



**T. C.
İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**VÜCUT KİTLE İNDEKSİNE GÖRE NORMAL
KİLOLU, FAZLA KİLOLU VE OBEZ KADINLARDA
DOĞUM KONTROL YÖNTEMİ KULLANIMI
VE SEÇİMLERİ**

Dr. Tuğba LOĞOĞLU

TIPTA UZMANLIK TEZİ

**Ağustos 2024
İSTANBUL**



**T. C.
İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**VÜCUT KİTLE İNDEKSİNE GÖRE NORMAL
KİLOLU, FAZLA KİLOLU VE OBEZ KADINLARDA
DOĞUM KONTROL YÖNTEMİ KULLANIMI
VE SEÇİMLERİ**

Dr. Tuğba LOĞOĞLU

**TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Hacer Hicran MUTLU**

TIPTA UZMANLIK TEZİ

**Ağustos 2024
İSTANBUL**

ONAY

İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi'nde Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Yönetmeliği hükümlerine göre uzmanlık eğitimi gören Dr. Tuğba Loğoğlu'nun hazırladığı ve jüri önünde savunduğu “VÜCUT KİTLE İNDEKSİNE GÖRE NORMAL KİLOLU, FAZLA KİLOLU VE OBEZ KADINLARDA DOĞUM KONTROL YÖNTEMİ KULLANIMI VE SEÇİMLERİ” başlıklı tez başarılı kabul edilmiştir.

İMZA

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Hacer Hicran MUTLU
(Aile Hekimliği Anabilim Dalı)
(İstanbul Medeniyet Üniversitesi)

(imza)

Üyeler

Prof. Dr. Mehmet SARGIN
(Aile Hekimliği Anabilim Dalı)
(İstanbul Medeniyet Üniversitesi)

(imza)

Dr. Öğr. Üyesi Ergül DEMİRÇİVİ
(Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı)
(İstanbul Medeniyet Üniversitesi)

(imza)

Tarih: 03/09/2024

YAZAR BİLDİRİMİ

“VÜCUT KİTLE İNDEKSİNE GÖRE NORMAL KİLOLU, FAZLA KİLOLU VE OBEZ KADINLARDA DOĞUM KONTROL YÖNTEMİ KULLANIMI VE SEÇİMLERİ” isimli uzmanlık tezinde Dr. Tuğba LOĞOĞLU;

- Bu tezin kabulünden önce nerede ve ne kadarının yayınlandığını “Bilgilendirme” bölümünde belirtmiştir.
- Tezin hazırlanmasında katkısı olanları “Bilgilendirme” bölümünde eksiksiz olarak belirtmiştir.
- Bu tez ile ilgili çıkar çatışması olup olmadığını “Bilgilendirme” bölümünde belirtmiştir.
- Tez içerisinde başkalarının yayınlanmış veya yayınlanmamış çalışmalarından yapılan alıntılar için gerekli kaynakları açıkça belirtmiştir.
- Tez içerisinde başka kaynaklardan kopyalanmış olan kısımları tırnak içerisinde alarak ve izin alınan kaynağı belirterek kullanmıştır.

Ağustos, 2024

BİLGİLENDİRME

“VÜCUT KİTLE İNDEKSİNE GÖRE NORMAL KİLOLU, FAZLA KİLOLU VE OBEZ KADINLARDA DOĞUM KONTROL YÖNTEMİ KULLANIMI VE SEÇİMLERİ” başlıklı tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, başka bir çalışmadan kopyalanmadığını, bu tezin hazırlanmasında tez danışmanım Doç. Dr. Hacer Hicran MUTLU’nun katkıda bulunduğunu, bu çalışmanın daha önce herhangi bir yerde yayınlanmadığını, bu tezin planlanmasından yazımına kadar tüm aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar dahilinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen tüm bilgilere ve çıkarımlara kaynak gösterdiğimi, bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, bu çalışmada adı geçen ilaç, tıbbi cihaz ve laboratuvar malzemelerinin üreticileri ile herhangi bir çıkar ilişkim olmadığını, bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını, bu çalışmaya ait herhangi bir çıkar çatışması olmadığını beyan ederim.

