



T.C.

TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**SAĞLIK ÇALIŞANLARININ KONTRASEPSİYON
KONUSUNDAKİ TUTUMLARI VE BİLGİ DÜZEYLERİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ; TOKAT GAZİOSMANPAŞA
ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ ÖRNEĞİ**

Dr. Ali UÇAR

TIPTA UZMANLIK TEZİ

TOKAT

2024



T.C.

**TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**SAĞLIK ÇALIŞANLARININ KONTRASEPSİYON
KONUSUNDAKİ TUTUMLARI VE BİLGİ DÜZEYLERİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ; TOKAT GAZİOSMANPAŞA
ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ ÖRNEĞİ**

Dr. Ali UÇAR

TIPTA UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI

Dr. Öğr. Üyesi Gülseren OKTAY

TOKAT

2024

TEŞEKKÜR

Asistanlık sürecim boyunca benden desteklerini esirgemeyen bölüm hocalarım başta olmak üzere tüm asistan arkadaşlarıma ve diğer bölüm hocalarıma şükranlarımı sunarım.

Tez hazırlama sürecinde mesleki bilgi ve tecrübeleri ile çalışmama katkıda bulunan tez danışmanımız Dr. Öğr. Üyesi Gülseren OKTAY'a, Aile Hekimliği AD Başkanımız, Doç. Dr. Nagihan YILDIZ ÇELTEK'e, Dr. Öğr. Üyesi Ufuk ÜNLÜ'ye ve Dr. Öğr. Üyesi Elif ERDOĞDU CEYLAN' a teşekkür ederim.

Dr. ALİ UÇAR

**SAĞLIK ÇALIŞANLARININ KONTRASEPSİYON KONUSUNDAKİ
TUTUMLARI VE BİLGİ DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ;
TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ ÖRNEĞİ
ÖZET**

Sağlık çalışanlarının kontrasepsiyon konusundaki tutum ve bilgi düzeylerini değerlendirmek amacıyla yürütülen çalışmamızda Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Hastanesi'nde görev yapan sağlık çalışanları çalışmamızın evreni oluşturmuş ve örneklem seçilmemiştir. Çalışmamıza toplamda 205 sağlık çalışanı katılmıştır. Çalışma kapsamında sosyodemografik bilgilerini ve kontraseptif yöntem tercihlerini incelenmek amacıyla hazırlanmış anket formu ve Kontraseptif Bilgi Değerlendirme Ölçeği uygulanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde; tanımlayıcı istatistik ölçütleri, tek yönlü varyans analizi, bağımsız örneklem t testi, Kruskal Wallis testi, Mann Whitney u testi kullanılmıştır. Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının yaş ortalaması $29,72 \pm 4,49$ olup %59'u kadın ve %49,3'ü evliydi. Ayrıca %40'ı çocuğunun olmasını istememekte ve istemeyenlerin %43,9'unun da gebelik yaşama korkusunun olduğu saptanmıştır. Sağlık çalışanlarının %66,8'i üreme sağlığı/gebeliği önleyici yöntemler konusu ile ilgili mezuniyet sonrası eğitim almadığını ve %77,6'sı da üreme sağlığı/gebeliği önleyici yöntemler konusunda danışmanlık hizmeti vermediğini belirtmiştir. Sağlık çalışanlarının kullandıkları doğum kontrol yöntemleri değerlendirildiğinde 118'i aile planlaması yöntemi kullanmadığı, en sık tercih edilen yöntemlerin sırasıyla kondom, rahim içi araç ve geri çekme yöntemi olduğu belirlenmiştir. Ayrıca sağlık çalışanlarının %7,3'sinin planlanmayan/istenmeyen gebelik deneyimi yaşadığı, %10,2'inin acil kontraseptif yöntem kullandığı belirlenmiştir. Sağlık çalışanlarının Kontraseptif bilgi değerlendirme ölçeği toplam ölçek puan ortalamaları $17,80 \pm 4,06$ olup; gelir düzeyi, meslek, çalışılan birim, üreme sağlığı/gebeliği önleyici yöntemler konusu ile ilgili mezuniyet sonrası eğitim alma durumu ve üreme sağlığı/gebeliği önleyici yöntemler konusunda danışmanlık hizmeti verme durumunun ölçek puanını etkilediği saptanmıştır. Sağlık çalışanlarında mezuniyet sonrası eğitim alma oranların düşüklüğü istenmeyen gebeliklere ve gebelik yaşama korkusunun yüksek olmasına sebep olduğu düşünülmektedir. Eğitimli sağlık çalışanlarının artması toplum sağlığı açısından da yarar sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık çalışanları, kontrasepsiyon, bilgi düzeyi

**EVALUATION OF HEALTH WORKERS' ATTITUDES AND
KNOWLEDGE LEVELS ON CONTRACEPTION; TOKAT
GAZIOSMANPAŞA UNIVERSITY HOSPITAL SAMPLE**

ABSTRACT

In our study conducted to evaluate the attitudes and knowledge levels of healthcare professionals regarding contraception, healthcare professionals working at Tokat Gaziosmanpaşa University Hospital constituted the universe of our study and no sample was selected. A total of 205 healthcare professionals participated in our study. Within the scope of the study, a questionnaire form prepared to examine sociodemographic information and contraceptive method preferences and the Contraceptive Knowledge Assessment Scale were applied. Descriptive statistical measures, one-way analysis of variance, independent sample t-test, Kruskal Wallis test, Mann Whitney u test were used in the evaluation of the data. The average age of healthcare professionals participating in our study was 29.72 ± 4.49 , 59% were female and 49.3% were married. In addition, 40% did not want to have children and 43.9% of those who did not want to have a child were found to have a fear of pregnancy. 66.8% of healthcare professionals stated that they did not receive post-graduate training on reproductive health/contraceptive methods and 77.6% did not provide consultancy services on reproductive health/contraceptive methods. When the birth control methods used by healthcare professionals were evaluated, it was determined that 118 of them did not use family planning methods, and the most frequently preferred methods were condoms, intrauterine devices and withdrawal methods, respectively. In addition, it was determined that 7.3% of healthcare professionals had experienced an unplanned/unwanted pregnancy, and 10.2% used emergency contraceptive methods. The total scale score average of healthcare professionals on the Contraceptive Knowledge Assessment Scale was 17.80 ± 4.06 ; it was determined that income level, profession, unit worked, post-graduate training on reproductive health/contraceptive methods and providing consultancy services on reproductive health/contraceptive methods affected the scale score. It is thought that the low rate of receiving post-graduate training among healthcare professionals causes unwanted

pregnancies and a high fear of pregnancy. Increasing the number of educated healthcare professionals will also benefit public health.

Keywords: Healthcare workers, contraception, knowledge level



İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	3
ÖZET	4
ABSTRACT.....	5
İÇİNDEKİLER	7
KISALTMALAR.....	9
TABLolar DİZİNİ	10
1. GİRİŞ VE AMAÇ	11
2.GENEL BİLGİLER	13
2.1. Kontrasepsiyon Tanımı	13
2.2. Kontrasepsiyon Önemi.....	13
2.3. Kontrasepsiyon Danışmanlığı	13
2.3.1. Genel Danışmanlık.....	13
2.3.2. Yönteme Özel Danışmanlık	13
2.3.3. İzlem Danışmanlığı	14
2.4. Kontraseptif Yöntemler	14
2.4.1. Modern Yöntemler.....	14
2.4.1.1. Hormonal Kontraseptifler	14
2.4.1.2. Rahim içi araçlar (RİA).....	18
2.4.1.3. Bariyer yöntemler	19
2.4.1.4. Cerrahi sterilizasyon	20
2.4.2. Doğal Aile Planlaması Yöntemleri	20
2.4.2.1. Emzirme (Laktasyonel Amenore Metodu=LAM)	20
2.4.2.2. Servikal mukus yöntemi.....	21
2.4.2.3. Bazal vücut ısısı yöntemi	21
2.4.2.4. Semptotermal yöntem	22
2.4.3. Geleneksel Aile Planlaması Yöntemleri	22
2.4.4. Acil Kontrasepsiyon.....	22
3. GEREÇ VE YÖNTEM	24
3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi	24
3.2. Etik Kurul Onayı.....	24
3.3. Evren ve Örneklem	24
3.3.1. Dahil Edilme Kriterleri	24

3.3.2. Dâhil Edilmeme Kriterleri	24
3.4. Veri Toplama Araçları	24
3.5. Verilerin Değerlendirilmesi	24
4. BULGULAR.....	26
5. TARTIŞMA	35
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	41
6.1. Öneriler	42
7. KAYNAKLAR	44
EKLER.....	49
EK-1 Etik Kurul Onay	49
EK-2 Sosyodemografik ve Kontrasptif Kullanım Formu	50
EK-3 Kontraseptif Bilgi Değerlendirme Ölçeği Türkçe Formu	53
EK-4 Ölçek Geçerlik Güvenilirlik İzni	55

KISALTMALAR

AP: Aile Planlanması

CÜS: Cinsel ve Üreme Sağlığı

CYBE: Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar

KBDÖ: Kontraseptif Bilgi Değerlendirme Ölçeği

KOK: Kombine Oral Kontraseptif

POP: Mini Haplar

RIA: Rahim İçi Araç

TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları

TABLÖLER DİZİNİ

Tablo 1. Sağlık çalışanlarının sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı	26
Tablo 2. Sağlık çalışanlarının üreme sağlığına ilişkin bilgilerin dağılımı	27
Tablo 3. Sağlık çalışanlarının gebeliği önlemek için kullandıkları doğum kontrol yöntemi ve kullanım süresinin dağılımı	28
Tablo 4. Sağlık çalışanlarının geçmişte kullandığı gebeliği önleyici yöntemler ve kullanım süresinin dağılımı	29
Tablo 5. Sağlık çalışanlarının planlanmayan/istenemeyen gebelik deneyimi ve acil kontraseptif kullanma durumuna göre dağılımı	31
Tablo 6. Sağlık çalışanlarının geçmişte kullandığı gebeliği önleyici yöntemleri bırakma nedenleri	32
Tablo 7. Sağlık çalışanlarının sosyo-demografik özellikleri ile Kontraseptif Bilgi Değerlendirme Ölçeği toplam puanının karşılaştırması	33
Tablo 8. Değişkenlerin Kontraseptif Bilgi Değerlendirme Ölçeği toplam puanı ile karşılaştırılması	34

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Kontrasepsiyon, gebeliği önleme eylemidir. Doğum kontrol yöntemlerinin kullanımı gebeliklerin arasını açmaya ve aile büyüklüğünü sınırlamaya olanak tanır. Bireylerin ve çiftlerin gebe kalıp kalmayacaklarını ve ne zaman kalacaklarını seçerek doğurganlık isteklerini yerine getirmelerini sağlar. Küresel eğilimler doğum kontrol yöntemlerinin kullanımında sağlık çalışanları başta olmak üzere bir artış olduğunu göstermiştir, ancak birçok sağlık çalışanı, yaklaşık üçte biri, bir yıl içinde yöntemlerini bırakmaktadır (1).

Aile planlaması ve kontrasepsiyon yöntemlerinin kullanımı ve bunlara erişim, anne ve bebek ölümlerini azaltmada, Cinsel ve Üreme Sağlığı (CÜS) sonuçlarını iyileştirmede ve dünya çapında kadınların insan haklarını yerine getirmede kritik bir rol oynar (2). TNSA 2018 verilerine göre üreme çağındaki kadınların %60,6'sının modern yöntemlerle kendi aile planlaması ihtiyacını karşılayabildiği, %49,8'inin gebelik önceliyici uygulamaların kullanımı, cinsel ilişkilerini ve üreme sağlığına ilişkin kendi bilinçli kararlarını verebildiği belirlenmiştir (3). Her ne kadar bu oranlar yüksekmiş gibi görünse de istenilen düzeyde değildir.

Aile planlamasının önemli bir sonucu da istenmeyen gebeliklerin önlenmesidir. Temmuz 2019 - Temmuz 2020 tarihleri arasında 69 hedef ülkede 121 milyon istenmeyen gebeliğin modern aile planlaması yöntemleri ile önlenmesine rağmen (4), düşük ve orta gelirli ülkelerde her yıl yaklaşık 74 milyon istenmeyen gebelik gerçekleşmektedir (5). Düşük ve orta gelirli ülkelerde istenmeyen gebelikler, kadınların doğum öncesi bakım ziyaretlerine optimum sayıda katılma olasılığını azaltırken (6), özellikle kürtaj hizmetlerine erişimin sınırlı olduğu durumlarda onları güvenli olmayan kürtajlara yatkın hale getirmektedir. Bireylerin yeterince eğitim almamaları ve doğru kontrasepsiyon yöntemini kullanmamaları istenmeyen sonuçlara neden olmaktadır. Sağlık çalışanları tarafından verilecek olan eğitimler istenmeyen sonuçları önlemenin kilit noktasıdır (7).

Doğum kontrolü danışmanlığı sağlayan sağlık çalışanları arasında birden fazla uzmanlık alanında çalışan doktorlar (örneğin aile hekimliği, pediatri, kadın doğum ve jinekoloji (Ob/Gyn), acil tıp, dahiliye), hemşireler, asistanlar, ebeler ve toplum sağlık çalışanları ve diğer sağlık çalışanları yer almaktadır (8).

Aile Planlaması (AP) danışmanlık hizmeti ile eğitim ve danışmanlık hizmeti veren sağlık personeli, kontraseptif yöntemler ve seçimi konusunda bireylere tavsiye sağlayabilir. Konu hakkındaki bilgi ve beceri eksiklikleri, danışmanlık hizmeti alan bireylerle arasındaki yetersiz iletişim, yöntemlerin uygun kullanımı ve yönteme ilişkin yan etkilerin anlaşılması ve açıklanmasını zorlaştırabilir. Dolayısıyla yöntemin kullanımında hataya ve yöntemi bırakmaya neden olabilir. Bu nedenle iyi yapılandırılmış AP danışmanlık hizmetleri, kadın ve çocuk sağlığını koruyucu ve geliştirici etkiler meydana getirir (9).

Sağlık profesyonelleri kontrasepsiyon konusunda halkı bilgilendiren ve danışmanlık hizmetlerinin verilmesini sağlayan kişilerdir. Ayrıca rol model olmaları bakımından kendilerinin bu konudaki tercihleri de önem kazanmaktadır. Bu açıdan çalışmamızda üniversite hastanemizde çalışan sağlık çalışanlarının kontrasepsiyon konusundaki tutumları ve bilgi düzeylerini değerlendirmeyi ve konu hakkında literatüre katkı sağlamayı amaçladık.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kontrasepsiyon Tanımı

Kontrasepsiyon, gebeliği önleme eylemidir. Bu bir cihaz, bir ilaç, bir prosedür veya bir davranış olabilir. Doğum kontrolü, kadın ve erkeğin üreme sağlığını kontrol etmesini sağlar ve kadın ve erkeğe aile planlamasında aktif bir katılımcı olma yeteneği kazandırır (10).

