



T.C.
TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ TIP, EBELİK VE
HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ ÖĞRENCİLERİNİN KONTRASEPTİF
YÖNTEMLER KONUSUNDAKİ BİLGİ DÜZEYLERİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Aslı Huriye TOMRUK

TIPTA UZMANLIK TEZİ

TOKAT
2025



T.C.
TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ TIP, EBELİK VE
HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ ÖĞRENCİLERİNİN KONTRASEPTİF
YÖNTEMLER KONUSUNDAKİ BİLGİ DÜZEYLERİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Aslı Huriye TOMRUK

TIPTA UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Dr. Öğr. Üyesi Ufuk ÜNLÜ

TOKAT
2025

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim ve tez sürecim boyunca bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım değerli tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Ufuk ÜNLÜ'ye, uzmanlık eğitimime katkı sağlayan değerli hocalarım Doç. Dr. Nagihan YILDIZ ÇELTEK'e, Dr. Öğr. Üyesi Elif ERDOĞDU CEYLAN'a ve Dr. Öğr. Üyesi Gülseren OKTAY'a,

Her daim yanımda olan kıymetli aileme teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Aslı Huriye TOMRUK

ÖZET

Sağlık alanında öğrenim gören öğrencilerin kontrasepsiyon konusundaki bilgi düzeylerini değerlendirmek amacıyla gerçekleştirilen bu çalışmada, Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp, Ebelik ve Hemşirelik bölümlerinde öğrenim gören öğrenciler evreni oluşturmuş; örneklem büyüklüğü istatistiksel olarak hesaplanmış ve gönüllülük esasına dayalı olarak 454 öğrenci çalışmaya dahil edilmiştir. Katılımcıların %35,7'si Tıp, %30,4'ü Ebelik ve %33,9'u Hemşirelik bölümünde öğrenim görmektedir. Veriler, sosyodemografik bilgileri ve kontraseptif yöntemlere ilişkin bilgi düzeylerini değerlendirmek amacıyla hazırlanan anket formu ile Kontraseptif Bilgi Değerlendirme Ölçeği (KBDÖ) kullanılarak toplanmış; istatistiksel analizler SPSS 22.0 paket programı ile gerçekleştirilmiştir.

Kadın öğrencilerin bilgi puan ortalaması $11,02 \pm 5,00$ iken, erkek öğrencilerin puanı $9,92 \pm 4,68$ olup bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p = 0,043$). Tıp Fakültesi öğrencilerinin ortalama bilgi puanı ($12,24 \pm 4,48$), Ebelik ($9,78 \pm 5,03$) ve Hemşirelik ($10,05 \pm 4,98$) bölümü öğrencilerine kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek saptanmıştır. Cinsel ilişki deneyimi olan öğrencilerin bilgi düzeyi, deneyimi olmayanlara göre daha yüksek olmakla birlikte, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Elde edilen puanlara göre öğrencilerin kontraseptif bilgi düzeyleri genel olarak orta düzeydedir.

Katılımcıların %59,5'i üniversitede kontraseptif yöntemler hakkında yeterli eğitim aldığını belirtmiş, %44,3'ü ise mezuniyet sonrası danışmanlık hizmeti verebilecek düzeyde bilgi sahibi olduğunu ifade etmiştir. Katılımcıların büyük çoğunluğu, kontraseptif bilgi ediniminde başlıca kaynak olarak üniversite eğitimini göstermiştir.

Çalışma bulguları, sağlıkla ilgili bölümlerde öğrenim gören ve mezuniyet sonrası aile planlaması hizmetlerinin sunumunda görev alacak öğrencilerin kontraseptif bilgi düzeylerinin yeterli olmadığını düşündürmektedir. Bu alandaki bilgi düzeyinin artırılması; bireylerin doğru yönlendirilmesine, istenmeyen gebeliklerin önlenmesine ve toplum sağlığının korunmasına önemli katkılar sağlayacaktır.

Anahtar kelimeler: kontrasepsiyon, aile planlaması, öğrenci

ABSTRACT

This study was conducted to evaluate the knowledge levels of students studying in the field of health sciences regarding contraceptive methods. The study population consisted of students enrolled in the Faculties of Medicine, Midwifery, and Nursing at Tokat Gaziosmanpaşa University. The sample size was statistically calculated, and 454 students who volunteered were included in the study. Of the participants, 35.7% were studying Medicine, 30.4% Midwifery, and 33.9% Nursing. Data were collected using a questionnaire designed to assess sociodemographic characteristics and knowledge of contraceptive methods, along with the Contraceptive Knowledge Assessment Scale (CKAS). Statistical analyses were performed using the SPSS 22.0 software package.

The mean knowledge score of female students was 11.02 ± 5.00 , while that of male students was 9.92 ± 4.68 , and this difference was statistically significant ($p = 0.043$). The average knowledge score of medical students (12.24 ± 4.48) was significantly higher than those of students in the midwifery (9.78 ± 5.03) and nursing (10.05 ± 4.98) departments. Although students with sexual experience had higher knowledge levels compared to those without, the difference was not statistically significant. Based on the scores obtained, the overall level of contraceptive knowledge among students was evaluated as moderate.

While 59.5% of the participants reported receiving adequate education on contraceptive methods at university, only 44.3% stated that they had sufficient knowledge to provide counseling services after graduation. The majority of participants indicated that university education was their primary source of contraceptive knowledge.

The findings suggest that students studying in health-related fields who are expected to provide family planning services after graduation do not yet have sufficient knowledge about contraception. Improving knowledge in this area would make a significant contribution to appropriate individual counseling, the prevention of unintended pregnancies, and the protection of public health.

Keywords: contraception, family planning, student

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
TEŞEKKÜR	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	v
İÇİNDEKİLER	vi
KISALTMALAR	viii
TABLolar	ix
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Aile Planlamasının Tanımı	3
2.2. Kontrasepsiyonun Tanımı ve Önemi	3
2.3. Türkiye ve Dünyada Kontraseptif Yöntemlerin Kullanımı	4
2.4. Kontrasepsiyon Danışmanlığı	5
2.5. Karşılanmamış Aile Planlaması İhtiyacı	5
2.6. Aile Hekimliğinin Aile Planlamasındaki Yeri ve Önemi	6
2.7. Kontraseptif Yöntemler	7
2.7.1. Modern Yöntemler	7
2.7.1.1. Hormonal Kontraseptifler	7
2.7.1.2. Rahim İçi Araçlar (RİA)	11
2.7.1.3. Cerrahi Sterilizasyon	12
2.7.1.4. Bariyer Yöntemler	14
2.7.2. Geleneksel Yöntemler	15
2.7.2.1. Servikal Mukus Yöntemi	15
2.7.2.2. Bazal Vücut Isısı Yöntemi	15
2.7.2.3. Servikal Palpasyon Yöntemi	15
2.7.2.4. Takvim Yöntemi	16
2.7.2.5. Laktasyonel Amenore Metodu	16
2.7.2.6. Semptotermal Yöntem	16
2.7.2.7. Koitus Interruptus (Geri Çekme)	17

2.7.2.8.Vajinal Yıkama	17
2.7.3. Acil Kontrasepsiyon	17
3. GEREÇ VE YÖNTEM	18
3.1. Araştırmanın Türü	18
3.2. Etik Kurul Onayı	18
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	18
3.4. Araştırmaya Dahil Etme ve Dışlama Kriterleri	18
3.5. Veri Toplama Aracı	19
3.6. Araştırmanın Veri Analizi	19
4. BULGULAR	21
5. TARTIŞMA	33
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	42
7. KAYNAKLAR	43
8. EKLER	51

KISALTMALAR

AP: Aile Planlaması

CYBE: Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

EE: Etinil Östradiol

ENG: Etonogestrel

FSH: Folikül Uyarıcı Hormon

KBDÖ: Kontraseptif Bilgi Değerlendirme Ölçeği

KOK: Kombine oral kontraseptifler

LH: Luteinize Edici Hormon

LNG: Levonorgestrel

MPA: Medroksiprogesteron asetat

POP: Sadece progesteron içeren hap

UNFPA : Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu

UPA: Ulipristal Asetat

TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

TABLÖLAR

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı.....	21
Tablo 2. Cinsel ilişki deneyimi ve kontraseptif yöntem kullanımına ilişkin sorular...	22
Tablo 3. Bilinen kontraseptif yöntemler ve bilginin edinildiği yerler.....	23
Tablo 4. Öğrencilerin alınan eğitim ve danışmanlık verme konusundaki düşünceleri.....	24
Tablo 5. Katılımcıların cinsiyet, öğrenim görülen bölüm ve cinsel deneyim ile kontraseptif bilgi puan ortalamalarının karşılaştırması.....	24
Tablo 6. Kontraseptif bilgi değerlendirme sorularına verilen cevapların dağılımı...	25
Tablo 7. Kontraseptif bilgi değerlendirme sorularına verilen cevapların cinsiyete göre dağılımı ve karşılaştırılması.....	26
Tablo 8. Kontraseptif bilgi değerlendirme sorularına verilen cevapların öğrenim görülen bölüme göre dağılımı ve karşılaştırılması.....	29
Tablo 9. Kontraseptif bilgi değerlendirme sorularına verilen cevapların cinsel ilişki deneyimine göre dağılımı ve karşılaştırılması.....	31

1. GİRİŞ

Aile planlaması, bireylerin istedikleri sayıda ve istedikleri zamanda çocuk sahibi olabilmelerini sosyal, ekonomik ve kişisel beklentileri doğrultusunda sağlamayı amaçlayan bir sağlık hizmetidir. Temel hedef, çocuk sayısını kısıtlamak değil, sık aralıklarla meydana gelebilecek gebelikleri önleyerek anne ve çocuk sağlığını korumak, toplum sağlığını ve yaşam kalitesini artırmaktır (1). Aile planlamasının bir parçası olan kontrasepsiyon ise, gebeliğin önlenmesi amacıyla kullanılan yöntemleri ifade eder (2).

Aile planlaması (AP) hizmetleri, istenmeyen gebeliklerin engellenmesi, anne ve bebek ölümlerinin azaltılması ve nüfusun planlı şekilde gelişimi açısından kritik rol oynamaktadır (3). Dünya genelinde her yıl yaklaşık 121 milyon istenmeyen gebelik meydana gelmekte, bu gebeliklerin %60'ından fazlası küretajla sonlandırılmaktadır. Bu küretajların ise yaklaşık %45'i güvensiz koşullarda gerçekleştirilmektedir (4). Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu (UNFPA) 2022–2023 verilerine göre, sağlanan aile planlaması hizmetleri sayesinde yaklaşık 65 bin anne ölümü ve 9,5 milyon güvensiz küretajın önüne geçilmiştir (5). Ancak halen dünya genelinde yaklaşık 257 milyon kadın, gebeliği geciktirmek ya da tamamen önlemek istemesine rağmen herhangi bir kontraseptif yöntem kullanmamaktadır (6). Bu durum “karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı” olarak tanımlanmakta ve özellikle düşük-orta gelirli ülkelerde yaygın görülmektedir. Karşılanmamış AP ihtiyacı, hem birey hem de toplum düzeyinde ciddi sağlık sorunlarına yol açmaktadır (7, 8). Türkiye'de 1993–2013 yılları arasında karşılanmamış AP ihtiyacı azalırken, 2013–2018 yılları arasında bu oran %6'dan %12'ye yükselmiştir. Aynı dönemde karşılanmış talep oranı da %93'ten %86'ya gerilemiştir (9).

Aile planlaması hizmetlerine erişimin iyileştirilmesi, başta üreme sağlığı olmak üzere birçok alanda olumlu sonuçlar doğurmakta ve bu hizmetlerin birinci basamak sağlık hizmetlerinin ayrılmaz bir parçası olmasını gerekli kılmaktadır (10,11). Bu hizmetlerin etkili sunumu için danışmanlık süreci büyük önem taşımaktadır. AP danışmanlığı kapsamında sağlık personeli, bireylere kontraseptif yöntemler ve bu yöntemlerin uygun kullanımı konusunda bilgi ve rehberlik sağlar.

Ancak sağlık çalışanlarının bilgi ve iletişim eksiklikleri, yöntemlerin doğru anlaşılmasını, yan etkilerinin açıklanmasını ve etkin kullanımını zorlaştırabilir (12). Bu da yöntemin hatalı kullanımına veya terk edilmesine neden olabilir. Dolayısıyla iyi yapılandırılmış danışmanlık hizmetleri, kadın ve ocuk sağlığını koruyucu ve geliştirici bir rol üstlenmektedir (13).

Aile planlaması hizmetlerinde görev alan hekimler ve diğer sağlık çalışanlarına önemli sorumluluklar düşmektedir. Bu nedenle sağlık alanında eğitim gören bireylerin, mezuniyet sonrasında sunacakları hizmetin niteliği açısından yeterli bilgi ve farkındalığa sahip olmaları gerekmektedir. Çalışmamızda, Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp, Ebelik ve Hemşirelik bölümlerinde öğrenim gören öğrencilerin kontraseptif yöntemler konusundaki bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi amaçlanmaktadır. Araştırma sonucunda elde edilecek verilerin, aile planlaması hizmetlerinin etkinliğini artırmaya yönelik eğitim ve danışmanlık stratejilerinin geliştirilmesine katkı sağlaması hedeflenmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Aile Planlamasının Tanımı

1984 yılında gerçekleştirilen Uluslararası Nüfus Konferansı'nda aile planlaması; bireylerin ve çiftlerin istedikleri zamanda çocuk sahibi olabilmeleri, sahip olacakları çocuk sayısını belirleyebilmeleri ve doğumlar arasındaki süreyi planlayabilmeleri amacıyla gerekli bilgi, eğitim ve araçların sağlanması olarak tanımlanmıştır (14). Bu tanım, yalnızca gebeliği önleyici yöntemleri değil; aynı zamanda çocuk sahibi olamayan bireylerin ebeveyn olabilmelerine yardımcı olmayı amaçlayan destek hizmetlerini de kapsamaktadır (15).

2.2. Kontrasepsiyonun Tanımı ve Önemi

Kontrasepsiyon, bireylerin istenmeyen gebelikleri önlemek amacıyla kullandıkları; ilaç, tıbbi cihaz, prosedür veya davranış temelli çeşitli yöntemleri içeren kapsamlı bir sağlık uygulamasıdır (2,16). Bu yöntemler, genel olarak geleneksel ve modern olmak üzere iki ana grupta sınıflandırılmaktadır (17).

Etkili kontraseptif yöntemler, istenmeyen gebelikleri ve spontan düşükleri azaltmakla birlikte prematüre doğum, düşük doğum ağırlığı ve çocuk ölüm oranlarını da azaltma potansiyeline sahiptir. Ayrıca, bariyer yöntemler HIV ve diğer cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların (CYBE) bulaşma riskini azaltmada da etkilidir (2,18). Gelişmekte olan ülkelerde doğumlar arasındaki sürenin iki yıl veya daha fazla olması durumunda, bir yaş altı bebek ölümleri %10; 1–4 yaş arası çocuk ölümleri ise %21 oranında azalacaktır. Bu yöntemlerin kullanımındaki artışın anne ölümlerini %40 oranında azalttığı bildirilmiştir. Üstelik, gebelik istemeyen tüm kadınların etkili kontraseptif yöntemlere erişimi sağlanabilirse, anne ölümlerinde %70'e varan bir azalma mümkün olabilecektir (19).

2.3. Türkiye ve Dünyada Kontraseptif Yöntemlerin Kullanımı

2021 yılı itibarıyla, dünya genelinde üreme çağındaki (15-49 yaş) 1,9 milyar kadının yaklaşık yarısı (966 milyon kadın ya da partneri) kontraseptif yöntem kullanmaktadır. Bu kadınların yaklaşık 874 milyonu modern kontraseptif yöntemleri, 92 milyonu ise geleneksel yöntemleri tercih etmektedir (20). 2022 yılı itibarıyla evli ya da birlikte yaşayan kadınlar arasında herhangi bir kontraseptif yöntem kullanımı %65, modern yöntem kullanımı ise %58,7 olarak bildirilmiştir (8).

Dünya genelinde en sık kullanılan kontraseptif yöntem %23 ile kadın sterilizasyonudur. Bu yöntemi %22 ile erkek kondomu izlemektedir ve her iki yöntemin kullanıcı sayısı 200 milyonun üzerindedir. Kadın sterilizasyonunun yüksek kullanım oranı büyük ölçüde Hindistan'daki yaygınlıktan kaynaklanmaktadır; bu ülke, toplam kullanıcıların yaklaşık %48'ini oluşturmaktadır. Hindistan hariç tutulduğunda, kadın sterilizasyonunun küresel kullanım oranı %15'e düşmekte ve yöntem, sıklık açısından dördüncü sıraya gerilemektedir. Modern kontraseptif yöntemler arasında rahim içi araç (RİA) kullanımı %16,8; oral kontraseptifler %15,7; enjeksiyonlar %7,5; implantlar %2,6 ve erkek sterilizasyonu %1,8 oranında rapor edilmiştir. Geleneksel yöntemler ise toplam kullanımın %10'unundan azını oluşturmaktadır. Bu grupta en yaygın olanlar, %5,5 ile geri çekme ve %3,5 ile takvim yöntemidir (7).

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2018 sonuçlarına göre, evli kadınların %90'ı ve tüm kadınların %63'ü yaşamlarının bir döneminde en az bir kez aile planlaması yöntemi kullanmıştır. 15-49 yaş aralığındaki halen evli kadınlar arasında kontraseptif yöntem kullanım oranı %70 olup, bunun %49'unu modern yöntemler, %21'ini ise geleneksel yöntemler oluşturmaktadır. Halen evli kadınlar arasında geri çekme (%20) en sık kullanılan yöntemdir; bunu sırasıyla erkek kondomu (%19) ve RİA (%14) izlemektedir (9).

