlenme yaşı ortalama  $23,3 \pm 4,2$  yıldır. Dünder ve arkadaşlarının Samsun'da yaptığı çalışmada (91) araştırmamızla benzer şekilde ilk evlenme yaşını ortalama  $22,3 \pm 2,2$  yıl olarak bulmuşlardır. Katılımcılar ortalama  $12,98 \pm 7,55$  yıldır evliydirler. Doğru ve ark. (92) yaptığı çalışmada kadınlar ortalama  $15,91 \pm 9,53$  yıldır evliydi. Çalışmamızda ortalama evlilik süresi arttıkça AP yöntemi kullanımının anlamlı olarak arttığı görülmektedir ( $p=0,006$ ). Dilmen'in (93) adölesan gebelerle yaptığı çalışmada da evlilik süresi arttıkça yöntem kullanımının arttığı saptanmıştır.

Çalışmamızda katılımcıların % 10,8'inin gebeliği yokken, % 14,7'sinin bir, %27,7'sinin iki, % 26,0'ının üç, % 20,8'inin dört ve daha fazla gebeliği vardı. Gebeliği olanların ortalama  $2,71 \pm 1,25$  kez gebeliği olduğu görülmektedir. İlk gebelik yaşı ortalama  $24,15 \pm 4,27$  yıldır. Erol ve ark. (94) çalışmasında kadınların ilk gebelik yaşı

ortalamları  $19,5 \pm 3,3$  iken, gebelik sayısı ortalaması  $4,4 \pm 1,8$  bulunmuştur. % 1,3'ünün bir, % 11,0'ının iki, % 23,2'sinin üç ve % 64,5'inin ise dört ve daha fazla gebeliği vardır. Aktoprak'ın çalışmasında kadınların % 1,8'inin gebeliği yokken, % 29,5'inin bir, % 39,2'sinin iki, % 21,1'inin üç, % 11,4'ünün dört ve daha fazla gebeliği olduğu görülmektedir. Kadınların ortalama gebelik sayısı  $2,26 \pm 1,21$  dir (95).

Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre gebelik sayısı karşılaştırıldığında gelir seviyesi ve eğitim seviyesi arttıkça gebelik sayısının azaldığı görülmektedir. Ev hanımlarında ise gebelik sayısı anlamlı olarak artmıştır. Gökseven ve ark. (96) Hatay'da yaptıkları çalışmada öğrenim ve gelir seviyesi yükseldikçe gebelik sayısının düştüğü tespit edilmiştir. Küçük'ün (97) İzmir'de yaptığı çalışmada eğitim seviyesi arttıkça ortalama gebelik sayısında azalma saptanmıştır. Çalışanlarda ve sağlık güvencesi olanlarda da ortalama gebelik sayısı daha azdır. TNSA 2018 verilerine bakıldığında refah düzeyinin artmasıyla doğurganlık azalmaktadır. Eğitimi olmayan veya ilkokulu bitirmemiş kadınlarda toplam doğurganlık hızı en yüksekken, lise veya üzeri eğitimi olan kadınlarda en düşüktür (14). Literatür verileri de çalışma sonuçlarımızla benzerlik göstermektedir.

Katılımcıların % 12,1'i hiç doğum yapmamışken, % 87,9'u en az bir doğum yapmıştır. Kadınların en yüksek oranda (%35,5) iki doğum yaptıkları görülmektedir. Songur'un çalışmasında kadınların %14,1'i hiç doğum yapmamış, % 85,9'u en az bir doğum yapmıştır. Çalışmamızla benzer şekilde en yüksek oranda (% 28,1) iki doğum yapmışlardır (98). Çalışmamızda katılımcıların % 19,5'inin bir, % 35,5'inin iki, % 25,1'inin üç, % 7,8'inin dört ve daha fazla çocuğu varken, % 12,1'inin yaşayan çocuğu yoktur. Balcıoğlu'nun çalışmasında (99) kadınların % 8,45'inin çocuğu yokken, % 21,11'inin bir çocuğu, %42,99'unun 2 çocuğu, % 27,43'ünün ise 3 ve daha fazla çocuğu vardır. Çalışmamızla benzer şekilde kadınların çoğunluğunun 2 çocuğu olduğu görülmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü (WHO), her sene dünya çapında ortalama 20 milyon kürtaj yapıldığını ve bunların % 95'inin gelişmekte olan ülkelerde olduğunu tahmin etmektedir. Dünyadaki tüm anne ölümlerinin neredeyse % 13'ünü oluşturan, senede ortalama 80.000 anne ölümünün, gebelikle ilgili sekiz ölümden biri olan kürtaj

komplasyonlarına bağlı olduğu sanılmaktadır. Türkiye'de kadınların % 12,4'  en az bir isteyerek düşük yaptırmıştır (100). Gılıç ve ark. alışmasında kadınların % 20,7'si düşük yapmış, % 11,8'i kürtaj olmuştur (101). Kitapçıoğlu ve ark. alışmasında katılımcıların %10,9'u kürtaj olmuştur. Ortalama kürtaj sayısı ise  $1,2 \pm 0,6$  'dır (102). Çalışmamızda ise benzer şekilde kadınların % 23,4 ' en az bir kez düşük yapmıştır ve ortalama düşük sayısı  $1,35 \pm 0,67$ 'dir. Katılımcıların % 10,8'i daha önce kürtaj olurken, % 89,2'si kürtaj olmamıştır. Ortalama kürtaj sayısı  $1,28 \pm 0,45$  dir. Bu veriler daha iyi ve kaliteli aile planlaması danışmanlığı ve hizmetlerinin gerekliliğini göstermektedir.

Araştırmamızda katılımcıların son gebeliğinin planlı olma durumu sorgulandığında kadınların % 35,9'sinin son gebeliği planlı değilken, % 64,1'inin planlıydı. Tekiner ve ark. (103) İnönü Üniversitesi Kadın Doğum Kliniğinde doğum yapan kadınlarla yaptıkları çalışmada gebeliklerin % 38'inin plansız olduğu grlmştur. Gürsan'ın (104) Manisa'da gebe ve lohusalarla yaptığı çalışmada gebelerin % 22,93'ünün, lohusaların % 20,66'sının son gebeliği plansızdır. Ersoy ve ark. (105) Ankara'da gebelerle yaptığı bir çalışmada gebeliklerin % 23,2'sinin plansız olduğu tespit edilmiştir. TNSA 2018 verilerine göre ise gebeliklerin % 26'sı planlı değildi (14). Yapılan ulusal çalışmalar incelendiğinde plansız gebelik oranları çalışmamız ile benzerlik göstermektedir.

Katılımcıların "Aile planlaması nedir?" sorusuna verdikleri cevaplar arasında ilk sırada % 78,3 ile "iftlerin ekonomik anlamda bakabileceği kadar çocuğa sahip olmasıdır." vardı. Gr ve ark. (106) Gaziantep'te yaptıkları çalışmada çalışmamızla benzer şekilde katılımcıların % 61,9'u aile planlamasını bakabileceği sayıda ocuk sahibi olma olarak tanımlamışlardır.

Katılımcıların %85,3'ünün aile planlaması yöntemleri hakkında bilgisi vardı. AP yöntemleri ile ilgili bilgiyi katılımcıların çoğunluğu sağlık personeli (% 72,2), medya (%26,8) ve arkadaşlarından (% 24,6) edinmişti. Erenel ve ark. (83) yaptığı çalışmada da katılımcıların %85,7'si AP yöntemleri ile ilgili bilgisi olduğunu bildirmiştir. Alpsalaz'ın (79) Sivas'ta yaptığı çalışmada katılımcıların % 91,9'unun kontraseptif yöntemler hakkında bilgisi vardır ve % 59,7'si yöntem bilgisini ebe-hemşirelerden

aldıklarını belirtmişlerdir. Kaya'nın (107) İstanbul'da yaptığı çalışmada katılımcıların % 79,2'sinin doktor-ebe-hemşireden, % 9,8'inin TV-internette bilgi sahibi olduğu saptanmıştır. Karabulutlu ve ark. (108) Kars'ta yaptıkları çalışmada katılımcılar en sık ebe, hemşire ve sağlık memurlarından (%71) bilgi almışlardır. Bostancı ve ark. (109) yaptığı çalışmada AP yöntem bilgisini sağlık kuruluşları (% 40,4) ve aile fertlerinden (% 34,5) aldıklarını belirtmişlerdir. Çalışmamızla benzer şekilde kadınlar aile planlaması hakkındaki bilgiye öncelikle sağlık personelinde ulaşmaktadır.

Araştırmaya katılan kadınların % 84,0'ı (n=194) şu anda herhangi bir AP yöntemi kullanmakta iken, % 16,0'ı (n=37) AP yöntemi kullanmamaktadır. Bozkurt ve ark. (110) Ankara'da yaptıkları çalışmada katılımcıların % 74,5'inin AP yöntemi kullandığı saptanmıştır. Kutlu ve ark. (111) Konya da yaptığı bir çalışmada kadınların % 84,9'u AP yöntemi kullanmaktadır. Karaçalı ve ark. (112) Eskişehir'de yaptığı çalışmada AP yöntemi kullanım oranı % 80,3, Çubukçu'nun (113) 2018'de Samsun'da yaptığı çalışmada bu oran % 47,5'tir. TNSA 2018 verilerine göre ise evli kadınların %70'i herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanmaktadır (14). Tehrani ve ark. (114) İran'da yaptığı çalışmada kadınların kontraseptif yöntem kullanma oranı % 60,9'dur. Tilahun ve ark. (115) Etiyopya'da yaptıkları çalışmada kadınların % 43,0'ının AP yöntemi kullandığı tespit edilmiştir. Bibi ve ark. (116) Pakistan'da yaptıkları çalışmada katılımcıların %29,0'ı yöntem kullanmaktadır.