2.2. Kontrasepsiyon Önemi

Doğum kontrolü kullanımı, özellikle ergenlik çağındaki kadınlar için gebelikle ilişkili sağlık risklerini önleme ve doğumlar arası aralıklar açısından oldukça önemlidir. 3 yıl veya daha uzun bir aralıktan sonra doğanlara kıyasla, büyük kardeşten sonra iki yıl içinde doğan çocukların bebek ölümü riski %60 artarken, 2-3 yıl içinde doğanların riski %10 artmaktadır (11). Eğitim fırsatları, sürdürülebilir nüfus artışı ve ekonomik kalkınma gibi sağlık dışı faydalarıda bulunmaktadır. Aile planlaması kullanmak isteyen kadınların sayısı son yirmi yılda belirgin şekilde artmış olup, 2000 yılında 900 milyondan 2021 yılında yaklaşık 1,1 milyara çıkmıştır (12).

2.3. Kontrasepsiyon Danışmanlığı

Kontrasepsiyon danışmanlığı, kişilere kontraseptif yöntemler hakkında bilgi verilen ve kişilerin bir yöntem seçip kullanmasına rehberlik edilen bir süreçtir. Bu süreçte, danışmanlık hizmeti veren ve alan arasında yöntemlerin iyi-kötü özellikleri, erişilebilirliği, kullanım kuralları ve koruma yüzdeleri hakkında fikir alışverişi yapılır. Kontrasepsiyon danışmanlığı; genel, yönteme özel ve izlem danışmanlığı olarak üç şekilde yapılmaktadır (13).

2.3.1. Genel Danışmanlık

Aile planlaması genel danışmanlığında yöntem kullanmak isteyen bireylere tüm doğum kontrol yöntemleri görsel materyaller kullanılarak tek tek tanıtılarak bilgi verilir. Bilgilendirme; olumlu ya da olumsuz yanları, yan etkileri gibi çeşitli başlıklar içermektedir. Ayrıca bireye üreme sistemi ilgili temel bilgilerde sunulur. Sonuçta bireyin kendisi için uygun olanı seçmesi beklenmektedir (14).

2.3.2. Yönteme Özel Danışmanlık

Genel danışmanlık sonrası karar verilen yöntemle ilgili yapılan danışmanlık hizmetidir. Bireyin yöntem hakkındaki bilgisi değerlendirilir. Yöntem

hakkında ayrıntılı bilgiler sunularak yöntemin uygunluğu, bireyin gereksinimleri gibi konular dikkate alınarak tavsiyede bulunulur (14).

2.3.3. İzlem Danışmanlığı

Bu danışmanlığın temel amacı, bireylerin seçtikleri doğum kontrol yönteminden memnuniyetini sağlamak ve bu yöntemin doğru bir şekilde kullanılmasını desteklemektir. Danışmanlık sürecinde, yöntemin yanlış kullanımını engellemek amacıyla sorular sorulur ve bireylerin kullanım sürecindeki devamlılıkları sağlanmaya çalışılır. Ayrıca, kişilere bu süreçte rehberlik yapılır, destek sunulur ve takip gerçekleştirerek doğru kullanımın sürdürülebilmesi sağlanır (15, 16).

2.4. Kontraseptif Yöntemler

2.4.1. Modern Yöntemler

2.4.1.1. Hormonal Kontraseptifler

Hormonal doğum kontrol yöntemleri (kontrasepsiyon) östrojen artı progestin veya sadece progestin içerir; çoğu insan için gebeliği önlemenin güvenilir bir yoludur. Hormonal yöntemler arasında implant, rahim içi araç (RİA), enjeksiyonlar, haplar, vajinal halkalar ve deri yamaları bulunur (17).

- Kombine hormonal kontraseptifler

a) Kombine oral kontraseptifler (KOK)

Kombine Oral Kontraseptifler (KOK'lar), her gün aynı saatte alınması gereken, östrojen ve progesteron hormonlarını içeren doğum kontrol haplarıdır. Bu yöntem, geri dönüşümlü bir doğum kontrol seçeneğidir (18). Düzenli ve doğru kullanımda, KOK'ların koruyuculuğu %99.9 oranındadır (19). KOK'ların temel etki mekanizması ovülasyonun engellenmesidir. Endometriyal atrofi yaparak implantasyonu önlerler (20, 21).

Bu yöntemin olumlu yönleri arasında, adet düzenini sağlaması, ağrılı adet dönemlerini ve ağır menstrüel kanamaları azaltabilmesi bulunmaktadır. Cinsel aktivite üzerinde herhangi bir olumsuz etkisi yoktur ve rahim ile yumurtalık kanserlerine karşı koruma sağlar. Ayrıca, kemik erimesini engeller ve kemik yoğunluğunu artırır. Ancak, bazı olumsuz yan etkiler de gözlemlenebilir. Özellikle ilk üç ayda geçici kilo artışı, bulantı, kusma, baş ağrısı gibi şikayetler yaşanabilir. Ayrıca, menstrüasyon kanamasında azalma, ara kanamalar ve lekelenmeler görülebilir.

KOK'lar cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara karşı koruma sağlamaz, bu nedenle bu yönteme ek olarak kondom kullanımı gerekebilir (19, 22).

Postpartum 6 hafta, emboli öyküsü, hipertansiyon, 35 yaş üzerinde günde en az 15 adet sigara içilmesi, iskemik kalp hastalığı, SVO öyküsü, auralı migren, aktif meme kanseri, ağır siroz, viral hepatit gibi durum ve hastalıklarda KOK kullanımı kesin kontrendikedir (23, 24, 25).

b) Transdermal Kombine Yama (patch)

Transdermal kontraseptif bantlar, östrojen-progestin kontrasepsiyonunun oldukça etkili bir biçimidir. Geri dönüşümlü, olaya dayalı olmayan bir kontrasepsiyon yöntemi isteyen ve östrojen veya progestin kullanımına karşı herhangi bir kontrendikasyonu olmayan çoğu kişi bu yöntemi güvenle kullanabilir. Yama türleri, yama yapısı ve hormonal içerik ürüne göre değişir.

- Etinil estradiol-norelgestromin (EE/N) yaması – EE/N transdermal kontraseptif yama (ticari adları Xulane ve Zafemy, eskiden Evra) üç katmandan oluşan bir matris sistemidir. İlaçlı katman iki hormon içerir (26).
- Etinil estradiol-levonorgestrel (EE/LNG) yaması – 2020 yılında ABD Gıda ve İlaç Dairesi (FDA) tarafından onaylanan EE/LNG transdermal yaması (ticari adı Twirla), günde yaklaşık 30 mcg EE ve 120 mcg LNG salgılar; bu da aynı dozdaki oral kontraseptif haplara benzerdir (26).

c) Enjektabl Kombine Yöntemler

Küresel ölçekte, enjeksiyonla uygulanan doğum kontrol yöntemleri, AP programlarının temel unsurlarından biri olarak kabul edilmektedir (27).

Aylık Enjeksiyonlar: Bu yöntem, kombine etki gösteren (örneğin, Mesigyna) aylık enjeksiyonlar şeklinde uygulanır. Yöntem, menstrüel siklusun ilk 7 günü içinde başlatılır ve ovülasyonu baskılayarak gebelikten korunmayı sağlar. Kullanım kurallarına uyulduğunda %99.7 oranında koruyuculuk sağlar (28).

d) Kombine Vajinal Halkalar (ring)

Kombine kontraseptif vajinal halka (CCVR, NuvaRing®, Organon Int., Oss, Hollanda) hormonal kontrasepsiyonun ayda bir kez uygulanan yeni bir yöntemidir. 54 mm çapında ve 4 mm kalınlığında esnek, yumuşak, şeffaf bir halkadan oluşur ve kadın tarafından vajinaya kolayca yerleştirilebilir. 3 haftalık kullanımdan sonra kadın halkayı çıkarır ve böylece normalde menstrual siklus kanamasının meydana geldiği

halkasız bir hafta başlatır. Halka, etinil estradiol (EE, 2,7 mg) ve etonogestrel (ENG, 11,7 mg) hormonlarının eşit şekilde dağıldığı kopolimer evatandan yapılmıştır. ENG, progestin desogestrel'in aktif metaboliti olan 3-ketodesogestrel'dir. Halkanın bileşimi nedeniyle, günlük olarak 15 µg EE ve 120 µg ENG'yi sürekli olarak serbest bırakır ve bunlar daha sonra vajinal epitelyumdan sürekli olarak emilir (1, 5, 7).

- **Sadece progesteron içeren hormonal yöntemler**

'Sadece progestojen' içeren kontraseptifler enjeksiyon, implant, oral preparatlar, hormon salgılayan rahim içi araçlar ve acil kontraseptifler olarak mevcuttur. Bu bileşikler emziren veya östrojen tedavisine karşı başka kontrendikasyonları olan kadınlar tarafından kullanılabilir, örneğin doğumdan hemen sonra, talasemi, orak hücre hastalığı, safra kesesi hastalığı, geçmiş veya mevcut tromboembolik bozukluklar, kalp kapak hastalığı, iskemik kalp hastalığı, yakın zamanda ameliyat olmuş, migren veya hipertansiyonu olanlar ve özellikle sigara içen 35 yaş üstü kadınlar kullanabilir (29,30).

a) Mini haplar (POP)

Sadece progestojen içeren haplar (POP'lar), gebeliği önlemek için kullanılan bir oral kontrasepsiyon biçimidir. POP'lar, yumurtalık tarafından üretilen progesteron hormonuna benzer olan progestojen adı verilen bir hormon içerir. Bu tür haplar 28 haplık bir pakette gelir. Her hap aktif bir hormon hapıdır ve paketler arasında ara verilmez. KOK'ların aksine, hormonsuz gün yoktur. Bu kontrasepsiyon şekli östrojen içermez. Bu haplar esas olarak servikal mukusu daha kalın hale getirerek spermin geçmesini önleyerek çalışır. Doğru şekilde alındığında, POP'lar gebeliği önlemede KOK'lar kadar etkilidir. Bu, mükemmel kullanımda %99'dan fazla etkili oldukları anlamına gelir, ancak tipik günlük kullanımda yaklaşık %93 etkili olabilirler. POP'ların her gün aynı üç saatlik zaman diliminde alınması önerilmektedir. Hapı almak için üç saatten fazla gecikme, istenmeyen gebelikten korumada etkisi zayıflayacaktır. Hormon hapını aldıktan üç saat sonra kusma meydana gelirse veya şiddetli ishal durumunda POP'lar etkili olmayabilir. Bazı ilaçlar da bu hapların etkisini durdurabilir, bunlara bazı anti-epileptik ilaçlar ve bitkisel ilaçlar dahildir. POP'lar her gün aynı saatte alındığında etkili bir doğum kontrolü sağlar. Alınmadığında doğurganlık hemen normal seviyesine döner. POP'lar östrojen alamayan kişiler tarafından güvenle kullanılabilir Dezavantajları sadece progestojen içerdiği için

menstrual siklus sıklıkla değişebilir. Düzenli vajinal kanama, lekelenme veya düzensiz kanama yaşanabilir. Bazı kişilerde hiç vajinal kanama görülmez. Bazı yan etkiler arasında baş ağrısı, meme hassasiyeti ve mide bulantısı bulunabilir. Bu yan etkiler, genellikle POP kullanmaya başladıktan sonraki ilk birkaç aydan sonra azalır veya dururlar. POP türünü veya kullanılan doğum kontrol türünü değiştirmek faydalı olabilir. Cinsel yolla bulaşan enfeksiyon (CYBE) riski varsa, POP kullanırken aynı zamanda prezervatif kullanılması önerilmektedir (31).

b) Sadece progestinli implantlar

İmplant (marka adı: Nexplanon) progestin hormonu içeren küçük bir çubuktur. Bir sağlık hizmeti sağlayıcısı tarafından üst iç kola deri altına yerleştirilir. En az üç yıl etkilidir ancak gebe kalmak istenirse veya implantı kullanmaya devam etmek istemezse daha erken çıkarılabilir. Yerleştirme ve çıkarma işlemi bir hastanede veya klinikte yapılabilir. İmplant, en etkili doğum kontrol yöntemlerinden biridir. Progestin yavaşça çevre dokulara salındığı için en az üç yıl gebelikten koruma sağlar. İmplantın menstrual siklus sırasında ne zaman yerleştirildiğine bağlı olarak, yerleştirmeden sonraki bir hafta boyunca ikinci doğum kontrolü (örneğin prezervatif) önerilebilir. Düzensiz kanama en rahatsız edici yan etkidir. Çubuk çıkarıldıktan sonra doğurganlık hızla geri döner (17).

c) Sadece progestinli enjektal formlar

Bu yöntemde, içeriğinde medroksiprogesteron asetat (DMPA) bulunan (marka adı Depo-Provera) enjeksiyonlar, her 3 ayda bir uygulanır. Dünyada ve ülkemizde sıkça kullanılmaktadır. Uygulama, servikal mukusu kalınlaştırarak ovülasyonu engeller (29, 32). DMPA, kalça veya üst kol gibi bir kasın derinliklerine enjekte edilir veya subkutan enjekte edilir. DMPA yumurtlamayı önler ve serviks mukusunu kalınlaştırarak serviksi sperm için bariyer hale getirir. İlk DMPA dozu menstrual siklusun ilk yedi günü içinde uygulanırsa, hemen gebeliği önleyici etkiye sahiptir. İlk dozu menstrual siklusun yedinci gününden sonra uygulanırsa, yedi gün boyunca ikinci bir doğum kontrol yöntemi (örneğin prezervatif) kullanılmalıdır. DMPA çok etkilidir ve tekrarlanan enjeksiyonlar zamanında yapıldığında başarısızlık oranı %1'den azdır. DMPA'nın en yaygın yan etkileri, özellikle kullanımın ilk birkaç ayında düzensiz veya uzun süreli kanama ve lekelenmedir. Kullanıcıların %50'sine kadarı, bir yıllık DMPA kullanımından sonra menstruasyon görmeyi tamamen bırakır. Menstrual siklus

genellikle son DMPA enjeksiyonundan itibaren altı ay içinde geri döner, ancak bazı durumlarda adetlerin geri dönmesi daha uzun sürebilir. Bazı kişiler DMPA enjeksiyonları sırasında kilo almaya eğilimlidir. Kardiyovasküler komplikasyonlar veya kanser riskinde artış yoktur. DMPA kullanımı, kemik mineral yoğunluğunun azalmasıyla ilişkilidir. Çalışmalar, geçmişte DMPA kullanmış kişilerde kemik kırığı riskinde artış olduğunu göstermemiştir. DMPA uzun etkili olduğundan, ilacı bıraktıktan kısa bir süre sonra gebe kalmak isteniyorsa kullanılmamalıdır. Çoğu kişi 10 ay içinde gebe kalabilse de, doğurganlık son enjeksiyondan sonra 18 aya kadar geri dönmeyebilir (17, 33).