Dr. Tuğba LOĞOĞLU

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimimin süresince bilgi ve tecrübelerini benimle paylaşarak eğitimime katkıda bulunan İstanbul Medeniyet Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanı Sayın Hocam Prof. Dr. Mehmet SARGIN'a;

Eğitimim süresince mesleki ve sosyal anlamda beni her daim destekleyen Sayın Hocam Doç. Dr. Hacer Hicran MUTLU'ya

Tez yazım sürecindeki tüm katkı ve destekleri için Dr. Hatice ÇELEBİ'ye,

Asistanlığım sürecince bana destek olan, bu sürecin verimli ve keyifli geçmesini sağlayan tüm çalışma arkadaşlarıma,

Bugünlere ulaşmamı sağlayan, hiçbir zaman desteğini esirgemeyen babam Bilal LOĞOĞLU, annem Tülay LOĞOĞLU, kardeşim Burak LOĞOĞLU'ya

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Tuğba LOĞOĞLU

İÇİNDEKİLER

YAZAR BİLDİRİMİ	iii
BİLGİLENDİRME	iv
TEŞEKKÜR.....	v
İÇİNDEKİLER	vi
KISALTMALAR.....	viii
TABLO LİSTESİ.....	ix
ÖZET	x
ABSTRACT.....	xii
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. KONTRASEPTİF YÖNTEMLER.....	4
2.1.1. Modern yöntemler.....	4
2.1.1.1. Hormonal kontraseptifler	4
2.1.1.1.1. Kombine hormonal kontraseptifler	4
2.2.1.1.2. Sadece progesteron içeren hormonal yöntemler	5
2.1.1.2. Rahim içi araçlar (RİA)	6
2.1.1.2.1. Bakırlı RİA (Cu-RİA).....	6
2.2.1.2.2. Hormonlu RİA (Sadece progestinli intrauterin araçlar)	6
2.2.1.3. Bariyer yöntemler	7
2.2.1.4. Cerrahi sterilizasyon	7
2.2.2. Doğal aile planlaması yöntemleri	8
2.2.3. Geleneksel aile planlaması yöntemleri	8
2.2.4. Acil kontrasepsiyon	9
2.2. VÜCUT KİTLE İNDEKSİ VE OBEZİTE	9
2.2.1. Vücut kitle indeksine genel bakış	9
2.3.2. Obezite tanımı ve epidemiyolojisi	9
3. GEREÇ ve YÖNTEM	11
3.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ.....	11
3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER ve ÖZELLİKLERİ	11
3.3. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ.....	11
3.4. VERİLERİN TOPLANMASI.....	12
3.5. VERİLERİN ANALİZİ	12

3.6. ETİK VE ONAM İZİNLERİ	13
4. BULGULAR.....	14
5. TARTIŞMA	21
6. SONUÇ.....	25
KAYNAKLAR	26
EKLER.....	31
EK 1. BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU	31
EK 2. ANKET	34
EK 3. ETİK KURUL KARARI	39
EK 4. İNTİHAL RAPORU	41



KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
AMI	: Akut Myokard Infarktusu
BMI	: Body Mass İndeks
CIC	: Kombine Enjekte Edilebilir Kontraseptifler
CYBE	: Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar
DMPA	: Depo-medroksiprogesteron Asetat
KETEM	: Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi
KHK	: Kombine Hormonal Kontraseptif
KOK	: Kombine Oral Kontraseptif
KVH	: Kardiyovasküler Hastalık
LAM	: Laktasyonel Amenore Metodu
LAMP	: Uzun Etkili ve Kalıcı Yöntemler
LARC	: Uzun Etkili Geri Dönüşümlü Kontraseptif Yöntemler
LNG	: Levonorgestrel
NAP	: Doğal Aile Planlaması Yöntemleri
NET-EN	: Noretindron Enantat
PCOS	: Polikistik Over Sendromu
PID	: Pelvik İnflamatuvar Hastalık
POC	: Sadece Progesteron İçeren Doğum Kontrol Hapı
RIA	: Rahim İçi Araç
SDM	: Standart Günler Yöntemi
UPA	: Ulipristal Asetat
VKİ	: Vücut Kitle İndeksi