Katılımcıların bazı sosyodemografik özelliklerine göre AP yöntemi kullanma durumlarını karşılaştırdığımızda eğitim seviyesi ve gelir seviyesi azaldıkça AP yöntemi kullanımının anlamlı olarak arttığı görülmektedir. TNSA 2018 (14) verilerine bakıldığında modern yöntem kullanımı eğitim seviyesi arttıkça artmaktadır. Refah seviyesi arttıkça da kullanımın arttığı tespit edilmiştir. Çalışmamızda literatürden farklı olarak eğitim ve gelir seviyesi düşük olanlarda yöntem kullanımı daha fazla bulunmuştur. Bu durumun çalışmamızdaki eğitim ve gelir durumu düşük kadınların gebelik sayısının fazla olmasından dolayı şuanda AP yöntemi kullanımına daha fazla önem veriyor olmalarından kaynaklı olduğunu düşünmekteyiz.

Çalışmamızda kadınlardan gebeliği olanlarda, doğum yapanlarda ve çocuğu olanlarda AP yöntemi kullanımı anlamlı olarak fazla bulunmuştur. Dilmen'in (93) yaptığı

çalışmada da benzer şekilde doğum yapanlarda yöntem kullanımının arttığı saptanmıştır. Yerli'nin (117) Erzurum'da yaptığı çalışmada gebelik ve canlı doğum sayıları arttıkça AP yöntemi kullanma sıklığı artmaktadır. TNSA 2018 (14) verilerinde de çocuk sayısı arttıkça modern yöntem kullanımının arttığı görülmektedir.

Çalışmamızda katılımcıların en çok kullanmakta olduğu yöntemler; kondom (%25,7), geri çekme (% 24,2), tüp ligasyonu (% 24,2) ve RIA (% 17,0) dır. TNSA 2018 verilerine göre ülkemizde en sık kullanılan yöntemler, % 20 geri çekme, % 19 kondom, % 14 RIA ve % 10 tüp ligasyonudur. Dünder ve ark. (91) Samsun'da yaptığı çalışmada en sık kullanılan yöntemler % 39,6 kondom, % 31,7 RIA ve % 11,9 tüp ligasyonudur. Kaya ve ark. (118) Bingöl'de yaptığı çalışmada en sık kullanılan yöntemler geri çekme (% 23,1), RIA (% 21,5), kondom (% 19,8) dur. Aksu ve ark. (119) Aydın'da yaptığı çalışmada ise en sık kondom (% 22,3), RIA (% 21,4) ve hap (% 13,3) kullanılmaktadır. Tehrani'nin (85) İran'da yaptığı çalışmada kadınların % 61,0'mın doğal yöntemler kullandığı saptanmıştır. Kullanılan AP yöntemi sıklıklarındaki bu değişiklikler katılımcıların sosyodemografik özelliklerindeki farklılıklardan kaynaklandığını düşündürmektedir.

Araştırmamızda kontraseptif yöntem tercihi kadının yaşına göre değişmektedir. Katılımcıların yaşı azaldıkça kondom ve hap kullanımı anlamlı olarak artarken, yaşı arttıkça tüp ligasyonu kullanımı anlamlı olarak artmıştır. Ercan'ın (120) İstanbul'da yaptığı çalışmada yaş ortalaması azaldıkça kondom, arttıkça tüp ligasyonu kullanımının arttığı görülmüştür. Çalışkan ve ark. (121) yaş ve eğitimin AP yöntemi tercihi üzerine etkisini araştırdıkları çalışmada kondom kullananların 30 yaş altı grupta, hap kullananların 40 yaş altı grupta anlamlı olarak daha fazla kullanıldığı, RIA ve kalıcı yöntemleri (tüp ligasyonu ve vazektomi) tercih edenlerin ise hap ve kondom kullananlara göre daha ileri yaşta olduğu saptanmıştır. Salman'ın 2014'te Isparta'da yaptığı çalışmada da (122) kondomun daha çok genç yaşlarda, RIA ve tüp ligasyonun ise biraz daha ileri yaşlarda kullanıldığı tespit edilmiştir. Sak ve ark. (123) yaptığı çalışmada tüp ligasyonu kullanan kadınların yaş ortalamasının daha fazla olduğu saptanmıştır.

Çalışmamızda üniversite mezunlarında kondom ve hap kullanımı artarken, lise ve altı mezunlarda geri çekme ve tüp ligasyonu kullanımı anlamlı olarak artmaktadır. Yerli'nin (117) Erzurum'da yaptığı çalışmada da benzer şekilde eğitim düzeyi üniversite olan kadınlarda hap ve kondom kullanımı, ortaokul ve altı grupta RİA, tüp ligasyon ve geri çekme yöntemlerinin kullanımı diğer gruplara göre daha yüksek bulunmuştur. Tunç'un (88) 2019'da yaptığı çalışmada üniversite mezunu kadınlarda kondom kullanımının, lise mezunlarında ise OKS kullanımının arttığı görülmüştür. İlkokul ve altı mezunlarda RİA kullanımı ve tüp ligasyonu yöntemi kullanımı artarken, geri çekme yönteminin ise en çok ilkokul mezunları tarafından kullanıldığı tespit edilmiştir. Salman'ın (122) 2014'te yaptığı çalışmada lise ve üstü eğitim alan kadınlarda kondom kullanımını arttığı, ilköğretim mezunu olanlarda ise geri çekme kullanımının arttığı görülmüştür. İnal ve ark. (124) Konya'da yaptığı çalışmada ilkokul eğitimi alan kadınlar çoğunlukla RIA ve geri çekme yöntemini tercih ederken, lise ve üniversite eğitimi alan kadınlar daha çok RİA ve OKS'leri tercih etmişlerdir.

Araştırmamızda katılımcılardan gelir durumu iyi olanlarda, kondom kullanımının anlamlı olarak daha fazla olduğu görülmektedir. Şimşek ve ark. (125) Afyon'da yaptığı çalışmada kadınlar arasında gelir düzeyi yüksek olanlarda kondom, gelir düzeyi düşük olanlarda geri çekme kullanımı daha fazladır. Bostancı ve ark. (109) Elazığ'da yaptığı çalışmada da gelir durumu iyi olanlarda kondom, kötü olanlarda geri çekme kullanımının fazla olduğu bulunmuştur.

Çalışmamızda katılımcıların ortalama evlilik süresi arttıkça AP yöntem kullanımı anlamlı olarak artmaktadır. Kadınlarda evlilik süresi arttıkça tüp ligasyonu kullanımı anlamlı olarak artmakta, kondom kullanımı ve OKS kullanımı anlamlı olarak azalmaktadır. Tunç'un (88) Edirne'de yaptığı çalışmada çalışmamızla benzer şekilde kadınların evlilik süresi arttıkça RİA kullanımı ve tüp ligasyon kullanımı anlamlı olarak artmış, kondom kullanımı ve OKS kullanımı anlamlı olarak azalmıştır. Salman'ın (122) Isparta'da yaptığı çalışmada da kadınların evlilik süreleri arttıkça RİA ve tüp ligasyonu kullanımı artmaktadır.

Araştırmamızda katılımcılardan gebelik sayısı az olanlarda kondom ve geri çekme kullanımı fazlayken, gebelik sayısı fazla olanlarda tüp ligasyonu kullanımı fazladır.

Arviş'in (126) Aydın'da yaptığı çalışmada gebelik sayısı fazla olanlarda, etkili AP yöntemi kullanımı ve AP hizmetlerinden yararlanma az iken hormonal yöntem tercihinin arttığı görülmüştür.

Çalışmamızda kadınların doğum ve çocuk sayısı arttıkça kondom ve geri çekme kullanımı azalırken, tüp ligasyonu kullanımı artmaktadır. Tunç'un (88) çalışmasında da araştırmamızla benzer şekilde doğum ve çocuk sayısı arttıkça kondom ve hap kullanımının azaldığı, RIA ve tüp ligasyonu kullanımının arttığı görülmektedir. Kadınlar çocuk sayısı arttıkça koruyuculuğu yüksek ve uzun etkili yöntemlere yönelmektedirler.

Katılımcıların kullandıkları AP yöntemini tercih etme nedenleri arasında en sık sebepler sırasıyla; % 27,8 koruyuculuğunun yüksek olması, % 21,1 yan etki azlığıydı. Kadınlar kondomu en sık yan etki azlığı (% 48), geri çekmeyi yan etki azlığı (% 31,9) ve eş isteği (% 31,9), hapı koruyuculuğunun yüksek olması (% 31,2) ve doktor önerisi (%31,2), RIA (% 54,5) ve tüp ligasyonunu (% 46,8) koruyuculuğunun yüksek olması, takvim yöntemini kendi isteğiyle (% 100) tercih etmişlerdir. Tanrıverdi ve ark. (86) çalışmasında kadınlar hap, kondom ve RIA'yı en sık güvenilir olması, geri çekmeyi ise eş isteğiyle seçmişlerdir. Çetişli ve ark. (127) yaptığı çalışmada kadınların modern yöntemleri en sık doktor önerisiyle, geleneksel yöntemleri ise eş isteğiyle tercih ettikleri görülmüştür. Aksu ve ark. (119) Aydın'da yaptığı çalışmada da kadınların AP yöntemlerini güvenilir olması ve uygulanmasının kolay olması nedeniyle seçtikleri bildirilmiştir.