2.4.1.2. Rahim içi araçlar (RİA)

Rahim içi araç (RİA), gebeliği önlemek için uterusu yerleştirilen küçük bir doğum kontrol cihazıdır. Türkiye'de bulunan 2 tip şunlardır:

- Bakırlı RİA (hormonal olmayan bakırlı RİA olarak da bilinir)
- Hormonal RİA.

I. Bakırlı RİA (Cu-RİA)

Bakırlı RİA, plastik bir çerçevenin etrafına sarılmış ince bir bakır telden oluşan küçük bir yapıya sahiptir. Gebeliği önlemek için uterus içine yerleştirilir. RİA'ya ince bir naylon iplik takılır - iplik serviksten vajinanın üst ucuna çıkar. Yumurta ve sperm için toksiktir ve spermin yumurtayı döllemesini engeller. Yumurtanın taşınmasını yavaşlatarak sperm ve yumurtanın buluşma şansını geciktirir. Endometriumu değiştirerek döllemiş bir yumurtayı destekleyemez hale getirir.

Bakırlı RİA; güvenilir, uzun vadeli bir doğum kontrol yöntemi isteyenler, gebeliklerini aralıklı hale getirmek isteyenler, emzirenler, tıbbi rahatsızlıkları veya kişisel tercihleri nedeniyle hormonal doğum kontrol yöntemini kullanamayan veya kullanmak istemeyenler için güvenilirdir. Ancak, kısa vadede gebelik planlayanlar, pelvik inflamatuvar hastalığı (PID) olanlar, aşırı kanaması olanlar, Wilson hastalığı veya bakıra alerjisi olanların kullanması önerilmemektedir. Bakırlı RİA kullanmaya karar vermeden önce mutlaka şu durumlar dikkate alınmalıdır. Ağrılı veya uzun süreli kanaması olanlar, anemisi olanlar, son zamanlarda CYBE geçirenler, miyomu olanlar veya uterusu şekil bozukluğu olanlar ve geçmişte RİA ile ilgili sorun yaşayanların hekim kontrolü sonrası RİA kullanması önerilmektedir (31). Bakırlı RİA'ların değişik tipleri mevcuttur ve gebelikten koruyucu etkisi tiplere göre değişmektedir (34).

II. Hormonlu RİA (Sadece progestinli intrauterin araçlar)

Dört tip hormonal RİA mevcuttur. Bunlara piyasa ismi ile Mirena©, Liletta®, Skyla® ve Kyleena© denir. Bunlar sapında levonorgestrel adlı bir hormon bulunan küçük plastik T şeklinde cihazlardır. Kyleena©, Mirena©'dan biraz daha küçüktür ve biraz daha az miktarda hormon içerir. Gebeliği önlemek için uterusu yerleştirilir. RİA'ya ince bir naylon iplik bağlanır. İplik serviksten vajinanın üst ucuna çıkar.

. Hormonlu RİA; spermin yumurtayı döllemesini engeller, serviksteki mukusu kalınlaştırır, böylece sperm uterusu giremez, endometriumu değiştirerek yumurtanın endometriuma tutunmasını zorlaştırır, bazen de overlerin yumurta bırakmasını engeller. Hormonlu RİA; güvenilir, uzun vadeli bir doğum kontrol yöntemi isteyen, gebeliklerinin arasını açmak isteyenler, emzirenler için iyi bir seçenektir. Şu durumlarda hormonal RİA kullanmamalıdır: gebelik şüphesi olanlar, PID enfeksiyonu geçirenler, meme kanseri veya bazı ciddi karaciğer rahatsızlıklarının kullanması önerilmez (31). Ülkemizde sadece Mirena bulunmakta; gebeliği önleyici etkisi 5 yıldır (34).

2.4.1.3.Bariyer yöntemler

Erkek ve kadın kondomları(prezervatifler)

- Erkek kondomları

Erkek kondomlar spermin partnerin vücuduna girmesini önlemeye yardımcı olur. En yaygın tür olan lateks kondomlar ayrıca HIV ve diğer cinsel yolla bulaşan hastalıkları önlemeye çalışır. "Doğal" veya "kuzu derisi" kondomlar gebeliği önlemeye yardımcı olur ancak HIV dahil cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı koruma sağlamayabilir. Kondomlar reçetesiz olarak mevcuttur. Tipik kullanım başarısızlık oranı: %13.1 (12).

- Kadın kondomları

Kadın kondomu spermin yumurtaya ulaşmasını engelleyerek gebeliği önlemeye çalışır. Kayganlaştırıcı ile paketlenir ve tekli paket olarak satılır. Cinsel ilişkiden 8 saat öncesine kadar takılabilir. Kadın kondomu cinsel yolla bulaşan enfeksiyonları önlemeye yardımcı olabilir. Tipik kullanım başarısızlık oranı: %21.1 (35).

- **Diyafram ve servikal başlık (kap)**

Cinsel ilişkiden önce, diyafram veya başlık spermisit ile vajinaya yerleştirilerek sperm bloke edilir veya öldürülür. Bu yöntemler bir sağlık hizmeti sağlayıcısı tarafından reçete edilir. Diyafram için tipik kullanım başarısızlık oranı: %17.1 Servikal başlık için tipik kullanım başarısızlık oranı: %22.1 (36).

- **Spermisitler**

Bu ürünler spermisitler ve vajinal pH düzenleyicileri içerir ve spermi öldürerek veya spermin yumurtaya ulaşmasını zorlaştırarak çalışır. Birkaç formda gelirler; köpük, jel, krem, film, fitil veya tablet. Cinsel ilişkiden en fazla 1 saat önce vajinaya yerleştirilirler. Cinsel ilişkiden en az 6 ila 8 saate kadar vajen temizlenmemelidir. Spermisit harici (erkek) kondom, diyafram veya rahim ağzı kapağı ile kullanılabilir. Reçetesiz satın alınabilir veya bir sağlık hizmeti sağlayıcısı tarafından reçete edilebilirler. Tipik kullanım başarısızlık oranı: %21.1 (37).

2.4.1.4. Cerrahi sterilizasyon

- **Tüp ligasyonu**

Fallop tüplerinin bağlanması/kapatılması veya kesilmesi olarak ifade edilir. İşlem bir hastanede veya ayakta tedavi cerrahi merkezinde yapılabilir. Hasta ameliyattan sonra aynı gün eve gidebilir ve birkaç gün içinde normal aktivitelerine devam edebilir. Bu yöntem hemen etkilidir. Tipik kullanım başarısızlık oranı: %0,51 (35).

- **Vazektomi**

Bu prosedür, spermin penise gitmesini engellemek için yapılır. Böylece boşalmada yumurtayı dölleyebilecek hiçbir sperm olmaz. Prosedür genellikle ayakta tedavi cerrahi merkezinde yapılır. Hasta aynı gün evine gidebilir. İyileşme süresi 1 haftadan azdır. Ameliyattan sonra, semende sperm sayısının sıfıra düştüğünden emin olmak için bir sağlık kuruluşunu ziyaret etmek önemlidir; bu yaklaşık 12 hafta sürer. Sperm sayısı sıfıra düşene kadar başka bir doğum kontrol yöntemi kullanılmalıdır. Tipik kullanım başarısızlık oranı: %0,15 olarak bildirilmiştir (38).

2.4.2. Doğal Aile Planlaması Yöntemleri

2.4.2.1. Emzirme (Laktasyonel Amenore Metodu=LAM)

Emzirmenin doğurganlık üzerindeki doğal etkisine dayanan geçici bir aile planlaması yöntemidir. LAM 3 koşul gerektirir. 3'ü de karşılanmalıdır:

- Annenin aylık kanaması geri dönmemelidir
- Bebek tamamen emzirilir ve gece gündüz sık sık beslenmelidir
- Bebek 6 aylıktan küçüktür.

“Tamamen emzirme” yalnızca emzirmeyi (bebek anne sütüne ek olarak başka bir sıvı veya yiyecek, hatta su bile almaz) içerir. LAM ovulasyonu baskılar, sık emzirme ile yumurtlamayı sağlayan doğal hormonların salınımını geçici olarak engellenmiş olur (37).

2.4.2.2. Servikal mukus yöntemi

Mukus yöntemi aynı zamanda 2 günlük yumurtlama yöntemi olarak da adlandırılır. Kadın, menstrual siklusun sona ermesinden sonraki günden başlayarak, mümkünse her gün birkaç kez servikal mukus gözlemleyerek doğurganlık dönemini belirler. Kadınlar gözlemlerini kaydetmelidir. Mukus genellikle siklus sırasında şu örüntüye sahiptir:

- Menstruasyon kanaması sona erdikten sonra birkaç gün mukus olmayabilir
- Sonra mukus belirir ve koyu kıvamlıdır
- Ovulasyondan kısa bir süre önce daha fazla mukus üretilir ve mukus daha ince, elastik (parmaklar arasında gerilir), daha berrak ve daha sulu hale gelir.

Menstruasyon kanaması sırasında mukus kontrol edilmediği için cinsel ilişkiden tamamen kaçınılır. Cinsel ilişkiden, mukus ilk ortaya çıktığı andan mukus tamamen kaybolana kadar kaçınılır. Mukus kaybolduktan sonra, bir sonraki menstruasyon dönemi başlayana kadar cinsel ilişkiye kısıtlama olmaksızın izin verilir. Eğer mukus genellikle normal düzeni izlemiyorsa veya kadın mukusu yorumlamada sorun yaşıyorsa, sağlık uzmanına danışmalıdır. Bu yöntemi kullanan kadınlar duş jeli veya kadın hijyen spreyleri ve kremleri kullanmamalıdır. Çünkü bu formülasyonlar mukusu değiştirebilir. Servikal mukustaki bir değişiklik, ovulasyonu vücut sıcaklığından daha doğru bir şekilde gösterir (32).

2.4.2.3. Bazal vücut ısısı yöntemi

Kadın, servikal mukusun miktarının arttığı ve daha ince, elastik, daha berrak ve daha sulu hale geldiği (mukus yönteminde olduğu gibi) ve sıcaklığın arttığı zamanları not etmelidir. Takvim yöntemine göre perhiz gerektiren ilk günden, bazal vücut sıcaklığının arttığı ve servikal mukusun değiştiği günden en az 72 saat sonrasına kadar cinsel ilişkiden kaçınmalıdır (32).

2.4.2.4. Semptotermal yöntem

Semptotermal yöntem, dinlenme halindeki bazal vücut sıcaklığı ölçümünü mucus ve takvim yöntemleriyle birleştirir. Bu nedenle, doğurganlık farkındalığı yöntemlerinden semptotermal yöntem en güvenilir olanıdır. Bir kadının bazal vücut sıcaklığı, yumurta bırakıldıktan sonra yaklaşık 0,9° F (0,5° C) kadar hafifçe artar. Sıcaklıktaki değişiklikleri takip etmek için, kadın her sabah yataktan kalkmadan önce sıcaklığını ölçmelidir (39).

2.4.3. Geleneksel Aile Planlaması Yöntemleri

- Koitus interruptus (Geri çekme yöntemi)

Geri çekme yöntemi, boşalmadan önce penisin vajinadan çekilmesidir. Geri çekme, her coitusta boşalmadan önce penisi çıkararak mükemmel bir şekilde kullanılırsa, gebeliği önlemede %96 etkili olabilir. Coitus sırasında penisi geri çekmek zor olabileceğinden, gerçek hayatta kullanıldığında geri çekilme %80'e yakın etkilidir. Geri çekme yöntemi, boşalma vajinanın dışında gerçekleştiğinde spermin vajinaya girme şansını azaltarak çalışır. Boşalmadan önce penisi vajinadan çekilmesi şarttır. Boşalmanın, vajinal açıklığa yakın olmaması önemlidir (4).

- Takvim (standart günler) yöntemi

Aylık doğurganlık düzeninizi anlamak, gebe kalmayı planlama veya gebe kalmaktan kaçınmaya yardımcı olabilir. Doğurganlık düzeni, ayda doğurgan olunan gün sayısı, doğurgan olunmayan gün sayısı ve doğurganlığın olası olmadığı ancak mümkün olduğu gün sayısıdır. Düzenli bir menstrual döngü varsa, her ay yaklaşık dokuz veya daha fazla doğurgan gün olduğu anlamına gelir. Gebe kalmak istenmiyorsa, doğurgan olunan günlerde cinsel ilişkiye girilmez veya o günlerde bariyer doğum kontrol yöntemi kullanılması önerilir. Başarısızlık oranları bu yöntemler arasında değişir. Tipik kullanım başarısızlık oranları aralığı: %2-23 (38).

2.4.4. Acil Kontrasepsiyon

Acil kontrasepsiyon, cinsel ilişkiden sonra gebeliği önlemek için kullanılabilen kontrasepsiyon yöntemlerini ifade eder. Bunların 5 gün içinde kullanılması önerilir ancak ne kadar erken kullanılırsa o kadar etkilidir. Acil kontraseptif haplar yumurtlamayı önleyerek veya geciktirerek gebeliği önler. Bakır içeren RİA, sperm ve yumurtanın buluşmasından önce kimyasal bir değişikliğe neden

olarak döllenmeyi önler. Acil kontrasepsiyon, yerleřik bir gebeliği kesintiye uęratamaz veya gelişmekte olan bir embriyoya zarar veremez.

Acil kontrasepsiyon kullanımına yönelik kesin tıbbi kontrendikasyonlar yoktur. Acil kontrasepsiyon kullanımı için yaş sınırı yoktur. Bakırlı R A'nın genel kullanımına ilişkin uygunluk kriterleri, acil amaçlar için bakırlı R A kullanımı için de geçerlidir (37).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Amacı ve Tipi

Sağlık profesyonellerinin kontrasepsiyon konusundaki tutumları ve bilgi düzeylerini değerlendirilmeyi amaçlandığımız çalışmamız; kesitsel bir çalışmadır.

3.2.Etik Kurul Onayı

Çalışma için Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 28.03.2024 tarihinde 24-KAEK-130 sayılı etik kurul onayı alınmıştır (EK-1).