TABLO LİSTESİ

Tablo 4.1.	Çalışmaya katılan bireylerin demografik özellikleri.	14
Tablo 4.2.	Kilo durumuna göre kullanılan doğum kontrol yöntemlerinin karşılaştırılması.....	15
Tablo 4.3.	Kullanılan doğum kontrol yönteminin tercih edilme sebeplerinin dağılımı.....	16
Tablo 4.4.	Eğitim düzeyine göre bilinen doğum kontrol yöntemlerinin karşılaştırılması.....	16
Tablo 4.5.	Eğitim düzeyine göre doğum kontrol yöntemi kullanımlarının karşılaştırılması.....	17
Tablo 4.6.	Eğitim düzeyine göre bırakılan doğum kontrol yöntemlerinin karşılaştırılması.....	18
Tablo 4.7.	Çalışma durumuna göre doğum kontrol yöntemi kullanımlarının karşılaştırılması.....	18
Tablo 4.8.	Gebe kalma isteğine göre doğum kontrol yöntemi kullanımlarının karşılaştırılması.....	19
Tablo 4.9.	Gebe kalma durumuna göre doğum kontrol yöntemi kullanımlarının karşılaştırılması.....	19
Tablo 4.10.	Kürtaj olma durumuna göre doğum kontrol yöntemi kullanımlarının karşılaştırılması.....	20
Tablo 4.11.	Kronik hastalık varlığına göre bırakılan doğum kontrol yöntemlerinin karşılaştırılması.....	20

ÖZET

VÜCUT KİTLE İNDEKSİNE GÖRE NORMAL KİLOLU, FAZLA KİLOLU VE OBEZ KADINLARDA DOĞUM KONTROL YÖNTEMİ KULLANIMI VE SEÇİMLERİ

Aile planlaması, bireylerin ve çiftlerin istedikleri zaman, arzu ettikleri sayıda ve aralıkta çocuk sahibi olmalarını sağlamak için kullanılan yöntemler ve stratejilerdir. Bu çalışmanın amacı, üreme çağındaki kadınların vücut kitle indeksine (VKİ) göre kontrasepsiyon kullanımı ve tercihlerini incelemek, bu tercihler arasındaki farklılıkları belirlemektir. Ayrıca çalışmada çeşitli değişkenlere göre doğum kontrol yöntemi kullanımı ve bu konudaki bilinç düzeyi incelenmesi de amaçlanmıştır.

24.07.2024-02.08.2024 tarihleri arasında Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi Obezite Polikliniğine ve Aile Hekimliği Polikliniğine başvuran, menopoza girmemiş ve cinsel aktif olduğu belirlenen 18-50 yaş arası kadın hastalara “Vücut Kitle İndeksine Göre Normal Kilolu, Fazla Kilolu ve Obez Kadınlarda Doğum Kontrol Yöntemi Kullanımı ve Seçimleri” adlı anket uygulandı. Araştırma tek merkezli gözlemsel kesitsel tipte olup 300 hasta dahil edilerek yapılmıştır. Çalışmada istatistiksel analizlerin gerçekleştirilmesinde ve veri görselleştirmede SPSS-20 paket programı ve R programlama dilinden yararlanılmıştır.

Sonuçlara göre acil kontraseptif, enjeksiyon, implant ve sterilizasyon yönteminin bilinme oranı eğitim düzeyi arttıkça anlamlı bir artış göstermektedir ($p = 0,002$, $p=0,026$, $p = 0,001$ ve $p=0,040$). Yine eğitim düzeyi arttıkça kondom, doğum kontrol hapı ve diğer yöntemlerin (takvim, spermisid, diyafram veya servikal kap, vajinal duş) kullanımının oranının istatistiksel olarak anlamlı şekilde arttığını gösterilmektedir ($p = 0,027$, $p<0,001$ ve $p=0,002$). Buna karşın sonuçlarda eğitim düzeyi arttıkça sterilizasyon kullanımının istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde azaldığı gözlemlenmiştir ($p<0,001$).