Katılımcıların % 16,0'ı şu anda herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanmamaktaydı. En sık yöntem kullanmama sebeplerine bakıldığında; % 46'sı gebelik istemi, % 24,3'ü eşin yanında olmaması nedeniyle yöntem kullanmamaktaydı. Muhtaroglu'nun (128) yaptığı çalışmada kadınların AP yöntemi kullanmama sebeplerinin; gebelik düşünme (% 34,2) ve eşten ayrılma/eş kaybı (% 10,9) olduğu saptanmıştır. Çağlayan ve ark. (129) Yozgat'ta yaptığı çalışmada kadınların en sık yöntem kullanmama nedenini çocuk isteği (% 63,9) olarak belirtmişlerdir. Kaya'nın (107) İstanbul'da mülteci kadınlarla yaptığı çalışmada da katılımcıların % 40,8'inin

gebelik istemi nedeniyle kontraseptif yöntem kullanmadığı tespit edilmiştir. Araştırma verilerimiz ülkemizdeki çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Araştırmamızdaki katılımcıların % 46,8'i daha önceleri bir aile planlaması yöntemi kullanıp bıraktıklarını belirtmişlerdir. Kadınların en sık bıraktıkları AP yöntemleri; % 50,9 hap, % 36,1 kondom ve % 33,3 RIA idi. Muhtaroglu'nun (128) yaptığı çalışmada da araştırmamızla benzer şekilde en sık bırakılan yöntemler; hap (% 45,2) ve kondom (%21,5) olarak bulunmuştur. Karabulutlu ve ark. (108) Kars'ta yaptıkları çalışmada katılımcıların %45,3'ü yöntem kullanıp bırakmış olup, % 40,2'si hap, % 30,9'u geri çekme, % 16,5'i kondom kullanmayı bırakmışlardır.

Çalışmamızda kondom en çok gebelik istemi (% 37,5) nedeniyle, RİA % 57,2) ve hap (45,7) yan etki nedeniyle, geri çekme yöntemi ise yeterince koruyucu olmaması (%47,7) nedeniyle bırakılmıştır. Öztaş ve ark. (84) yaptığı çalışmada da hap ve RIA'nın en sık yan etki sebebiyle bırakıldığı görülmüştür. Tunç'un (88) çalışmasında benzer şekilde RIA ve hapın yan etki, kondomun gebelik istemi ve geri çekmenin de gebe kalma sebebiyle bırakıldığı görülmektedir.

İstenmeyen gebelikler, maliyetli bir halk sağlığı sorunudur (130). İstenmeyen gebelikler; erken doğum, düşük doğum ağırlığı, bebek ve çocuk ölümleri, güvenli olmayan kürtaj ve anne ölümleri, anksiyete ve anne depresyonu gibi anne ve çocuğu olumsuz etkileyen sonuçlarla ilişkilidir (131). Aynı zamanda bu gebelikler istenmeyen nüfus artışına da önemli ölçüde katkıda bulunur ve yeterli sosyal hizmetlerin sağlanmasını tehlikeye atar. Bu nedenle, istenmeyen gebeliklerin ortadan kaldırılması sadece doğurganlığı ve istenmeyen nüfus artış oranını azaltmak için değil, aynı zamanda kadınların ve ailelerinin refahını artırmak için de önemlidir (132).

İstenmeyen gebeliklerin yaklaşık yarısı kontrasepsiyon kullanılmamasından, yarısı da tutarsız veya yanlış kullanım ve kontraseptif başarısızlıktan kaynaklanmaktadır (130). Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı (1994 Kahire) raporunda; aile planlaması programlarının temel amacı, kadınların istenmeyen gebeliklerden kaçınmalarına ve doğurganlık hedeflerine güvenli olarak ulaşmalarına yardımcı olmaktır. Bu nedenle istenmeyen gebeliği olan her kadın Kahire hedeflerine ulaşmada başarısız olduğunu göstermektedir (100).

Araştırmamıza katılan kadınların % 33,3'ünün istemediği halde en az bir gebeliği olmuştur. Ay ve ark. (133) Manisa'da gebelerle yaptıkları çalışmada kadınların %26,8'inin istemsiz gebeliği olduğu saptanmıştır. Öztaş ve ark. (84) yaptığı çalışmada istenmeyen gebelik oranı % 26,1 olarak tespit edilmiştir. TNSA 2018 (14) verilerine göre ise, doğumların % 15'i istenmeyen, % 11'i daha sonra istenen gebelikler olarak saptanmıştır. Toplam istenmeyen-plansız gebe kalma durumu % 26 oranındadır. Bearak ve ark. (134) yaptığı çalışmada, dünya genelinde gebeliklerin % 44'ünün istenmeyen gebelik olduğu bulunmuştur. Ikamari ve ark. (135) Kenya'da yaptıkları çalışmada kadınların % 24'ü istenmeyen gebelik yaşamıştır. Exavery ve ark. (132) Tanzania'da yaptığı çalışmada plansız gebelik oranı % 45,9'dur. Tebekaw ve ark. (136) Etiyopya'da yaptıkları çalışmada kadınların % 32'sinin istenmeyen gebeliği vardı. Dixit ve ark. (137) Hindistan'da yaptığı çalışmada istenmeyen gebelik oranının % 11,4 olduğu görülmüştür.

Katılımcıların % 61,0'ı herhangi bir korunma yöntemi kullanırken gebe kalmıştır. İstemsiz gebelik sırasında en sık kullanılmakta olan yöntemler ise % 62,3 geri çekme ve % 17,8 kondomdur. Ay ve ark. (133) yaptığı çalışmada istemsiz gebeliği olan kadınların % 10,5'i bu sırada bir AP yöntemi kullanmaktadır ve en sık kullanılan yöntem ise geri çekmedir (%53,1). Yöntem kullanırken gebe kalma oranı, Budak ve ark. (138) Diyarbakır'da yaptığı çalışmada % 58,3 bulunmuş olup, en sık kullanılan yöntemlerin ise geri çekme (% 53) ve kondom (% 28,5) olduğu tespit edilmiştir. Öztaş ve ark. (84) yaptığı çalışmada kadınların % 66,7'si herhangi bir korunma yöntemi kullanırken gebe kalmıştır ve bu sırada % 41,3'ü geri çekme, % 26,1'i ise kondom kullanmaktadır. Altınbaş ve ark. (139) yaptığı çalışmada kadınların % 58,5'i geleneksel yöntem kullanırken gebe kalırken, modern yöntemlerden ise en sık kondom (% 15,4) kullanırken gebe kalındığı saptanmıştır. Ersoy ve ark. (105) Ankara'da yaptığı çalışmada da en sık geri çekme (%35,5), ikinci sıklıkla kondom (% 18,2) kullanılırken gebe kalındığı görülmüştür. Khaleghinezhad ve ark. (140) İran'da yaptıkları çalışmada kadınların % 82,6'sı istemsiz gebelik sırasında yöntem kullanmakta iken, en çok kullanılmakta olan yöntem geri çekmedir (% 45,6). Yapılan ulusal ve uluslararası çalışmalarda literatürle benzer şekilde geleneksel korunma yöntemi olan geri çekmenin başarısızlık oranı yüksektir. Modern korunma yöntemi

kullanırken gebe kalan kadınlar arasında da kondom en yüksek başarısızlık oranına sahiptir. Çalışmamız verileri de diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

İstemsiz gebelikler pek çok etkenle ilişkilidir. Çalışmamızda yaş arttıkça istemsiz gebeliklerin anlamlı olarak arttığı görülmüştür. Ay ve ark. (133) yaptığı çalışmada da kadınların yaş ortalaması arttıkça istemsiz gebeliklerin arttığı saptanmıştır. Dutta ve ark. (131) Hindistan’da yaptıkları çalışmada kadınların yaşı arttıkça istemsiz gebeliklerin arttığı tespit edilmiştir. İstemsiz gebeliği olan kadınların ortanca doğum ve çocuk sayısı anlamlı olarak yüksek olduğu görülmektedir. Yılmaz’ın (141) yaptığı çalışmada da benzer şekilde istemsiz gebeliği olanlarda ortanca çocuk sayısı yüksek tespit edilmiştir. Tebekaw ve ark. (136) çalışmasında da kadınların doğum sayısı arttıkça istemsiz gebeliklerin artmakta olduğu saptanmıştır.

Araştırmamızda eğitim seviyesi yükseldikçe istenmeyen gebelik oranı anlamlı olarak azalmaktadır. Yılmaz’ın (141) yaptığı çalışmada da eğitim düzeyi arttıkça plansız gebeliklerin azaldığı tespit edilmiştir. Ersoy ve ark. (105) Ankara’da yaptıkları çalışmada lise ve üstü eğitim alanlarda istemsiz gebelik oranının daha düşük olduğu görülmüştür. Dixit ve ark. (137) Hindistan’da yaptıkları çalışmada lise ve üzeri eğitim almış kadınların istenmeyen gebelik yaşama ihtimali daha düşük bulunmuştur. Dutta ve ark. (131) yaptığı çalışmada da kadınların eğitim düzeyi arttıkça istenmeyen gebeliklerin görülme sıklığının azaldığı görülmüştür. Bunun nedeni, yüksek eğitime sahip kadınların etkili aile planlaması yöntemleri ve bunların doğru kullanımı konusunda daha bilinçli olmaları olabilir.