3.3.Evren ve Örneklem

Çalışmamızın evrenini üniversite hastanemizde çalışan sağlık personelleri oluşturmaktadır. Evreninin tamamına ulaşılması planlanmıştır. Örneklem seçilmemiştir.

3.3.1. Dahil Edilme Kriterleri

Üniversite hastanemizde çalışan sağlık personeli olmak

3.3.2. Dâhil Edilmeme Kriterleri

Çalışmayı katılmayı kabul etmeme

3.4.Veri Toplama Araçları

1. Sosyodemografik bilgilerinin ve kontraseptif yöntem tercihlerinin incelenmesi amacıyla araştırmacılar tarafından literatür incelenerek hazırlanan anket formu (40, 41, 42, 43) (EK-2).
2. Kontraseptif Bilgi Değerlendirme Ölçeği (KBDÖ)

2022 yılında Türkçeye uyarlanan ve geçerlilik ve güvenirlik çalışması yapılan Kontrasepsif bilgi değerlendirme ölçeği uygulanmıştır (43). Ölçek her biri 5 şıktan oluşan 25 sorudan oluşmaktadır. Her doğru cevap 1 puan yanlış cevap ise 0 puan olarak değerlendirilmekte; böylelikle puan aralığı 0-25 puan arasında değişmektedir. Herhangi bir cut off değeri bulunmamaktadır (EK-3). Ölçeğin kullanılması için gerekli izinler e-mail yoluyla alınmıştır (EK-4).

3.5.Verilerin Değerlendirilmesi

Elde edilen verilerin istatistiksel değerlendirmesi bilgisayar ortamında SPSS 22.0 paket programı ile yapılmıştır. Tanımlayıcı istatistiksel ölçütler (ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerler ve yüzdelik sayılar) kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde parametrik test varsayımlar yerine getirildiğinde iki

bağımsız grubun ortalamaları arasındaki farkın belirlenmesi için Independent Sample t testi ve ikiden fazla bağımsız grubun ortalamaları arasındaki farkın belirlenmesi için One-Way ANOVA (posthoc analiz için Tukey testi), parametrik test varsayımlar yerine getirilmediğinde iki bağımsız grubun ortalamaları arasındaki farkın belirlenmesinde Mann-Whitney U testi ve ikiden fazla bağımsız grubun ortalamaları arasındaki farkın belirlenmesi için Kruskal Wallis H testi (posthoc analiz için Dunn testi) kullanılmış olup yanılma düzeyi 0,05 olarak alınmıştır.

Verilerin normallik analizi değerlendirilirken değişkenlere ait verilerin hangi dağılımdan geldiğini belirlemek için; Kolmogorov-Smirnov testi istatistik ve p değeri, çarpıklık ve basıklık katsayıları incelenmiş, Tabachnick ve Fidell'in, (2013) önerisi doğrultusunda p değerinin 0,05'ten büyük olması veya çarpıklık ve basıklık katsayılarının ± 2 sınırları içinde bulunması durumunda verilerin dağılımının normal sınırlar içerisinde olduğu kabul edilmiştir (44).

4. BULGULAR

Çalışmamıza toplamda 205 sağlık çalışanı katılmıştır. Sağlık çalışanlarının yaş ortalaması 29,72±4,49 olup %60,0'ı (n=123) 22-29 yaş aralığındadır. Katılımcıların %59,0'u (n=121) kadın, %49,3'ü (n=101) evli, %83,4'ünün (n=171) geliri giderinden çok, %62,4'ü (n=128) doktor, %43,1'inin (n=87) dahili bilimlerde çalıştığı, %63,9'unun (n=131) 1-5 yıldır meslekte çalıştığı ve meslekte çalışma süresi ortalamasının 6,14±5,06 yıl olduğu belirlenmiştir (Tablo 1).

Tablo 1. Sağlık çalışanlarının sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı (n=205)

Özellikler	n	%
Yaş		
22-29 yaş	123	60,0
30 yaş ve üzeri	82	40,0
Yaş ortalaması $\bar{X} \pm SS$ (min-max)	29,72±4,49 (22-47)	
Cinsiyet		
Kadın	121	59,0
Erkek	84	41,0
Medeni durum		
Evli	101	49,3
Bekar	101	49,3
Diğer	3	1,4
Gelir düzeyi		
Gelir giderine eşit	28	13,7
Gelir giderden az	6	2,9
Gelir giderden çok	171	83,4
Meslek		
Doktor	128	62,4
Hemşire	51	24,9
Ebe	12	5,9
Diğer	14	6,8
Çalışılan birim* (n=202)		
Dâhili bilimler	87	43,1
Cerrahi bilimler	39	19,3
Aile hekimleri	42	20,8
Kadın doğum/doğumhane/pediyatri	34	16,8
Mesleğinde çalışma süresi		
1-5 yıl	131	63,9
6 yıl ve üzeri	74	36,1
Meslekte çalışma süresi ortalaması $\bar{X} \pm SS$ (min-max)	6,14±5,06 (1-26)	
TOPLAM	205	100,0

%=yüzde, $\bar{X}$ =ortalama (mean) değeri, SS=standart sapma, min= en küçük değer, max= en büyük değer, *Dahili Bilimler: cilt hastalıkları, adli tıp, dahiliye, fizik tedavi ve rehabilitasyon, göğüs hastalıkları, kardiyoloji, nöroloji, patoloji, radyoloji; Cerrahi Bilimler: anestezi, genel cerrahi, göz, ortopedi ve travmatoloji, üroloji, kulak burun boğa, kalp ve damar cerrahisi, göğüs cerrahisi

Sağlık çalışanlarının %63,9'unun (n=131) çocuk sahibi olmadığı ve çocuk sahibi olan sağlık çalışanlarının çocuk sayısı ortalaması $1,65 \pm 0,83$ 'tür. Sağlık çalışanlarının %66,8'inin (n=137) üreme sağlığı/gebeliği önleyici yöntemler konusu ile ilgili mezuniyet sonrası eğitim almadığı ve %77,6'sının (n=159) üreme sağlığı/gebeliği önleyici yöntemler konusunda danışmanlık hizmeti vermediği saptanmıştır. Ayrıca 69 (%33,7) sağlık çalışanı cinsel birliktelik yaşamadığını belirtmiştir. Sağlık çalışanlarının %40'ı çocuğunun olmasını istememekte ve istemeyenlerin %43,9'unun da gebelik yaşama korkusunun olduğu saptanmıştır (Tablo 2).

Tablo 2. Sağlık çalışanlarının üreme sağlığına ilişkin bilgilerin dağılımı (n=205)

Özellikler	n	%
Çocuk sayısı		
Çocuk yok	131	63,9
1 çocuk	39	19,0
2 ve üzeri	35	17,1
Çocuk sayısı ortalaması $\bar{X} \pm SS$ (min-max)	$1,65 \pm 0,83$ (1-5)	
Üreme sağlığı/gebeliği önleyici yöntemler konusu ile ilgili mezuniyet sonrası eğitim alma durumu		
Evet	68	33,2
Hayır	137	66,8
Üreme sağlığı/gebeliği önleyici yöntemler konusunda danışmanlık hizmeti verme durumu		
Evet	46	22,4
Hayır	159	77,6
Cinsel birliktelik yaşama durumu		
Evet	119	58,0
Hayır	69	33,7
Cevap vermek istemeyen	17	8,3
Çocuğunun olmasını isteme durumu		
Evet	32	15,6
Hayır	82	40,0
Daha sonra istiyor	91	44,4
Gebelik yaşama korkusu (n=82)		
Var	36	43,9
Yok	46	56,1
TOPLAM	205	100,0

%=yüzde, $\bar{X}$ =ortalama (mean) değeri, SS=standart sapma, min= en küçük değer, max= en büyük değer

Sağlık çalışanlarının şu an kullandıkları doğum kontrol yöntemleri sorgulandı. Birden fazla seçeneğin işaretlendiği soruda katılımcıların 118'i aile planlaması yöntemi kullanmadığı, 33 kişi kondom kullandığını, 30 kişi de rahim içi araç kullandığını ve 27 kişi de geri çekme yöntemini kullandığını belirtmiştir. Yöntem

kullanmayanların %61,1'inin (n=72) 5 yıl ve üzeri süredir yöntem kullanmadığı belirlenmiştir. Aile planlaması yöntemi kullananların kullandıkları yöntemi kullanım süresi değerlendirildiğinde kondom kullananların %45,5'inin (n=15) 0-1 yıldır, rahim içi araç kullananların %33,3'ünün (n=10) 2 yıldır yöntemi kullandığı belirlenmiştir (Tablo 3).

Tablo 3. Sağlık çalışanlarının gebeliği önlemek için kullandıkları doğum kontrol yöntemi ve kullanım süresinin dağılımı (n=205)

Yöntemler ve süresi	n	%
Kullanılan doğum kontrol yöntemi*		
Yöntem kullanmayan	118	48,6
Oral kontraseptif-hap	10	4,1
Rahim içi araç	30	12,3
Kondom	33	13,6
Vazektomi	1	0,4
Tüp ligasyonu	6	2,5
Takvim yöntemi	6	2,5
Emzirme dönemi	12	4,9
Geri çekme	27	11,1
Yöntem kullanmayanların süresi (n=118)		
0-1 yıldır	30	25,4
2 yıldır	15	12,7
3-4 yıldır	1	0,8
5 yıl ve üzeri	72	61,1
Oral kontraseptif-hap süresi (n=10)		
0-1 yıldır	3	30,0
2 yıldır	5	50,0
3-4 yıldır	1	10,0
5 yıl ve üzeri	1	10,0
Rahim içi araç kullanım süresi (n=30)		
0-1 yıldır	4	13,3
2 yıldır	10	33,3
3-4 yıldır	8	26,7
5 yıl ve üzeri	8	26,7
Kondom kullanım süresi (n=33)		
0-1 yıldır	15	45,5
2 yıldır	11	33,3
3-4 yıldır	3	9,1
5 yıl ve üzeri	4	12,1
Vazektomi kullanım süresi (n=1)		
2 yıldır	1	100,0
Tüp ligasyonu kullanım süresi (n=6)		
2 yıldır	1	16,7
3-4 yıldır	3	50,0
5 yıl ve üzeri	2	33,3
Takvim yöntemi kullanım süresi (n=6)		
0-1 yıldır	4	66,6
2 yıldır	1	16,7

3-4 yıldır	1	16,7
Emzirme dönemi (n=12)		
0-1 yıldır	12	100,0
Geri çekme kullanım süresi (n=27)		
0-1 yıldır	17	62,9
2 yıldır	8	29,7
3-4 yıldır	2	7,4
TOPLAM		100,0

%=yüzde, NOT: katılımcıların kadın kondomu, aylık enjeksiyon, üç aylık enjeksiyon, deri altı implant, spermisit, diyafram kullanmadığı belirlenmiştir, *katılımcılar birden fazla seçenek işaretlemiştir

Geçmişte sağlık çalışanlarının kullandıkları yöntemler sorgulanmıştır. Birden fazla şıkkın işaretlendiği soruda 87 kişi yöntem kullanmadığını 97 kişi kondom kullandığını, 77 kişi oral kontraseptif kullandığını ve 90 kişide geri çekme yöntemi kullandığını belirtmiştir. Geçmişte aile planlaması yöntemi kullananların kullandıkları yöntemi kullanım süresi değerlendirildiğinde oral kontraseptif-hap kullananların %53,2'sinin (n=41) 0-1 yıl, rahim içi araç kullananların %44,4'ünün (n=8) 3-4 yıl, kondom kullananların %38,1'inin (n=37) 0-1 yıl, aylık enjeksiyon kullananların %50,0'sinin (n=1) 2 yıl, üç aylık enjeksiyon kullananların tamamının (n=5) 0-1 yıl, deri altı implant kullananların tamamının (n=4) 0-1 yıl, takvim yöntemi kullananların %68,0'inin (n=17) 0-1 yıl, emzirme döneminde olanların %90,9'unun (n=30) 0-1 yıl, geri çekme yöntemi kullananların %41,1'inin (n=37) 0-1 yıl yöntemi kullandığı saptanmıştır (Tablo 4).

Tablo 4. Sağlık çalışanlarının geçmişte kullandığı gebeliği önleyici yöntemler ve kullanım süresinin dağılımı (n=205)

Geçmişte kullanılan yöntemler ve süresi	n	%
Geçmişte kullanılan doğum kontrol yöntemi*		
Yöntem kullanmayan	87	19,9
Oral kontraseptif-hap	77	17,6
Rahim içi araç	18	4,1
Kondom	97	22,1
Aylık enjeksiyon	2	0,5
Üç aylık enjeksiyon	5	1,1
Deri altı implant	4	0,9
Takvim yöntemi	25	5,7
Emzirme dönemi	33	7,5
Geri çekme	90	20,6
Geçmişte yöntem kullanmayanların süresi (n=87)		
0-1 yıl	12	13,8
5 yıl ve üzeri	75	86,2
Geçmişte oral kontraseptif-hap süresi (n=77)		

0-1 yıl	41	53,2
2 yıl	34	44,2
3-4 yıl	2	2,6
Geçmişte rahim içi araç kullanım süresi (n=18)		
0-1 yıl	1	5,6
2 yıl	6	33,3
3-4 yıl	8	44,4
5 yıl ve üzeri	3	16,7
Geçmişte kondom kullanım süresi (n=97)		
0-1 yıl	37	38,1
2 yıl	36	37,1
3-4 yıl	19	19,6
5 yıl ve üzeri	5	5,2
Geçmişte aylık enjeksiyon kullanım süresi (n=2)		
0-1 yıl	1	50,0
2 yıl	1	50,0
Geçmişte üç aylık enjeksiyon kullanım süresi (n=5)		
0-1 yıl	5	100,0
Geçmişte deri altı implant kullanım süresi (n=4)		
0-1 yıl	4	100,0
Geçmişte takvim yöntemi kullanım süresi (n=25)		
0-1 yıl	17	68,0
2 yıl	7	28,0
5 yıl ve üzeri	1	4,0
Geçmişte emzirme dönemi (n=33)		
0-1 yıl	30	90,9
2 yıl	2	6,1
3-4 yıl	1	3,0
Geçmişte geri çekme kullanım süresi (n=90)		
0-1 yıl	37	41,1
2 yıl	27	30,0
3-4 yıl	20	22,2
5 yıl ve üzeri	6	6,7
TOPLAM		100,0

%=yüzde, NOT: katılımcıların kadın kondomu, vazektomi, tüp ligasyonu, spermisit, diyafram kullanmadığı belirlenmiştir. *katılımcılar birden fazla seçenek işaretlemiştir

Sağlık çalışanlarının %7,3'sinin (n=15) planlanmayan/istenmeyen gebelik deneyimi yaşadığı, %10,2'sinin (n=21) acil kontraseptif yöntemini kullandığını belirlenmiştir (Tablo 5).