2.4. Kontrasepsiyon Danışmanlığı

Kontrasepsiyon danışmanlığı; bireylerin doğum kontrol yöntemleri konusunda bilgi edinmelerini sağlamak, kişisel ihtiyaç ve beklentilere uygun yöntemi belirlemelerine yardımcı olmak, tercih edilen yöntemin doğru ve etkili biçimde kullanılmasını öğretmek ve bu süreci düzenli takiplerle desteklemek amacıyla sunulan kapsamlı bir sağlık hizmetidir (21). Bu yaklaşım sayesinde bireyler kullandıkları yönteme ilişkin daha fazla güven ve memnuniyet geliştirirken, ciddi komplikasyonlara dair uyarıcı belirtileri erken dönemde fark etme olasılıkları da artmaktadır. Klinik uygulamalarda yöntem seçimi yapılırken; kişilerin çocuk sahibi olma planları, mevcut kontraseptif kullanımı, sağlık durumu ve yöntemi güvenli şekilde sürdürebilme yeterliliği dikkatle değerlendirilmelidir (22).

2.5. Karşılanmamış Aile Planlaması İhtiyacı

Karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı, doğurganlığı ertelemek ya da çocuk sayısını sınırlamak isteyen kadınların herhangi bir doğum kontrol yöntemi kullanmaması durumunu ifade eder (23).

2023 yılı tahminlerine göre, dünya genelinde üreme çağındaki yaklaşık 257 milyon kadının doğum kontrol yöntemlerine yönelik karşılanmamış bir ihtiyacı bulunmaktadır. Bu durumun temel nedenleri arasında doğum kontrolüne sınırlı erişim, mevcut yöntem seçeneklerinin yetersizliği, yöntemlerin olası yan etkilerinden duyulan korku veya önceki olumsuz deneyimler, kültürel ya da dini inançlara dayalı muhalefet, hizmet kalitesinin düşüklüğü ve cinsiyete dayalı engeller yer almaktadır (6).

Karşılanmamış aile planlaması (AP) hizmetleri; medikal, sosyal ve sosyolojik açıdan önemli sonuçlar doğurmakta olup, özellikle istenmeyen gebeliklerin ortaya çıkmasında belirleyici bir risk faktörüdür (24). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre, her yıl dünya genelinde yaklaşık 75 milyon istenmeyen gebelik meydana gelmekte; bu gebeliklerin %65'inde ya hiç aile planlaması yöntemi kullanılmamakta ya da yalnızca geleneksel yöntemler tercih edilmektedir (12).

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2018 verilerine göre, kadınların %12'si herhangi bir doğum kontrol yöntemi kullanılmamakta olup karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı içindedir. Bu grubun %4'ü doğumlar arasındaki süreyi uzatmak,

%8'i ise doğurganlığı sonlandırmak istemektedir. 1993–2013 yılları arasında karşılanmamış aile planlaması ihtiyacında sürekli bir azalma gözlenmişken, 2013–2018 döneminde bu oran %6'dan %12'ye yükselmiştir (9).

2.6. Aile Hekimliğinin Aile Planlamasındaki Yeri ve Önemi

Aile hekimliği hizmetlerinde görevli hekimler; yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı gözetmeksizin, her bireye yönelik kapsamlı ve sürekli birinci basamak teşhis, tedavi, rehabilitasyon ve koruyucu sağlık hizmetlerini sunmakla yükümlüdür (25). Bu kapsamda, Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen görevlerden biri de üreme sağlığı ve aile planlaması konusunda danışmanlık hizmeti vermektir (26). Aile hekimleri, bireylerin kolaylıkla ulaşabildiği sağlık hizmet sunucuları olmaları nedeniyle, aile planlaması alanında önemli bir sorumluluk üstlenmektedir. Özellikle kontraseptif yöntemler hakkında doğru bilgilendirme yaparak, yöntemlerin hatalı kullanımının ve buna bağlı olarak ortaya çıkabilecek istenmeyen gebeliklerin önlenmesinde etkin bir rol oynamaktadırlar (27).

Ülkemizde modern kontraseptif yöntemlerin kullanım oranının düşük olması ve plansız gebeliklerin yaygınlığı, birinci basamak sağlık hizmetleri açısından önemli bir sorun teşkil etmektedir. Bu nedenle, toplumun farklı kesimlerine yönelik uygun eğitim programlarının düzenlenmesi; kadınlara ve erkeklere yönelik aile planlaması danışmanlık hizmetlerinin birinci basamakta etkin ve kesintisiz şekilde sunulması büyük önem taşımaktadır (28).

2.7. Kontraseptif Yöntemler

2.7.1. Modern Yöntemler

2.7.1.1. Hormonal Kontraseptifler

Hormonal yöntemler, gebeliği önlemede en etkili kontrasepsiyon uygulamaları arasında yer almaktadır. Bu yöntemler, kombine östrojen-progestin içeren ve yalnızca progestin içeren çeşitli formlarda kullanılabilir. Oral tabletler, enjektabl preparatlar, deri altı implantlar ve vajinal halkalar gibi farklı uygulama yolları sayesinde kullanıcıların tercihlerine ve tıbbi gereksinimlerine uygun seçenekler sunulmaktadır (29).

Hormonal kontraseptiflerin etkisi, hipotalamo-hipofiz-ovaryan aksın baskılanmasına dayanır. Progestinler, luteinize edici hormon (LH) artışını inhibe ederek ovulasyonu engeller; ayrıca servikal mukusu kalınlaştırarak sperm geçişini zorlaştırır, tubal motiliteyi azaltır ve endometriyumun atrofik hale gelmesini sağlayarak implantasyonu önler. Östrojenler ise, folikül uyarıcı hormon (FSH) üretimini baskılayarak dominant folikül gelişimini durdurur ve böylece ovulasyonun gerçekleşmesini engeller (30).

Kombine Hormonal Yöntemler

a) Kombine oral kontraseptifler (KOK)

Kombine oral kontraseptifler (KOK), dünya genelinde en yaygın kullanılan hormonal kontraseptif yöntemlerden biridir (31). Her gün aynı saatte düzenli olarak alındığında oldukça etkili doğum kontrolü sağlarlar (32). KOK'ler, östrojen olarak genellikle etinil östradiol (EE) veya östradiol valerat içerir ve bunlar; etkililik ve yan etki profili açısından farklılık gösteren çeşitli dozlarda sentetik progestinlerle kombine edilir. Bu çeşitlilik, bireyler arasında farklı klinik yanıtlar oluşturduğundan, her kullanıcı için uygun KOK'un dikkatle seçilmesini gerektirir (33).

KOK'ler genellikle 21 gün aktif hormon içeren tabletlerin ardından 7 gün ara verilerek kullanılan klasik rejimle ya da plasebo veya demir içeren tabletlerle kesintisiz uygulanan paketlerle kullanılmaktadır. Aktif hormon içermeyen günlerde genellikle çekilme kanaması meydana gelir ve bu sayede düzenli sıklık kanama

sağlanmış olur (33). Tüm kurallara uygun ve düzenli kullanıldığında, KOK'lerin ilk yıldaki başarısızlık oranı %0,3 gibi oldukça düşük seviyelerdedir. Ancak tipik kullanımda, yani doz unutma ve düzensiz kullanım koşullarında bu oran %7'ye kadar yükselmektedir (34). Bu nedenle, hastaların bilgilendirilmesi büyük önem taşır. Unutulan bir hap hatırlandığı anda alınmalı; ancak iki hapın atlanması durumunda en son alınması gereken doz derhal kullanılmalı ve takip eden yedi gün boyunca ek bir korunma yöntemi önerilmelidir. Son hapın alınmasından itibaren 48 saatten fazla süre geçtiyse ovulasyonun baskılanması garanti edilemez ve gebelik riski artar (35).

KOK kullanımına bağlı olarak görülebilecek yan etkiler arasında ara kanamalar, lekelenme, amenore, memelerde hassasiyet, baş ağrısı, kiloazma ve bulantı yer alır (32,33). Bununla birlikte, KOK'lerin kontraseptif etkilerinin yanı sıra birçok olumlu etkisi de bulunmaktadır. Endometrium ve over kanser riskini azaltmaları, osteoporoz, pelvik inflamatuvar hastalık (PID), anemi riskinde azalma sağlamaları; akne, hirsutizm, polikistik over sendromu (PCOS) ve dismenore gibi durumlarda semptomatik iyileşme sağlamaları bu yararlar arasında sayılabilir (36).

Postpartum altı hafta, 35 yaş üzerinde olup günde 15'ten fazla sigara içme, venöz tromboembolizm ya da pulmoner emboli öyküsü, iskemik kalp hastalığı, serebrovasküler olay öyküsü, hipertansiyon (≥ 160 mmHg sistolik veya ≥ 100 mmHg diyastolik), auralı migren, aktif meme kanseri, ileri evre karaciğer hastalıkları (örneğin ağır siroz, viral hepatit), trombojenik mutasyonlar ve retinopati, nefropati ya da nöropatiyle seyreden diyabet KOK kullanımı için kesin kontrendikasyon oluşturmaktadır (32,33).

b) Enjektabl kombine yöntemler

Aylık enjeksiyon şeklinde uygulanan, noretisteron enantat ve östradiol valerat içeren kombine hormonal preparatlar bulunmaktadır (36). Mesigyna adlı preparat bu gruba örnek olarak verilebilir (37). Genellikle menstrüel siklusun ilk yedi günü içinde başlanır ve ovulasyonu baskılayarak gebelikten koruma sağlar. Kullanım kurallarına uygun şekilde uygulandığında etkililik oranı yaklaşık %97,7'dir. (38).

c) Transdermal kombine yama (patch)

Transdermal kontraseptif yama (Xulane), yaklaşık iki inç genişliğinde, ince ve kare şeklinde bir üründür ve 150 mcg norelgestromin ile 35 mcg EE içerir. Yama, karın, üst kol, kalça veya sırtta uygulanabilir ve etkili olabilmesi için cilde tamamen yapışmış olması gerekir. Üç hafta boyunca haftada bir değiştirilir; dördüncü hafta ise yama kullanılmaz ve çekilme kanaması gerçekleşir. Haftalık uygulama şekli, günlük hap alımının getirdiği sorumluluktan kaçınmak isteyen bireyler için cazip bir seçenektir. Kombine hormonal kontraseptiflerin tüm uygulama formları için geçerli olan kontrendikasyonlar, yama için de geçerlidir (30).

d) Kombine vajinal halka (ring)

Kombine kontraseptif vajinal halka (ör;NuvaRing®) hormonal kontrasepsiyon için ayda bir uygulanan bir yöntemdir. Esnek, yumuşak ve şeffaf bir halkadan oluşur; çapı 54 mm, kalınlığı 4 mm olup, kadın tarafından vajinaya kolaylıkla yerleştirilebilir. Halka, üç hafta boyunca vajinada kalır ve ardından kadın tarafından çıkarılır; bu işlem, genellikle çekilme kanamasının gerçekleştiği halkasız bir haftayı başlatır. Halka, EE (2,7 mg) ve etonogestrel (ENG, 11,7 mg) hormonlarının eşit şekilde dağıldığı evatane adlı kopolimerden yapılmıştır. Halka içerisindeki bu bileşim sayesinde günlük yaklaşık 15 µg EE ve 120 µg ENG sabit olarak salınır ve bu hormonlar vajinal epitel yoluyla sürekli emilir (39).

Sadece Progesteron İçeren Yöntemler

a) Sadece progesteron içeren haplar (POP, minihap)

Sadece progestin içeren oral kontraseptifler (POP), her gün aynı saatte, düzenli aralıklarla ve kesintisiz olarak kullanılmalıdır. Bu haplar, vücutta doğal olarak bulunan progesteron hormonuna benzer etki gösteren düşük dozda sentetik progestin içerir ve östrojen bileşiği içermez. Bu özellikleri sayesinde, östrojen kullanması sakıncalı olan kadınlar ve emzirme dönemindeki bireyler için güvenli bir seçenek olarak kabul edilmektedir. POP'ler literatürde "minihap" olarak da adlandırılmaktadır. Etki mekanizmaları arasında servikal mukusu koyulaştırarak

sperm geçişini engellemek ve ovulasyonu baskılayarak fertilitiyi önlemek yer alır. POP'ler düzenli kullanıldığında yüksek kontraseptif etkinlik sağlar; ideal kullanımda başarısızlık oranı %0,3 iken, tipik kullanımda bu oran %7'ye kadar çıkabilmektedir. Emziren kadınlarda süt üretimini olumsuz etkilemediği gösterilen POP'ler, bu dönemde güvenle kullanılabilir (40).

Kullanımın bırakılmasında en sık bildirilen nedenler arasında düzensiz vajinal kanamalar ve lekelenme yer almaktadır (41). Bu kanama düzensizlikleri adet gecikmesi, sık veya seyrek kanama şeklinde görülebilir; genellikle zararsızdır ve tıbbi müdahale gerektirmez. Diğer olası yan etkiler arasında baş ağrısı, baş dönmesi, ruh hali değışiklikleri, memede hassasiyet ve bulantı bildirilmektedir (40).

b) Sadece progestinli enjektal formlar

Medroksiprogesteron asetat (MPA) içeren enjeksiyonlar (örneğin Depo-Provera), üç ayda bir uygulanan, yalnızca progestin içeren uzun etkili kontraseptif yöntemlerdir. Etkilerini, servikal mukusu koyulaştırarak sperm geçişini engellemek ve ovulasyonu baskılamak yoluyla gösterir (42). Yönteme menstrüel siklusun ilk yedi günü içinde başlanması durumunda ek bir korunma yöntemine ihtiyaç duyulmaz. Ancak yedinci günden sonra başlanacaksa, gebelik olasılığı dışlandıktan sonra uygulanmalı ve takip eden yedi gün boyunca ek bir yöntemle korunma sağlanmalıdır (43). Doğum sonrası emziren kadınlarda, postpartum 6. haftadan itibaren başlanabilir. Tipik kullanımda başarısızlık oranı ilk yıl için %4 civarındayken, enjeksiyonların zamanında uygulanması durumunda bu oran %1'in altına düşmektedir (40).

c) Sadece progesteron içeren implantlar

Günümüzde en yaygın kullanılan subdermal implantlar, levonorgestrel (LNG) ya da etonogestrel içeren formlardır. LNG içeren implantlar arasında Norplant ve Jadelle yer almakta olup, yaklaşık beş yıl süreyle gebelikten koruma sağlar. ENG içeren Implanon ve Nexplanon ise üç yıl süreyle etkilidir (44). Bu yöntem, ovulasyonu baskılamak, servikal mukusu kalınlaştırmak ve endometriyumda implantasyonu engellemek yoluyla gebeliği önler (45). Etkinlik düzeyi oldukça yüksektir; düzenli kullanımda başarısızlık oranı %1'in altındadır (46). İmplant

uygulaması, eğitimli sağlık personeli tarafından üst iç kolun cilt altına yerleştirilerek gerçekleştirilir ve çıkarılması küçük bir cerrahi kesi ile mümkündür (44,45). İmplant çıkarıldıktan sonra doğurganlık genellikle kısa sürede geri döner (40).

2.7.1.2. Rahim İçi Araçlar (RİA)

Hormonlu RİA (Sadece progestinli RİA)

Hormonlu rahim içi araç, T şeklinde plastik bir yapıdan oluşur ve düşük dozda levonorgestrel hormonu içerir. Bu hormon, sürekli ve düşük dozda salınarak servikal mukusu kalınlaştırır, sperm geçişini engeller ve endometriumu incelterek implantasyonu zorlaştırır (47). Sağlık profesyoneli tarafından vajinal yoldan rahim içine yerleştirilen bu araç, kullanıcıya bağlı olarak 5 ila 7 yıl süreyle etkili bir gebelikten korunma sağlar (48).

LNG-RİA, yüksek kontraseptif etkinliğe sahip olup, başarısızlık oranı %0,5'in altındadır. Bu düzeydeki etkililik, bazı kalıcı doğum kontrol yöntemleriyle karşılaştırılabilecek niteliktedir (34). Dünya genelinde bu araçlar Mirena, Kyleena, Levosert, Skyla, Jaydess ve Liletta gibi ticari isimlerle pazarlanmaktadır (40). Türkiye'de ise yalnızca 52 mg LNG içeren Mirena adlı ürün mevcuttur (49).

RİA çıkarıldığında doğurganlık genellikle kısa sürede geri döner ve çoğu kadın birkaç ay içinde spontan gebelik elde edebilir. Yaygın yan etkiler arasında, özellikle kullanımın ilk aylarında görülen düzensiz kanamalar; ilerleyen dönemlerde ise adet miktarında azalma ya da amenore yer alır. Daha nadir olarak baş ağrısı, memelerde hassasiyet ve bulantı gibi sistemik etkiler de bildirilmektedir. LNG-RİA; aktif pelvik enfeksiyon, mevcut gebelik şüphesi, uterus anomalileri, nedeni açıklanamayan vajinal kanama ve hormona duyarlı malignite öyküsü olan kadınlarda kontrendikedir (40).

Bakırlı RİA (Cu-RİA)

Bakır içeren rahim içi araç (Cu-RİA, TCU-380A), gövdesine sarılmış ince bakır tel ve yatay kollarındaki bakır manşetlerle desteklenmiş T şeklinde bir plastik yapıdır. Cihaza bağlı iki telli monofilament ip, servikal kanal yoluyla vajinaya kadar

uzanır ve bu ipler, hem RİA'nın yerinde olup olmadığını kontrol etmek hem de gerektiğinde cihazı çıkarmak için kullanılır (50).

Uygulama sonrasında hemen etki gösteren Cu-RİA, sürekli olarak saldığı bakır iyonları sayesinde sperm motilitesini azaltır, döllenmeyi engeller ve implantasyonunu zorlaştırır. Klinik veriler, Cu-RİA'nın 12 yıla kadar etkili olabileceğini göstermektedir; ancak üretici firma tarafından önerilen kullanım süresi 10 yıl ile sınırlıdır. Koruyuculuk oranı %99'un üzerindedir; 10 yılın ardından ise bu oran %98'e düşmektedir. Cihazın çıkarılmasının ardından doğurganlık genellikle kısa sürede geri döner ve çoğu birey birkaç ay içinde gebelik elde edebilir (40).