Araştırmaya katılan kadınlara “Sizce aile planlaması sorumluluğu kime aittir?” diye sorduğumuzda % 90,0’ı eşlerden her ikisine cevabını vermiştir. Tezel ve ark. (142) yaptığı çalışmada da kadınların çoğunluğu eşlerin beraber karar alması gerektiğini düşünmektedir. Doğru ve uygun AP yöntem seçimi ve kullanımı için eşlerin beraber hareket etmesi ve kararları birlikte alabilmeleri önem arz etmektedir.

## 6.SONUÇLAR

**6.1.** Araştırmamıza Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Pelitköy Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran ve çalışmaya katılmayı kabul eden 18-49 yaş arası 231 evli kadın dahil edilmiştir.

**6.2.** Araştırma grubunun yaş ortalaması  $36,2 \pm 6,45$  (min: 18-max: 49) idi.

**6.3.** Katılımcıların % 0,9'u (2 kişi) okur-yazar değil, %36,8'i (85 kişi) ilkokul, %4,8'i (11 kişi) ortaokul, %21,6'sı (50 kişi) lise, %35,9'u ise (83 kişi) üniversite mezunuydu.

**6.4.** Kadınların meslek grupları; % 58,4'ü ( n=135 ) ev hanımı, %6,5'i ( n=15) işçi, % 26,4'ü ( n=61 ) memur, % 0,4'ü ( n=1 ) emekli, %2.6'sı (n=6) işsiz, % 1.3'ü ( n=3) esnaf, % 4.3'ü ( n=10) özel sektördü.

**6.5.** Kadınların %93,5'inin sağlık güvencesi mevcuttu.

**6.6.** Kadınların %71,9'u gelir durumunu orta, %21,2'si iyi, %6,9'u kötü olarak algıladığını belirtti.

**6.7.** Katılımcıların %69,7'si (n=161) hayatları boyunca hiç sigara içmemiş, %6,1'i (n=14) sigarayı bırakmış, %24,2'si (n=56) ise halen sigara kullanmaktaydı.

**6.8.** Katılımcıların %78,4'ünün (n=181) herhangi bir kronik hastalığı yokken, % 21.6'sının (n=50) kronik hastalığı vardı. En çok tespit edilen kronik hastalık; tiroid hastalıklarıydı (%32,0).

**6.9.** Aile planlaması yöntemi kullananlarda evlilik süresi ortalaması  $13,58 \pm 7,43$  iken, kullanmayanlarda  $9,81 \pm 7,49$  yıldır. Ortalama evlilik süresi arttıkça AP yöntem kullanımı anlamlı olarak artmaktadır (p=0,006).

**6.10.** Katılımcıların %10,8'inin gebeliği yokken, %14,7'sinin bir, %27,7'sinin iki, %26,0'ının üç, %20,8'inin dört ve daha fazla gebeliği vardı.

**6.11.** Gelir durumu iyi olanlarda gebelik sayısı ortancası 2, orta-kötü olanlarda 3 olarak saptanmıştır. Gelir seviyesi arttıkça gebelik sayısı anlamlı olarak azalmaktadır ( $p=0,002$ ).

**6.12.** Kadınlardan üniversite mezunlarında gebelik sayısı ortancası 2, lise ve altı mezunlarda gebelik sayısı ortancası 3'tür. Eğitim seviyesi arttıkça gebelik sayısı anlamlı olarak azalmaktadır ( $p<0,001$ ).

**6.13.** Ev hanımlarında gebelik sayısı ortancası 3 iken, diğer meslek gruplarında 2 olarak bulunmuştur. Ev hanımlarında gebelik sayısının anlamlı olarak arttığı görülmektedir ( $p<0,001$ ).

**6.14.** Kadınların %35,9'sinin son gebeliği planlı değilken, %64,1'inin planlıydı.

**6.15.** Katılımcıların %85,3'ünün aile planlaması yöntemleri hakkında bilgisi vardı. AP yöntemleri ile ilgili bilgiyi çoğunluğu sağlık personeli (%72,2), medya (%26,8) ve arkadaşlarından (%24,6) edinmişti.

**6.16.** Araştırmaya katılan kadınların %84'ü ( $n=194$ ) şu anda herhangi bir AP yöntem kullanmakta iken, %16'sı ( $n=37$ ) AP yöntem kullanmamaktadır. Kullanılmakta olan yöntemler sırasıyla; %25,7 ( $n=50$ ) kondom, %24,2 ( $n=47$ ) geri çekme, %24,2 ( $n=47$ ) tüp ligasyonu, %17,0 ( $n=33$ ) RIA, %8,7 ( $n=17$ ) hap, %0,5 ( $n=1$ ) takvim yöntemidir.

**6.17.** Lise ve altında eğitim görmüş olanlarda ( $p=0,020$ ) ve gelir durumu orta-kötü olanlarda ( $p=0,041$ ) AP yöntem kullanımı anlamlı olarak artmıştır.

**6.18.** Katılımcılardan gebeliği olanlarda ( $p=0,002$ ), doğum yapanlarda ( $p<0,001$ ) ve çocuğu olanlarda ( $p<0,001$ ) AP yöntemi kullanımı anlamlı olarak fazladır.

**6.19.** Katılımcılardan üniversite mezunlarında ( $p<0,001$ ) ve ev hanımlarına göre diğer meslek gruplarında ( $p=0,003$ ) kondom kullanımı anlamlı olarak artmıştır.

**6.20.** Kadınlardan gelir durumu iyi olanların %44,4'ü, orta-kötü olanların %21,5'i kondom kullanmaktadır. Bu yüzdesel farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p=0,009$ ).

**6.21.** Kondom kullanan kadınların yaşı ( $p=0,011$ ), evlilik süresi ( $p=0,001$ ), gebelik sayısı ( $p<0,001$ ), doğum sayısı ( $p<0,001$ ) ve çocuk sayısı ( $p<0,001$ ) anlamlı olarak daha düşüktür.

**6.22.** Katılımcılardan üniversite mezunlarında ( $p=0,001$ ) ve diğer meslek gruplarında ( $p=0,002$ ) hap kullanımını anlamlı olarak arttırmıştır.

**6.23.** Hap kullanan kadınların yaşı ( $p<0,001$ ) ve evlilik süresi ( $p<0,001$ ) anlamlı olarak daha düşüktür.

**6.24.** Katılımcılardan lise ve altında eğitim görmüş olanların %29,8'i, üniversitede eğitim görmüş olanların %12,7'si geri çekme kullanmaktaydı. Eğitim süresi azaldıkça geri çekme kullanımının anlamlı olarak arttığı saptanmıştır ( $p=0,016$ ).

**6.25.** Kadınların gebelik sayısı ( $p=0,044$ ), doğum sayısı ( $p=0,035$ ) ve çocuk sayısı ( $p=0,040$ ) azaldıkça geri çekme kullanımını anlamlı olarak artmaktadır.

**6.26.** Katılımcılardan ev hanımlarında ( $p=0,002$ ) ve lise ve altında eğitim görmüş olanlarda ( $p=0,002$ ) tüp ligasyonu kullanımını anlamlı olarak arttırmıştır.

**6.27.** Kadınların yaşı ( $p<0,001$ ), evlilik süresi ( $p<0,001$ ), gebelik sayısı ( $p<0,001$ ), doğum sayısı ( $p<0,001$ ) ve çocuk sayısı ( $p<0,001$ ) arttıkça tüp ligasyonu kullanımını anlamlı olarak arttırmıştır.

**6.28.** Katılımcılar kullandıkları AP yöntemini en sık %27,8 ( $n=54$ ) koruyuculuğunun yüksek olması, %21,1 ( $n=41$ ) yan etki azlığı nedenleriyle tercih etmişlerdi.

**6.29.** Kadınların %63,9'u ( $n=124$ ) kullandığı yönteme eşi ile birlikte karar vermişti.

**6.30.** AP yöntemi kullanmayan 37 kişinin (%16); %46'sı ( $n=17$ ) gebelik istemi, %24,3'ü ( $n=9$ ) eşin yanında olmaması, %10,8'i ( $n=4$ ) emzirme, %10,8'i ( $n=4$ ) yan etki yapması, %5,4'ü ( $n=2$ ) eşin istememesi, %2,7'si ( $n=1$ ) diğer sebeplerle yöntem kullanmamaktaydı.

**6.31.** Katılımcıların %33,3'ünün (n=77) istemediği halde en az bir gebeliği olmuştur ve %61,0'ı (n=47) bu sırada herhangi bir korunma yöntemi kullanmaktadır. İstemsiz gebelik sırasında en sık kullanılan yöntem ise % 6,3 (n=28) ile geri çekmedir.

**6.32.** İstemsiz gebeliği olan kadınların yaşı (p=0,002), gebelik sayısı (p<0,001), doğum sayısı (p<0,001) ve çocuk sayısı (p<0,001) anlamlı olarak fazla bulunmuştur.

**6.33.** Ev hanımlarının %41,5'i, diğer meslek gruplarının %21,9'u istemsiz gebelik yaşamıştır. Bu yüzdesel farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,003).

**6.34.** Eğitim seviyesi (p<0,001) ve gelir durumu (p=0,046) yükseldikçe istenmeyen gebelik oranı anlamlı olarak azalmaktadır.