Tablo 5. Sağlık çalışanlarının planlanmayan/istenmeyen gebelik deneyimi ve acil kontraseptif kullanma durumuna göre dağılımı (n=205)

Özellikler	n	%
Planlanmayan/istenmeyen gebelik deneyimi yaşama durumu		
Evet	15	7,3
Hayır	190	92,7
Acil kontraseptif yöntem kullanma durumu		
Evet	21	10,2
Hayır	184	89,8
TOPLAM	205	100,0

%=yüzde

Sağlık çalışanlarının daha önce kullanmış olduğu gebeliği önleyici yöntemleri bırakma nedenleri değerlendirildiğinde oral kontraseptif-hap kullananların %48,7'sinin (n=36), rahim içi araç kullananların %73,3'ünün (n=11), kondom kullananların %51,7'sinin (n=46) ve geri çekme yöntemi kullananların %35,6'sının (n=36) gebe kalma isteği nedeniyle yöntemleri bıraktıkları saptanmıştır. Ayrıca üç aylık enjeksiyon kullananların %60,0'ının (n=3) deri implant kullananların %80,0'inin (n=4) takvim yöntemi kullananların %59,1'inin (n=13) ve emzirme döneminde olanların %87,6'sının (n=28) başka yöntemge geçme isteği nedeniyle yöntemleri bıraktıkları belirlenmiştir (Tablo 6).

Tablo 6. Sağlık çalışanlarının geçmişte kullandığı gebeliği önleyici yöntemleri bırakma nedenleri*

	Yöntem kullanmayan (n=85)		Oral kontraseptif-hap (n=74)		Rahim içi araç (n=15)		Kondom (n=89)		Aylık enjeksiyon (n=3)		Üç aylık enjeksiyon (n=5)		Deri altı implant (n=5)		Takvim yöntemi (n=22)		Emzirme (n=32)		Geri çekme (n=101)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Adet düzensizliği	2	2,4	4	5,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	20,0	1	20,0	0	0,0	1	3,1	0	0,0
Aşırı kanama	0	0,0	2	2,7	1	6,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Başka yöntemle geçmek için	0	0,0	27	36,5	2	13,3	28	31,5	1	33,3	3	60,0	4	80,0	13	59,1	28	87,6	21	20,8
Gebe kalma isteği	3	3,5	36	48,7	11	73,3	46	51,7	0	0,0	1	20,0	0	0,0	7	31,9	0	0,0	36	35,6
Ek hastalıkların olması	0	0,0	3	4,1	1	6,7	0	0,0	1	33,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,0
Eş isteği	0	0,0	1	1,3	0	0,0	13	14,6	1	33,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	33	32,7
Yöntemle gebe kalma	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	4,5	2	6,2	9	8,9
Diğer	80	94,1	1	1,3	0	0,0	2	2,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	4,5	1	3,1	1	1,0

*katılımcılar birden fazla seçenek işaretlemiştir, %=yüzde

Sağlık çalışanlarının kontrasepsiyon konusunda bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi amacıyla Kontrasepsif bilgi değerlendirme ölçeği uygulanmıştır. Sağlık çalışanlarının toplam ölçek puan ortalaması 17,80±4,06 (min 5-max 25) olarak saptanmıştır. Sağlık çalışanlarının sosyodemografik özellikleri ile Kontraseptif Bilgi Değerlendirme Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırmasında gelir düzeyi, meslek, çalışılan birim değişkenleri ile ölçek toplam puanı arasında anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır (p<0,05) (Tablo 7).

Tablo 7. Sağlık çalışanlarının sosyo-demografik özellikleri ile Kontraseptif Bilgi Değerlendirme Ölçeği toplam puanının karşılaştırması (n=205)

Özellikler	KBDÖ toplam $\bar{X} \pm SS$	Test değeri/p	Anlamlı fark
Yaş 22-29 yaş 30 yaş ve üzeri	17,48 $\pm$ 4,27 18,28 $\pm$ 3,71	t=-1,370 p=0,172	-
Cinsiyet Kadın Erkek	17,75 $\pm$ 4,17 17,88 $\pm$ 3,92	t=-0,223 p=0,824	-
Medeni durum Evli Bekâr Diğer	18,08 $\pm$ 3,79 17,44 $\pm$ 4,28 20,33 $\pm$ 5,50	F=1,223 p=0,297	-
Gelir düzeyi Gelir gider eşit ^a Gelir giderden az ^b Gelir giderden çok ^c	15,53 $\pm$ 4,54 10,83 $\pm$ 3,81 18,42 $\pm$ 3,63	F=17,587 p=0,000	a>b, a<c, b<c
Meslek Doktor ^a Hemşire ^b Ebe ^c Diğer ^d	19,52 $\pm$ 3,10 14,50 $\pm$ 3,32 18,41 $\pm$ 2,50 13,57 $\pm$ 5,12	F=36,336 p=0,000	a>b, a>d, b<c, c>d
Çalışılan birim (n=202) Dâhili bilimler ^a Cerrahi bilimler ^b Aile hekimleri ^c Kadın doğum/doğumhane/pediyatri ^d	17,29 $\pm$ 4,25 17,76 $\pm$ 3,75 19,45 $\pm$ 3,45 17,35 $\pm$ 3,77	F=3,091 p=0,028	a<c
Mesleğinde çalışma süresi 1-5 yıl 6 yıl ve üzeri	17,99 $\pm$ 4,12 17,47 $\pm$ 3,96	t=0,877 p=0,381	-

$\bar{X}$ =ortalama (mean) değeri, SS=standart sapma, F: One Way ANOVA (posthoc analizde Tukey testi), t: Independent sample t testi, KBDÖ: Kontraseptif Bilgi Değerlendirme Ölçeği

Değişkenlerle Kontraseptif Bilgi Değerlendirme Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırmasında üreme sağlığı/gebeliği önleyici yöntemler konusu ile ilgili mezuniyet sonrası eğitim alma durumu ve üreme sağlığı/gebeliği önleyici yöntemler konusunda danışmanlık hizmeti verme durumu ile ölçek toplam puanı arasında anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir (p<0,05) (Tablo 8).

Tablo 8. Değişkenlerin Kontraseptif Bilgi Değerlendirme Ölçeği toplam puanı ile karşılaştırılması (n=205)

Özellikler	KBDÖ toplam $\bar{X} \pm SS$	Test değeri/p	Anlamlı fark
Çocuk sayısı Çocuk yok 1 çocuk 2 ve üzeri	17,25±4,74 20,53±3,12 17,24±3,97	F=2,334 p=0,100	-
Üreme sağlığı/gebeliği önleyici yöntemler konusu ile ilgili mezuniyet sonrası eğitim alma durumu Evet ^a Hayır ^b	20,09±2,69 16,20±4,55	<i>t=7,365</i> <i>p=0,000</i>	<i>a>b</i>
Üreme sağlığı/gebeliği önleyici yöntemler konusunda danışmanlık hizmeti verme durumu Evet ^a Hayır ^b	20,56±2,55 16,67±4,42	<i>t=7,386</i> <i>p=0,000</i>	<i>a>b</i>
Cinsel birliktelik yaşama durumu Evet Hayır Cevap vermek istemeyen	18,37±3,92 14,09±5,30 18,00±4,16	KW=5,609 p=0,061	-
Çocuğunun olmasını isteme durumu Evet Hayır Daha sonra istiyor	16,96±3,87 17,76±4,34 18,13±3,87	F=0,973 p=0,380	-
Gebelik yaşama korkusu (n=82) Var Yok	17,41±4,50 18,04±4,24	t=-0,646 p=0,520	-

$\bar{X}$ =ortalama (mean) değeri, SS=standart sapma, F: One Way ANOVA (posthoc analizde Tukey testi), t: Independent sample t testi, KW: Kruskal Wallis, KBDÖ: Kontraseptif Bilgi Değerlendirme Ölçeği

5. TARTIŞMA

Sağlık profesyonellerinin kontrasepsiyon konusundaki tutumları ve bilgi düzeylerini değerlendirmeyi amaçladığımız çalışmamıza yaş ortalaması $29,72 \pm 4,49$ olan toplamda 205 sağlık çalışanı katılmış olup %59'u kadın, %49,3'ü evliydi. Ayrıca %40'ı çocuğunun olmasını istememekte ve istemeyenlerin %43,9'u da gebelik yaşama korkusunun olduğunu belirtmiştir. Sağlık çalışanlarının %66,8'i üreme sağlığı/gebeliği önleyici yöntemler konusu ile ilgili mezuniyet sonrası eğitim almadığını ve %77,6'sı da üreme sağlığı/gebeliği önleyici yöntemler konusunda danışmanlık hizmeti vermediğini belirtmiştir. Sağlık çalışanlarının şu an kullandıkları doğum kontrol yöntemleri değerlendirildiğinde 118'i aile planlaması yöntemi kullanmadığını; en sık tercih edilen yöntemler sırasıyla 33 kişi kondom kullandığını, 30 kişi de rahim içi araç kullandığını ve 27 kişi de geri çekme yöntemini kullandığını belirtmiştir. Sağlık çalışanlarının Kontraseptif Bilgi Değerlendirme Ölçeği toplam ölçek puan ortalamaları $17,80 \pm 4,06$ olup; sağlık çalışanlarının gelir düzeyi, meslek, çalışılan birim, üreme sağlığı/gebeliği önleyici yöntemler konusu ile ilgili mezuniyet sonrası eğitim alma durumu ve üreme sağlığı/gebeliği önleyici yöntemler konusunda danışmanlık hizmeti verme durumunun ölçek puanını etkilediği saptanmıştır. Kontrasepsiyon, gebeliği önleme eylemidir. Doğum kontrol yöntemlerinin kullanımı gebeliklerin arasını açarak ebeveyn tarafından yeterli ve gerekli bebek bakım sunulmasıyla sağlıklı nesiller yetiştirmeye ve aile büyüklüğünü belirlemeye olanak tanır. Bireylerin gebe kalıp kalmayacaklarını ve ne zaman kalacaklarını seçerek doğurganlık isteklerini yerine getirmelerini sağlar. Küresel eğilimler doğum kontrol yöntemlerinin kullanımında sağlık çalışanları başta olmak üzere bir artış olduğunu göstermiştir, ancak birçok sağlık çalışanı, yaklaşık üçte biri, bir yıl içinde yöntemlerini bırakmaktadır (1).

TNSA 2018 verilerine göre, 15-49 yaş grubu tüm kadınların %33'ü modern bir aile planlaması yöntemi kullanmakta ve %53'ü ise de herhangi bir doğum kontrol yöntemi kullanmamaktadır. Aynı yaş grubu halen evli kadınlar için aynı parametreler sırasıyla %48,9 ve %30 idi. Ayrıca, TNSA 2018'in bir başka önemli bulgusu, 15-49 yaş grubu halen evli kadınların %12'sinde aile planlaması hizmetlerine erişim eksikliğinin bulunduğu dur. Türkiye'deki modern yöntem kullanımı oranının düşük

olması ve karşılanmamış aile planlaması hizmetlerinin yüksekliği, kadın sağlığı açısından ciddi bir sorun teşkil etmektedir (3, 9). Koruk ve ark.,'nın (2017) toplamda evli 174 kadın sağlık çalışanı üzerinde yaptıkları çalışmada %25,9'unun yöntem kullanmadığı saptanmıştır (45). Bizim çalışmamızda sağlık çalışanların şu an kullandıkları gebeliği önleyici yöntemler sorgulanmıştır. Çalışmamız %59'u kadın ve %49,3'ü evli toplamda 205 sağlık çalışanı üzerinde yapılmış olup 118 kişi aile planlaması yöntemi kullanmadığını belirtmiştir. Çalışmamızda cinsiyet ve medeni durum ayırımına gidilmemesi yöntem kullanmama durumunun yüksek görülmemesinde etkilidir.

Ülkemizde gebeliği önleyici yöntem kullanan halen evli kadınların oranı %38'den %70'e yükselirken, modern kontraseptif yöntem kullanan kadınların oranı %13'ten %49'a çıkmış, geleneksel yöntem kullanan kadınların oranı ise %25'ten %21'e gerilemiştir. Ancak, Türkiye'de evli kadınların halen %30'u gebeliği önleyici herhangi bir yöntem kullanmamaktadır. Ayrıca en sık kullanılan yöntemler geri çekme (%20,4) kondom (%19,1) ve RIA (%13,7) dır (3). Sağlık çalışanlarının sosyodemografik özellikleri hem aile planlaması yöntemlerinin kullanımında hem de danışmanlıktaki farklılıklarla ilişkilendirilmektedir. Örneğin, Kanada'da yapılan bir çalışmada, doğal aile planlaması yöntemlerinin daha çok dindar, ileri yaşta, kadın sağlık çalışanları ve aile hekimliği hizmeti veren birimler tarafından tercih edildiği belirlenmiştir (46). Yapılan çalışmalarda, yaş, hekimler için asistanlıktan sonraki yıl süresi, meslekte çalışma süresi ve çalışılan birimin aile planlaması danışmanlığının verilmesinde, belirli yöntemlerle ilgili bilgi ve/veya yanlış anlamaları ve doğal aile planlaması yöntemlerini tercih etme durumu üzerinde anlamlı olduğu belirlenmiştir (47, 48). Koruk ve ark.,'nın (2017) toplamda evli 174 kadın sağlık çalışanı üzerinde yaptıkları çalışmada gebeliği önleyici en çok tercih edilen yöntemlerin kondom (%29,3), RIA (%28,7) ve OKS (%12,6) olduğu saptanmıştır. Bunun yanında geri çekme yönteminin kullanım oranı düşük olarak saptanmıştır (45). Çalışmamızda sağlık çalışanlarının şuan kullandıkları yöntemler sorgulanmış ve katılımcıların birden fazla şikkın işaretlendiği soruda en sık tercih edilen yöntemler sırasıyla; 33 kişi kondom kullandığını, 30 kişi rahim içi araç kullandığını ve 27 kişi de geri çekme yöntemini kullandığını belirtmiştir. Cinsiyet ve medeni durum ayırımına gidilmeyen çalışmamız sonuçları ülkemiz verileriyle uyumludur.