En sık bildirilen yan etkiler arasında, adet kanamasında artış, dismenore ve ara kanamalar bulunmaktadır. Bu etkiler genellikle ilk aylarda daha belirgindir ve zamanla hafifleme eğilimi gösterebilir (40).

Cu-RİA'nın kullanımı; mevcut gebelik ya da gebelik şüphesi, akut pelvik inflamatuvar hastalık, doğum sonrası endometrit, bilinen veya şüpheli uterin ya da servikal malignite, açıklanamayan anormal uterin kanama, aktif servisit, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar ve rahim içinde daha önce yerleştirilmiş ancak çıkarılmamış bir RİA varlığı durumlarında kontrendikedir (51). Ayrıca Wilson hastalığı olan bireylerde ve bakıra karşı duyarlılığı bulunan kişilerde bakır içeren RİA'lar önerilmemektedir (52).

2.7.1.3. Cerrahi Sterilizasyon

Vazektomi

Vazektomi, vas deferenslerin fasyal planlar boyunca kesilmesi, bağlanması ve ayrılması yoluyla uygulanan kalıcı bir erkek sterilizasyon yöntemidir. Bu işlem geri dönüşü teorik olarak mümkün olsa da, kalıcı etkisi nedeniyle geri dönüş ihtimali karar verme sürecinde bir gerekçe olarak sunulmamalıdır. Bu nedenle, vazektomi kararı alınırken aceleci davranılmamalı, bireye işlemin kalıcılığı açık ve net bir şekilde anlatılmalıdır. İşleme ilişkin herhangi bir mutlak kontrendikasyon bulunmamaktadır (53).

Günümüzde en sık uygulanan iki cerrahi teknik, geleneksel insizyon yöntemi ile neştersiz vazektomi (no-scalpel vasectomy, NSV) yöntemidir. Geleneksel yöntemde skrotuma bir ya da iki küçük kesi yapılırken, NSV tekniğinde cilt, keskin

uçlu özel bir penset yardımıyla delinerek işlem gerçekleştirilir (54). NSV, minimal invaziv yapısı sayesinde kanama, enfeksiyon gibi cerrahi komplikasyonların görülme riskini belirgin ölçüde azaltmaktadır (50).

Vazektomi, doğru uygulandığında %99,9 oranında etkilidir; ancak gerçek yaşam koşullarında bu oran %99,8'e düşebilmektedir. Bununla birlikte, işlem sonrası hemen infertilite sağlanmaz. Menide sperm bulunmadığı bir laboratuvar testi ile doğrulanana kadar (genellikle işlemden sonraki 3. ayda yapılır), çiftlerin ek bir etkili kontraseptif yöntem kullanmaları gerekmektedir (50).

Tüp Ligasyonu

Tüp ligasyonu, kadınlarda uzun etkili ve kalıcı bir doğum kontrol yöntemi olup, fallop tüplerinin cerrahi olarak bağlanması/kapatılması veya kesilmesi esasına dayanır (40). Tubal sterilizasyon, modern aile planlaması yöntemleri arasında giderek daha fazla tercih edilen bir seçenek haline gelmektedir. Bu yöntemi tercih edecek kadınlara; işlem öncesinde alternatif yöntemler, işlem sonrası etkinlik düzeyi, olası riskler ve komplikasyonlar hakkında kapsamlı bilgi verilmesi önem taşımaktadır (55).

Tüp ligasyonu, oldukça güvenilir ve etkili bir kontraseptif yöntemdir. Her ne kadar yöntem kalıcı bir sterilizasyon sağlasa da, gebelik olasılığı tamamen ortadan kalkmaz. Tüp ligasyonu sonrasında, ilk yıl içinde her 100 kadından 1'inden azında gebelik oluşma riski vardır (yaklaşık binde 5); on yıllık kullanım süresince ise bu oran yaklaşık %2'ye yükselir. Bu yöntemin geri dönüşü zordur, yüksek maliyetlidir ve her sağlık merkezinde uygulanabilir değildir. Yan etkiler çoğunlukla anesteziye bağlıdır; nadiren de olsa enfeksiyon, kanama veya komşu organlarda hasar gibi komplikasyonlar gelişebilir. Kalıcı doğum kontrol yöntemi olması nedeniyle, işlem öncesinde kararın dikkatli bir şekilde değerlendirilmesi ve tercihen çiftin birlikte karar vermesi önerilmektedir (40).

2.7.1.4. Bariyer Yöntemler

Bariyer yöntemler, spermin yumurtaya ulaşmasını fiziksel olarak engelleyen kontraseptif yöntemler arasında yer almaktadır. Bu grupta; prezervatif, spermisit, diyafram ve servikal kapak yer alır. Bariyer yöntemlerin etkili olabilmesi için her cinsel ilişkide düzenli ve doğru şekilde kullanılması gerekmektedir. Prezervatifler ve spermisitler, reçetesiz olarak eczanelerden temin edilebilirken; diyafram ve servikal kapak gibi yöntemler, kullanım öncesinde kadının anatomik özelliklerine uygun biçimde ölçülmeli ve reçete ile sağlanmalıdır (56).

Kondom (Prezervatif)

En yaygın kullanılan bariyer yöntemlerinden biri olan lateks kondomlar, gebeliği önlemede yüksek düzeyde etkilidir ve aynı zamanda HIV ve diğer cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara karşı da koruyuculuk sağlar. Buna karşılık, doğal materyallerden (örneğin kuzu derisi) üretilen kondomlar gebeliği önlemede etkili olsa da, HIV ve diğer CYBE'lere karşı yeterli koruma sağlamayabilir. Tipik kullanımda bildirilen başarısızlık oranı yaklaşık %13'tür (57).

Kadın Kondomu

Özellikle partneri kondom kullanmayan kadınlara, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlardan korunma ve doğurganlığı kontrol etme imkânı sunar. Poliüretan veya lateksten üretilen bu yöntem, iç ve dış olmak üzere iki halkadan oluşan bir kılıf şeklindedir. Vajinal kanal ve serviks üzerine yerleşerek spermlerin uterus içine ulaşmasını engeller. Her cinsel ilişkide yeni bir kondomun kullanılması gereklidir. Poliüretandan üretilmiş olması, latekse karşı alerjisi olan kadın ve erkekler için avantaj sağlamaktadır (43).

Spermisit

Spermisitler, spermleri etkisiz hale getirmek amacıyla vajinaya yerleştirilen kimyasal maddelerdir. Köpük, jel, krem, ince film tabakası veya vajinal supozituar gibi çeşitli formları vardır. Etkili olabilmesi için kullanım talimatlarına titizlikle uyulması gerekmektedir. Çoğu spermisit, vajinaya yerleştirildikten sonra etkili hale gelmesi için 10 ila 15 dakika beklemeyi gerektirir ve yaklaşık 1 saat süreyle etkilidir;

bu sürenin aşılması durumunda yeniden uygulanması gerekir. Her cinsel ilişki öncesinde spermisitin tekrar kullanılması zorunludur. Ayrıca, spermisitin vajinada cinsel ilişkiden sonra en az 6 ila 8 saat süreyle kalması gerekmektedir (56).

Diyafram ve Servikal Başlık (Kap)

Servikal kap ve diyafram, vajinaya yerleştirilen ve serviks üzerine oturtulan küçük kauçuk araçlardır. Her iki yöntem de sperm geçişini engelleyerek gebeliği önlemeye yardımcı olur (58). Diyafram için tipik kullanım başarısızlık oranı %17, servikal kapak için tipik kullanım başarısızlık oranı %22'dir (59).

2.7.2. Geleneksel Yöntemler

2.7.2.1. Servikal Mukus Yöntemi

Servikal mukusun gözlemlenip kaydedilmesine dayanan bu yöntemde, vajinal ıslaklığın hissedildiği ilk günden itibaren başlayan ve kaygan, şeffaf, yoğun mukusun sona erdiği tarihten sonraki üç gün, fertil dönem olarak kabul edilmektedir (43). Kadının bu dönemi doğru tespit edebilmesi için, her gün birden fazla kez servikal mukus kontrolü yapması gerekmektedir. Kullanıcıların yaklaşık 14 ila 17 gün boyunca korunmasız cinsel ilişkiden kaçınmaları önerilmektedir (60).

2.7.2.2. Bazal Vücut Isısı Yöntemi

Bazal vücut ısısı yöntemi, kadınların adet siklusu boyunca her sabah yataktan kalkmadan önce vücut ısılarını ölçüp kaydetmelerine dayanır. Ovulasyonun ardından, progesteron hormonunun etkisiyle vücut ısısında yaklaşık 0,5 °C'lik bir artış meydana gelir. Bu yöntemde cinsel perhiz, adet kanamasının başladığı ilk günden itibaren başlar ve vücut ısısındaki artışın gözlemlendiği üçüncü günün sonuna kadar devam eder (61).

2.7.2.3. Servikal Palpasyon Yöntemi

Ovulasyon öncesi, infertil dönemde serviks serttir ve eksternal servikal os kapalıdır. Ovulasyon yaklaşırken serviks yumuşar ve servikal os açılır. Ovulasyonu takip eden günlerde ise serviks yeniden sertleşir ve os tekrar kapanır. Bu yöntemin

etkinliğini sağlamak amacıyla, serviksin yumuşadığı ve osun açıldığı dönemden başlayarak, serviksin tekrar sertleşip osun kapandığı zamana kadar cinsel ilişkiden kaçınılması gerekmektedir (61).

2.7.2.4.Takvim Yöntemi

Düzenli menstrual siklusa sahip kadınlarda ovülasyon genellikle beklenen adet tarihinden yaklaşık 14 gün önce, yani 28 günlük bir siklusta 11. ile 17. günler arasında gerçekleşir (14. gün $\pm$ 3 gün). Bu süreçte sperm ve yumurtanın canlı kalma süreleri dikkate alınır; sperm 48–72 saat, yumurta hücresi ise 24–48 saat canlı kalabilir. Bu bilgilere dayanarak, gebelik açısından risk taşımayan infertil günler belirlenir (örneğin, 11. günden 3 gün öncesi ve 17. günden 3 gün sonrası gibi) (43).

2.7.2.5.Laktasyonel Amenore Metodu

Laktasyonel amenore yöntemi (LAM), doğum sonrası ilk altı ay boyunca emziren ve henüz adet görmeyen kadınlarda gebeliği önleyen doğal bir doğum kontrol yöntemidir. Emme uyarısı, GnRH/LH'nin pulsatil salgılanmasını azaltarak ovülasyonu baskılar. LAM, doğru uygulandığında (ek gıda verilmeden düzenli emzirme sağlandığında) altı ay boyunca %98'den fazla gebelikten koruma sağlar. Ancak, emzirme düzeni değişir ya da adetler başlarsa koruyuculuğu azalır ve ek kontraseptif kullanımı gerekir. Bu yöntem özellikle emzirmeyi bilinçli şekilde kontrasepsiyon amacıyla kullanan kadınlarda etkilidir (62).

2.7.2.6.Semptotermal Yöntem

Semptotermal yöntem, ovulasyon ve fertilitenin başlıca göstergelerinden en az ikisini kullanarak uygulanır; döngünün doğurgan dönemini belirlemek için servikal mukus belirtileri ile bazal vücut ısısındaki değişimler birlikte değerlendirilir (63). Tipik kullanımda başarısızlık oranı yılda 100 kadın başına %13 ila %20 arasında değişmektedir (64).

2.7.2.7.Koitus Interruptus (Geri Çekme)

Bu yöntem, ejakülasyon gerçekleşmeden hemen önce penisin vajinadan geri çekilmesine dayanır. Tipik kullanımda %20 başarısızlık oranı vardır. Bu nedenle, geri çekme yöntemi güvenilir bir doğum kontrol yöntemi olarak kabul edilmemektedir (40).

2.7.2.8.Vajinal Yıkama

Koitus sonrası vajenin yıkanması işlemidir. Ejakülasyon sonrası spermeler çok kısa bir süre içinde serviksten içeri girebileceği için gebelikten korunmada etkisiz bir yöntemdir (65).

2.7.3. Acil Kontrasepsiyon

Acil kontrasepsiyon, korunmasız cinsel ilişki sonrasında gebeliği önlemek amacıyla kullanılan yöntemleri kapsar ve en yüksek etkinlik, ilişkinin hemen ardından kullanıldığında sağlanır. Uygulama süresi 5 gün (120 saat) ile sınırlıdır ve bu sürede kullanıldığında gebelik riskini yaklaşık %95 oranında azaltabilir. En etkili yöntemlerden biri olan bakırlı rahim içi araç (RİA), sperm ve yumurta birleşmesini engelleyen kimyasal değişiklikler oluşturarak döllenmeyi önler. Diğer bir grup olan acil kontraseptif haplar arasında; ulipristal asetat (UPA) 30 mg tek doz, levonorgestrel (LNG) 1.5 mg tek doz veya 0.75 mg'lık iki doz ve etinil östradiol ve levonorgestrel içeren kombine haplar (Yuzpe yöntemi) yer alır. Bu haplar ovulasyonu geciktirerek etki gösterir; var olan bir gebeliği sonlandırmaz ve embriyoya zarar vermez. Özellikle UPA, ilişkiden 72–120 saat sonra kullanıldığında diğer yöntemlere kıyasla daha yüksek etki göstermektedir. Bu yöntemler için yaş sınırlaması bulunmamakta ve ciddi tıbbi engeller nadirdir. RİA uygulamasında ise genel uygunluk kriterleri dikkate alınmalıdır (66,67).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Çalışmamız tıp, ebelik ve hemşirelik bölümü öğrencilerinin kontraseptif yöntemler konusundaki bilgi düzeylerini değerlendirmeyi amaçlayan kesitsel tipte bir çalışmadır.

3.2. Etik Kurul Onayı

Çalışma için Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 06.02.2025 tarihinde 25-MOBAEK-041 sayılı etik kurul onayı alınmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini 2024-2025 eğitim öğretim yılında Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesinde tıp, ebelik ve hemşirelik bölümünde öğrenim gören öğrenciler oluşturmaktadır. 2024-2025 eğitim öğretim yılında tıp, ebelik ve hemşirelik bölümüne kayıtlı toplam 2302 öğrenci bulunmaktadır. Bu öğrencilerin 1158'i tıp fakültesinde, 463'ü ebelik, 681'i hemşirelik bölümünde eğitim görmektedir. Araştırmanın örnekleminin belirlenmesinde G Power 3.1.9.7 programı kullanılmıştır. Etki büyüklüğü $f=0,25$; güven aralığı %95 ve hata payı %5 ile olası veri kayıpları (%20 veri kaybı) göz önünde bulundurularak toplam 303 öğrenciye ulaşılması gerektiği belirlenmiş olup 454 öğrenci (tıp:162; ebelik:138; hemşirelik:154) ile çalışma tamamlanmıştır.

3.4. Araştırmaya Dahil Etme ve Dışlama Kriterleri

Dahil edilme kriterleri;

- Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp veya Ebelik veya Hemşirelik Bölümü öğrencisi olmak
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak

Dışlama kriterleri;

- Çalışmaya katılımı kabul etmemek

3.5. Veri Toplama Aracı

1. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerini, cinsel deneyim durumlarını, kontraseptif yöntem kullanma alışkanlıklarını ve konuya ilişkin öz yeterlilik algılarını değerlendirmek amacıyla toplam 10 sorudan oluşan bir anket formu (EK-1).

2. Kontraseptif Bilgi Değerlendirme Ölçeği (KBDÖ) Türkçe Formu

Türkçeye uyarlanan ve geçerlilik ve güvenirlik çalışması yapılan Kontraseptif Bilgi Değerlendirme Ölçeği uygulanmıştır (68). 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. Ölçekten alınan puan arttıkça bilgi düzeyinin arttığı ön görülmektedir. Herhangi bir cut off değeri bulunmamaktadır (EK-2). Ölçeğin kullanılması için gerekli izinler e-mail yoluyla alınmıştır.

Araştırmaya gönüllü olan katılımcılara toplam 35 sorudan oluşan anket formu online şekilde doldurtulmuş, anketler verilerin değerlendirilmesi için toplanmıştır.

3.6. Araştırmanın Veri Analizi

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 2x2 kategorik değişkenlerin karşılaştırmasında Fisher Exact test, kategorik verilerin karşılaştırmasında Ki-Kare testi (posthoc analiz için Benferroni düzeltmeli z testi), parametrik test varsayımları yerine getirildiğinde ortalamaları arasındaki farkın belirlenmesi için iki bağımsız grubun karşılaştırmasında Independent Sample t testi, ikiden fazla bağımsız grubun karşılaştırmasında One Way ANOVA (posthoc analiz için Tukey testi), parametrik test varsayımları yerine getirilmediğinde ortalamaları arasındaki farkın belirlenmesi

için Kruskal Wallis H testi (posthoc analizde Tamhane T2) 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.



4. BULGULAR

Çalışmamıza toplam 454 öğrenci katılmıştır. Katılımcıların %75,3'ünün (n=342) kadın, %24,7'sinin (n=112) erkek olduğu, %98,9'unun (n=449) bekâr, %1,1'inin (n=5) evli olduğu belirlenmiştir. %35,7'sinin (n=162) tıp fakültesi öğrencisi, %30,4'ünün (n=138) ebelik bölümü öğrencisi, %33,9'unun (n=154) hemşirelik bölümü öğrencisi, %33,5'inin (n=152) 4. sınıfta olduğu belirlenmiştir (Tablo 1).