Normal kilolu bireylerin doğum kontrol hapı ve diğer yöntemleri (takvim, spermisid diyafram veya servikal kap vajinal duş) tercih etme oranları diğer gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur ($p=0,004$ ve $p=0,005$). Sterilizasyon yönteminin ise normal kilolu bireylerde çok daha düşük oranda kullanılırken fazla kilolu bireylerde anlamlı olarak daha yüksek oranlarda kullanıldığı görülmüştür ($p = 0,001$).

Çalışma sonuçları, VKİ'nin kontraseptif yöntem tercihlerinde belirleyici bir faktör olabileceğini göstermektedir. Obez kadınların, özellikle uzun süreli ve kalıcı yöntemleri seçme eğiliminde olduğu görülmüştür. Kilo ve kontraseptif davranışlar arasındaki ilişkinin daha iyi anlaşılması, gebelik sonuçlarını iyileştirmek ve obeziteli bireylerde kontraseptif danışmanlığın geliştirilmesi açısından kritik öneme sahiptir. Ayrıca eğitim düzeyi, kürtaj öyküsü, parite, gebelik niyeti, kronik hastalık varlığı ve çalışma durumu da bireylerin kontraseptif kullanımında rol oynamaktadır. Bu etmenleri de göz önünde bulundurarak sağlık hizmetleri, eğitim programları ve politikalar yoluyla aile planlamasının teşvik edilmesinin, bireylerin ve toplumların refahını artırmak için önemli bir strateji olduğu görülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Vücut Kitle İndeksi (VKİ), Kontrasepsiyon Kullanımı, Doğum Kontrol Yöntemleri, Eğitim Düzeyi, Obezite, Sterilizasyon, Gebelik Niyeti, Aile Planlaması

ABSTRACT

CONTRACEPTIVE USE AND PREFERENCES IN NORMAL WEIGHT, OVERWEIGHT, AND OBESE WOMEN ACCORDING TO BODY MASS INDEX

Family planning refers to the methods and strategies used to enable individuals and couples to have the number of children they want, when they want, and with the desired spacing. The purpose of this study is to examine contraceptive use and preferences according to body mass index (BMI) in women of reproductive age, and to identify differences among these preferences. The study also aims to investigate the use of birth control methods and the level of awareness regarding this issue according to various variables.

Between July 24, 2024, and August 2, 2024, a survey titled “Contraceptive Use and Choices Among Normal Weight, Overweight, and Obese Women According to Body Mass Index” was administered to female patients aged 18-50 who had not entered menopause, were sexually active, and attended the Obesity Clinic and Family Medicine Clinic at Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın City Hospital. This research was conducted as a single-center observational cross-sectional study with the inclusion of 300 patients. Statistical analyses and data visualization were performed using SPSS-20 software and the R programming language.

According to the results, the rate of awareness of emergency contraceptives, injections, implants, and sterilization methods increases significantly with higher education levels ($p = 0.002$, $p = 0.026$, $p = 0.001$, and $p = 0.040$). Additionally, it was found that the use of condoms, birth control pills, and other methods (calendar, spermicides, diaphragm or cervical cap, vaginal douche) also increased significantly with higher education levels ($p = 0.027$, $p < 0.001$, and $p = 0.002$). Conversely, the results showed that sterilization use decreased significantly as education level increased ($p < 0.001$).

The study found that normal-weight individuals had a statistically significantly higher preference for birth control pills and other methods (calendar, spermicides, diaphragm or

cervical cap, vaginal douche) compared to other groups ($p = 0.004$ and $p = 0.005$). However, the use of sterilization methods was found to be significantly higher among overweight individuals, while it was much lower among normal-weight individuals ($p = 0.001$).