Türkiye’de, birinci demografik geçiş sürecinin son aşamasında yer alırken, aynı zamanda ikinci demografik geçişin bazı özellikleri de gözlemlenmektedir. Halen önemli bölgesel farklılıklar olmakla birlikte, Türkiye'deki doğurganlık seviyesi, kadın başına 2 çocuktur (3). Çalışmamızda %49,3’ü evli toplamda 205 sağlık çalışanından %63,9’unun çocuğunun olmadığı, %19,0’unun ise bir çocuk sahibi olduğu ve çocuk sahibi olan sağlık çalışanlarının ise çocuk sayısı ortalamasının $1,65 \pm 0,83$ olduğu saptanmıştır. Bu durum TNSA 2018 verileri ile uyumludur.

Türkiye, doğurganlık dönüşümüne girerken, öncül ve geride kalmış sosyal grupların etkisiyle bu sürece dahil olan bir istisna oluşturmaz. Bu dönüşüm sürecinde, gebeliği önleyici yöntemlerin bilgisi, kullanımı, temin kaynakları, gelecekteki kullanım niyetleri, yöntemlerin bırakılma oranları ve yöntem başarısızlıkları gibi konularda politika boşluklarının ve önceliklerin anlaşılması büyük önem taşımaktadır (3). Doğum kontrol yöntemlerinin bırakılması, doğum kontrol yaygınlığının yanı sıra istenmeyen gebeliklerin ve diğer demografik etkilerin önemli bir belirleyicisidir çünkü aile planlaması için karşılanmamış ihtiyacı artırır. Çalışmalar, doğum kontrol yöntemlerinin terk edilmesinin ve başarısızlığının toplam doğurganlık oranına, istenmeyen gebeliklere ve indüklenmiş düşüklere önemli ölçüde katkıda bulunduğunu bulmuştur (1, 49). Gelişmekte olan ülkelerden alınan verilerin analizinde, istenmeyen gebeliklerin üçte birinden fazlasının kontrasepsiyon kullanımını bırakan kadınlardan kaynaklandığı belirlenmiştir (49). Dündar ve ark.,’nın (2005) evli ebelerin aile planlaması yöntemi kullanma durumunu değerlendirdikleri çalışmada, ebelerin geçmişte kullanıp bıraktığı yöntemlerin sırasıyla RİA, oral kontraseptif olduğu, en sık gebe kalma istediğinden dolayı yöntemi bıraktığı, ayrıca ikinci bırakma nedeni olarak kullanılan yöntemin yan etki yapmasından dolayı bıraktığı belirlenmiştir (40). 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları verilerine göre kullanılan kontraseptif yöntemin bırakılma nedenleri sırasıyla “gebe kalmak isteme”, “yöntem kullanırken gebe kalma” ve “kullanılan yöntemin yan etki yapması” olmuştur. Aynı veriler doğrultusunda geçmişte kullanılıp en sık bırakılan yöntemler sırasıyla geri çekme, rahim içi araç ve KOK’lardır. (3). Bu durum, kadınların yaklaşık olarak beşte birinin, yöntemle ilgili sorunlar nedeniyle yöntem değiştirme yoluna gittiğini, ancak aile planlaması yöntemini tamamen bırakmadıklarını göstermektedir. Çalışmamızda sağlık çalışanların geçmişte kullandıkları yöntemler değerlendirilmiştir. Birden fazla şikkın

işaretlendiği soruda en sık tercih edilen yöntemler sırasıyla 97 kişi kondom kullandığını, 77 kişi oral kontraseptif kullandığını ve 90 kişide geri çekme yöntemi kullandığını belirtmiştir. Ayrıca oral kontrastif-hap kullananların %48,7'sinin (n=36), rahim içi araç kullananların %73,3'ünün (n=11), kondom kullananların %51,7'sinin (n=46) ve geri çekme yöntemi kullananların %35,6'sının (n=36) gebe kalma isteği nedeniyle yöntemleri bıraktıkları saptanmıştır. Ayrıca üç aylık enjeksiyon kullananların %60,0'ının (n=3) deri implant kullananların %80,0'inin (n=4) takvim yöntemi kullananların %59,1'inin (n=13) ve emzirme döneminde olanların %87,6'sının (n=28) başka yöntemge geçme isteği nedeniyle yöntemleri bıraktıkları belirlenmiştir. Bırakma nedenleri arasında gebe kalma isteğinin öne çıktığı görülmektedir. Farklı nedenlere bağlı bırakma isteklerinin azalmasında iyi bir danışmanlık verilmesi önemlidir.

Kontraseptif yöntemin bırakılması istenmeyen gebeliklere neden olabilmektedir. İstenmeyen gebelikler, anne hastalıklarına ve hatta ölüme yol açabileceğinden kadınların ve ailelerinin sağlığı ve refahı üzerinde olumsuz sonuçlara sahiptir. Ayrıca, istenmeyen gebeliklerden doğan çocukların: emzirilme olasılıklarının daha düşük, bodur olma olasılıklarının daha yüksek, ebeveyn sevgisinden yoksun olma riski altında oldukları ve istenen gebeliklerden doğan çocuklara göre çocuk ölüm riskinin daha yüksek olduğu belgelenmiştir (50). Ülkemiz TNSA 2018 verilerine göre istenmeyen doğumların yüzdesi %15 olarak belirtilmiş ve yıllar içerisinde bu oranın azaldığı belirtilmiştir. Ayrıca ülkemizde 15-49 yaş grubu halen evli kadınların doğurganlık tercihlerinin çocuk sayısına göre değiştiği görülmektedir. Bir çocuğu olanların %26,4'ü ve iki veya daha fazla çocuğu olanların ise %61,6 ile %63,9 arasında değişen oranlarda başka çocuk istemedikleri saptanmıştır (3). Çalışmamızda ise sağlık çalışanlarının %40'ı çocuğunun olmasını istememekte ve istemeyenlerin %43,9'unun da gebelik yaşama korkusunun olduğu saptanmıştır. Ayrıca sağlık çalışanlarının %7,3'sinin planlanmayan/istenmeyen gebelik deneyimi yaşadığı ve %10,2'inin de acil kontraseptif yöntemini kullandığını belirlenmiştir.

Birincil sağlık hizmetleri ve aile hekimliğinin görevlerinden biri de insanlara yönelik koruyucu sağlık hizmeti sunmaktır. Bu nedenle aile hekimleri cinsel yolla bulaşan hastalıklar, doğurganlık dönemindeki kadınlara yönelik AP hizmetleri ve kadınların diğer sağlık sorunlarıyla ilgilenmek de dahil olmak üzere tüm koruyucu

sağlık hizmetlerini sağlar (51). Ancak tıp fakültesinden mezun olan hekimler, AP hizmetleri konusunda yetersiz bilgi ve beceriye sahip olabilmektedir (52). ABD'de yapılan bir çalışmada tıp fakültelerindeki asistanların doğum kontrolü hizmeti (rahim içi araç ve implant) sunma ve bu konuda danışmanlık yapma konusunda aldıkları eğitimin yeterli olmadığını belirtmiştir (53). Çalışmamızda sağlık personellerinin %66,8'inin üreme sağlığı/gebeliği önleyici yöntemler konusu ile ilgili mezuniyet sonrası eğitim almadığı belirlenmiştir. 2015 yılında ülkemizde yapılan bir çalışmada 253 sağlık personelinin %42,8'inin Aile planlaması danışmanlık eğitimi almadığı saptanmıştır (42). Sağlık çalışanlarının kontrasepsiyon konusundaki bilgi düzeyleri rol model olmaları açısından da önem arz etmektedir. Bu yüzden hizmet içi eğitimlerle eğitimli personel sayısının artırılması önemlidir.

AP danışmanlık hizmetlerinde, eğitimli ve deneyimli personel, bireylere kontraseptif yöntem seçimi konusunda tavsiyelerde bulunabilir. Ancak, danışmanlık hizmetini sunan personelin bilgi ve beceri eksiklikleri, ya da hizmeti alan kişilerle etkili iletişim kuramama durumu, doğum kontrol yöntemlerinin doğru kullanımını ve yöntemle ilgili yan etkilerin açıklanmasını zorlaştırabilir. Bu da, yöntem kullanımında aksamalara yol açabilir. Doğum kontrolü danışmanlığı sağlayan sağlık çalışanları arasında birden fazla uzmanlık alanında çalışan doktorlar (örneğin aile hekimliği, pediatri, kadın doğum ve jinekoloji (Ob/Gyn), acil tıp, dahiliye), hemşireler, asistanlar, ebeler ve toplum sağlık çalışanları ve diğer sağlık çalışanları yer almaktadır (8). Çalışmamızda sağlık çalışanlarının %77,6'sının üreme sağlığı/gebeliği önleyici yöntemler konusunda danışmanlık hizmeti vermediği belirlenmiştir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada aile planlaması danışmanlığının kadınların yöntem tercihleri üzerine etkisi değerlendirilmiştir. Çalışma 334 evli kadın üzerinde yapılmış ve kadınların yöntem tercihlerinde danışmanlık sonrasında değişiklikler gözlenmiş. Örneğin bakırlı RIA tercih edenlerin sayısı anlamlı olarak arttığı belirtilmiştir (9). Çalışmamızda danışmanlığın etkileri değerlendirilememiştir. Bunun için farklı çalışmalara ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda ayrıca sağlık çalışanlarının kontrasepsiyon konusundaki bilgi düzeylerini değerlendirmek amacıyla 2022 yılında Türkçeye uyarlanan ve geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılan Kontrasepsif bilgi değerlendirme ölçeği uygulanmıştır. Çalışmamızda sağlık çalışanlarının Kontraseptif Bilgi Değerlendirme Ölçeği toplam

ölçek puan ortalamaları $17,80 \pm 4,06$ olup; sağlık çalışanlarının gelir düzeyi, meslek, çalışılan birim, üreme sağlığı/gebeliği önleyici yöntemler konusu ile ilgili mezuniyet sonrası eğitim alma durumu ve üreme sağlığı/gebeliği önleyici yöntemler konusunda danışmanlık hizmeti verme durumunun ölçek puanını etkilediği saptanmıştır. Ölçek puan aralığı 0-25 puandır. Herhangi bir cut off değeri bulunmamaktadır. Sağlık personelinin kontrasepsiyon tutum ve uygulamalarını değerlendirildiği farklı bir çalışmada Hindistan'ın Jaipur şehrinde üçüncü basamak bir hastanede 410 hemşire üzerinde yapılmıştır. Çalışma hemşirelerin son bir yıldaki kontrasepsiyon tutum ve uygulamalarını değerlendirmeyi amaçlamıştır ve kontrasepsiyon kullanımının %70,3 olduğu saptanmıştır. Ancak hiçbirinin dünya sağlık örgütünün kontraseptif kullanımı için tıbbi uygunluk kriterlerini duymadığı ve sadece %6,83'ünün acil kontrasepsiyon ve kullanımı konusunda bilgi sahibi olduğu belirtilmiştir (54). Üçüncü sınıfa giden 51 tıp fakültesi öğrencisiyle yapılan farklı bir çalışmada ise öğrencilerin %41,2'si aile planlaması konusundaki bilgilerini yeterli bulmamıştır (55). Kullandığımız ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliğin alındığı çalışma verilerine baktığımızda çalışmamıza benzer şekilde toplam ölçek puan ortalamasını etkileyen faktörler arasında meslek ve gelir düzeyi yer almaktadır. Çalışma 18 yaş üzeri %35,8'i evli ve % 57,1'i kadın toplamda 240 kişi ile yürütülmüştür (43). Ölçeğin kullanıldığı farklı bir çalışmada ise ölçek 18-49 yaş arası 449 kadın üzerinde uygulanmıştır. Çalışmada ölçek puan ortancasını etkileyen faktörler değerlendirilmiş ve tek etkileyen faktörün çocuk sayısı olduğu saptanmıştır (56).

Çalışmanın Kısıtlılıkları

- Çalışma yalnızca Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi hastanesi sağlık çalışanlarını kapsıyor olması, en önemli kısıtlılığdır.
- Sağlık çalışanlarının katılım sağladığı çalışmamızda uygulanan KBDÖ ile veriler değerlendirilmiştir. Farklı ölçekler ve farklı araştırma yöntemleri kullanılarak, daha büyük örneklem üzerinde yapılması elde edilecek sonuçları doğrudan etkileyecektir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Sağlık profesyonellerin kontrasepsiyon konusundaki tutumları ve bilgi düzeylerinin değerlendirilmeyi amaçlandığımız çalışmamıza toplamda 205 sağlık çalışanı katılmıştır. Sağlık çalışanlarının yaş ortalaması $29,72 \pm 4,49$ olup %60,0'ı (n=123) 22-29 yaş aralığındadır. Katılımcıların %59,0'u (n=121) kadın, %49,3'ü (n=101) evli, %83,4'ünün (n=171) geliri giderinden çok, %62,4'ü (n=128) doktor, %43,1'inin (n=87) dahili bilimlerde çalıştığı, %63,9'unun (n=131) 1-5 yıldır meslekte çalıştığı ve meslekte çalışma süresi ortalamasının $6,14 \pm 5,06$ yıl olduğu belirlenmiştir.

Sağlık çalışanlarının %63,9'unun (n=131) çocuk sahibi olmadığı ve çocuk sahibi olan sağlık çalışanlarının çocuk sayısı ortalaması $1,65 \pm 0,83$ 'tür. Sağlık çalışanlarının %66,8'inin (n=137) üreme sağlığı/gebeliği önleyici yöntemler konusu ile ilgili mezuniyet sonrası eğitim almadığı ve %77,6'sının (n=159) üreme sağlığı/gebeliği önleyici yöntemler konusunda danışmanlık hizmeti vermediği saptanmıştır. Ayrıca 69 (%33,7) sağlık çalışanı cinsel birliktelik yaşamadığını belirtmiştir. Sağlık çalışanlarının %40'ı çocuğunun olmasını istememekte ve istemeyenlerin %43,9'unun da gebelik yaşama korkusunun olduğu saptanmıştır.

Sağlık çalışanlarının şu an kullandıkları doğum kontrol yöntemleri değerlendirildiğinde 118'i aile planlaması yöntemi kullanmadığını; en sık tercih edilen yöntemler sırasıyla 33 kişi kondom kullandığını, 30 kişi de rahim içi araç kullandığını ve 27 kişi de geri çekme yöntemini kullandığını belirtmiştir.

Geçmişte sağlık çalışanlarının kullandıkları yöntemler sorgulanmıştır. Birden fazla şikkın işaretlendiği soruda 87 kişi yöntem kullanmadığını 97 kişi kondom kullandığını, 77 kişi oral kontraseptif kullandığını ve 90 kişide geri çekme yöntemi kullandığını belirtmiştir.