**6.35.** Kadınların %90,0'ı (n=208) aile planlaması sorumluluğunun eşlerden her ikisine ait olduğunu düşünmektedir.

## 7. KAYNAKLAR

1. Öztaş Ö, Artantaş AB, Tetik BK, Yalçıntaş A, Üstü Y, Uğurlu M. 18-49 yaş grubu evli kadınların üreme sağlığı ve kontrasepsiyon hakkındaki bilgi, tutum ve davranışları. Ankara Medical Journal. 2015;15(2).
2. TC Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı, Müdürlüğü APG. Aile Planlaması Danışmanlığı Katılımcı Kitabı, Cinsel Sağlık/Üreme Sağlığı No: 3-B. Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Basımevi, Ankara, Türkiye; 2005. p. 35.
3. Semachew Kasa A, Tarekegn M, Embiale N. Knowledge, attitude and practice towards family planning among reproductive age women in a resource limited settings of Northwest Ethiopia. BMC Res Notes. 2018;11(1):577.
4. Akamike IC, Okedo-Alex IN, Madubueze UC, Umeokonkwo CD. Does community mobilisation improve awareness, approval and uptake of family planning methods among women of reproductive age in Ebonyi State? Experience from a quasi-experimental study. Pan Afr Med J. 2019;33:17.
5. Dakhly DMR, Bassiouny YA, Bayoumi YA, Gouda HM, Hassan AA, Hassan MA, et al. Current contraceptive trends among married Egyptian women: a cross-sectional survey. Eur J Contracept Reprod Health Care. 2018;23(5):351-6.
6. In: Stith Butler A, Wright Clayton E, editors. A Review of the HHS Family Planning Program: Mission, Management, and Measurement of Results. Washington (DC)2009.
7. Smith E, Charantimath US, Wilson SF, Hoffman MK. Family planning in Southern India: A survey of women's attitudes. Health Care Women Int. 2017;38(10):1022-33.
8. WHO. maternal mortality 19.09.2019 [Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>].
9. Haywood L Brown MJS, MD, MPH,. Overview of maternal mortality 17.10.2019 [updated 06.2020. Available from: [https://www.uptodate.com/contents/overview-of-maternal-mortality?search=maternal%20mortality&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/overview-of-maternal-mortality?search=maternal%20mortality&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1)].
10. Haywood L Brown MJS, MD, MPH,. Approaches to reduction of maternal mortality in resource-limited settings 29.04.2019 [updated 06.2020. Available from: [https://www.uptodate.com/contents/approaches-to-reduction-of-maternal-mortality-in-resource-limited-settings?search=maternal%20mortality&source=search\\_result&selectedTitle=2~150&usage\\_type=default&display\\_rank=2](https://www.uptodate.com/contents/approaches-to-reduction-of-maternal-mortality-in-resource-limited-settings?search=maternal%20mortality&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2)].
11. Jones RK, Jerman J. Abortion Incidence and Service Availability In the United States, 2014. Perspect Sex Reprod Health. 2017;49(1):17-27.
12. Jody Steinauer M, MAS. Overview of pregnancy termination 2020 [updated 09.07.2020. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/overview-of->

pregnancy-  
termination?search=maternal%20mortality&source=search\_result&selectedTitle=4~150&usage\_type=default&display\_rank=4.

13. Marakoğlu K, Şahsivar MŞ. Gebelikte depresyon. Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi. 2008;28(4):525-32.
14. Enstitüsü HÜNE, Ankara T. 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2019.
15. Kanun NPH. Kanun no: 2827. Resmi Gazete Tarih. 1983(18059).
16. WHO. Family planning/contraception methods 22.06.2020 [updated 10.07.2020. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>.
17. Economic UNDo, Social Affairs PD. World contraceptive use 2019. UN New York; 2019.
18. Christine Dehlendorf M, MAS,. Contraception: Counseling and selection [updated 03.08.2020. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/contraception-counseling-and-selection> search=family 20planning 20counseling source=search\_result&selectedTitle=1~150&usage\_type=default&display\_rank=1.
19. Black A, Guilbert E, Co A, Costescu D, Dunn S, Fisher W, et al. Canadian Contraception Consensus (Part 1 of 4). J Obstet Gynaecol Can. 2015;37(10):936-42.
20. Kiley J, Hammond C. Combined oral contraceptives: a comprehensive review. Clin Obstet Gynecol. 2007;50(4):868-77.
21. Sherif K. Benefits and risks of oral contraceptives. Am J Obstet Gynecol. 1999;180(6 Pt 2):S343-8.
22. De Leo V, Musacchio MC, Cappelli V, Piomboni P, Morgante G. Hormonal contraceptives: pharmacology tailored to women's health. Hum Reprod Update. 2016;22(5):634-46.
23. O'Connell K, Westhoff C. Pharmacology of hormonal contraceptives and acne. Cutis. 2008;81(1 Suppl):8-12.
24. Brown EJ, Deshmukh P, Antell K. Contraception Update: Oral Contraception. FP Essent. 2017;462:11-9.
25. Frye CA. An overview of oral contraceptives: mechanism of action and clinical use. Neurology. 2006;66(6 Suppl 3):S29-36.
26. Sondheimer SJ. Oral contraceptives: mechanism of action, dosing, safety, and efficacy. Cutis. 2008;81(1 Suppl):19-22.
27. İtil İM. Oral Kontrasepsiyon Kilavuzu. 2012. Report No.: 978-605-5720-12-4.
28. White KO. Update on contraception. Semin Reprod Med. 2010;28(2):93-4.

29. Freeman S, Shulman LP. Considerations for the use of progestin-only contraceptives. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*. 2010;22(2):81-91.
30. Grimes DA, Lopez LM, O'Brien PA, Raymond EG. Progestin-only pills for contraception. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010(1):CD007541.
31. Palacios S, Colli E, Regidor PA. Multicenter, phase III trials on the contraceptive efficacy, tolerability and safety of a new drospirenone-only pill. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2019;98(12):1549-57.
32. Organization WH. *Family planning: a global handbook for providers: 2018 update: evidence-based guidance developed through worldwide collaboration*. 2018.
33. Mishell DR, Jr. Pharmacokinetics of depot medroxyprogesterone acetate contraception. *J Reprod Med*. 1996;41(5 Suppl):381-90.
34. Ortiz A, Hirol M, Stanczyk FZ, Goebelsmann U, Mishell DR. Serum medroxyprogesterone acetate (MPA) concentrations and ovarian function following intramuscular injection of depo-MPA. *J Clin Endocrinol Metab*. 1977;44(1):32-8.
35. Rehberi UAPH, Cilt I. *Kontraseptif yöntemler*. Cilt 2, Dördüncü Basım, Damla Matbaası, Ankara 2005. 2005:597-608.
36. Kaunitz AM. Long-acting injectable contraception with depot medroxyprogesterone acetate. *Am J Obstet Gynecol*. 1994;170(5 Pt 2):1543-9.
37. Jacobstein R, Stanley H. Contraceptive implants: providing better choice to meet growing family planning demand. *Glob Health Sci Pract*. 2013;1(1):11-7.
38. Committee on Practice Bulletins-Gynecology L-ARCWG. Practice Bulletin No. 186: Long-Acting Reversible Contraception: Implants and Intrauterine Devices. *Obstet Gynecol*. 2017;130(5):e251-e69.
39. Wu JP, Pickle S. Extended use of the intrauterine device: a literature review and recommendations for clinical practice. *Contraception*. 2014;89(6):495-503.
40. Curtis KM, Tepper NK, Jatlaoui TC, Berry-Bibee E, Horton LG, Zapata LB, et al. U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 2016. *MMWR Recomm Rep*. 2016;65(3):1-103.
41. Carey RF, Lytle CD, Cyr WH. Implications of laboratory tests of condom integrity. *Sex Transm Dis*. 1999;26(4):216-20.
42. Lytle CD, Routson LB, Seaborn GB, Dixon LG, Bushar HF, Cyr WH. An in vitro evaluation of condoms as barriers to a small virus. *Sex Transm Dis*. 1997;24(3):161-4.
43. Gallo MF, Grimes DA, Lopez LM, Schulz KF. Non-latex versus latex male condoms for contraception. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006(1):CD003550.
44. Warner L SM, Hatcher RA, Trussell J, Nelson AL. Male Condoms. In: *Contraceptive Technology* 2018.

45. Health NIO. Workshop summary: scientific evidence on condom effectiveness for sexually transmitted disease (STD) prevention. Technical Report, Department of Health and Human Services, Hendon, Virginia July; 2001.
46. Stone KM, Timyan J, Thomas EL. Barrier methods for the prevention of sexually transmitted diseases. *Sexually Transmitted Diseases*, New York: McGraw-Hill. 1999:1307-21.
47. Steiner M, Warner L, Stone K, Cates Jr W. Condoms and other barrier methods for prevention of STD/HIV infection, and pregnancy. *Sexually Transmitted Disease*, 4th ed New York, NY: McGraw-Hill. 2008:1821-30.
48. Workowski KA, Bolan GA, Centers for Disease C, Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. *MMWR Recomm Rep*. 2015;64(RR-03):1-137.
49. Cecil M, Nelson AL, Trussell J, Hatcher R. If the condom doesn't fit, you must resize it. *Contraception*. 2010;82(6):489-90.
50. Reece M, Herbenick D, Dodge B. Penile dimensions and men's perceptions of condom fit and feel. *Sex Transm Infect*. 2009;85(2):127-31.
51. Smith AM, Jolley D, Hocking J, Benton K, Gerofi J. Factors affecting men's liking of condoms they have used. *Int J STD AIDS*. 1999;10(4):258-62.
52. Organization WH. Johns Hopkins Center for Communication Programs (CCP), Knowledge for Health Project. *Family Planning: A Global Handbook for Providers*. Baltimore and Geneva: CCP and WHO; 2018. 2018.
53. Philpott A, Knerr W, Boydell V. Pleasure and prevention: when good sex is safer sex. *Reprod Health Matters*. 2006;14(28):23-31.
54. Deborah A Bartz M, MPH. Pericoital contraception: Diaphragm, cervical cap, spermicide, and sponge 2019 [Available from: <https://www.uptodate.com/contents/pericoital-contraception-diaphragm-cervical-cap-spermicide-and-sponge> search=diaphragm source=search\_result&selectedTitle=1~150&usage\_type=default&display\_rank=1.
55. Gallo MF, Grimes DA, Schulz KF. Cervical cap versus diaphragm for contraception. *Cochrane Database Syst Rev*. 2002(4):CD003551.
56. Gupta G. Microbicial spermicide or spermicidal microbicide? *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2005;10(4):212-8.
57. Grimes DA, Lopez LM, Raymond EG, Halpern V, Nanda K, Schulz KF. Spermicide used alone for contraception. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013(12):CD005218.
58. Fihn SD, Boyko EJ, Normand EH, Chen CL, Grafton JR, Hunt M, et al. Association between use of spermicide-coated condoms and *Escherichia coli* urinary tract infection in young women. *Am J Epidemiol*. 1996;144(5):512-20.