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı

Değişkenler		n	%
Cinsiyet	Erkek	112	24,7
	Kadın	342	75,3
Medeni durum	Bekâr	449	98,9
	Evli	5	1,1
Öğrenim görülen bölüm	Tıp	162	35,7
	Ebelik	138	30,4
	Hemşirelik	154	33,9
Sınıfı	1.sınıf	83	18,3
	2.sınıf	65	14,3
	3.sınıf	73	16,1
	4.sınıf	152	33,5
	5.sınıf	41	9,0
	6.sınıf	40	8,8
TOPLAM		454	100,0

Katılımcılara cinsel ilişki deneyimi yaşayıp yaşamadığı sorulduğunda %83,9'u (n=381) cinsel ilişki deneyimi olmadığını, %10,2'si (n=46) cinsel ilişki deneyimi olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların %5,9' u (n=27) ise bu soruya cevap vermek istemediğini belirtmiştir. Kontraseptif yöntem kullanımı sorulduğunda öğrencilerin %83,9'u (n=381) cinsel ilişki deneyimi olmadığını, %4,4'ü (n=20) geleneksel yöntemleri tercih ettiğini, %9,5'i (n=43) modern geçici yöntemleri tercih ettiğini, %2'si (n=9) cinsel ilişki deneyimi olduğunu ancak kontraseptif yöntem kullanmadığını belirtmiştir. Modern kalıcı yöntemleri kullanan yoktur (Tablo 2).

Tablo 2. Cinsel ilişki deneyimi ve kontraseptif yöntem kullanımına ilişkin sorular

Değişkenler		n	%
Cinsel ilişki deneyimi	Evet	46	10,2
	Hayır	381	83,9
	Cevap vermek istemiyorum	27	5,9
Şimdiye kadar gebelikten korunmak için yöntem kullanma durumu*	Cinsel ilişki deneyimim olmadı	381	83,9
	Cinsel ilişki deneyimim oldu ama kontraseptif kullanmadım	9	2,0
	Geleneksel yöntemler	20	4,4
	Modern yöntemler geçici yöntemler	43	9,5
	Modern kalıcı yöntemler	0	0
	Cevap vermek istemiyorum	23	5,1

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir

Öğrencilerin %90,7'sinin prezervatif (kondom) kontraseptif yöntemini, %78,6'sının oral kontraseptifleri, %77,8'inin ertesi gün hapını, %76,2'sinin rahim içi araç (RİA) yöntemini, %74,7'sinin geri çekme yöntemini, %73,3'ünün tüp ligasyonunu, %67,6'sının vazektomi yöntemini, %66,7'sinin takvim yöntemini, %65,2'sinin deri altı implantları, %64,8'inin kadın kondomunu, %60,6' sının vajinal yıkama yöntemini, %59'unun 3 aylık iğne yöntemini, %59'unun laktasyon yöntemini, %56,4'ünün 1 aylık iğne yöntemini, %46,7'sinin diyafram yöntemini, %46'sının spermisit/köpük/jel yöntemini bildiği belirlenmiştir. %6,6'sı (n=30) herhangi bir kontraseptif yöntem bilmediği belirlenmiştir. Hiçbir kontraseptif yöntem bilmeyenlerin %66,7'sinin (n=20) kadın, %96,7'sinin (n=29) bekar, %56,7'sinin (n=17) hemşirelik bölümünde, %23,3'ünün (n=7) tıp fakültesinde, %20,0'sinin (n=6) ebelik bölümünde öğrenim gördüğü, %40,0'ının (n=12) birinci sınıf, %80,0'inin (n=24) bugüne kadar cinsel ilişki deneyiminin olmadığı belirlenmiştir. Gebelikten korunma yöntemleri hakkındaki bilgiyi %75,6'sı üniversitede, %50,2'si internetten, %29,3'ü arkadaşlarından, %24,7'si doktorlardan, %23,3'ü okulda (lise/ilköğretim), %23,3'ü ebe/hemşirelerden, %14,8'i ailesinden edindiğini belirtmiştir (Tablo 3).

Tablo 3. Bilinen kontraseptif yöntemler ve bilginin edinildiği yerler

Değişkenler		n	%
Bilinen kontraseptif yöntemler*	Rahim içi araç (RIA)	346	76,2
	Oral Kontraseptif (Hormon hapları)	357	78,6
	Prezervatif (kondom)	412	90,7
	Kadın kondomu	294	64,8
	Spermisit/Köpük/Jel	209	46,0
	Diyafram	212	46,7
	3 aylık iğne	268	59,0
	1 aylık iğne	256	56,4
	Deri altı implantları	296	65,2
	Geri çekme	339	74,7
	Vajinal yıkama	275	60,6
	Takvim yöntemi	303	66,7
	Laktasyon (emzirme)	268	59,0
	Ertesi gün hapı (acil kontrasepsiyon yöntemi)	353	77,8
	Tüp ligasyon (kadın kanallarının bağlanması)	333	73,3
	Vazektomi (erkek kanallarının bağlanması)	307	67,6
	Bildiğim kontraseptif yöntem yok	30	6,6
Gebelikten korunma yöntemleri konusundaki bilgileri aldığı yer*	Aile	67	14,8
	Arkadaş	133	29,3
	İnternet	228	50,2
	Broşür	56	12,3
	Doktor	112	24,7
	Ebe/Hemşire	106	23,3
	Tv/radyo	35	7,7
	Okul (Lise/İlköğretim)	106	23,3
	Üniversite	343	75,6
	Diğer	8	1,7

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir

Öğrencilerin %59,5'i (n=270) fakültede kontraseptif yöntemler ile ilgili eğitimin yeterli olduğunu düşündüğünü, %22,5'i (n=102) fakültede kontraseptif yöntemler ile ilgili eğitimin yeterli olmadığını düşündüğünü, %18'i (n=82) bu konuda kararsız olduğunu belirtmiştir. Öğrencilerin %44,3'ü (n=201) mezuniyet sonrası kontraseptif yöntemler konusunda danışmanlık verebilecek yetkinlikte hissettiğini, %29,7'si (n=135) mezuniyet sonrası kontraseptif yöntemler konusunda danışmanlık verebilecek yetkinlikte hissetmediğini, %26'sı (n=118) bu konuda kararsız olduğunu ifade etmiştir (Tablo 4).

Tablo 4. Öğrencilerin alınan eğitim ve danışmanlık verme konusundaki düşünceleri

Değişkenler		n	%
Fakültede kontraseptif yöntemler ile ilgili yeterli eğitim aldığını düşünme durumu	Evet	270	59,5
	Hayır	102	22,5
	Kararsızım	82	18,0
Mezuniyet sonrası kontraseptif yöntemler ile ilgili danışmanlık verecek yetkinlikte hissetme durumu	Evet	201	44,3
	Hayır	135	29,7
	Kararsızım	118	26,0
TOPLAM		454	100,0

Katılımcıların cinsiyet, öğrenim görülen bölüm ve cinsel ilişki deneyimi durumlarına göre Kontraseptif Bilgi Değerlendirme Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Kadın öğrencilerin ortalama puanı ($11,02 \pm 5,00$), erkek öğrencilere göre ($9,92 \pm 4,68$) anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p = 0,043$). Bölüme göre bilgi puanları incelendiğinde, Tıp Fakültesi öğrencilerinin ($12,24 \pm 4,48$) Ebelik ($9,78 \pm 5,03$) ve Hemşirelik ($10,05 \pm 4,98$) bölümlerine göre anlamlı şekilde daha yüksek puan aldığı bulunmuştur ($p < ,001$). Cinsel ilişki deneyimi olan öğrencilerin bilgi puanı ($12,41 \pm 4,31$), deneyimi olmayanlara ($10,56 \pm 4,98$) ve deneyim durumunu belirtmek istemeyenlere ($10,59 \pm 5,10$) göre daha yüksektir fakat fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0,055$) (Tablo 5).

Tablo 5. Katılımcıların cinsiyet, öğrenim görülen bölüm ve cinsel deneyim ile KBDÖ puan ortalamalarının karşılaştırması

Değişkenler		Kontraseptif bilgi değerlendirme ölçeği toplam $\bar{X} \pm SS$	Test değeri/p
Cinsiyet	Erkek	9,92±4,68	$t=-2,034$ $p=0,043$
	Kadın	11,02±5,00	
Öğrenim görülen bölüm	Tıp ^a	12,24±4,48	$F=12,084$ $p<,001$ $a-b, a-c$
	Ebelik ^b	9,78±5,03	
	Hemşirelik ^c	10,05±4,98	
Cinsel ilişki deneyimi	Evet	12,41±4,31	$F=2,912$ $p=0,055$
	Hayır	10,56±4,98	
	Cevap vermek istemiyorum	10,59±5,10	

t: Independent Sample t testi, F: One Way ANOVA (posthoc analizde Tukey testi)

KBDÖ sorularına verilen cevapların dağılımı değerlendirildiğinde öğrencilerin en çok doğru yanıt verdiği sorunun “Doktor RİA’yı (Rahim İçi Araç) vücudun hangi bölgesine yerleştirir” sorusu olduğu belirlenmiş olup %91,2 (n=414) oranında doğru cevaplandığı belirlenmiştir. Öğrencilerin en çok yanlış cevap verdiği sorunun “Vajinal halka (NuvaRing) değiştirilmeden önce ne kadar süre yerinde kalmalıdır?” sorusu olduğu belirlenmiş olup %97,1 (n=441) oranında yanlış cevaplandığı belirlenmiştir. En çok yanlış cevap verilen ikinci soru “Ertesi gün hapi”nin (ya da Plan B) etkili olması için cinsel ilişkiden ne kadar süre içinde kullanılması gerekir? sorusu olduğu belirlenmiş olup %94,1 (n=427) oranında yanlış cevaplandığı belirlenmiştir. En fazla yanlış cevabın olduğu üçüncü soru “Depo-Provera (“iğne”) ile ilgili aşağıdakilerden hangisi YANLIŞTIR?” sorusu olup %85,2 (n=387) oranında yanlış cevaplanmıştır (Tablo 6).

Tablo 6. KBDÖ sorularına verilen cevapların dağılımı

Sorular	Doğru		Yanlış	
	n	%	n	%
1.Bir kadının, adet döngüsünün hangi noktasında hamile kalma şansı daha yüksektir?	320	70,5	134	29,5
2.Sperm kadın vücudunda ne kadar süre canlı kalabilir?	151	33,3	303	66,7
3.Gebelik hakkında aşağıdakilerden hangisi doğrudur?	340	74,9	114	25,1
4.Aşağıda geri çekilme yöntemi ile ilgili verilen ifadelerden hangisi doğrudur?	288	63,4	166	36,6
5.Aşağıdaki doğum kontrol yöntemlerinden hangisi hamileliği kesinlikle engeller?	275	60,6	179	39,4
6.Enfeksiyonlara karşı koruma sağlayan tek doğum kontrol yöntemi hangisidir?	279	61,5	175	38,5
7.Erkek kondomlarını kullanırken yapılanlar ile ilgili aşağıdakilerden hangisi YANLIŞTIR?	229	50,4	225	49,6
8.Hormonal doğum kontrol yöntemleri aşağıdakilerden hangi yollarla sağlanmaktadır?	178	39,2	276	60,8
9.Aşağıdakilerden hangisi hormonal doğum kontrolü yöntemlerinin faydalarından biri değildir?	152	33,5	302	66,5
10.Vajinal halka (NuvaRing) değiştirilmeden önce ne kadar süre yerinde kalmalıdır?	13	2,9	441	97,1
11. Aşağıdakilerden hangisi hormonal doğum kontrol yöntemlerinin etkisini azaltabilir?	140	30,8	314	69,2
12.Doğum kontrol haplarının temel çalışma prensibi nedir?	176	38,8	278	61,2
13.Doğum kontrol haplarının içeriğinde aşağıdakilerden hangisi bulunabilir?	276	60,8	178	39,2
14.Aşağıdaki durumlardan hangisinde doğum kontrol hapi kullanmamalısınız?	119	26,2	335	73,8
15.Bir kadın doğum kontrol yöntemleri kullanmayı bıraktıktan ne kadar süre sonra hamile kalabilir?	183	40,3	271	59,7
16.Doğum kontrol hapını bir gün içmeyi unutup ertesi gün hatırlarsanız, ne yapmalısınız?	110	24,2	344	75,8

17. Depo-Provera (“iğne”) ile ilgili aşağıdakilerden hangisi YANLIŞTIR?	67	14,8	387	85,2
18. Gebe kalmak isterseniz aşağıdaki doğum kontrol yöntemlerinden hangisi eski haline döndürülebilir?	288	63,4	166	36,6
19. Aşağıdaki doğum kontrol yöntemlerinden hangisi partneriniz tarafından kolayca fark edilmez?	282	62,1	172	37,9
20. Doktor RİA’nı (Rahim İçi Araç) vücudun hangi bölgesine yerleştirir?	414	91,2	40	8,8
21. Hangi doğum kontrol yöntemi gebeliği önlemede en etkilidir?	205	45,2	249	54,8
22. RİA (Rahim İçi Araç)larla ilgili aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?	115	25,3	339	74,7
23. Bir doktor doğum kontrol implantını (Nexplanon) vücudun hangi bölgesine yerleştirir?	252	55,5	202	44,5
24. “Ertesi gün hapı”nın (ya da Plan B) etkili olması için cinsel ilişkiden ne kadar süre içinde kullanılması gerekir?	27	5,9	427	94,1
25. Plan B (ya da “ertesi gün hapı”) olarak bilinen acil kontrasepsiyon hapını nasıl alabilirsiniz?	142	31,3	312	68,7

NOT: frekans ve yüzdelik hesaplamasında satır yüzdeliği kullanılmıştır

KBDÖ sorularına verilen cevapların cinsiyete göre dağılımı ve karşılaştırılmasında “Bir kadının, adet döngüsünün hangi noktasında hamile kalma şansı daha yüksektir?”, “Aşağıdakilerden hangisi hormonal doğum kontrolü yöntemlerinin faydalarından biri değildir”, “Bir kadın doğum kontrol yöntemleri kullanmayı bıraktıktan ne kadar süre sonra hamile kalabilir”, “Depo-Provera (iğne) ile ilgili aşağıdakilerden hangisi YANLIŞTIR?”, “Gebe kalmak isterseniz aşağıdaki doğum kontrol yöntemlerinden hangisi eski haline döndürülebilir?”, “Bir doktor doğum kontrol implantını (Nexplanon) vücudun hangi bölgesine yerleştirir?” soruları ile cinsiyet arasında anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$) (Tablo 7).

Tablo 7. KBDÖ sorularına verilen cevapların cinsiyete göre dağılımı ve karşılaştırılması

Sorular	Cinsiyet				Test değeri/p
	Erkek (n=112)		Kadın (n=342)		
	Doğru n (%)	Yanlış n (%)	Doğru n (%)	Yanlış n (%)	
1.Bir kadının, adet döngüsünün hangi noktasında hamile kalma şansı daha yüksektir?	70 (62,5)	42 (37,5)	250 (73,1)	92 (26,9)	$\chi^2= 4,556$ $p=0,033$
2.Sperm kadın vücudunda ne kadar süre canlı kalabilir?	36 (32,1)	76 (67,9)	115 (33,6)	227 (66,4)	$\chi^2= 0,084$ $p=0,773$
3.Gebelik hakkında aşağıdakilerden hangisi doğrudur?	89 (79,5)	23 (20,5)	251 (73,4)	91 (26,6)	$\chi^2= 1,654$ $p=0,198$
4.Aşağıda geri çekilme yöntemi ile ilgili verilen ifadelerden hangisi doğrudur?	71 (63,4)	41 (36,6)	217 (63,5)	125 (36,5)	$\chi^2= 0,000$ $p=1,000$
5.Aşağıdaki doğum kontrol yöntemlerinden hangisi hamileliği kesinlikle engeller?	62 (55,4)	50 (44,6)	213 (62,3)	129 (37,7)	$\chi^2= 1,693$ $p=0,193$

6.Enfeksiyonlara karşı koruma sağlayan tek doğum kontrol yöntemi hangisidir?	64 (57,1)	48 (42,9)	215 (62,9)	127 (37,1)	$\chi^2= 1,166$ $p=0,280$
7.Erkek kondomlarını kullanırken yapılanlar ile ilgili aşağıdakilerden hangisi YANLIŞTIR?	60 (53,6)	52 (46,4)	169 (49,4)	173 (50,6)	$\chi^2= 0,583$ $p=0,445$
8.Hormonal doğum kontrol yöntemleri aşağıdakilerden hangi yollarla sağlanmaktadır?	42 (37,5)	70 (62,5)	136 (39,8)	206 (60,2)	$\chi^2= 0,182$ $p=0,670$
9.Aşağıdakilerden hangisi hormonal doğum kontrolü yöntemlerinin faydalarından biri değildir?	24 (21,4)	88 (78,6)	128 (37,4)	214 (62,6)	$\chi^2= 9,696$ $p=0,002$
10.Vajinal halka (NuvaRing) değiştirilmeden önce ne kadar süre yerinde kalmalıdır?	4 (3,6)	108 (96,4)	9 (2,6)	333 (97,4)	$\chi^2= 0,268$ $p=0,605$
11. Aşağıdakilerden hangisi hormonal doğum kontrol yöntemlerinin etkisini azaltabilir?	38 (33,9)	74 (66,1)	102 (29,8)	240 (70,2)	$\chi^2= 0,666$ $p=0,414$
12.Doğum kontrol haplarının temel çalışma prensibi nedir?	39 (34,8)	73 (65,2)	137 (40,1)	205 (59,9)	$\chi^2= 0,975$ $p=0,323$
13.Doğum kontrol haplarının içeriğinde aşağıdakilerden hangisi bulunabilir?	63 (56,2)	49 (43,8)	213 (62,3)	129 (37,7)	$\chi^2= 1,287$ $p=0,257$
14.Aşağıdaki durumlardan hangisinde doğum kontrol hapi kullanmamalısınız?	31 (27,7)	81 (72,3)	88 (25,7)	254 (74,3)	$\chi^2= 0,165$ $p=0,684$
15.Bir kadın doğum kontrol yöntemleri kullanmayı bıraktıktan ne kadar süre sonra hamile kalabilir?	29 (25,9)	83 (74,1)	154 (45,0)	188 (55,0)	$\chi^2= 12,841$ $p<0,001$
16.Doğum kontrol hapını bir gün içmeyi unutup ertesi gün hatırlarsanız, ne yapmalısınız?	21 (18,8)	91 (81,3)	89 (26,0)	253 (74,0)	$\chi^2= 2,431$ $p=0,119$
17. Depo-Provera (“iğne”) ile ilgili aşağıdakilerden hangisi YANLIŞTIR?	10 (8,9)	102 (91,1)	57 (16,7)	285 (83,3)	$\chi^2= 4,016$ $p=0,045$
18.Gebe kalmak isterseniz aşağıdaki doğum kontrol yöntemlerinden hangisi eski haline döndürülebilir?	58 (51,8)	54 (48,2)	230 (67,3)	112 (32,7)	$\chi^2= 8,700$ $p=0,003$
19.Aşağıdaki doğum kontrol yöntemlerinden hangisi partneriniz tarafından kolayca fark edilmez?	72 (64,3)	40 (35,7)	210 (61,4)	132 (38,6)	$\chi^2= 0,298$ $p=0,585$
20.Doktor RİA’nı (Rahim İçi Araç) vücudun hangi bölgesine yerleştirir?	104 (92,9)	8 (7,1)	310 (90,6)	32 (9,4)	$\chi^2= 0,515$ $p=0,473$
21.Hangi doğum kontrol yöntemi gebeliği önlemede en etkilidir?	45 (40,2)	67 (59,8)	160 (46,8)	182 (53,2)	$\chi^2= 1,486$ $p=0,223$
22.RİA(Rahim İçi Araç)larla ilgili aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?	30 (26,8)	82 (73,2)	85 (24,9)	257 (75,1)	$\chi^2= 0,166$ $p=0,683$
23.Bir doktor doğum kontrol implantını(Nexplanon) vücudun hangi bölgesine yerleştirir?	51 (45,5)	61 (54,5)	201 (58,8)	141 (41,2)	$\chi^2= 5,985$ $p=0,014$
24.“Ertesi gün hapi”nın (ya da Plan B) etkili olması için cinsel ilişkiden ne kadar süre içinde kullanılması gerekir?	9 (8,0)	103 (92,0)	18 (5,3)	324 (94,7)	$\chi^2= 1,159$ $p=0,282$
25.Plan B (ya da “ertesi gün hapi”) olarak bilinen acil kontrasepsiyon hapını nasıl alabilirsiniz?	28 (25,0)	84 (75,0)	114 (33,3)	228 (66,7)	$\chi^2= 2,726$ $p=0,099$