The results of the study suggest that BMI may be a determining factor in contraceptive method preferences. Obese women, in particular, tend to choose longer-lasting and permanent methods. Understanding the relationship between weight and contraceptive behaviors is crucial for improving pregnancy outcomes and enhancing contraceptive counseling in obese individuals. Additionally, factors such as education level, history of abortion, parity, pregnancy intention, presence of chronic disease, and employment status play a role in individuals' contraceptive use. Considering these factors, promoting family planning through health services, educational programs, and policies is seen as an important strategy for enhancing the well-being of individuals and communities.

Keywords: Body Mass Index (BMI), Contraceptive Use, Birth Control Methods, Education Level, Obesity, Sterilization, Pregnancy Intention, Family Planning

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Aile planlaması, bireylerin sağlık ve sosyoekonomik durumlarına uygun olarak, istedikleri zaman ve sayıda çocuk sahibi olmalarına; istenmeyen gebeliklerden korunmalarına; doğumlar arasındaki süreyi planlamalarına; özgürce ve sorumlu bir şekilde karar vermelerine ve çocuk sahibi olamayan çiftlerin bu arzularını gerçekleştirmelerine yardımcı olan uygulamaların tümüdür. Bu uygulamaların amacı, çocuk sayısını sınırlamak değil, sık aralıklarla meydana gelen gebelikleri önlemek ve anne-bebek sağlığını koruyarak toplum sağlığını ve yaşam kalitesini artırmaktır. Bu sayede, aile planlamasının sağlam temellere oturması hedeflenmektedir (1).

Kontrasepsiyon (doğum kontrolü) yöntemleri, aile planlaması hizmetlerinin ana unsurlarından biridir, ancak aile planlaması terimi gibi hastaya çok yönlü bir yaklaşım sunmaktan ziyade sadece gebelikten korunmayı ifade eder (1). Kişiye özgü seçilen kontraseptif yöntemler, hasta-hekim iletişimi desteğiyle birlikte, aile planlaması hizmetinin hayata geçmesini sağlamaktadır (2).

Kadınlar, gebelikten korunmak istemelerine rağmen, çoğu zaman başarı oranı düşük olan geleneksel yöntemleri tercih etmektedirler. Bu nedenle, gebelikten korunmada daha etkili olan modern yöntemler hakkında bilgilendirmenin artırılması gerekmektedir (3). Türkiye gibi, ailelerin birey sayısının azaldığı ve gebelikten korunma yöntemlerinin kullanım oranının arttığı ülkelerde, bu yöntemlerin etkin ve sürekli olarak kullanımı, doğurganlığın önemli belirleyicilerinden biridir ve önemi giderek artmaktadır. Ayrıca, gebeliği önleyici yöntemlerin bırakılma nedenleri, aile planlaması hizmetlerinin iyileştirilmesinde siyasetçilere ve sağlık personeline rehberlik eden önemli bir konudur. Yöntem bırakmaya ilişkin bilgi, aile planlaması hedeflerinin düzeltilmesi gereken yönlerine ve yöntem kullananların yaşadığı sorunlara işaret etmektedir. İstenmeyen gebeliklerin neden olacağı duygusal yük ve annenin psikososyal açıdan hazır olmadığı bu gebeliğin devamında çocuğun ihtiyaçlarını karşılamada yetersiz kalması ve aile içi sorunların artması muhtemeldir (87).

Türkiye’de aşırı doğurganlığın getirdiği sıkıntıları azaltmak amacıyla 1960’lı yıllardan itibaren birçok yasal düzenleme yapılmış ve aile planlaması hizmetleri

uygulanmaya başlanmıştır (4). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA, 2018) verilerine göre doğumların veya mevcut gebeliklerin %75'i istenmiş, %15'i istenmeyen, %11'i ise daha sonra planlanan gebeliklerden oluşmuştur. Ayrıca son beş yıl içinde her 100 gebelikten 6'sı istemli düşükle sonlanmıştır. Aynı verilere göre tüm gebeliklerin %25'i canlı doğum ile sonuçlanmamıştır (5).