59. Black A, Guilbert E, Costescu D, Dunn S, Fisher W, Kives S, et al. Canadian contraception consensus (part 2 of 4). *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*. 2015;37(11):1033-5.
60. Gormley R, Vickers B, Norman WV. Comparing options for women seeking permanent contraception in high-resource countries: a protocol for a systematic review. *Syst Rev*. 2019;8(1):74.
61. Micks EA, Jensen JT. Permanent contraception for women. *Womens Health (Lond)*. 2015;11(6):769-77.
62. Peterson HB, Curtis KM. Clinical practice. Long-acting methods of contraception. *N Engl J Med*. 2005;353(20):2169-75.
63. Barone MA, Hutchinson PL, Johnson CH, Hsia J, Wheeler J. Vasectomy in the United States, 2002. *J Urol*. 2006;176(1):232-6; discussion 6.
64. Martinez GM, Chandra A, Abma JC, Jones J, Mosher WD. Fertility, contraception, and fatherhood: data on men and women from cycle 6 (2002) of the 2002 National Survey of Family Growth. *Vital Health Stat 23*. 2006(26):1-142.
65. Çorak G, Özsoy SA, Vural BK, Tuncay B. Vazektomi olan erkeklerin yönteme ilişkin görüşlerinin incelenmesi. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*. 2008;15(15):43-54.
66. Pyper CM. Fertility awareness and natural family planning. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 1997;2(2):131-46.
67. Freundl G, Sivin I, Batar I. State-of-the-art of non-hormonal methods of contraception: IV. Natural family planning. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2010;15(2):113-23.
68. McNeilly AS, Tay CC, Glasier A. Physiological mechanisms underlying lactational amenorrhoea. *Ann N Y Acad Sci*. 1994;709:145-55.
69. Van der Wijden C, Manion C. Lactational amenorrhoea method for family planning. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;2015(10):CD001329.
70. Vekemans M. Postpartum contraception: the lactational amenorrhoea method. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 1997;2(2):105-11.
71. Smoley BA, Robinson CM. Natural family planning. *Am Fam Physician*. 2012;86(10):924-8.
72. Parenteau-Carreau S, Infante-Rivard C. Self-palpation to assess cervical changes in relation to mucus and temperature. *Int J Fertil*. 1988;33 Suppl:10-6.
73. Brown JB, Blackwell LF, Billings JJ, Conway B, Cox RI, Garrett G, et al. Natural family planning. *Am J Obstet Gynecol*. 1987;157(4 Pt 2):1082-9.
74. Parenteau-carreau S. [The sympto-thermal methods]. *Contracept Fertil Sex (Paris)*. 1983;11(11):1189-203.
75. Horner JR, Salazar LF, Romer D, Venable PA, DiClemente R, Carey MP, et al. Withdrawal (coitus interruptus) as a sexual risk reduction strategy: perspectives from African-American adolescents. *Arch Sex Behav*. 2009;38(5):779-87.

76. Demir O, Ozalp M, Sal H, Aran T, Osmanagaoglu MA. Evaluation of the frequency of coitus interruptus and the effect of contraception counselling on this frequency. *J Obstet Gynaecol.* 2021;41(3):453-8.
77. Çiftçioğlu S, Erci B. Coitus interruptus as a contraceptive method: Turkish women's perceptions and experiences. *Journal of advanced nursing.* 2009;65(8):1686-94.
78. Martino JL, Vermund SH. Vaginal douching: evidence for risks or benefits to women's health. *Epidemiol Rev.* 2002;24(2):109-24.
79. Demirtaş Alpsalaz S. 18-49 yaş grubu evli kadınların eş şiddetine maruz kalmaları ile aile planlaması tutum ve davranışları arasındaki ilişki. Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi; 2019.
80. Çayan A. 15-49 yaş evli kadınların aile planlaması yöntemlerine ilişkin tutumlarının kullandıkları kontraseptif yöntemler ile ilişkisi: Adnan Menderes Üniversitesi; 2009.
81. Tokuç B, Eskiocak M, Ekuklu G, Saltık A. Edirne merkezinde 15-49 yaş evli kadınların aile planlaması yöntemleri konusundaki bilgi düzeyleri ve yöntem kullanım oranları. *Sted.* 2005;14(1):8-14.
82. Öner O. Evli kadınların doğurganlığa ve aile planlamasına yönelik tutumları ile kontraseptif yöntem kullanma niyetleri arasındaki ilişkinin ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi: Atatürk Üniversitesi; 2019.
83. Erenel AŞ, Kavlak T, Bingöl B. Kadınların doğum sonrası altı ay sonunda aile planlaması yöntemi kullanma durumu. *Van Tıp Dergisi.* 2011;18(2):68-76.
84. Öztaş Ö, Baydar Artantaş A, Kayhan Tetik B, Yalçıntaş A, Üstü Y, Uğurlu M. 18-49 yaş grubu evli kadınların üreme sağlığı ve kontrasepsiyon hakkındaki bilgi, tutum ve davranışları. *Ankara Medical Journal.* 2015;15(2).
85. Mayda AS, Arslan T, Bozkurt HB, Dedeli İ, Özkan MÖ. Düzce İli Kalici Konutlar Bölgesinde 15-49 Yaş Arası Kadınlarda Yöntem Kullanma Oranları Ve Tercih Nedenleri. 2005.
86. Tanriverdi G, Özkan A, Şenveli S. Çanakkale'deki Kadınların Aile Planlaması Yöntemlerini Tercih Nedenleri. *Fırat Tıp Dergisi.* 2008;13(4):251-4.
87. Wulifan JK, Brenner S, Jahn A, De Allegri M. A scoping review on determinants of unmet need for family planning among women of reproductive age in low and middle income countries. *BMC Womens Health.* 2016;16:2.
88. Tunç A. Edirne İl Merkezindeki Aile Sağlığı Merkezlerine Kayıtlı 15-49 Yaş Arası Kadınların Aile Planlaması İle İlgili Bilgi, Tutum Ve Davranışları: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2019.
89. TÜİK. Türkiye Sağlık Araştırması 2019 [cited 2021 01]. Available from: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Turkiye-Saglik-Arastirmasi-2019-33661>.
90. Yavuz D. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Diyarbakır Gazi Yaşargil Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Aile Planlaması Polikliniğine Başvuran 15-49 Yaş Arası

Kadınların Aile Planlaması Hakkındaki Bilgi Düzeyleri Ve Tutumları: Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2018.

91. Dündar C, Kaynar E, Pekşen Y. Samsun İli Merkez Sağlık Ocaklarında Çalışan Evli Ebelerin Aile Planlaması Yöntemi Kullanma Durumları+. 2005.
92. Dogru HY, Oktay G, İşgüder ÇK, Özsoy AZ, Çakmak B, Delibaş İB, et al. Yaş gruplarına göre kadınların aile planlamasına bakışları ve seçtikleri yöntemlerin değerlendirilmesi: Tersiyer tek merkez deneyimi. Dicle Tıp Dergisi. 2016;43(3):413-8.
93. Dilmen S, Kocaöz S. Adölesan Gebelerin Aile Planlamasına Yönelik Tutumları Ve Kullandıkları Kontraseptif Yöntemler: Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi; 2019.
94. Erol N, Ergin İ, Döner B, Durusoy Onmuş R, Şakru N, Kirca Ü. İzmir Konak Doğumevi'ne İstemli Düşük İçin Başvuran Kadınların Doğurganlık Öyküleri Ve Aile Planlaması Davranışları. Ege Tıp Dergisi. 2003;42(3):155-60.
95. Aktoprak M. Evli kadınlar ve eşlerinin aile planlamasına yönelik tutumları ve ilişkili faktörler: Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2012.
96. Toprak D, Öztürk GZ, Gökseven Y. Üreme Çağındaki Kadınlarda Kontrasepsiyon Bilgi Düzeyinin, Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi. 2020;24(4):203-12.
97. Küçük Gürbüz T. Dokuz Eylül Üniversitesi 10 No'lu Gaziemir Eğitim Asm'de Kayıtlı 15-49 Yaş Arası Evli Kadınların Aile Planlaması Konusundaki Tutumlarının Doğurganlık Düzeyleri İle İlişkisi: Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2019.
98. Songur D. Gaziantep Binevler Sağlık Ocağı bölgesinde yaşayan 15-49 yaş evli kadınların aile planlaması yöntemlerini kullanma durumu ve etkileyen etmenler: Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2009.
99. Balcıoğlu H. Şişli Etfal Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Aile Planlaması Merkezine 2009 Yılında Başvuran Hastaların Yaş, Eğitim Düzeyi Ve Sahip Oldukları Çocuk Sayısına Göre Tercih Ettikleri Doğum Kontrol Yöntemi Dağılımı: Sağlık Bakanlığı Şişli Etfal Eğitim Ve Araştırma Hastanesi; 2010.
100. Ceylan A, Ertem M, Saka G, Akdeniz N. Post abortion family planning counseling as a tool to increase contraception use. BMC Public Health. 2009;9:20.
101. Giliç E, Ceyhan O, Özer A. Niğde Doğumevinde Doğum Yapan Kadınların Aile Planlaması Konusundaki Bilgi Tutum ve Davranışları. Fırat Tıp Dergisi. 2009;14(4):237-41.
102. Kitapçioğlu G, Yanikkerem E. Manisa Doğumevinde doğum yapan kadınların doğurganlık öyküleri, aile planlaması davranışı ve doğum sonrası aile planlaması danışmanlığı. Ege Tıp Dergisi. 2008;47(2):87-92.
103. Tekiner AS, Çetin F, Ceyhun AG, Kafkaslı A. Planlanmamış gebelikler ile kontraseptif yöntemler arasındaki ilişki. Dirim Tıp Gazetesi. 2010;85(2):65-71.