Sağlık çalışanlarının daha önce kullanmış olduğu gebeliği önleyici yöntemleri bırakma nedenleri değerlendirildiğinde oral kontrastif-hap kullananların %48,7'sinin (n=36), rahim içi araç kullananların %73,3'ünün (n=11), kondom kullananların %51,7'sinin (n=46) ve geri çekme yöntemi kullananların %35,6'sının (n=36) gebe kalma isteği nedeniyle yöntemleri bıraktıkları saptanmıştır. ayrıca üç aylık enjeksiyon kullananların %60,0'ının (n=3) deri implant kullananların %80,0'inin (n=4) takvim yöntemi kullananların %59,1'inin (n=13) ve emzirme döneminde olanların

%87,6'sının (n=28) başka yöntemle geçme isteği nedeniyle yöntemleri bıraktıkları belirlenmiştir.

Sağlık çalışanlarının %7,3'sinin (n=15) planlanmayan/istenmeyen gebelik deneyimi yaşadığı, %10,2'inin (n=21) acil kontraseptif yöntemini kullandığını belirlenmiştir.

Sağlık çalışanlarının Kontraseptif bilgi değerlendirme ölçeği toplam ölçek puan ortalamaları $17,80 \pm 4,06$ olup; sağlık çalışanlarının gelir düzeyi, meslek, çalışılan birim, üreme sağlığı/gebeliği önleyici yöntemler konusu ile ilgili mezuniyet sonrası eğitim alma durumu ve üreme sağlığı/gebeliği önleyici yöntemler konusunda danışmanlık hizmeti verme durumunun ölçek puanını etkilediği saptanmıştır.

6.2. Öneriler

Çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda

- Kontrasepsiyon yöntemleri, yenilikler, kullanım koşulları hakkında sağlık çalışanları hizmet içi eğitim başta olmak üzere farklı eğitim teknikleri kullanılarak bilgilendirilmeli,
- Kontrasepsiyon yöntemlerinin yan etkileri, acil kontrasepsiyon ile ilgili eğitim seminerleri ve hizmet içi eğitimler düzenlenerek yanlış bilinen bilgiler düzeltilmeli ve hastalara bu konuda nasıl eğitim verebilecekleri anlatılmalı,
- Modern kontrasepsiyon yöntemlerinin yaygınlaştırılması için başta hekimler olmak üzere diğer sağlık profesyonellerine yönelik eğitim materyalleri ve algoritmalar oluşturulmalı,
- Modern kontrasepsiyon yöntemlerinin yaygınlaştırılması ve ulaşılabilirliğinin artırılması için hekim ve diğer sağlık profesyonellerine ait dernek ve kuruluşlar birlikte hareket etmeli,
- Kontrasepsiyon yöntemleri ve kullanımına yönelik bakım rehberleri oluşturulmalı,
- Bu çalışma ile anlamlı sonuçlar ortaya konulmuş olsa da kontrasepsiyon bilgi, tutum ve davranışları üzerinde etkili olan faktörler ve engellerin belirlendiği farklı çalışmaların yapılması,
- Sağlık çalışanlarının kontrasepsiyon yöntemleri hakkında bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirildiği çalışmaların daha büyük örneklem

gruplarında, eğitim olarak yapılması, böylece eğitim öncesi ve sonrası etkilerinin değerlendirilmesi önerilmektedir.



7. KAYNAKLAR

- 1) Castle S, Askew I. Contraceptive discontinuation: reasons, challenges, and solutions. Population Council and FP2020; 2015. http://ec2-54-210-230-186.compute-1.amazonaws.com/wpcontent/uploads/2015/12/FP2020_ContraceptiveDiscontinuation_SinglePage_Final_12.08.15.pdf.
- 2) Silumbwe A, Nkole T, Munakampe MN et al. Community and health systems barriers and enablers to family planning and contraceptive services provision and use in Kabwe District, Zambia. BMC Health Serv Res. 2018; 18: 390
- 3) Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. (2020). 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması İleri Analiz Raporu. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara, Türkiye.
- 4) Family Planning 2020. FP2020: The Arc of Progress 2019–2020. Washington, DC; 2020
- 5) Bellizzi S, Mannava P, Nagai M, Sobel HL. Reasons for discontinuation of contraception among women with a current unintended pregnancy in 36 low and middle-income countries. Contraception 2020; 101: 26–33
- 6) Hajizadeh M, Nghiem S. Does unwanted pregnancy lead to adverse health and healthcare utilization for mother and child? Evidence from low- and middle-income countries. Int J Public Health 2020; 65: 457–468
- 7) Bearak J, Popinchalk A, Ganatra B et al. Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990–2019. Lancet Glob Heal 2020; 8: e1152–e1161
- 8) Han Coulter, P. H. D., & Parker, L. E. (2000). Sharing the mantle of primary female care: physicians, nurse practitioners, and physician assistants.
- 9) Kırıcı P, Kaplan S, Karaçor T, Nacar MC. Aile Planlaması Danışmanlık Hizmetinin Kadınların Kontraseptif Yöntem Tercihine Etkisi: Bir Tersiyer Merkez Deneyimi. JGON. 2020;17(3):425-30
- 10) Bansode OM, Sarao MS, Cooper DB. Contraception. [Updated 2023 Jul 24]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK536949/>
- 11) UN-United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2020). World Family Planning 2020 Highlights: Accelerating action to ensure universal access to family planning (ST/ESA/SER.A/450).

- 12) United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2022). World Family Planning 2022: Meeting the changing needs for family planning: Contraceptive use by age and method. UN DESA/POP/2022/TR/NO. 4 (https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/files/documents/2023/Feb/undesd_pd_2022_world-family-planning.pdf).
- 13) Türk, A. (2022). Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Pelitköy Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'ne Başvuran Evli Kadınların Aile Planlaması Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışları. Samsun:Tıpta Uzmanlık Tezi.
- 14) 14-56TC Sağlık Bakanlığı. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı "Aile Sağlığı Hizmetlerinde Kadın ve Üreme Sağlığı İzlem ve Danışmanlığı." , Ankara (2017).
- 15) TC Sağlık Bakanlığı, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi, Kontraseptif Yöntemler, Cilt II, Ankara, 2005
- 16) Bahadır, A. (2015). Aile Planlaması Danışmanlığı Veren Sağlık Profesyonellerinin Nüfus Planlamasına Bakış Açıları ve Aile Planlaması Uygulamalarına ilişkin Görüşleri. Ankara: Uzmanlık Tezi.
- 17) WHO-World Health Organization. Family planning/contraception methods, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>, erişim tarihi: 28.10.2024
- 18) Ülker, E. (2021). 18-49 Yaş Arası Suriyeli Göçmen Kadınların Aile Planlamasına Yönelik Tutumların İncelenmesi. İstanbul: Yüksek Lisans Tezi
- 19) Balcıoğlu, H. (2010). 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. İstanbul: Uzmanlık Tezi.
- 20) Wiegratz I, Thaler CJ. Hormonal contraception—What kind, when, and for whom? Dtsch Arztebl Int 2011; 108(28–29):495-506
- 21) Rossmanith WG, Steffens D, Schramm G. A comparative randomized trial on the impact of two low-dose oral contraceptives on ovarian activity, cervical permeability, and endometrial receptivity. Contraception 1997;56(1):23-30
- 22) Başaran, M. (2013). Nikah İşlemleri İçin Sağlık Raporu Almak Üzere Başvuranların Aile Planlaması ve Üreme Sağlığı Konusundaki Bilgi Düzeyi ve Beklentilerinin Saptanması. Antalya: Uzmanlık Tezi.

- 23) World Health Organization. Medical eligibility criteria for contraceptive use. 4th ed. Geneva:WHO;2009.www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/9789241563888/en/, 5.4.2012.
- 24) World Health Organization. Improving access to quality care in family planning: medical eligibility criteria for contraceptive use. 2nd ed. Geneva:WHO;2001
- 25) NHS Evidence. Venous Thromboembolism and Hormonal Contraception. RCOG Green-top Guideline No. 40:1-13.
- 26) Twirla - a new contraceptive patch. Med Lett Drugs Ther. 2021 Feb 8;63(1617):17-18. PMID: 33647003.
- 27) Halpern, V., Stalter, R. M., Owen, D. H., Dorflinger, L. J., Lendvay, A. ve Rademacher, K. H. (2015). Towards the Development of a Longer-Acting Injectable Contraceptive: Past Research and Current Trends. Contraception, 3-9
- 28) Yıldırım, A. (2022). Aile Planlaması. N. Pekcan, & K. D. Beydağ (Dü) içinde, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları (s. 483-484). Ankara: Ankara Nobel Tıp Kitapevleri.
- 29) IARC Working Group on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. Hormonal Contraception and Post-menopausal Hormonal Therapy. Lyon (FR): International Agency for Research on Cancer; 1999. (IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans, No. 72.) Hormonal contraceptives, progestogens only. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK396196/>
- 30) ACOG-The American College of Obstetricians and Gynecologists, Progestin-Only Hormonal Birth Control: Pill and Injection, <https://www.acog.org/womens-health/faqs/progestin-only-hormonal-birth-control-pill-and-injection>, update: August, 2024
- 31) Family Planning Australia, 2024, Progestogen-only Pill (POP or "Mini-Pill") <https://www.fpnsw.org.au/factsheets/individuals/contraception/progestogen-only-pill-pop>
- 32) Gürkan, Ö. C. (2019). Aile Planlaması Yöntemleri. H. A. Özkan içinde, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları (s.81). Ankara: Akademisyen Kitapevi.
- 33) van Vliet HA, Grimes DA, Lopez LM, et al. Triphasic versus monophasic oral contraceptives for contraception. Cochrane Database Syst Rev 2006; :CD003553.
- 34) Aksu, H. (2022). Aile Planlaması Danışmanlığı. Nobel Tıp Kitapevi.
- 35) CDC- Contraception and Birth Control Methods, update: 6.08.2024, <https://www.cdc.gov/contraception/about/index.html>, accepted date: 29.10.2024

- 36) WHO-World Health Organization, Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities, <https://www.who.int/publications/i/item/9789241511216>, erişim tarihi:20.10.2024
- 37) WHO-Emergency contraception, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/emergency-contraception>, 9 November 2021
- 38) Bradley SEK, Polis CB, Micks EA, Steiner MJ. Effectiveness, safety, and comparative side effects. In: Cason P, Cwiak C, Edelman A, et al, eds. Contraceptive Technology. 22nd ed. Jones & Bartlett Learning; 2023:130–131.
- 39) Casey, F.E. (2023). Fertility Awareness-Based Methods of Contraception, <https://www.msmanuals.com/home/women-s-health-issues/family-planning/fertility-awareness-based-methods-of-contraception>, update: August, 2023
- 40) Dündar, C., Kaynar, E., & Pekşen, Y. (2005). Samsun İli Merkez Sağlık Ocaklarında Çalışan Evli Ebelerin Aile Planlaması Yöntemi Kullanma Durumları+. Journal of Turgut Ozal Medical Center, 12(4), 243-246.
- 41) Serbest, Nilgün. Sağlık çalışanlarının aile planlaması konusundaki görüş, öneri ve tercihleri. Yüksek lisans tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, 2008
- 42) Balkaya, N. A., Özsoy, S., Aksu, H., & Horta, G. D. (2021). Sağlık Personelinin Yaygın Kullanılmayan Kontraseptif Yöntemlere İlişkin Bilgi, Tercih ve Danışmanlık Uygulamaları: Türkiye'nin Batısından Kesitsel Bir Çalışma Knowledge, Choices and Counseling Practices of Health Personnel Related to Not Commonly Used of Contraceptive Methods: A Cross Sectional Study. Kocaeli Tıp Dergisi, 10(1), 38-49.
- 43) Eryilmaz, M. E., Kuş, C., & Gümüştakim, R. Ş. (2022). Turkish adaptation of contraceptive knowledge assessment scale and its validity and reliability study in Turkey. Journal of Obstetrics and Gynaecology Research, 48(8), 2198-2207.
- 44) Tabachnick, B.G., Fidell, L.S. (2013). Using Multivariate Statistics. Pearson
- 45) Koruk, Fatma, et al. "Şanlıurfa'da kadın sağlık çalışanlarının doğurganlık özellikleri ve doğurganlığa bakış açıları." Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 10.3 (2017): 202-212
- 46) Choi J, Chan S, Wiebe E. Natural family planning: physicians' knowledge, attitudes, and practice. J Obstetr Gynaecol Canada 2010;32:673–8
- 47) Gemzell-Danielsson K, Cho SHC, Inki P, Mansour D, Reid R, Bahamondes LG. Personal use of contraceptive methods and contraceptive recommendations among

- health care professionals: an international survey in 10 countries. *Int J Gynecol Obstetr* 2012;119:S574.
- 48) Garrett CC, Keogh LA, Kavanagh A, Tomnay J, Hocking JS. Understanding the low uptake of long-acting reversible contraception by young women in Australia: a qualitative study. *BMC Womens Health* 2015;15: Article number 72
- 49) Jain AK, Winfrey W. Contribution of contraceptive discontinuation to unintended births in 36 developing countries. *Stud Fam Plann.* 2017;48(3):269–78.
- 50) Ontiri, S., Mutea, L., Naanyu, V., Kabue, M., Biesma, R., & Stekelenburg, J. (2021). A qualitative exploration of contraceptive use and discontinuation among women with an unmet need for modern contraception in Kenya. *Reproductive health*, 18, 1-10.
- 51) McWhinney IR, Freeman T. Aile Hekimliğinin ilkeleri. In: A Hekimliği, editor. Güldal D, çeviri ed. İstanbul: Medikal Akademi Yayıncılık; 2012. p. 11–30.
- 52) WHO-World Health Organization. Report of a WHO technical consultation on birth spacing: Geneva, Switzerland (No. WHO/RHR/07.1). Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2007.
- 53) Institute of Medicine. Clinical preventive services for women: closing the gaps. Washington, DC: National Academies Press; 2011.
- 54) Bhargava S, Hooja N, Nawal R, Kumawat B, Sharma A, Manish R. Knowledge and Behaviour Regarding Birth Prevention of Healthcare Providers. *J Obstet Gynaecol India.* 2017 Aug;67(4):282-285. doi: 10.1007/s13224-017-0979-2. Epub 2017 Mar 16. PMID: 28706368; PMCID: PMC5491419
- 55) Tutar Çölgeçen EF, Çölgeçen K. Bir Tıp Fakültesi Üçüncü Sınıf Öğrencilerinin Aile Planlamasına Yönelik Bilgi ve Tutumlarının Değerlendirilmesi. *SOYD.* 2022;3(1):19-25.
- 56) Çelik N. Babaoğlu ÜT. Sociodemographic Variables and Family Planning Knowledge and Method Use: Family Planning Survey. *TJFMPC*, 2024; 18 (1) :41-47

EKLER

EK-1 Etik Kurul Onay

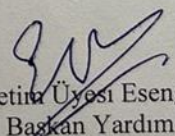
	T.C. TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI Klinik Araştırmalar Etik Kurulu	
Sayı	: 83116987 - 239	28.03.2024
Konu	: Etik Kurul Kararı	
Toplantı Tarihi	: 28.03.2024	
Toplantı No	: 2024/05	
Proje No	: 24-KAEK-130	

Sayın, Dr. Öğretim Üyesi Gülseren OKTAY

Etik Kurulumuzun 28.03.2024 tarihli toplantısında görüşülen 24-KAEK-130 kayıt numaralı **“Sağlık Çalışanlarının Kontrasepsiyon Konusundaki Tutumları ve Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi; Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Hastanesi Örneği”** başlıklı çalışmanız gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup, çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına karar verilmiştir.

İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmeliğin 14-4. maddesi ve yönergemizin 18-3. maddesine göre çalışmanız tamamlandıktan sonra sonuç raporunun tarafımıza en geç 90 gün içerisinde bildirilmesi gerekmektedir.

Bilgilerinizi rica ederim.


Dr. Öğretim Üyesi Esengül ŞEN
Başkan Yardımcısı

EK-2 Sosyodemografik ve Kontraseptif Kullanım Formu

1. Yaşınız:
2. Cinsiyetiniz: a) Kadın b) Erkek
3. Medeni durumunuz: a) Evli b) Bekar c) Diğer
4. Gelir düzeyi: a) gelir gider eşit b) gelir giderden az c) gelir giderden çok
5. Mesleğiniz: a) Doktor b) Hemşire c) ebe d) diğer
6. Çalıştığınız birim:
7. Meslekteki yılınız:
8. Çocuk sayınız?
9. Üreme sağlığı/gebeliği önleyici yöntemler konusu ile ilgili mezuniyet sonrası eğitim aldınız mı? a) Evet b) Hayır
10. Üreme sağlığı/gebeliği önleyici yöntemler konusunda danışmanlık hizmeti verdiniz mi? a) Evet b) Hayır
11. Cinsel birliktelik yaşadınız mı? a) Evet b) Hayır c) Cevap vermek istemiyorum
12. Çocuğunuzun olmasını istiyor musunuz? a) Evet b) Hayır c) Daha sonra istiyorum
Cevabınız hayır ise Gebelik yaşama korkunuz var mı? a) Var b) Yok
13. Gebeliği önlemek için hangi doğum kontrol yöntemini şu an kullanıyorsunuz ve kullanım süreniz?
 - Yöntem kullanmıyorum
 - Oral kontraseptif-Hap.....kullanım süresi
 - Rahim içi araç.....kullanım süresi
 - Kondom.....kullanım süresi
 - Kadın kondomu.....kullanım süresi
 - Aylık enjeksiyon.....kullanım süresi
 - Üç aylık enjeksiyon.....kullanım süresi
 - Deri altı implant.....kullanım süresi
 - Vazektomi.....kullanım süresi
 - Tüp ligasyonu.....kullanım süresi
 - Takvim yöntemi.....kullanım süresi
 - Spermisit.....kullanım süresi
 - Emzirme dönemi.....kullanım süresi
 - Geri çekme.....kullanım süresi

- Diyaframkullanım süresi
- Diğer belirtiniz.....kullanım süresi

14. Geçmişte kullandığınız gebeliği önleyici yöntemler hangisi ya da hangileridir?
(birden fazla şık işaretlenebilir) Kullanım süreniz.....bırakma nedeniniz?

- Hiçbir zaman gebeliği önleyici yöntem kullanmadım
- Oral kontraseptif-Hap.....kullanım süresi..... Bırakma nedeniniz:
- Rahim içi araç.....kullanım süresi..... Bırakma nedeniniz
- Kondom.....kullanım süresi..... Bırakma nedeniniz
- Kadın kondomu.....kullanım süresi..... Bırakma nedeniniz
- Aylık enjeksiyon.....kullanım süresi..... Bırakma nedeniniz
- Üç aylık enjeksiyon.....kullanım süresi..... Bırakma nedeniniz
- Deri altı implant.....kullanım süresi..... Bırakma nedeniniz
- Vazektomi.....kullanım süresi..... Bırakma nedeniniz
- Tüp ligasyonu.....kullanım süresi..... Bırakma nedeniniz
- Takvim yöntemi.....kullanım süresi..... Bırakma nedeniniz
- Spermisit.....kullanım süresi..... Bırakma nedeniniz
- Emzirme dönemi.....kullanım süresi..... Bırakma nedeniniz
- Geri çekme.....kullanım süresi..... Bırakma nedeniniz
- Diyaframkullanım süresi..... Bırakma nedeniniz
- Diğer belirtiniz.....kullanım süresi..... Bırakma nedeniniz

Bırakma nedeniniz:

- Gebe kalma isteği
- Başka yönteme geçmek için
- Adet düzensizliği
- Aşırı kanama
- Bulantı kusma
- Ek hastalıkların olması
- Eşinin istemesi
- Yöntemle gebe kalma
- Diğer belirtiniz.....

15. Planlamadığınız ya da istemediğiniz bir gebelik deneyimi oldu mu? a) Evet b) Hayır

16. Hiç acil kontrasepsiyon yöntemi kullanmak zorunda kaldınız mı? a) Evet b) Hayır



EK-3 Kontraseptif Bilgi Değerlendirme Ölçeği Türkçe Formu

Kontraseptif Bilgi Değerlendirme Ölçeği Türkçe Formu

Her soru için yalnızca bir cevap seçiniz.

1. Bir kadının, adet döngüsünün hangi noktasında hamile kalma şansı daha yüksektir?

- A. Adet döneminde (döngünün başlangıcı)
- B. Adet dönemi bitmeden 3 gün önce
- C. Bir sonraki adet dönemi başlamadan 2 hafta önce
- D. Adet dönemine girmeden 3 gün önce (döngünün bitişi)
- E. Bilmiyorum.

2. Sperm kadın vücudunda ne kadar süre canlı kalabilir?

- A. 1-3 saat
- B. 24 saat
- C. 3-5 gün
- D. 7-10 gün
- E. Bilmiyorum

3. Gebelik hakkında aşağıdakilerden hangisi doğrudur?

- A. İlk kez cinsel ilişkiye girdiğinizde gebe kalmazsınız
- B. Ayakta cinsel ilişkiye girdiğinizde gebe kalmazsınız
- C. Orgazm olmasanız gebe kalmazsınız
- D. Yukarıdakilerin hiçbirisi
- E. Bilmiyorum

4. Aşağıda geri çekilme yöntemi ile ilgili verilen ifadelerden hangisi doğrudur?

- A. Meni ejakülasyondan önce dışarı çıkabilir.
- B. Geri çekilme yöntemi hamileliği engelleme konusunda kondom kadar etkilidir
- C. Geri çekilme yöntemi cinsel yolla bulaşan hastalıklardan bazılarına karşı koruyabilir
- D. Geri çekilme yöntemi hamileliği engelleme konusunda doğum kontrol hapları kadar etkilidir
- E. Bilmiyorum

5. Aşağıdaki doğum kontrol yöntemlerinden hangisi hamileliği kesinlikle engeller?

- A. Hiçbiri
- B. Her cinsel ilişki sırasında kondom kullanmak
- C. Cinsel ilişkiden hemen sonra lavman yapmak, duş almak ya da yıkanmak
- D. Boşalmadan önce "geri çekmek"
- E. Bilmiyorum

6. Enfeksiyonlara karşı koruma sağlayan tek doğum kontrol yöntemi hangisidir?

- A. Doğum kontrol hapi
- B. Erkek ve kadın kondomları
- C. Depo-Provera ("iğne")
- D. RIA (Rahim içi Araç, spiral)
- E. Bilmiyorum

7. Erkek kondomlarını kullanırken yapıları ile ilgili aşağıdakilerden hangisi YANLIŞTIR?

- A. Spermisit ile beraber su bazlı kayganlaştırıcılarla kullanılabilir
- B. Daha güvenli olması için iki kondom takılmasıdır
- C. Hava baloncukları oluşmasını engellemek için kondom takılarken ucundan tutulmalıdır
- D. Son kullanma tarihi kontrol edilmeli ve serin ve kuru bir ortamda tutulmalıdır (örn: cüdan veya arabada değil)
- E. Bilmiyorum

8. Hormonal doğum kontrol yöntemleri aşağıdakilerden hangi yollarla sağlanmaktadır?

- A. Oral yolla alınan haplar
- B. Deriye yapıştırılan bantlar
- C. Vajina içine yerleştirilen halkalar
- D. Yukarıdakilerin hepsi
- E. Bilmiyorum

9. Aşağıdakilerden hangisi hormonal doğum kontrolü yöntemlerinin faydalarından biri değildir?

- A. Diyabet hastalığında iyileşme
- B. Akne görülmesinde azalma
- C. Adet sancısı ve anemi gibi kanama problemlerinde azalma
- D. Yumurtalık ve rahim kanseri olma riskinde düşüş
- E. Bilmiyorum

10. Vajinal halka (NuvaRing) değiştirilmeden önce ne kadar süre yerinde kalmalıdır?

- A. 1 gün
- B. 1 hafta
- C. 3 hafta
- D. 1 ay
- E. Bilmiyorum

11. Aşağıdakilerden hangisi hormonal doğum kontrol yöntemlerinin etkisini azaltabilir?

- A. Nöbet (epilepsi) ilacı
- B. HIV ilacı
- C. Birköşel takviyeler
- D. Yukarıdakilerin hepsi
- E. Bilmiyorum

12. Doğum kontrol haplarının temel çalışma prensibi nedir?

- A. Yumurtaların yumurtayı salmasını engeller (ovülasyon)
- B. Sperm rahime girmesini engeller
- C. Döllenmiş yumurtanın rahime yerleşmesini engeller
- D. Embriyonun belli bir boyuttan sonra gelişmesini engeller
- E. Bilmiyorum

13. Doğum kontrol haplarını içerijinde aşağıdakilerden hangisi bulunabilir?

- A. Testosteron
- B. Östrojen
- C. Magnezyum
- D. Kalsiyum
- E. Bilmiyorum

14. Aşağıdaki durumlardan hangisinde doğum kontrol hapi kullanmamalısınız?

- A. Miyomunuz varsa
- B. Alkol tüketiyorsanız
- C. Antibiyotik kullanıyorsanız
- D. Hiçbir; yukarıdaki durumların hiçbirinde doğum kontrol hapi kullanımı tehlikeli değildir
- E. Bilmiyorum

15. Bir kadın doğum kontrol yöntemleri kullanmayı bıraktıktan ne kadar süre sonra hamile kalabilir?

- A. Hemen
- B. 1 ay
- C. 3 ay
- D. 6 ay
- E. Bilmiyorum

16. Doğum kontrol hapını bir gün içmeyi unutup ertesi gün hatırlarsanız, ne yapmalısınız?

- A. Kaçırduğunuz günün hapını çöpe atın ve ertesi gün kaldığınız yerden devam edin
- B. Haftanın kalan günlerinde içeceğinizi hapları bir seferde için ve plasebo ("hatırlatıcı") haftaya başlayın
- C. İki pili de aynı anda alıp düzenli kullanıma devam edin
- D. Kaçırduğunuz günün hapını çöpe atın ve yeni bir kutuya başlamak için 1 ay bekleyin
- E. Bilmiyorum

17. Depo-Provera ("iğne") ile ilgili aşağıdakilerden hangisi YANLIŞTIR?

- A. Her 3 ayda bir yapılır
- B. Kademeli olarak kilo almaya sebep olabilir

- C. İğneyi bıraktıktan sonra tekrar gebe kalmak için birkaç ay geçmesi gerekebilir
D. Emzirirken kullanılamaz
 E. Bilmiyorum
18. Gebe kalmak isterseniz aşağıdaki doğum kontrol yöntemlerinden hangisi eski haline döndürülebilir?
 A. Tüp ligasyonu ("tüplerin bağlanması" veya "tüplerin kesilmesi")
 B. Essure spiralleri
 C. Vasektomi (erkek üreme kanallarının bağlanması)
D. RIA (Rahim içi Araç)
 E. Bilmiyorum
19. Aşağıdaki doğum kontrol yöntemlerinden hangisi partneriniz tarafından kolayca fark edilmez?
A. RIA (Rahim içi Araç)
 B. Vajinal halka
 C. Erkek kondomu
 D. Kadın kondomu
 E. Bilmiyorum
20. Doktor RIA'nı (Rahim içi Araç) vücudun hangi bölgesine yerleştirir?
 A. Fallop tüpü
B. Rahim
 C. Rahim ağzı
 D. Vajina
 E. Bilmiyorum
21. Hangi doğum kontrol yöntemi gebeliği önlemede en etkilidir?
A. RIA (Rahim içi Araç)
 B. Depo-Provera ("iğne")
 C. Erkek kondomu
 D. Boşalma öncesi penisin vajinadan çıkarması ("geri çekilme yöntemi")
 E. Hepsisi aynı derecede etkilidir
 F. Bilmiyorum
22. RIA(Rahim içi Araç)larla ilgili aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?
 A. Her yaşta kadın RIA taktrabilir
 B. Hiç çocuk doğurmamış kadınlar RIA taktrabilir
 C. Kadınlar doğum yaptıktan veya kürtajdan hemen sonra RIA taktrabilir
D. Kadınlar daha önce herhangi bir cinsel yolla bulaşan hastalık (CYBH) geçirdiyse RIA taktramaz
 E. Bilmiyorum
23. Bir doktor doğum kontrol implantını(Nexplanon) vücudun hangi bölgesine yerleştirir?
 A. Uyluk
 B. Vajina
C. Kol
 D. Kalça
 E. Bilmiyorum
24. "Ertesi gün hapı"nın (ya da Plan B) etkili olması için cinsel ilişkiiden ne kadar süre içinde kullanılması gerekir?
 A. 1 saat
 B. 24 saat
C. 5 gün
 D. 20 gün
 E. Bilmiyorum
25. Plan B (ya da "ertesi gün hapı") olarak bilinen acil kontrasepsiyon hapını nasıl alabilirsiniz?
 A. 18 yaşın altındaysanız reçeteye bile alamazsınız
 B. 21 yaşın altındaysanız, reçetesi için doktora ebeveyniniz ile gitmeniz gerekir

- C. Yapı fark etmeksizin her kadının reçeteye ihtiyacı vardır
D. Hangi yaşta olursanız olun eczaneden reçetesiz alabilirsiniz
 E. Bilmiyorum

EK-4 Ölçek Geçerlik Güvenilirlik İzni