NOT: frekans ve yüzdelik hesaplamasında satır yüzdeliği kullanılmıştır, χ^2 : Fisher Exact test

KBDÖ sorularına verilen cevapların öğrenim görülen bölüme göre dağılımı ve karşılaştırılmasında “Bir kadının, adet döngüsünün hangi noktasında hamile kalma şansı daha yüksektir?”, “Gebelik hakkında aşağıdakilerden hangisi doğrudur?”, “Aşağıda geri çekilme yöntemi ile ilgili verilen ifadelerden hangisi doğrudur?”, “Aşağıdaki doğum kontrol yöntemlerinden hangisi hamileliği kesinlikle engeller?”, “Hormonal doğum kontrol yöntemleri aşağıdakilerden hangi yollarla sağlanmaktadır?”, “Aşağıdakilerden hangisi hormonal doğum kontrolü yöntemlerinin faydalarından biri değildir?”, “Aşağıdakilerden hangisi hormonal doğum kontrol yöntemlerinin etkisini azaltabilir?”, “Doğum kontrol haplarının temel çalışma prensibi nedir?”, “Doğum kontrol haplarının içeriğinde aşağıdakilerden hangisi bulunabilir?”, “Aşağıdaki durumlardan hangisinde doğum kontrol hapi kullanmamalısınız?”, “Doğum kontrol hapını bir gün içmeyi unutup ertesi gün hatırlarsanız, ne yapmalısınız?”, “Gebe kalmak isterseniz aşağıdaki doğum kontrol yöntemlerinden hangisi eski haline döndürülebilir?”, “Aşağıdaki doğum kontrol yöntemlerinden hangisi partneriniz tarafından kolayca fark edilmez?”, “Ertesi gün hapi”nın (ya da Plan B) etkili olması için cinsel ilişkiden ne kadar süre içinde kullanılması gerekir?, “Plan B (ya da “ertesi gün hapi”) olarak bilinen acil kontrasepsiyon hapını nasıl alabilirsiniz?” soruları ile öğrenim görülen bölüm arasında anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$) (Tablo 8).

Tablo 8. KBDÖ sorularına verilen cevapların öğrenim görülen bölüme göre dağılımı ve karşılaştırılması

Sorular	Öğrenim görülen bölüm						Test değeri/p Anlamlı fark
	Tıp ^a (n=162)		Ebelik ^b (n=138)		Hemşirelik ^c (n=154)		
	Doğru n (%)	Yanlış n (%)	Doğru n (%)	Yanlış n (%)	Doğru n (%)	Yanlış n (%)	
1.Bir kadının, adet döngüsünün hangi noktasında hamile kalma şansı daha yüksektir?	135 (83,3)	27 (16,7)	95 (68,8)	43 (31,2)	90 (58,4)	64 (41,6)	$\chi^2=23,771$ $p<,001$ <i>a-b, a-c</i>
2.Sperm kadın vücudunda ne kadar süre canlı kalabilir?	56 (34,6)	106 (65,4)	47 (34,1)	91 (65,9)	48 (31,2)	106 (68,8)	$\chi^2= 0,468$ $p=0,791$
3.Gebelik hakkında aşağıdakilerden hangisi doğrudur?	143 (88,3)	19 (11,7)	91 (65,9)	47 (34,1)	106 (68,8)	48 (31,2)	$\chi^2=24,308$ $p<,001$ <i>a-b, a-c</i>
4.Aşağıda geri çekilme yöntemi ile ilgili verilen ifadelerden hangisi doğrudur?	117 (72,2)	45 (27,8)	83 (60,1)	55 (39,9)	88 (57,1)	66 (42,9)	$\chi^2= 8,666$ $p=0,013$ <i>a-c</i>
5.Aşağıdaki doğum kontrol yöntemlerinden hangisi hamileliği kesinlikle engeller?	134 (82,7)	28 (17,3)	73 (52,9)	65 (47,1)	68 (44,2)	86 (55,8)	$\chi^2= 54,063$ $p<,001$ <i>a-b, a-c</i>
6.Enfeksiyonlara karşı koruma sağlayan tek doğum kontrol yöntemi hangisidir?	104 (64,2)	58 (35,8)	82 (59,4)	56 (40,6)	93 (60,4)	61 (39,6)	$\chi^2= 0,829$ $p=0,661$
7.Erkek kondomlarını kullanırken yapılanlar ile ilgili aşağıdakilerden hangisi YANLIŞTIR?	87 (53,7)	75 (46,3)	64 (46,4)	74 (53,6)	78 (50,6)	76 (49,4)	$\chi^2=1,604$ $p=0,448$
8.Hormonal doğum kontrol yöntemleri aşağıdakilerden hangi yollarla sağlanmaktadır?	88 (54,3)	74 (45,7)	43 (31,2)	95 (68,8)	47 (30,5)	107 (69,5)	$\chi^2=24,152$ $p<,001$ <i>a-c</i>
9.Aşağıdakilerden hangisi hormonal doğum kontrolü yöntemlerinin faydalarından biri değildir?	74 (45,7)	88 (54,3)	37 (26,8)	101 (73,2)	41 (26,6)	113 (73,4)	$\chi^2= 16,831$ $p<,001$ <i>a-c</i>
10.Vajinal halka (NuvaRing) değiştirilmeden önce ne kadar süre yerinde kalmalıdır?	4 (2,5)	158 (97,5)	4 (2,9)	134 (97,1)	5 (3,2)	149 (96,8)	$\chi^2= 0,173$ $p=0,917$
11. Aşağıdakilerden hangisi hormonal doğum kontrol yöntemlerinin etkisini azaltabilir?	75 (46,3)	87 (53,7)	26 (18,8)	112 (81,2)	39 (25,3)	115 (74,7)	$\chi^2=29,659$ $p<,001$ <i>a-c</i>
12.Doğum kontrol haplarının temel çalışma prensibi nedir?	76 (46,9)	86 (53,1)	43 (31,2)	95 (68,8)	57 (37,0)	97 (63,0)	$\chi^2= 8,093$ $p=0,017$ <i>a-c</i>
13.Doğum kontrol haplarının içeriğinde aşağıdakilerden hangisi bulunabilir?	116 (71,6)	46 (28,4)	69 (50,0)	69 (50,0)	91 (59,1)	63 (40,9)	$\chi^2= 14,877$ $p<,001$ <i>a-b</i>
14.Aşağıdaki durumlardan hangisinde doğum kontrol hapı kullanmamalısınız?	68 (42,0)	94 (58,0)	26 (18,8)	112 (81,2)	25 (16,2)	129 (83,8)	$\chi^2=32,618$ $p<,001$ <i>a-b, a-c</i>
15.Bir kadın doğum kontrol yöntemleri kullanmayı bıraktıktan ne kadar süre sonra hamile kalabilir?	62 (38,3)	100 (61,7)	51 (37,0)	87 (63,0)	70 (45,5)	84 (54,5)	$\chi^2= 2,619$ $p=0,270$

16.Doğum kontrol hapını bir gün içmeyi unutup ertesi gün hatırlarsanız, ne yapmalısınız?	24 (14,8)	138 (85,2)	34 (24,6)	104 (75,4)	52 (33,8)	102 (66,2)	$\chi^2=15,463$ $p<,001$ $a-b, a-c$
17. Depo-Provera (“iğne”) ile ilgili aşağıdakilerden hangisi YANLIŞTIR?	23 (14,2)	139 (85,8)	22 (15,9)	116 (84,1)	22 (14,3)	132 (85,7)	$\chi^2= 0,222$ $p=0,895$
18.Gebe kalmak isterseniz aşağıdaki doğum kontrol yöntemlerinden hangisi eski haline döndürülebilir?	116 (71,6)	46 (28,4)	82 (59,4)	56 (40,6)	90 (58,4)	64 (41,6)	$\chi^2= 7,276$ $p=0,026$ $a-c, b-c$
19.Aşağıdaki doğum kontrol yöntemlerinden hangisi partneriniz tarafından kolayca fark edilmez?	118 (72,8)	44 (27,2)	70 (50,7)	68 (49,3)	94 (61,0)	60 (39,0)	$\chi^2=15,602$ $p<,001$ $a-b, a-c$
20.Doktor RİA’nı (Rahim İçi Araç) vücudun hangi bölgesine yerleştirir?	143 (88,3)	19 (11,7)	130 (94,2)	8 (5,8)	141 (91,6)	13 (8,4)	$\chi^2= 3,303$ $p=0,192$
21.Hangi doğum kontrol yöntemi gebeliği önlemede en etkilidir?	69 (42,6)	93 (57,4)	61 (44,2)	77 (55,8)	75 (48,7)	79 (51,3)	$\chi^2= 1,262$ $p=0,532$
22.RİA(Rahim İçi Araç)larla ilgili aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?	45 (27,8)	117 (72,2)	30 (21,7)	108 (78,3)	40 (26,0)	114 (74,0)	$\chi^2= 1,488$ $p=0,475$
23.Bir doktor doğum kontrol implantını(Nexplanon) vücudun hangi bölgesine yerleştirir?	98 (60,5)	64 (39,5)	71 (51,4)	67 (48,6)	83 (53,9)	71 (46,1)	$\chi^2= 2,713$ $p=0,258$
24.“Ertesi gün hapi”nın (ya da Plan B) etkili olması için cinsel ilişkiden ne kadar süre içinde kullanılması gerekir?	16 (9,9)	146 (90,1)	2 (1,4)	136 (98,6)	9 (5,8)	145 (94,2)	$\chi^2= 9,466$ $p=0,009$ $a-b, a-c$
25.Plan B (ya da “ertesi gün hapi”) olarak bilinen acil kontrasepsiyon hapını nasıl alabilirsiniz?	67 (41,4)	95 (58,6)	40 (29,0)	98 (71,0)	35 (22,7)	119 (77,3)	$\chi^2= 13,234$ $p<,001$ $a-b, a-c$

NOT: frekans ve yüzdelik hesaplamasında satır yüzdeliği kullanılmıştır, χ^2 : Ki-Kare testi

KBDÖ sorularına verilen cevapların cinsel ilişki deneyimine göre dağılımı ve karşılaştırılmasında “Gebelik hakkında aşağıdakilerden hangisi doğrudur?”, “Aşağıda geri çekilme yöntemi ile ilgili verilen ifadelerden hangisi doğrudur?” ve “Plan B (ya da “ertesi gün hapi”) olarak bilinen acil kontrasepsiyon hapını nasıl alabilirsiniz?” soruları ile cinsel ilişki deneyimi arasında anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$) belirlenmiştir (Tablo 9).

Tablo 9. KBDÖ sorularına verilen cevapların cinsel ilişki deneyimine göre dağılımı ve karşılaştırılması

Sorular	Cinsel ilişki deneyimi						Test değeri/p Anlamlı fark
	Evet ^a (n=46)		Hayır ^b (n=381)		Cevap vermek istemiyor ^c (n=27)		
	Doğru n (%)	Yanlış n (%)	Doğru n (%)	Yanlış n (%)	Doğru n (%)	Yanlış n (%)	
1.Bir kadının, adet döngüsünün hangi noktasında hamile kalma şansı daha yüksektir?	37 (80,4)	9 (19,6)	263 (69,0)	118 (31,0)	20 (74,1)	7 (25,9)	$\chi^2=2,744$ p=0,254
2.Sperm kadın vücudunda ne kadar süre canlı kalabilir?	20 (43,5)	26 (56,5)	126 (33,1)	255 (66,9)	5 (18,5)	22 (81,5)	$\chi^2=4,813$ p=0,090
3.Gebelik hakkında aşağıdakilerden hangisi doğrudur?	43 (93,5)	3 (6,5)	276 (72,4)	105 (27,6)	21 (77,8)	6 (22,2)	$\chi^2=9,787$ $p=0,007$ a-b, b-c
4.Aşağıda geri çekilme yöntemi ile ilgili verilen ifadelerden hangisi doğrudur?	39 (84,8)	7 (15,2)	231 (60,6)	150 (39,4)	18 (66,7)	9 (33,3)	$\chi^2=10,453$ $p=0,005$ a-b, b-c
5.Aşağıdaki doğum kontrol yöntemlerinden hangisi hamileliği kesinlikle engeller?	29 (63,0)	17 (37,0)	229 (60,1)	152 (39,9)	17 (63,0)	10 (37,0)	$\chi^2=0,217$ p=0,897
6.Enfeksiyonlara karşı koruma sağlayan tek doğum kontrol yöntemi hangisidir?	33 (71,7)	13 (28,3)	228 (59,8)	153 (40,2)	18 (66,7)	9 (33,3)	$\chi^2=2,782$ p=0,249
7.Erkek kondomlarını kullanırken yapılanlar ile ilgili aşağıdakilerden hangisi YANLIŞTIR?	29 (63,0)	17 (37,0)	186 (48,8)	195 (51,2)	14 (51,9)	13 (48,1)	$\chi^2=3,345$ p=0,188
8.Hormonal doğum kontrol yöntemleri aşağıdakilerden hangi yollarla sağlanmaktadır?	23 (50,0)	23 (50,0)	147 (38,6)	234 (61,4)	8 (29,6)	19 (70,4)	$\chi^2=3,350$ p=0,187
9.Aşağıdakilerden hangisi hormonal doğum kontrolü yöntemlerinin faydalarından biri değildir?	16 (34,8)	30 (65,2)	126 (33,1)	255 (66,9)	10 (37,0)	17 (63,0)	$\chi^2=0,217$ p=0,897
10.Vajinal halka (NuvaRing) değiştirilmeden önce ne kadar süre yerinde kalmalıdır?	1 (2,2)	45 (97,8)	10 (2,6)	371 (97,4)	2 (7,4)	25 (92,6)	$\chi^2=2,161$ p=0,339
11. Aşağıdakilerden hangisi hormonal doğum kontrol yöntemlerinin etkisini azaltabilir?	19 (41,3)	27 (58,7)	112 (29,4)	269 (70,6)	9 (33,3)	18 (66,7)	$\chi^2=2,813$ p=0,245
12.Doğum kontrol haplarının temel çalışma prensibi nedir?	19 (41,3)	27 (58,7)	147 (38,6)	234 (61,4)	10 (37,0)	17 (63,0)	$\chi^2=0,164$ p=0,921
13.Doğum kontrol haplarının içeriğinde aşağıdakilerden hangisi bulunabilir?	30 (65,2)	16 (34,8)	227 (59,6)	154 (40,4)	19 (70,4)	8 (29,6)	$\chi^2=1,652$ p=0,438
14.Aşağıdaki durumlardan hangisinde doğum kontrol hapi kullanmamalısınız?	13 (28,3)	33 (71,7)	100 (26,2)	281 (73,8)	6 (22,2)	21 (77,8)	$\chi^2=0,322$ p=0,851
15.Bir kadın doğum kontrol yöntemleri kullanmayı bıraktıktan	21 (45,7)	25 (54,3)	150 (39,4)	231 (60,6)	12 (44,4)	15 (55,6)	$\chi^2=0,877$

ne kadar süre sonra hamile kalabilir?						p=0,645	
16.Doğum kontrol hapını bir gün içmeyi unutup ertesi gün hatırlarsanız, ne yapmalısınız?	14 (30,4)	32 (69,6)	92 (24,1)	289 (75,9)	4 (14,8)	23 (85,2)	$\chi^2=2,270$ p=0,321
17. Depo-Provera (“iğne”) ile ilgili aşağıdakilerden hangisi YANLIŞTIR?	7 (15,2)	39 (84,8)	57 (15,0)	324 (85,0)	3 (11,1)	24 (88,9)	$\chi^2=0,306$ p=0,858
18.Gebe kalmak isterseniz aşağıdaki doğum kontrol yöntemlerinden hangisi eski haline döndürülebilir?	28 (60,9)	18 (39,1)	241 (63,3)	140 (36,7)	19 (70,4)	8 (29,6)	$\chi^2=0,696$ p=0,706
19.Aşağıdaki doğum kontrol yöntemlerinden hangisi partneriniz tarafından kolayca fark edilmez?	30 (65,2)	16 (34,8)	232 (60,9)	149 (39,1)	20 (74,1)	7 (25,9)	$\chi^2=2,071$ p=0,355
20.Doktor RİA’nı (Rahim İçi Araç) vücudun hangi bölgesine yerleştirir?	40 (87,0)	6 (13,0)	349 (91,6)	32 (8,4)	25 (92,6)	2 (7,4)	$\chi^2=1,172$ p=0,556
21.Hangi doğum kontrol yöntemi gebeliği önlemede en etkilidir?	25 (54,3)	21 (45,7)	171 (44,9)	210 (55,1)	9 (33,3)	18 (66,7)	$\chi^2=3,105$ p=0,212
22.RİA(Rahim İçi Araç)larla ilgili aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?	13 (28,3)	33 (71,7)	96 (25,2)	285 (74,8)	6 (22,2)	21 (77,8)	$\chi^2=0,350$ p=0,839
23.Bir doktor doğum kontrol implantını (Nexplanon) vücudun hangi bölgesine yerleştirir?	29 (63,0)	17 (37,0)	211 (55,4)	170 (44,6)	12 (44,4)	15 (55,6)	$\chi^2=2,398$ p=0,301
24.“Ertesi gün hapi”nın (ya da Plan B) etkili olması için cinsel ilişkiden ne kadar süre içinde kullanılması gerekir?	6 (13,0)	40 (87,0)	19 (5,0)	362 (95,0)	2 (7,4)	25 (92,6)	$\chi^2=4,872$ p=0,087
25.Plan B (ya da “ertesi gün hapi”) olarak bilinen acil kontrasepsiyon hapını nasıl alabilirsiniz?	26 (56,5)	20 (43,5)	110 (28,9)	271 (71,1)	6 (22,2)	21 (77,8)	$\chi^2=15,694$ p<,001 a-b, a-c