104. Gürsan H. Gebe ve lohusaların aile planlaması tutumları: Türkiye Cumhuriyeti Manisa Celal Bayar Üniversitesi; 2019.
105. Ersoy E, Karasu Y, Çelik EY, Ersoy AÖ, Tokmak A, Taşçı Y. Gebeliği plansız olan kadınların kişisel özellikleri ve kontrasepsiyon hakkındaki düşünceleri. *Journal of Clinical & Experimental Investigations*. 2015;6(3).
106. Gür F, Sohbet R. Gaziantep İlinde El Beceri Kurslarına Gelen Kadınların Aile Planlamasına Yönelik, Bilgi Tutum Ve Davranışları. *Medical Sciences*. 2017;12(1):10-21.
107. Kaya M. İstanbul'da yaşayan mülteci kadınların aile planlaması hizmetlerine erişebilme durumları ve tutumlarının değerlendirilmesi: T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi; 2019.
108. Karabulutlu Ö, Ersöz B. Kars İli, Susuz İlçe Merkezine Bağlı Aile Planlaması Yöntemi Kullanan 15-49 Yaş Grubu Evli Kadınlarda Kullanılan Yöntem Ve Yöntem Seçimini Etkileyen Faktörler. *Caucasian Journal of Science*. 2017;4(1):26-44.
109. Bostancı MS. Doğu Anadolu Bölgesindeki bir ilçede kadınların kullandıkları kontraseptif yöntemleri için bilgi kaynakları ve istenmeyen gebeliklerle ilişkisi. *Dicle Tıp Dergisi*. 2011;38(2):202-7.
110. Bozkurt N, Özkan S, Korucuoğlu Ü, Onan MA, Maral I, Bumin MA, et al. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde başvuran kadınlarda doğum kontrol yöntemi kullanımı. *Türk Fertilite Dergisi*. 2005;13(2):165-9.
111. Uçar M, Demirbaş O, Aslan R, Kutlu R, Sayın S. Kadınların sosyodemografik özelliklerine göre kontraseptif yöntem kullanma durumları ve bu yöntemleri tercih nedenleri. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*. 2014;18(3):134-41.
112. Karaçalı M, Özdemir R. Karabük ilinde 15-49 yaş grubu evli kadınların aile planlaması hizmetlerine erişimini etkileyen faktörler. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*. 2018;16(2):131-45.
113. Çubukçu M. Samsun ili 15-49 yaş grubu kadınların aile planlaması yöntemlerini kullanım dağılımı. *Ankara Medical Journal*. 2018;18(2):207-14.
114. Tehrani FR, Farahani FK, Hashemi M. Factors influencing contraceptive use in Tehran. *Fam Pract*. 2001;18(2):204-8.
115. Tilahun T, Coene G, Luchters S, Kassahun W, Leye E, Temmerman M, et al. Family Planning Knowledge, Attitude and Practice among Married Couples in Jimma Zone, Ethiopia. *Plos One*. 2013;8(4):e61335.
116. Bibi S, Memon A, Memon Z, Bibi M. Contraceptive knowledge and practices in two districts of Sindh, Pakistan: a hospital based study. *J Pak Med Assoc*. 2008;58(5):254-8.
117. Bilge Yerli E. Erzurum İl Merkezinde 15 - 49 Yaş Evli Kadınlarda Aile Planlaması Yöntemlerinin Kullanma Durumları Ve Etkileyen Faktörler: Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2015.

118. Kaya H, Tatlı H, Açık Y, Deveci SE. Bingöl ili uydükent sağlık ocağı bölgesindeki 15–49 yaş kadınların aile planlaması yöntemi kullanım düzeyinin belirlenmesi. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2008;22(4):185-91.
119. Aksu H, Akdolun Balkaya N, Özsoy S, Demirsoy G. Yaygın Kullanılmayan Aile Planlaması Yöntemlerine İlişkin Kadınların Bilgi Ve Görüşleri. Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi. 2015;2(1):59-71.
120. Ercan EP. Yetişkin üreme çağındaki kadınların kullandıkları aile planlaması yöntemlerinden memnuniyeti ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi: T.C Sağlık Bilimleri Üniversitesi Haseki Sağlık Uygulama Ve Araştırma Merkezi; 2019.
121. Çalışkan BG, Doğan B, Olçum GG. Kırsal bölgede yaşayan kadınların aile planlaması yöntemi tercihlerine yaş ve eğitimin etkisi. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi. 2014;18(4):189-94.
122. Salman Z. Süleyman Demirel Üniversitesi Kadın Hastalıkları Ve Doğum Polikliniğine Başvuran Kadınların Aile Planlaması Hakkındaki Bilgi Düzeyleri Ve Tutumları: Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakóltesi; 2014.
123. Sak ME, Evsen MS, Sak S, Çaça FN. Kontrasepsiyon Yöntemlerinin etkinliği ve kadınların eğitim düzeyi: Güneydoğu Anadolu'da bir ilçe örneği. Dicle Tıp Dergisi. 2008;35(4):265-70.
124. İnal ZÖ, İnal HA, Küçükkendirci H, Oruç AS, Güneç O. The level of using family planning methods and factors that influence the preference of methods in the Konya-Merem area. Journal of the Turkish German Gynecological Association. 2017;18(2):72.
125. şimşek B, Coşar E, Köken G. Contraceptive Usage of 15-49 Years Old Working and Non-Working Women. Journal of Clinical Obstetrics & Gynecology. 2011;21(4):245 - 50.
126. ARVIř MH. Aydın Doğumevi'ne Aile Planlanması için Başvuran Kiřilerin Kontraseptif Yöntem Tercihleri Ve Etkileyen Faktörler: Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakóltesi; 2008.
127. Egeliöğlü Cetişli N, Top ED, Arkan G, Kaba F, Ertop F. Evli kadınların kullandıkları aile planlaması yönteminin cinsel yaşam ve benlik saygısına etkisi. Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi (HEAD). 2016;13(2):101-6.
128. Muhtaröđlü P. Trakya Üniversitesi Tıp Fakóltesi Hastanesi Kadın Hastalıkları-Doğum Polikliniđi ve Servisine Başvuran 16-49 Yaş Aralığındaki Evli Kadınların Aile Planlamasına Karşı Tutumlarının Karşılaştırılması: Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2019.
129. Kıyak Çağlayan E, Kara M, Aslan N. Yozgat ilinde yaşayan kadınların kullandığı kontraseptif yöntemler. Cumhuriyet Tıp Dergisi. 2014;36(1):57-61.
130. Peipert JF, Madden T, Allsworth JE, Secura GM. Preventing unintended pregnancies by providing no-cost contraception. Obstet Gynecol. 2012;120(6):1291-7.