Aile planlaması yöntemlerinin kullanımını etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Bunlar arasında kadının yaşı, eşinin eğitim durumu, sosyoekonomik durumu, toplumdaki statüsü, aile yapısı, toplumun sosyokültürel yapısı, evlenme yaşı, ilk gebelik yaşı, erkeklerin aile planlamasına katılımı, istenmeyen gebelikler, dini inanışlar, aile planlaması hakkındaki bilgi düzeyi ve önceki kullanım durumu yer almaktadır (6). Ayrıca devletin nüfus politikaları, sağlık hizmetlerinin ücretsiz sağlanması ve aile planlaması hizmeti sunanların bilgi düzeyi de aile planlaması yöntemlerinin kullanımını etkileyen faktörlerdir (7).

Obezite, genellikle vücut kitle indeksi (VKİ) kullanılarak tanımlanır. VKİ, bir kişinin kilogram cinsinden ağırlığının, metre cinsinden boyunun karesine bölünmesiyle hesaplanır. Eğer bir bireyin VKİ değeri 30 kg/m² veya daha fazla ise, bu kişi obez olarak kabul edilir. Potansiyel yan etkileri veya etkinliğin azalmasıyla ilgili endişeler, fazla kilolu veya obez kadınların kontraseptif seçimlerini etkileyebilir. Önceki çalışmalar, VKİ ile kontraseptif kullanımı arasındaki ilişkiler konusunda farklı sonuçlar ortaya koymuştur; bazı araştırmalar herhangi bir ilişki bulamazken, diğerleri obez kadınlar arasında daha fazla sterilizasyon gibi VKİ kategorisine göre kullanım farklılıkları bildirmektedir (8).

Hamilelikte obezite önemli anne, fetal ve bebek sağlığı riskleri taşır. Anne obezitesi, fetüs için daha yüksek ölü doğum oranları, yenidoğan ölümleri ve makrozomik bebekler gibi artan risklerle ilişkilidir. Obezite ile ilişkili maternal riskler arasında daha yüksek tromboembolizm oranları, gestasyonel diyabet, preeklampsi ve doğum komplikasyonları bulunmaktadır. Ayrıca hamilelikte obezite kadınların çocuklarında daha yüksek obezite ve diyabet oranları gibi uzun vadeli etkilerle de ilişkilidir, bu da döngüyü devam ettirmektedir (8). Obez kadınlar, normal kilolu kadınlara kıyasla daha erken doğuma alınma, doğumlarının indüklenme ve doğumda daha fazla zaman geçirme olasılığına sahiptir. Anestezi müdahalesi gerektiren sezaryen doğum obez kadınlarda iki kat daha olasıdır. Öte yandan obez kadınlar hamilelik sırasında aldıkları kiloları koruma eğilimindedirler ve bu ek kilo alımı, tip 2 diyabet, koroner kalp hastalığı ve inme gibi sağlık sorunları için riski artırır (9). Tüm bu risk faktörleri, fazla kilolu ve obez kadınlar arasında istenmeyen gebeliklerin önlenmesini bir halk sağlığı önceliği haline getirmektedir. Fazla kilolu ve obez kadınlara uygun aile planlaması hizmetlerinin sağlanması, istenmeyen gebelikleri önler ve kadınların hamilelik

planlamalarına yardımcı olarak gebelik döneminde anne sağlığını optimize eder. Etkili müdahaleler geliştirmek ve bu müdahaleleri en uygun popülasyonlara uygulamak için obezite, kontraseptif kullanımı ve istenmeyen gebelik ilişkisini daha iyi anlamak gerekmektedir (9).