NOT: frekans ve yüzdelik hesaplamasında satır yüzdeliği kullanılmıştır, χ^2 : Ki-Kare testi

5. TARTIŞMA

Aile planlaması hizmetlerinin etkinliği, yalnızca bireylerin kontraseptif yöntemlere erişimiyle sınırlı değildir; aynı zamanda bu yöntemlere ilişkin doğru ve yeterli bilgiye sahip olunmasıyla doğrudan ilişkilidir. Sağlık hizmet sunucularının bilgi düzeyi ve danışmanlık becerileri, bireylerin kontraseptif yöntemleri etkin, sürekli ve doğru biçimde kullanmalarında belirleyici rol oynamaktadır. Bu bağlamda iyi yapılandırılmış danışmanlık hizmetleri, hem bireysel hem de toplumsal düzeyde istenmeyen gebelikleri önlemede ve anne-çocuk sağlığını korumada kritik bir öneme sahiptir. Araştırmamızda, Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp, Ebelik ve Hemşirelik bölümlerinde öğrenim görmekte olan öğrencilerin kontraseptif yöntemler konusundaki bilgi düzeyleri değerlendirilmiştir. Elde edilen bulguların, mezuniyet sonrası sağlık hizmetlerinde görev alacak bu bireylerin bilgi yeterliliklerinin değerlendirilmesine katkı sağlaması ve aile planlaması hizmetlerinin kalitesini artırmaya yönelik eğitimsel stratejilerin geliştirilmesine ışık tutması hedeflenmektedir.

Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp, Ebelik ve Hemşirelik bölümlerinde öğrenim gören 454 öğrencinin sosyodemografik özellikleri ve Kontraseptif Bilgi Değerlendirme Ölçeği (KBDÖ) kullanılarak kontraseptif yöntemlere ilişkin bilgi düzeyleri değerlendirilmiştir. Katılımcıların çoğunluğunu kadın öğrenciler (%75,3) oluşturmakta olup, erkek öğrencilerin oranı %24,7'dir. Benzer şekilde, Dalkıran'ın çalışmasında kadın oranı %64,7, erkek oranı %35,3 olarak bildirilmiştir (69). Nariçi'nin çalışmasında ise kadın oranı %58,7'dir (70). Çalışmamızda kadın oranının yüksek olması, ebelik bölümünde hiç erkek öğrenci bulunmaması ile açıklanabilir.

Katılımcıların %98,9'u bekâr, yalnızca %1,1'i evlidir. Dalkıran'ın çalışmasında öğrencilerin %5,3'ü evli/sözlü/nişanlı, %94,7'si bekâr olarak bildirilmiştir (69). Kocaman'ın çalışmasında ise evli bireylerin oranı %1'dir (71). Bu oranlar, benzer yaş grubunda yer alan ve üniversite öğrencilerinden oluşan örneklemelerle paralellik göstermektedir.

Katılımcıların %35,7'si Tıp Fakültesi, %30,4'ü Ebelik ve %33,9'u Hemşirelik bölümünde öğrenim görmektedir. Dalkıran'ın çalışmasında öğrencilerin %50'si Tıp, %20'si Ebelik ve %30'u Hemşirelik bölümlerindedir (69). Yalnızca bir bölümden öğrencileri içeren çalışmalar, bölüm karşılaştırmaları açısından sınırlılık oluşturmaktadır (70, 72). Çalışmamızda üç bölüm arasında görece dengeli bir dağılım olması, bölüm temelli karşılaştırmalı analizler açısından önemli bir avantaj sağlamaktadır.

Cinsel ilişki deneyiminin sorgulandığı soruda katılımcıların %10,2'si cinsel ilişki deneyimi yaşadığını belirtmiştir. %83,9'u yaşamadığını, %5,9'u ise yanıt vermek istemediğini ifade etmiştir. Dalkıran'ın çalışmasında cinsel ilişki deneyimi oranı %5,3, yanıt vermeyenlerin oranı %11,7'dir (69). Evcili ve ark.'nın çalışmasında ebelik öğrencilerinin %5,6'sı deneyim yaşadığını belirtmiş, %9,4'ü bu soruya yanıt vermemiştir (73). Yurdakul ve ark.'nın çalışmasında oran %19,4, Aras ve ark.'nın çalışmasında %36,4'tür (74, 75). Bu farklılıklar kültürel değerler, sosyal normlar ve bireysel inançlarla açıklanabilir.

Kontraseptif yöntem kullanımının sorgulandığı soruda öğrencilerin %83,9'u cinsel ilişki yaşamadığı için herhangi bir yöntem kullanmadığını, %4,4'ü geleneksel yöntemleri, %9,5'i modern geçici yöntemleri kullandığını belirtmiştir. Buna karşın %2'lik bir grup, cinsel ilişki deneyimi olmasına rağmen hiçbir kontraseptif yöntem kullanmadığını belirtmiştir. Özalp ve arkadaşlarının çalışmasında bu oran %3 olarak rapor edilmiştir (76). Çalışmamızda literatürde olduğu gibi modern yöntemlerin kullanım oranı geleneksel yöntemlere kıyasla daha yüksek bulunmuştur (9, 20). Özellikle sağlık alanında öğrenim gören öğrencilerde dahi, cinsel olarak aktif bireylerin bir kısmının kontraseptif yöntem kullanmaması dikkat çekici bir bulgudur. Bu durum, istenmeyen gebelik riskinin yalnızca genel toplumda değil, sağlık eğitimi almakta olan bireyler arasında da geçerli olabileceğini göstermektedir. Etkili ve sürekli kontraseptif kullanımının sağlanabilmesi için bilgi düzeyinin yanı sıra, farkındalık, kişisel risk algısı ve davranışsal tutumların da güçlendirilmesi gerektiği açıktır.

Katılımcılar tarafından bilinme oranı en yüksek üç kontraseptif yöntem sırasıyla prezervatif (%90,7), oral kontraseptifler (%78,6), ertesi gün hapı (%77,8)

yöntemleridir. En az bilinen yöntemler ise sırayla spermisit/köpük/jel (%46,0), diyafram (%46,7) ve aylık enjeksiyon (%56,4) yöntemidir. Katılımcıların %6,6'sına karşılık gelen 30 kişinin herhangi bir kontraseptif yöntemi bilmediğini ifade ettiği saptanmıştır. Bu oran, sağlık alanında eğitim alan bireyler arasında dahi kontraseptif bilgi eksikliğinin tamamen ortadan kalkmadığını göstermesi açısından dikkat çekicidir. Özellikle üreme sağlığı alanında bilgi sahibi olması beklenen bu öğrenciler arasında dahi temel kontraseptif bilgiye sahip olmayanların bulunması, eğitim içeriklerinin yeterliliği ve uygulama düzeyinde eksikliklerin sorgulanmasını gerektirmektedir. Yanık'ın çalışmasında en sık bilinen yöntemler oral kontraseptif (%97,9), prezervatif (%95,7), tüp ligasyonu (%95,4), en az bilinen yöntem ise spermisit/köpük/jel (%72,2) olarak bildirilmiştir (77). Her iki çalışmada da kimyasal bariyer yöntemlerin bilgi düzeyinin görece düşük olduğu dikkat çekmekte, ancak oranlar arasında fark bulunmaktadır. Bu farkın, katılımcıların sınıf düzeyi ve öğrenim gördükleri bölüm gibi değişkenlerden kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Ayrıca bazı kontraseptif yöntemlerin eğitim müfredatlarında daha az yer bulması, öğrencilerin bu yöntemler hakkında yeterli bilgiye ulaşamamasına neden olabilmektedir.

Bilgi kaynakları arasında fakülte eğitimi (%75,6) ilk sıradadır. Bunu internet (%50,2) ve arkadaş çevresi (%29,3) izlemektedir. Aile bireyleri %14,8 oranında belirtilmiştir. Yanık'ın çalışmasında en sık bilgi kaynağı dersler (%86,5) olup bunu internet (%43,8) ve televizyon (%24,9) izlemektedir; aile bireyleri belirtilmemiştir (77). Başka bir çalışmada ise öğrencilerin çoğunun aileleriyle cinsel sağlık ve üreme sağlığı konularını konuşmadığı bildirilmiş; ayrıca ailesinde bu konuların konuşulduğunu belirten öğrencilerin bilgi düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur (71). 2023 Türkiye Gençlik Araştırması'na göre, gençlerin %64'ü bilgiyi internetten, %19'u yakınlarıyla konuşarak edinmektedir (78). Bu veriler, genç bireylerin cinsel sağlık konularında özellikle formal eğitim süreçlerine ve akran etkileşimine daha açık olduklarını göstermektedir. Buna karşın, bireyin ilk sosyal çevresi olan aileden bilgi alma oranlarının düşük olması, toplumda cinsel sağlık konularının hâlâ bir tabu niteliğinde değerlendirildiğini ve aile içi iletişimin bu alanda yetersiz kaldığını düşündürmektedir.

Katılımcıların %59,5'i fakültede kontraseptif yöntemler ile ilgili verilen eğitimi yeterli bulurken, %22,5'i yetersiz bulduğunu, %18'i bu konuda kararsız olduğunu belirtmiştir. Bununla birlikte öğrencilerin yalnızca %44,3'ü mezuniyet sonrası kontraseptif yöntemlerle ilgili danışmanlık verecek yeterlilikte hissettiğini belirtmiştir. Katılımcıların %29,7'si kendini bu konuda yetkin hissetmezken, %26'sı kararsız kalmıştır. Benzer bir çalışmada, öğrencilerin çoğu müfredatın yeterli katkı sunmadığını ifade etmiştir (70). Bu bulgular, teorik eğitimin tek başına yeterli olmadığını, öğrencilere mezuniyet sonrası etkin danışmanlık hizmeti sunabilecek becerilerin kazandırılması açısından uygulamalı eğitimin ve iletişim becerilerinin ne denli önemli olduğunu göstermektedir.

Cinsiyete göre KBDÖ bilgi puanı farkı istatistiksel olarak anlamlıdır. Kadın öğrencilerin ortalama puanı $11,02 \pm 5,00$, erkeklerin $9,92 \pm 4,68$ 'dir. Eryılmaz ve ark.'nın çalışmasında da kadınların bilgi düzeyi daha yüksek bulunmuştur (68). Nariçi'nin çalışmasında ise anlamlı fark bulunmamıştır (70). Bu farklılıklar, örneklem gruplarının demografik özellikleri ve verilen eğitimin içeriği gibi etkenlerle ilişkili olabilir. Kadın öğrencilerin bilgi düzeylerinin daha yüksek olmasının altında yatan nedenler arasında; kontraseptif yöntemlerin birçoğunun doğrudan kadın vücuduna uygulanması, kadınların bu yöntemlerle kişisel sağlık deneyimleri yoluyla daha sık karşılaşmaları gibi faktörler yer alabilir. Ancak, bazı çalışmalarda fark gözlenmemiş olması, cinsiyetin her zaman belirleyici bir değişken olmayabileceğini de göstermektedir.

Öğrenim görülen bölüme göre KBDÖ ortalama puanları incelendiğinde, Tıp Fakültesi öğrencileri ($12,24 \pm 4,48$) Ebelik ($9,78 \pm 5,03$) ve Hemşirelik ($10,05 \pm 4,98$) bölümlerine göre anlamlı şekilde daha yüksek puan almıştır. Benzer bir çalışmada tıp öğrencilerinin bilgi puanı ortalaması $10,55 \pm 5,67$ olarak bildirilmiştir (70). Bu ortalamanın, bizim çalışmamızda tıp fakültesi öğrencileri için elde edilen ortalama puana yakın olduğu görülmektedir. Tıp fakültesi öğrencilerinin daha yüksek bilgi düzeyine sahip olmaları, müfredat kapsamında konuyla ilgili daha ayrıntılı ve sistematik eğitim almalarıyla ilişkili olabilir. Buna karşılık, ebelik ve hemşirelik öğrencilerinin bilgi düzeylerinin görece daha düşük olması, söz konusu konuların bu bölümlerde yeterince derinlemesine işlenmemesi ya da daha sınırlı klinik uygulama deneyimlerine sahip olunmasıyla açıklanabilir.

Cinsel ilişki deneyimi olan öğrencilerin bilgi puanı ($12,41 \pm 4,31$), deneyimi olmayanlara ($10,56 \pm 4,98$) göre daha yüksek olsa da fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Farklı bir çalışmada ise cinsel ilişki deneyimi durumu ile bilgi düzeyi arasında anlamlı fark bulunmuştur (70). Benzer şekilde, 18 yaş üzeri kadınlarla yapılan bir çalışmada da cinsel ilişki deneyimine sahip olan bireylerin bilgi düzeylerinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir (79). Bu veriler göz önünde bulundurulduğunda kontraseptif bilgi düzeyinin cinsel ilişki deneyimi ile ilişki olduğu varsayılabilir.

Vajinal halkanın değiştirilmeden önce ne kadar süre yerinde kalması gerektiği sorusuna yalnızca %2,9 oranında doğru yanıt (3 hafta) verilmiş olup bu, çalışmamızdaki en az doğru yanıt oranıdır. Cinsiyet ve bölüm açısından verilen doğru cevap oranlarında anlamlı fark yoktur. Benzer bir çalışmada bu soruya doğru yanıt verenlerin oranı yalnızca %5,2 olarak bildirilmiştir (70). Üreme çağındaki kadınlarla yapılan başka bir çalışmada doğru yanıt oranı %4'tür (79). Melbostad ve ark. tarafından yürütülen uluslararası bir çalışmada ise doğru yanıt oranı %19,0 olarak saptanmıştır. Aynı çalışmada kadınların vajinal halka hakkında erkeklere göre daha fazla bilgiye sahip olduğu da bildirilmiştir (80). Bu sonuçlar, vajinal halkanın hem sağlık profesyoneli adayları hem de toplum genelinde yeterince tanınmadığını düşündürmekte; bu nedenle eğitim müfredatlarında bu yönteme daha fazla yer verilmesinin bilgi düzeyini artırabileceği değerlendirilmektedir.

Adet döngüsünün hangi noktasında hamile kalma şansı daha yüksektir sorusuna öğrencilerin %70,5'i doğru yanıt olan "Bir sonraki adet dönemi başlamadan 2 hafta önce" seçeneğini işaretlemiştir. Sorunun doğru yanıtlanma oranı, cinsiyet ve öğrenim görülen bölüm değişkenleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir. Kadın öğrencilerin erkek öğrencilere göre, Tıp Fakültesi öğrencilerinin ise Hemşirelik ve Ebelik bölümü öğrencilerine kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek oranda doğru yanıt verdikleri belirlenmiştir. Literatürde benzer oran bildiren çalışmalar mevcuttur (70, 79). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü'nün Türkiye Gençlik Araştırmasına göre gençlerin yalnızca üçte biri bu bilgiyi doğru bilmektedir (78). Genel popülasyonda yapılan bir çalışmada doğru yanıt oranı %47,0'dir (80). Bu farklılıklar, sağlık alanında eğitim gören bireylerin, özellikle tıp eğitimi alan öğrencilerin, üreme fizyolojisi konularına daha fazla maruz

kalmalarından kaynaklanıyor olabilir. Buna karşın, genel popülasyonda bu bilgi düzeyinin daha düşük olması, halk sağlığı eğitimlerinin yaygınlaştırılması gerektiğine işaret etmektedir.

“Hormonal doğum kontrol yöntemlerinin faydalarından biri değildir?” sorusu %33,5 oranında “Diyabet hastalığında iyileşme” cevabı verilerek doğru yanıtlanmıştır. Kadın öğrencilerin erkek öğrencilere göre, Tıp Fakültesi öğrencilerinin ise Hemşirelik bölümü öğrencilerine kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek oranda doğru yanıt verdikleri belirlenmiştir. Tıp Fakültesi öğrencileri %45,7 oranında doğru yanıtlanmıştır. Diğer çalışmalarda bu oran %41,6 ve %39,3’tür (70, 79). Kadınların daha yüksek bilgi düzeyine sahip olmaları, hormonal doğum kontrol yöntemlerinin doğrudan kadın bedenine uygulanması ve jinekolojik nedenlerle sık reçete edilmesi olabilir.