131. Dutta M, Shekhar C, Prashad L. Level, Trend and Correlates of Mistimed and Unwanted Pregnancies among Currently Pregnant Ever Married Women in India. *PLoS One*. 2015;10(12):e0144400.
132. Exavery A, Kante AM, Njozi M, Tani K, Doctor HV, Hingora A, et al. Predictors of mistimed, and unwanted pregnancies among women of childbearing age in Rufiji, Kilombero, and Ulanga districts of Tanzania. *Reprod Health*. 2014;11:63.
133. Ay S, Yanikkerem E, Mutlu S. İstenmeyen Gebelik Yaşayan Kadınların Özellikleri ve Kontraseptif Yöntemleri Bırakma Nedenleri: Kırsal Alan Örneği. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2012;11(3).
134. Bearak J, Popinchalk A, Alkema L, Sedgh G. Global, regional, and subregional trends in unintended pregnancy and its outcomes from 1990 to 2014: estimates from a Bayesian hierarchical model. *Lancet Glob Health*. 2018;6(4):e380-e9.
135. Ikamari L, Izugbara C, Ochako R. Prevalence and determinants of unintended pregnancy among women in Nairobi, Kenya. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2013;13:69.
136. Tebekaw Y, Aemro B, Teller C. Prevalence and determinants of unintended childbirth in Ethiopia. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014;14:326.
137. Dixit P, Ram F, Dwivedi LK. Determinants of unwanted pregnancies in India using matched case-control designs. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2012;12(1):84.
138. Budak MŞ, Toğrul C, Balsak D, Sakar MN, Tahaoğlu AE, Akgöl S, et al. İsteğe bağlı küretaj olan kadınların kontrasepsiyon yöntemleri ve küretaj nedenleri açısından değerlendirilmesi. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*. 2015;12(3):106-9.
139. Altınbaş ŞK, Tekin YB, Dilbaz B, Kılıç S, Taşçı Y, Kandemir Ö. İstenmeyen gebeliklerde kontraseptif yöntem bilgi düzeyi ve postpartum kontraseptif yöntem tercihleri. *Evaluation*. 2013;125:132.
140. Khaleghinezhad K, Kariman N, Nahidi F, Ebadi A, Nasiri M. Evaluation of reproductive health status among women referring to rural healthcare centers in Neyshabur (Iran) in 2017. *Electronic physician*. 2018;10(4):6640.
141. Yılmaz Tuğal Z. Eğitim Aile Sağlığı Merkezine kayıtlı kadınların aile planlaması hakkında farkındalıklarının incelenmesi: T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Sağlık Uygulama Ve Araştırma Merkezi; 2018.
142. Tezel A, Gönenç İ, Akgül Ş, Öztaş Karataş D, Altuntaş Yıldız T. Kadınların aile planlamasına yönelik tutumları ve etkileyen faktörler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2015;18(3).

## 8. EKLER

### Ek-1 Anket Formu

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Pelitköy Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'ne Başvuran Evli Kadınların Aile Planlaması Hakkındaki Bilgi, Tutum Ve Davranışları

1) Yaşınız?.....

2) Öğrenim durumunuz?

- 1.( ) Okur yazar değil 2.( ) İlkokul mezunu 3.( ) Ortaokul mezunu 4.( ) Lise mezunu  
5.( ) Üniversite mezunu

3) Eşinizin öğrenim durumu?

- 1.( ) Okur yazar değil 2.( ) İlkokul mezunu 3.( ) Ortaokul mezunu 4.( ) Lise mezunu  
5.( ) Üniversite mezunu

4) Mesleğiniz?

- 1.( ) Ev hanımı 2.( ) İşçi 3.( ) Memur 4.( ) Emekli 5.( ) İşsiz 6.( ) Esnaf  
7.( ) Diğer: .....

5) Eşinizin mesleği?

- 1.( ) Memur 2.( ) İşçi 3.( ) Emekli 4.( ) İşsiz 5.( ) Esnaf 6.( ) Diğer

6) Sizce gelir durumunuz nasıl?

- 1.( ) İyi 2.( ) Orta 3.( ) Kötü

7) Sağlık güvenceniz var mı?

- 1.( ) Evet 2.( ) Hayır

8) Sigara içiyor musunuz?

1.( ) İçmiyorum, daha önce hiç içmedim.

2.( ) İçmiyorum, bıraktım : Ne kadar süre içtiniz? ..... ay/yıl

Ne zaman bıraktınız?.....ay/yıl

3.( ) Evet, içiyorum: Günde kaç adet? .....

Kaç yıldır?.....

**9)Kronik (sürekli) bir hastalığınız var mı?**

1.( ) Yok            2.( ) Var (belirtiniz): .....

**10)Sürekli kullandığınız bir ilaç var mı?**

1.( )Yok            2.( ) Var (belirtiniz):.....

**11)Kaç yaşında evlendiniz?.....**

**12)Kaç yıldır evlisiniz? .....**

**13)Hiç gebeliğiniz oldu mu? 1.( )Evet.....(sayı belirtiniz)            2.( )Hayır**  
**(Cevabınız hayırsa 21. Soruya geçiniz)**

**14)İlk gebelik yaşıınız?.....**

**15)Hiç doğum yaptınız mı?            1.( )Evet.....(sayı belirtiniz)            2.( )Hayır**

**16)Hiç düşük yaptınız mı?            1.( )Evet.....(sayı belirtiniz)            2.( )Hayır**

**17)Hiç kürtaj oldunuz mu?            1.( )Evet.....(sayı belirtiniz)            2.( )Hayır**

**18)Çocuğunuz var mı?            1.( )Evet.....(sayı belirtiniz)            2.( )Hayır**

**19)Son gebeliğiniz planlı mıydı? 1.( )Planlı değildi            2.( )Planlıydı**

**20)Son 2 gebeliğiniz arasındaki süre nedir?.....(2 ve üstü gebeliği olanlar cevaplayacaktır)**

**21)Sizce kadın sağlığı açısından 2 gebelik arası süre en az kaç yıl olmalıdır?.....**

**22) Aile planlaması nedir? (birden fazla işaretleyebilirsiniz)**

1.( ) Çiftlerin ekonomik anlamda bakabileceği kadar çocuğa sahip olmasıdır.

2.( ) İstenmeyen gebeliklerin önlenmesidir.

3.( ) Çiftlerin istediği sayıda çocuk sahibi olmasıdır.

4.( ) Çiftlerin istediği zamanda çocuk sahibi olmasıdır.

5.( ) Çiftlerin kontrollü bir cinsel hayata sahip olmasıdır.

6.( ) Fikrim yok.

**23)Aile planlaması yöntemleri hakkında bilginiz var mı? 1.( )Evet            2.( )Hayır**



- 7.( )Tedavi görme 8.( )Yan etki yapması 9.( )Sağlığa zararlı olduğunu düşünme  
10.( )Diğer.....

**33)Daha önceleri bir aile planlaması yöntemi kullanıp bıraktınız mı?**

- 1.( )Evet.....(belirtiniz) 2.( ) Hayır (Cevabınız hayırsa 36. Soruya geçiniz)

**34) Daha önce en uzun süre ile hangi aile planlaması yöntemini kullandınız?.....**

**35) Daha önce kullandığınız aile planlaması yöntemini bırakma nedeniniz nedir?**

- 1.( )Yan etki 2.( )Sağlık sorunu 3.( )Yeterince koruyucu olmaması  
4.( )Gebe kalma 5.( )Esin istememesi 6.( )Gebelik istemi  
7.( )Kullanım zorluğu 8.( )Doktor önerisi 9.( ) Dini inançlar.....  
10.( )Diğer.....

**36)İstemediğiniz halde hiç gebe kaldınız mı?**

- 1.( )Evet 2.( ) Hayır (Cevabınız hayırsa 39.soruya geçiniz)

**37)Bu sırada herhangi bir korunma yöntemi kullanıyor muydunuz?**

- 1.( )Evet.....(belirtiniz) 2.( )Hayır

**38)Bu gebeliğiniz nasıl sonuçlandı?**

- 1.( )Kendiliğinden düşük 2.( ) Kürtaj 3.( ) Doğum 4.( ) Diğer .....

**39)Sizce aile planlaması sorumluluğu kime aittir?**

- 1.( )Eşlerden her ikisine 2.( ) Kadına 3.( ) Erkeğe 4.( ) Bilmiyorum / fikrim yok

## EK-2-Etik kurul onayı



T.C.  
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ  
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı: B.30.2.ODM.0.20.08/929

29.11.2019

### Sayın Prof. Dr. Mustafa Fevzi DİKİCİ

Etik Kurulumuza sunmuş olduğunuz **Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Pelitköy Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran evli kadınların aile planlaması hakkındaki bilgi,tutum ve davranışları** başlıklı OMÜ KA EK 2019/793 Karar nolu Anket çalışması nitelikli araştırma projeniz amaç, gerekçe, yaklaşım ve yöntemle ilgili açıklamaları açısından Klinik Araştırmalar Etik Kurulu yönergesine göre incelenmiş ve etik açıdan bir sakınca olmadığına, çalışmanın süresi 6 ayı geçerse 6 aylık bildirimlerinin yapılmasına, çalışma tamamlandıktan sonra sonucunun tarafımıza en geç üç(3) ay içerisinde bildirilmesine 28.11.2019 tarihli Etik kurulumuzda oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize arz/rica ederim.

Prof.Dr.Ramiz ÇOLAK  
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

## EK-3-Orjinallik raporu

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Pelitköy Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran evli kadınların aile planlaması hakkındaki bilgi, tutum ve davranışları

### ORJİNALLİK RAPORU

% <b>14</b>	% <b>14</b>	% <b>3</b>	% <b>2</b>
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

### BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	<a href="https://dspace.trakya.edu.tr:8080">dspace.trakya.edu.tr:8080</a> İnternet Kaynağı	%6
2	<a href="https://d5d9044a-7b4a-4f75-852f-4646c3028d44.filesusr.com">d5d9044a-7b4a-4f75-852f-4646c3028d44.filesusr.com</a> İnternet Kaynağı	%1
3	<a href="https://acikbilim.yok.gov.tr">acikbilim.yok.gov.tr</a> İnternet Kaynağı	%1
4	<a href="https://nek.istanbul.edu.tr:4444">nek.istanbul.edu.tr:4444</a> İnternet Kaynağı	%1
5	<a href="https://www.hips.hacettepe.edu.tr">www.hips.hacettepe.edu.tr</a> İnternet Kaynağı	%1
6	<a href="https://halksagligiokulu.org">halksagligiokulu.org</a> İnternet Kaynağı	<%1
7	<a href="https://www.ktu.edu.tr">www.ktu.edu.tr</a> İnternet Kaynağı	<%1
8	<a href="https://www.ankaramedicaljournal.com">www.ankaramedicaljournal.com</a> İnternet Kaynağı	<%1