Bu çalışmanın birincil amacı vücut kitle indeksi kategorisine göre kullanılan kontraseptif yöntemlerin farklılık gösterip göstermediğini araştırmaktır. İkincil hedefler arasında ise eğitim düzeyi, çalışma durumu, kürtaj öyküsü, parite, gebelik niyeti ve kronik hastalık varlığıyla kullanılan kontraseptif yöntemin ilişkisi olup olmadığını ve katılımcıların kontrasepsiyon farkındalığını incelemek vardır. Çalışma, elde edilen veriler ışığında obezite ve gebelik riskleri göz önüne alınarak, fazla kilolu ve obez kadınlar arasında istenmeyen gebeliklerin önlenmesi ve planlanmış gebeliklerin yakından izlenmesine katkı sağlamayı da amaçlamaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. KONTRASEPTİF YÖNTEMLER

2.1.1. Modern yöntemler

2.1.1.1. Hormonal kontraseptifler

2.1.1.1.1. Kombine hormonal kontraseptifler

Kombine hormonal kontraseptifler (KHK), östrojen ve progestin hormonlarını bir arada içeren doğum kontrol yöntemleridir ve dünya çapında geniş bir kullanım alanına sahiptir (10). Dünya Sağlık Örgütü (WHO) kriterlerine göre kontrendikasyonlar arasında sistemik arteriyel hipertansiyon, migren ve 35 yaş üstü kadınlarda sigara kullanımı bulunmaktadır (11). Obez kadınlarda KHK kullanımı venöz tromboembolizm (VTE) riskini artırabilirken, akut miyokard enfarktüsü (AMI) ve inme riskleri konusunda çelişkili bulgular vardır (12,13). Kombine oral kontraseptifler (KOK), östrojen ve progestin hormonlarını içeren doğum kontrol haplarıdır ve gebeliği önlemede etkili bir yöntem olarak kullanılır. Ayrıca, çeşitli jinekolojik ve hormonal sorunların tedavisinde de yer alır (14). KOK kullanımı, miyokard enfarktüsü ve iskemik inme riskini artırabilir. Bu risk, kullanılan östrojen dozu ve progestin türüne bağlı olarak değişiklik gösterebilir (15). KOK kullanımı, venöz tromboz riskini artırabilir. Bu risk, kullanılan progestin türü ve etinil estradiol dozuna göre değişiklik gösterebilir (16). KOK'lar, polikistik over sendromu (PCOS) tedavisinde yaygın olarak kullanılır (17). Transdermal kombine yamalar(patch) hormonların veya ilaçların cilt üzerinden vücuda iletilmesini sağlar ve oral yolla alınan ilaçlara göre bazı avantajlara sahiptir. Haftalık olarak uygulanmaları gerekir (27). Oral kontraseptiflerle benzer etkinlik ve güvenlik sunan transdermal yamalar, kullanıcı uyumunu artırır ve daha sabit hormon seviyeleri sağlar (28). Kombine enjekte edilebilir kontraseptifler (CIC'ler), gebeliği önlemede etkili ve geri dönüşümlü bir yöntemdir. Bu yöntem, günlük kullanım veya cinsel ilişki sırasında kullanım gerektirmez (18). CIC'ler, amenore veya diğer kanama sorunları nedeniyle erken bırakma oranlarını azaltırken, diğer tıbbi nedenlerle bırakma oranları daha yüksek olabilir (18). CIC'lerin kardiyovasküler hastalık (KVH) riskini artırdığına dair önemli bir kanıt bulunmamaktadır. Ancak, hipertansiyon öyküsü olan

kadınlarda, sadece progestin içeren kontraseptiflerin inme riskini artırabileceği gözlemlenmiştir, bu nedenle özellikle bu kadınlarda dikkatli olunmalıdır (30). CIC'ler, oral kontraseptiflere göre daha az hiperkoagülabilité durumu yaratır. Metabolik etkiler bakımından, oral kontraseptiflere kıyasla daha düşük risk taşırlar (32). Kombine vajinal halka, etinil estradiol ve progestin hormonlarını içeren ve vajinal yolla uygulanan bir doğum kontrol yöntemidir. Bu halka, genellikle 3 hafta boyunca kullanılır ve ardından 1 hafta boyunca çıkarılır (19). Kombine vajinal halka, oral kontraseptiflerle benzer bir etkinlik ve güvenlik profiline sahiptir (20). Halka kullananlar, oral kontraseptif kullanıcılarına kıyasla daha yüksek memnuniyet bildirmiş ve daha az sistemik yan etki yaşamışlardır (20). Kombine vajinal halka, adet döngüsünü düzenlemede ve menstrüel semptomları hafifletmede de etkilidir (20). Halka kullananlar, oral kontraseptif kullananlara göre daha az mide bulantısı, sinirlilik ve depresyon bildirmiş, ancak daha fazla vajinal tahriş ve akıntı yaşamışlardır. Ayrıca, halka kullanıcıları yöntemi kullanmaya devam etme olasılığı daha yüksektir (21).