“Bir kadın doğum kontrol yöntemleri kullanmayı bıraktıktan ne kadar süre sonra hamile kalabilir?” sorusuna %40,3 oranında “Hemen” doğru yanıtı verilmiştir. Cinsiyet açısından kadınlar (%45) erkeklerden (%25,9) anlamlı düzeyde daha yüksek doğru cevap oranına sahiptir. Bölümler arası anlamlı fark yoktur. Nariçi’nin çalışmasında genel doğru cevap oranı %33,8’dir (70). Bu oranlar öğrencilerin doğurganlığın geri dönüşü konusundaki bilgilerinin sınırlı olduğunu, doğum kontrol yöntemlerinin kesilmesinin ardından doğurganlığın çoğu durumda hızla geri döndüğüne dair bilgilendirmenin, sağlık eğitimi müfredatlarında daha açık ve net biçimde ele alınması gerektiğini göstermektedir. Doğurganlığın geri kazanılma süreci hakkında yanlış bilgiye sahip olunması, doğum kontrol yöntemlerinin gereksiz yere bırakılmasına veya etkin kullanılmamasına neden olabileceği için bu konunun eğitimlerde vurgulanması büyük önem taşımaktadır.

“Depo-Provera emzirmede kontrendike değildir” bilgisini öğrencilerin %14,8’inin doğru bildiği belirlenmiştir. Aile hekimliği polikliniğine başvuran 18 yaş üstü kadınlarla yapılan çalışmada bu oran %15’tir (79). Tıp fakültesi öğrencileriyle yapılan çalışmada bu oran %8,2 iken, bizim çalışmamızda daha yüksek çıkmıştır (70). Bu fark örneklemdaki kadın öğrenci oranının daha yüksek olmasıyla ilişkili olabilir. Nitekim kadın öğrencilerin doğru cevap oranı (%16,7), erkeklerden (%8,9) anlamlı düzeyde fazladır. Bu durum, kadın öğrencilerin emzirme ve doğum sonrası

süreçlere daha aşına olabileceklerini düşündürmektedir. Sağlık öğrencilerinin toplum ortalamasından çok farklı sonuç göstermemesi dikkat çekici olmakla birlikte genel kadın popülasyonunda yapılan çalışmada kadınların büyük bir çoğunluğunun evli ve çocuk sahibi olması bilgi düzeylerinin görece yüksek olmasını açıklayabilir.

Gebe kalmak istenirse doğum kontrol yöntemlerinden hangisinin eski haline döndürülebilir olduğu sorusuna, “RIA” doğru cevabını verenlerin oranı %63,4’tür. Tıp ve ebelik bölümü öğrencilerinin doğru yanıt oranı hemşirelik öğrencilerine göre anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur. “Bir doktor doğum kontrol implantını (Nexplanon) vücudun hangi bölgesine yerleştirir?” sorusuna doğru yanıt verenlerin oranı %55,5’tir. Bölümler arası karşılaştırmalarda ise istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Her ki soruda da kadın öğrencilerin doğru cevap oranı erkek öğrencilere göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Bu farkın her iki yöntemin de kadın vücuduna uygulanmasından ve doğrudan hedef kitlenin kadınlar olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

“Gebelik hakkında aşağıdakilerden hangisi doğrudur?” sorusuna tıp fakültesi öğrencileri diğer bölümlere göre anlamlı düzeyde yüksek oranda doğru cevap vermiştir. “Aşağıda geri çekilme yöntemi ile ilgili verilen ifadelerden hangisi doğrudur?” sorusuna tıp fakültesi öğrencilerinin hemşirelik öğrencilerine kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek oranda doğru yanıt verdikleri belirlenmiştir. Her iki sorunun da doğru cevaplanma oranlarında, cinsel ilişki deneyimi olanlarla olmayanlar arasında ve deneyim durumunu belirtmek istemeyenler ile deneyimi olmayanlar arasında anlamlı fark olması, cinsel ilişki deneyiminin doğrudan bilgi düzeyini artırıcı bir etkisinin olabileceğini düşündürmektedir çünkü cinsel olarak aktif bireylerin, gebelik ihtimaline karşı daha bilinçli olmaları ve bu nedenle ilgili bilgilere daha fazla ilgi göstermeleri muhtemeldir. Ayrıca cinsel ilişki deneyimini belirtmek istemeyen grubun potansiyel deneyim sahibi olabileceğini ve anketimiz her ne kadar anonim olsa da sosyal onay baskısı ya da mahremiyet kaygısı nedeniyle bu bilgiyi paylaşmaktan kaçındığını düşündürmektedir.

Çalışmamızda, acil kontraseptif yöntemlere ilişkin bilgi düzeyinin yetersiz olduğu dikkat çekmektedir. “Plan B (ya da ertesi gün hapi) olarak bilinen acil kontrasepsiyon hapını nasıl alabilirsiniz?” sorusuna katılımcıların yalnızca %31,3’ü

doğru yanıt olan “Hangi yaşta olursanız olun eczaneden reçetesiz alabilirsiniz.” seçeneğini işaretlemiştir. Melbostad ve ark. tarafından genel popülasyonla yürütülen çalışmada doğru yanıt oranı %55’tir (80). Baştuğ’un aile hekimliği polikliniğine başvuran kadınlarla yaptığı çalışmada katılımcıların %64,6’sının ertesi gün hapının reçetesiz alınabileceği bilgisine sahip olduğu bulunmuştur (81). Cinsel ilişki deneyimi olanların, deneyimi olmayan ve belirtmek istemeyen öğrencilere göre verdiği doğru cevap oranı anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. “Ertesi gün hapının (ya da Plan B) etkili olması için cinsel ilişkiden ne kadar süre içinde kullanılması gerekir?” sorusuna yalnızca %5,9 oranında doğru yanıt verilmiş olup, bu oran çalışmadaki en düşük ikinci doğru cevap oranıdır. Doğru yanıt, “ilk 120 saat (5 gün) içerisinde” olmasına rağmen, katılımcıların büyük çoğunluğu bu kritik bilgiye sahip değildir. Cinsel ilişki deneyimi açısından verilen yanıtlarda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Ancak, cinsel ilişki deneyimi olan öğrencilerde doğru yanıt oranlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Cinsel ilişki deneyimi olan bireylerin, acil kontrasepsiyon yöntemlerine ihtiyaç duyma olasılıklarının daha yüksek olması ya da bu yöntemleri geçmişte kullanmış olma ihtimalleri nedeniyle, bu konudaki bilgi düzeylerinin daha yüksek olduğu düşünülmektedir. Acil kontrasepsiyon sorularına verilen yanıtlarda tıp fakültesi öğrencilerinin doğru cevap oranı diğer bölümlere göre anlamlı şekilde yüksek bulunsada genel doğru cevap oranları düşüktür. Cinsiyet yönünden anlamlı bir fark saptanmamıştır. Benzer şekilde Uğur’un tıp fakültesi öğrencileri ile yaptığı çalışmada da acil kontraseptif yöntemlere ilişkin bilgi düzeyinde cinsiyetler arası anlamlı fark bulunmamıştır (82). Bu durum, çalışmamızdaki örnekleme kadın ve erkek öğrencilerin acil kontrasepsiyon konusuna benzer düzeyde maruz kaldıklarını düşündürmektedir. Sağlık alanında eğitim gören öğrencilerin acil kontrasepsiyon konusundaki bilgi düzeylerinin genel popülasyona kıyasla daha düşük bulunması dikkat çekicidir. Bu durum, sağlık eğitimi sürecinde acil kontrasepsiyon gibi spesifik konulara yeterince ağırlık verilmemesiyle ilişkilendirilebilir. Ayrıca öğrencilerin henüz klinik uygulamalarda aktif rol almamış olmaları, bilgilerin teorik düzeyde kalmasına ve kalıcı öğrenmenin sağlanamamasına neden olabilir. Bu sonuçlar, sağlık müfredatlarında acil kontraseptif yöntemlerin hem teorik hem de pratik boyutlarıyla daha kapsamlı biçimde ele alınması gerektiğini ortaya koymaktadır.

Çalışmamızın Sınırlı Yönleri

Çalışmaya sadece Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesinde eğitim gören öğrencilerin dahil edilmiş olması çalışmamızın sınırlılığı olarak değerlendirilebilir. Tıp, ebelik ve hemşirelik bölümü öğrencilerinin tamamı ile yapılan çalışmaların yetersiz olması karşılaştırma yapmamızı sınırlandırmıştır. Bu çalışma, Türkiye’de sağlık alanında eğitim gören öğrencilerinin küçük bir kısmını temsil etmektedir.

Çalışmamızın Güçlü Yönleri

Çalışmamızın güçlü yönleri arasında öğrencilerin yüksek katılım göstermesi, mezuniyet sonrası kontraseptif yöntemler konusunda danışmanlık hizmet sunumunda görev alacak sağlık alanındaki birden fazla bölümün çalışmaya dahil edilmesi ve bölümler arasında homojen bir dağılım olması gösterilebilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Tıp, Ebelik ve Hemşirelik bölümlerinde öğrenim gören öğrencilerin kontraseptif yöntemlere ilişkin bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi sonucunda, katılımcıların bilgi seviyelerinin genel olarak orta düzeyde olduğu ancak temel konulara ilişkin belirgin eksikliklerin bulunduğu belirlenmiştir. Tıp Fakültesi öğrencileri diğer bölümlere göre daha yüksek bilgi düzeyine sahip olsa da, tüm gruplarda düşük doğru yanıt oranlarının saptanması, kontrasepsiyon eğitimlerinin genel anlamda yetersiz kaldığını göstermektedir.

Kadın öğrencilerin bilgi düzeylerinin erkek öğrencilere kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek olması, kontraseptif yöntemlerin büyük ölçüde kadın bedenine yönelik olması ve kadınların bu yöntemlerle hem sağlık hizmetleri kapsamında hem de tedavi amaçlı kullanımlar yoluyla daha sık karşılaşmalarıyla ilişkilendirilebilir.

Katılımcıların önemli bir bölümü, kontraseptif yöntemler konusunda yeterli eğitim almadığını ve mezuniyet sonrası danışmanlık hizmeti sunma konusunda kendini yeterli hissetmediğini ifade etmiştir. Bu durum, yalnızca teorik bilginin değil, aynı zamanda etkili iletişim ve danışmanlık becerilerinin de kazandırılmasına yönelik eğitime ihtiyaç duyulduğunu ortaya koymaktadır.

Aile planlaması hizmetlerinde etkin rol üstlenecek sağlık profesyonellerinin yeterlilik kazanabilmesi için eğitim süreçlerinin niteliğinin artırılması gerekmektedir. Bu doğrultuda müfredatta kontrasepsiyon konusuna ayrılan içerikler gözden geçirilmeli; teorik eğitimin yanı sıra uygulamalı eğitimler ve iletişim becerilerini geliştirmeye yönelik programlar yaygınlaştırılmalıdır. Böyle bir yaklaşım, öğrencilerin yalnızca bilgi düzeylerini değil, aynı zamanda etkili danışmanlık sunma yetkinliklerini de geliştirmelerine katkı sağlayacak ve toplumun üreme sağlığını koruyacak yetkin sağlık profesyonellerinin yetişmesini de destekleyecektir.

7. KAYNAKLAR

1. Altınbaş, Ş. K., Tekin, Y. B., Dilbaz, B., Kılıç, S., Taşçı, Y., & Kandemir, Ö. (2013). İstenmeyen gebeliklerde kontraseptif yöntem bilgi düzeyi ve postpartum kontraseptif yöntem tercihleri. Nobel Med, 9(3), 64–68.
2. Bansode, O. M., Sarao, M. S., & Cooper, D. B. (2024). Contraception [Internet]. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. Erişim adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK536949/>
3. Prata, N. (2007). The need for family planning. Population and Environment, 28(4–5), 212–222.
4. United Nations Population Fund (UNFPA) State of World Population 2022: Seeing the Unseen – The Case for Action in the Neglected Crisis of Unintended Pregnancy: Impacts. UNFPA. Erişim adresi: <https://www.unfpa.org/swp2022/impacts>
Erişim tarihi: 02.06.2025
5. United Nations Population Fund (UNFPA). 2022–2023 report: Delivering on UNFPA’s strategic plan. UNFPA. Erişim adresi: <https://www.unfpa.org/2022-2023-report>
Erişim tarihi: 02.06.2025
6. World Health Organization, Contraception [Internet]. Erişim adresi: https://www.who.int/health-topics/contraception#tab=tab_1
Erişim tarihi: 29.05.2025
7. 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. Erişim adresi: 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
Erişim tarihi: 29.05.2025
8. World Health Organization Family planning/Contraception. Fact sheet. Geneva: WHO. Erişim adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception> Erişim tarihi: 02.06.2025
9. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. (2019). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2018 [Internet]. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı ve TÜBİTAK. Erişim adresi:

https://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/TNSA_2018_ana_rapor.pdf

Erişim tarihi:02.06.2025

10. Kaya, H., Tatlı, H., Açık, Y., & Deveci, S. E. (2008). Bingöl İli Uydukent Sağlık Ocağı Bölgesindeki 15–49 Yaş Kadınların Aile Planlaması Yöntemi Kullanım Düzeyinin Belirlenmesi. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 22(4), 185–191.
11. Guttmacher Institute. (2020). Adding It Up: Investing in Sexual and Reproductive Health 2019. New York: Guttmacher Institute. Erişim adresi: <https://www.guttmacher.org/fact-sheet/adding-it-up-contraception-mnh-2019> Erişim tarihi:13.06.2025
12. Bellizzi, S., Mannava, P., Nagai, M., & Sobel, H. L. (2020). Reasons for discontinuation of contraception among women with a current unintended pregnancy in 36 low and middle-income countries. Contraception, 101(1), 26–33.
<https://doi.org/10.1016/j.contraception.2019.09.006>
13. Kırıcı, P., Kaplan, S., Karaçor, T., & Nacar, M. C. (2020). Aile Planlaması Danışmanlık Hizmetinin Kadınların Kontraseptif Yöntem Tercihine Etkisi: Bir Tersiye Merkez Deneyimi. JGON, 17(3), 425–430.
14. Çubukçu, M. (2018). Samsun İli 15-49 Yaş Grubu Kadınların Aile Planlaması Yöntemlerini Kullanım Dağılımı. Ankara Medical Journal, 18(2), 207–214.
15. Salman, Z. (2014). Süleyman Demirel Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine Başvuran Kadınların Aile Planlaması Hakkındaki Bilgi Düzeyleri ve Tutumları (Tıpta Uzmanlık Tezi). Süleyman Demirel Üniversitesi, Isparta.
16. Daniels, K., & Mosher, W. D. (2013). Kadınların kullandığı doğum kontrol yöntemleri: Amerika Birleşik Devletleri, 1982–2010. National Health Statistics Reports, (62), 1–15.
17. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. (t.y.). Üreme Sağlığı Programları [İnternet]. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı. Erişim adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/programlar-2/ureme-sagligi-programlari.html>
Erişim tarihi:04.06.2025
18. World Health Organization Contraception Evidence Brief: Contraception Enables People to Make Informed Choices about Their Sexual and Reproductive Health. Geneva: WHO.
Erişim adresi: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/329884/WHO-RHR-19.18-eng.pdf>
Erişim tarihi:05.06.2025
19. Cleland, J., Conde-Agudelo, A., Peterson, H., Ross, J., & Tsui, A. (2012). Contraception and health. Lancet, 380(9837), 149–156. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60609-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60609-6)
20. Institut national d'études démographiques (INED). La contraception dans le monde – 2022 [İnternet]. Paris: INED; 2022. Erişim adresi:

https://www.ined.fr/en/everything_about_population/demographic-facts-sheets/focus-on/la-contraception-dans-le-monde-2022. Erişim tarihi:02.06.2025

21. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Kadın ve reme Sağlığı Daire Başkanlığı. (2017). Aile Sağlığı Hizmetlerinde Kadın ve reme Sağlığı İzlem ve Danışmanlığı. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayın No: 14-56.
22. Hatcher, R. A., & Kowal, D. (1990). Birth Control. İçinde: Walker, H. K., Hall, W. D., & Hurst, J. W. (Ed.), Clinical Methods: The History, Physical, and Laboratory Examinations (3. Baskı). Boston: Butterworths.
23. kem, Z. G., & Pekurnaz, D. (2024). Determinants of unmet need for family planning: Evidence from the 2018 Turkey Demographic and Health Survey. Journal of Biosocial Science, 56(1), 90–103. <https://doi.org/10.1017/S0021932023000123>
24. Abbott, J., Feldhaus, K. M., Houry, D., & Lowenstein, S. R. (2004). Emergency contraception: what do our patients know? Annals of Emergency Medicine, 43(3), 376–381. [https://doi.org/10.1016/S0196-0644\(03\)01120-X](https://doi.org/10.1016/S0196-0644(03)01120-X)
25. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. (t.y.). Aile Hekiminin Tanımı [İnternet]. Erişim adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/aile-hekimi-tanimi.html> Erişim tarihi:10.06.2025
26. T.C. Sağlık Bakanlığı. (2013). Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği. Mevzuat Bilgi Sistemi. Erişim adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=17051&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5> Erişim tarihi:10.06.2025
27. Yazıcıoğlu, B. (2019). Kontrasepsiyonda aile hekimliğinin rolü. 13. Aile Hekimliği Gz Okulu Kongresi Tam Metin Kitabı, 146–147. (Sözlü bildiri, 16–20 Ekim 2019, Antalya)
28. elik, N., & Babaoğlu, . T. (2024). Sosyodemografik değişkenler ile aile planlaması bilgi, yöntem kullanım durumları: Aile planlaması araştırması. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care, 18(1), 41–47. Erişim adresi: <https://doi.org/10.21763/tjfmpe.1377545>
29. Bozoklu Akkar, ., Karakuş, S., Yıldız, ., ve ark. (2015). Kontrasepsiyon yöntemlerinin kadın cinsel yaşamı üzerine etkileri. Cumhuriyet Tıp Dergisi, 17(63), 298–300.
30. Britton, L. E., Alspaugh, A., Greene, M. Z., ve ark. (2020). CE: An evidence-based update on contraception. American Journal of Nursing, 120(2), 22–33.
31. Vlesk, G., Meznerics, F. A., Hegyi, P., Teutsch, B., Unicsovics, M., Sipos, Z., Fehrvri, P., cs, N., Vrbr, S., & Keszthelyi, M. (2024). Comparison of Combined Parenteral and Oral Hormonal Contraceptives: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Trials. Journal of Clinical Medicine, 13(2), 575.

32. Nagtalon-Ramos, J., Reymann, K., & Wood, A. (2024). Navigating postpartum contraceptive options for primary care providers. *Journal for Nurse Practitioners*, 20(9), Article 105010.
33. Türkiye Jinekoloji ve Obstetrik Derneği. (2012). Oral kontraseptif rehberi. Ankara: Türkiye Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Yayınları.
34. Saadedine M, Faubion SS. Hormonal kontrasepsiyon ve cinsel fonksiyon: Klinik öngörüler ve yönetimle ilgili hususlar hakkında derleme. Özet ve çeviri: Arslan G. *TJOD İstanbul Bülteni*. 2025; (Nisan)
35. Murphy PA, DeMaria AL. Contraception. In: Schuiling KD, Likis FE, editors. *Women's gynecologic health*. 2nd ed. Sudbury (MA): Jones and Bartlett Learning; 2013. p. 209–260.
36. Özgü, E., & Yakut, H. İ. (2015). Adolesan kontrasepsiyon. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 12(5), 191–193.
37. Coşkun, A. M. (2012). Aile planlaması ve infertilite. İçinde: Ayhan, A., Şahin, F. P., & Durukan, T. (Ed.), *Kadın Sağlığı ve Hastalıkları* (s. 364–365). İstanbul: Koç Üniversitesi Yayınları.
38. Yıldırım, A. (2022). Aile planlaması. İçinde: Pekcan, N., & Beydağ, K. D. (Ed.), *Kadın Sağlığı ve Hastalıkları* (s. 483–484). Ankara: Ankara Nobel Tıp Kitapevleri.
39. Roumen, F. J. (2008). Review of the combined contraceptive vaginal ring, NuvaRing. *Therapeutics and Clinical Risk Management*, 4(2), 441–451.
40. World Health Organization. (2022). *Family Planning: A Global Handbook for Providers*. Updated 4th edition. Geneva: World Health Organization. Erişim adresi: <https://cdn.who.int/media/docs/default-source/reproductive-health/contraception-family-planning/family-planning-a-global-handbook-for-providers-2022.pdf> Erişim tarihi:12.06.2025
41. Vilk Ayalon, N., Segev, L., Samson, A. O., Yagel, S., Cohen, S. M., Green, T., & Hochler, H. (2022). Norethisterone Reduces Vaginal Bleeding Caused by Progesterone-Only Birth Control Pills. *Journal of Clinical Medicine*, 11(12), 3389. <https://doi.org/10.3390/jcm11123389>
42. Gürkan, Ö. Ç. (2019). Aile Planlaması Yöntemleri. İçinde: Özkan, H. A. (Ed.), *Kadın Sağlığı ve Hastalıkları* (s. 81). Ankara: Akademisyen Kitabevi.
43. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (THSK). (2014). *Üreme Sağlığı, Evlilik Öncesi Danışmanlık Rehberi*. Ankara: THSK Yayınları.
44. Mohammed, G., Mousa, N. A., Talaat, I. M., Ibrahim, H., & Saber-Ayad, M. (2021). Breast cancer risk with progestin subdermal implants: a challenge in patients counseling. *Frontiers in Endocrinology*, 12, 781066.

45. Shams, T. M., Alhashemi, H. H., Fallatah, A. A., Alkhalid, A. M., Alhazmi, F. M., Bin Yunus, M. K., et al. (2024). Outcomes of etonogestrel subdermal contraceptive implants: A single center cross-sectional study. *Saudi Medical Journal*, 45(3), 261–266.
46. Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. (2008). Hormonal contraception: recent advances and controversies. *Fertility and Sterility*, 90(Suppl), S103–S113.
47. Yan, M., Zhang, Y., Wu, Z., et al. (2022). Recent progress in advanced biomaterials for long-acting reversible contraception. *Journal of Nanobiotechnology*, 20, 138.
48. Harris, D. M., Dam, A., Morrison, K., Mann, C., Jackson, A., Bledsoe, S. M., et al. (2022). Barriers and enablers influencing women's adoption and continuation of vaginally inserted contraceptive methods: a literature review. *Studies in Family Planning*, 53(3), 455–490.
49. Türkiye Klinikleri. (2023). Kontraseptif yöntem olarak rahim içi araçlar. Bölüm 12. İçinde: *Güncel Kadın Hastalıkları ve Doğum Çalışmaları VI*. Ankara: Türkiye Klinikleri.
50. Department of Health. (2024). The Philippine family planning handbook: 2023 edition. World Health Organization Philippines. Erişim adresi: <https://cdn.who.int/media/docs/default-source/wpro---documents/countries/philippines/reports/phfphandbook-compressed.pdf>
51. Lanzola, E. L., Auber, M., & Ketvertis, K. (2025). Intrauterine Device Placement and Removal. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing.
52. Curtis, K. M., Tepper, N. K., Jatlaoui, T. C., Berry-Bibee, E., Horton, L. G., Zapata, L. B., et al. (2016). U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 2016. *MMWR. Recommendations and Reports*, 65(3), 1–103. <https://doi.org/10.15585/mmwr.rr6503a1>
53. Stormont, G., & Deibert, C. M. (2025). Vasectomy. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. PMID: 31751094
54. Yang, F., Li, J., Dong, L., Tan, K., Huang, X., Zhang, P., et al. (2021). Review of Vasectomy Complications and Safety Concerns. *World Journal of Men's Health*, 39(3), 406–418. <https://doi.org/10.5534/wjmh.200073>
55. Çakmak P, Minareci Y, Moröy P, Eyi EGY, Danışman N, Mollamahmutoğlu L. Sezaryan esnasında bilateral tüp ligasyonu yapılan hastaların postoperatif birinci yılda dismenore, disparoni ve menstruasyon miktarı açısından değerlendirilmesi. 2005; 2(4): 300-304.
56. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) Birth Control: Frequently Asked Questions. Erişim adresi: <https://www.acog.org/womens-health/faqs/birth-control>
Erişim tarihi: 10.06.2025

57. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2024). Contraception and Birth Control Methods [Internet]. Erişim adresi: <https://www.cdc.gov/contraception/about/index.html>
Erişim tarihi:09.06.2025
58. Gallo, M. F., Grimes, D. A., & Schulz, K. F. (2002). Cervical cap versus diaphragm for contraception. The Cochrane Database of Systematic Reviews, 2002(4), CD003551.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD003551>
59. Bradley, S. E. K., Polis, C. B., Micks, E. A., & Steiner, M. J. (2023). Effectiveness, safety and comparative side effects. İçinde: Cason, P., Cwiak, C., Edelmet, A., et al. (Ed.), Contraceptive Technology (22. Baskı). Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.
60. Özçelik, E. (2016). Doğal aile planlaması yöntemleri. Journal of Turkish Family Physicians, 7(3), 45–53. <https://doi.org/10.15511/tjtfp.16.00345>
61. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. (t.y.). Aile Planlaması Yöntemi Uygulama Rehberi (Hizmet İçi Eğitim).
62. Van der Wijden, C., & Manion, C. (2015). Lactational amenorrhoea method for family planning. The Cochrane Database of Systematic Reviews, 2015(10), CD001329.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD001329.pub2>
63. Gallagher, J. (1983). More about natural family planning. Australian Family Physician, 12(11), 786–792.
64. Sung, S., Mikes, B. A., & Abramovitz, A. (2025). Natural Family Planning. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing.
65. Taşkın, L. (2020). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği (16. Baskı). Ankara: Akademisyen Kitapevi, s. 540–558.
66. World Health Organization (WHO). (2021). Emergency contraception – Fact sheet. Erişim adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/emergency-contraception>
Erişim tarihi: 10.06.2025
67. Kathpalia, S. K. (2016). Emergency contraception: Knowledge and practice among women and the spouses seeking termination of pregnancy. Medical Journal, Armed Forces India, 72(2), 116–119. <https://doi.org/10.1016/j.mjafi.2015.09.012>
68. Eryılmaz, M. E., Kuş, C., & Gümüştakım, 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.
69. Dalkıran, Y. (2019). Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Sağlık Bilimleri Fakültesinde okuyan öğrencilerin cinsel sağlık, üreme sağlığı ve acil kontrasepsiyon hakkındaki bilgi düzeyleri ve davranışları (Tıpta Uzmanlık Tezi). Kahramanmaraş: KSÜ Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı.

70. Nariçi, B. (2024). Tıp fakültesi öğrencilerinin kontraseptif yöntemler konusundaki bilgi düzeyleri (Tıpta Uzmanlık Tezi). Gaziantep: Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı.
71. Kocaman, O. (2017). İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi öğrencilerinin üreme sağlığı hakkındaki bilgi ve düşüncelerini etkileyen sosyodemografik faktörler (Tıpta Uzmanlık Tezi). İzmir: İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı.
72. Fırat, F. (2024). Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinin acil kontrasepsiyon hakkında bilgi, tutum ve davranışları (Tıpta Uzmanlık Tezi). Kars: Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı.
73. Evcili, F., Cesur, B., Altun, A., Güçtaş, Z., & Sümer, H. (2013). Evlilik Öncesi Cinsel Deneyim: Ebelik Bölümü Öğrencilerinin Görüş ve Tutumları. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2(4), 486–498.
74. Yurdakul, M., Çelik, T., Güneyli, H., & Tokgöz, E. (2005). Mersin Üniversitesi son sınıf öğrencilerinin cinsel yolla bulaşan hastalıklara ilişkin bilgilerinin değerlendirilmesi. Sağlık ve Toplum, 15, 106–111.
75. Aras, Ş., Orçin, E., Özcan, S., & Şemin, S. (2004). Dokuz Eylül Üniversitesi öğrencilerinin cinsel bilgi, tutum ve davranış özellikleri. Sağlık ve Toplum, 14, 78–87.
76. Özalp, S., Tanır, H. M., Ilgın, H., Ilgın, B., & Karataş, A. (2012). Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp ve Mühendislik Fakültesi öğrencilerinin cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve aile planlaması konusundaki bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi. Düzce Medical Journal, 14(3), 18–21.
77. Yanık, D. (2019). Ebelik ve hemşirelik öğrencilerinin aile planlaması ile ilgili bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul: İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
78. Eryurt, M. A., Keskin, F., Koç, İ., Saraç, M. & Yayla-Enfiyeci, Z. (2024). 2023 Türkiye Gençlik Araştırması: Gençlerde Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı & Çocuk Yaşta, Erken ve Zorla Evlilikler – Nicel Araştırma. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü & Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu (UNFPA), Yayın No: NEE-HÜ.24.01.
79. Yeğenler, B. (2022). Aile hekimliği polikliniğine başvuran 18 yaş üzeri kadınların kontraseptif yöntemler hakkındaki bilgi düzeyinin değerlendirilmesi (Tıpta Uzmanlık Tezi). İstanbul: Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gaziosmanpaşa Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi.

80. Melbostad, H. S., Badger, G. J., Rey, C. N., et al. (2020). Contraceptive knowledge among females and males receiving medication treatment for opioid use disorder compared to those seeking primary care. *Substance Use & Misuse*, 55(14), 2403–2408.
<https://doi.org/10.1080/10826084.2020.1823418>
81. Altaş Baştuğ, Ö. (2024). Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniklerine Başvuran Kadınların Acil Kontrasepsiyon Konusundaki Bilgi ve Davranışlarının Değerlendirilmesi (Tıpta Uzmanlık Tezi). Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara.
82. Uğur, H. (2018). Tıp fakültesi öğrencilerinin acil kontrasepsiyon konusunda bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi (Tıpta Uzmanlık Tezi). Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Zonguldak.

8. EKLER

EK-1. Anket Formu

1. Cinsiyetiniz:

☐ Kadın ☐ Erkek

2. Medeni haliniz:

☐ Evli ☐ Bekar

3. Bölümünüz:

☐ Tıp ☐ Ebelik ☐ Hemşirelik

4. Sınıfınız:

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6

5. Bugüne kadar cinsel ilişki deneyiminiz oldu mu?

☐ Evet ☐ Hayır ☐ Cevap vermek istemiyorum

6. Şimdiye kadar gebelikten korunmak için siz ya da partneriniz herhangi bir kontraseptif yöntemi kullandınız mı? Kullandıysanız hangi yöntem(ler)i uyguladınız? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

☐ Cinsel ilişki deneyimim olmadı

☐ Cinsel ilişki deneyimim oldu ancak kontraseptif yöntem kullanmadım

☐ Geleneksel yöntemler (takvim yöntemi, laktasyon, vajinal duş, geri çekme, ...)

☐ Modern yöntemler (doğum kontrol hapları, rahim içi araçlar, gebeliği önleyici iğneler, implant, kadın kondomu, diyafram, vajinal halka, kondom, ...)

☐ Modern kalıcı yöntemler (tüplerin bağlanması (tüp ligasyonu), sperm kanallarının bağlanması (vazektomi))

☐ Cevap vermek istemiyorum

7. Aşağıdaki kontraseptif yöntemlerden bildiklerinizi işaretleyiniz: (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

☐ Rahim içi araç (RİA)

☐ Oral kontraseptif (doğum kontrol hapları)

☐ Prezervatif (kondom)

☐ Kadın kondomu

☐ Spermid/Köpük/Jel

- ☐ Diyafram
- ☐ 3 aylık iğne
- ☐ 1 aylık iğne
- ☐ Deri altı implantları
- ☐ Geri çekme
- ☐ Vajinal yıkama
- ☐ Takvim yöntemi
- ☐ Laktasyon (emzirme)
- ☐ Ertesi gün hapı (acil kontrasepsiyon)
- ☐ Tüp ligasyonu
- ☐ Vazektomi
- ☐ Bildiğim kontraseptif yöntem yok

8. Gebelikten korunma yöntemleri konusundaki bilginizi nereden edindiniz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- ☐ Aile
- ☐ Arkadaş
- ☐ İnternet
- ☐ Broşür
- ☐ Doktor
- ☐ Ebe/Hemşire
- ☐ TV/Radyo
- ☐ Okul (İlkokul/Lise)
- ☐ Üniversite
- ☐ Diğer: _____

9. Fakültenizde kontraseptif yöntemler ile ilgili yeterli eğitimi aldığınızı düşünüyor musunuz?

- ☐ Evet ☐ Hayır ☐ Kararsızım

10. Mezuniyet sonrası kontraseptif yöntemler ile ilgili danışmanlık verecek yetkinlikte hissediyor musunuz?

- ☐ Evet ☐ Hayır ☐ Kararsızım

EK-2. 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 olmazsanız gebe kalmazsınız
 - D. **Yukandakilerden 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 bazılarını 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. RİA (Rahim içi Araç, spiral)
 - E. Bilmiyorum
7. Erkek kondomlarını kullanırken yapılanlar ile ilgili aşağıdakilerden hangisi YANLIŞTIR?
 - A. Spermisit ile beraber su bazlı kayganlaştırıcılara kullanılabilir
 - B. **Daha güvenli olması için iki kondom takılmalıdır**
 - C. Hava baloncukları oluşmasını engellemek için kondom takılırken ucundan tutulmalıdır
 - D. Son kullanma tarihi kontrol edilmeli ve serin ve kuru bir ortamda tutulmalıdır (örn: cüzdan 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. **Yukandakilerin hepsi**
 - E. Bilmiyorum

9. Aşağıdakilerden hangisi hormonal doğum kontrol yöntemlerinin faydalarından biri değildir?
- A. **Dişabet 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. Bitkisel takviyeler
 - D. **Yukarıdakilerin hepsi**
 - E. Bilmiyorum
12. Doğum kontrol haplarının temel çalışma prensibi nedir?
- A. **Yumurtalıkların yumurtaya salınmasını engeller (ovülasyon)**
 - B. Spermin rahime girmesini engeller
 - C. Döllenmiş yumurtanın rahime yerleşmesini engeller
 - D. Embriyonun belli bir boyuttan sonra gelişmesini engeller
 - E. Bilmiyorum
13. Doğum kontrol haplarının içeriğinde 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. **Hiçbiri: 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 içeceğiniz 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 İçi Araç)**
 - E. Bilmiyorum
19. Aşağıdaki doğum kontrol yöntemlerinden hangisi partneriniz tarafından kolayca fark edilmez?
- A. **RIA (Rahim İçi Araç)**
 - B. Vajinal halka
 - C. Erkek kondomu
 - D. Kadın kondomu
 - E. Bilmiyorum
20. Doktor RIA'nı (Rahim İçi 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 İçi Araç)**
 - B. Depo-Provera ("iğne")
 - C. Erkek kondomu
 - D. Boşalma öncesi penisin vajinadan çıkmasını ("geri çekilme yöntemi")
 - E. Hepsi aynı derecede etkilidir
 - F. Bilmiyorum
22. RIA(Rahim İçi Araç)larla ilgili aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?
- A. Her yaştan kadın RIA takırabilir
 - B. Hiç çocuk doğurmamış kadınlar RIA takırabilir
 - C. Kadınlar doğum yaptıktan veya kürtajdan hemen sonra RIA takırabilir
 - D. **Kadınlar daha önce herhangi bir cinsel yolla bulaşan hastalık (CYBH) geçirdiyse RIA takıramaz**
 - 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 hapi"nin (ya da Plan B) etkili olması için cinsel ilişkiden 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 hapi") olarak bilinen acil kontrasepsiyon hapini nasıl alabilirsiniz?
- A. 18 yaşın altındaysanız reçeteniz olsa 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