2.2.1.1.2. Sadece progesteron içeren hormonal yöntemler

Bu yöntemler, emziren anneler, östrojen kontrendikasyonu olan kadınlar ve belirli sağlık durumlarına sahip kişiler için uygundur (22). Enjeksiyonlar ve implantlar en yüksek etkinliğe sahip olup düşük başarısızlık oranlarıyla bilinirler (23). POC'lerin yan etkileri arasında kilo alımı, adet düzensizlikleri ve bazı dermatolojik sorunlar bulunabilir. Ancak, kilo alımı genellikle 2 kg'dan azdır ve birçok çalışmada bu konuda anlamlı bir fark görülmemiştir (24,25). Meme kanseri öyküsü olan kadınlar için POC kullanımı, bilinen yararların potansiyel risklerden daha ağır bastığı durumlarda değerlendirilebilir. Emziren kadınlarda ise POC'ler, süt üretimini olumsuz etkilemeden güvenle kullanılabilir (26,27). Minihaplar, yalnızca progestin içeren düşük dozlu oral kontraseptiflerdir (28). Gebeliği önlemede, kombine oral kontraseptiflere kıyasla biraz daha az etkili olmalarına rağmen, intrauterin cihazlar veya ardışık kontraseptiflerle benzer gebelik oranları sunarlar (28). Minihapların en büyük dezavantajı, düzensiz kanama ve adet döngüsü kontrolünün olmamasıdır (29). Östrojen içermedikleri için tromboz riski taşımazlar, ancak dış gebelik riski mevcuttur (30).

Sadece progestinli implantlar grubunda yer alan levonorgestrel ve etonogestrel gibi progestin türleri kullanılarak geliştirilen implantlar, uzun süreli doğum kontrolü sağlar ve yüksek etkinlik ve güvenlik sunar. Ayrıca geri dönüşümlüdür (31). Bu implantlar, metabolik parametreler ve kilo üzerinde önemli bir etkiye sahip değildir ve emziren anneler için güvenli bir seçenektir (32,33).

Progestin içeren enjektabl formlar, uzun süre etkili doğum kontrol yöntemleri arasında yer alır. Bu yöntemler, östrojen içermeyen ve genellikle üç ayda bir uygulanan 150 mg dozunda depo-medroksiprogesteron asetat (DMPA) ve iki ayda bir 200 mg dozunda uygulanan noretindron enantat (NET-EN) gibi ilaçları içerir (34). Progestinli enjektabl formlar, yüksek etkililik oranlarına sahip olup, gebeliği önlemede oldukça başarılıdır (34). Bu yöntemler, kullanımı bırakıldıktan sonra doğurganlığın geri dönmesi açısından gecikmeye neden olabilir (35). En yaygın yan etkiler arasında adet düzensizlikleri ve kilo alımı bulunur. Adet düzensizlikleri genellikle ciddi bir tıbbi sorun oluşturmaz (34). Özellikle emziren kadınlar ve östrojen kullanımı kontrendike olan kadınlar için uygundur (35).

2.1.1.2. Rahim içi araçlar (RİA)

2.1.1.2.1. Bakırlı RİA (Cu-RİA)

Bakırlı rahim içi araçlar (RİA), uzun süreli ve geri dönüşümlü doğum kontrol yöntemleri arasında yer almaktadır. Bu cihazlar, rahim içine yerleştirilir ve bakır iyonları salarak gebeliği önler. Bakırlı RİA'lar, ilk yıl içinde %1'den daha düşük bir başarısızlık oranına sahiptir, bu da onları en etkili doğum kontrol yöntemlerinden biri yapar (36).

Bakırlı RİA'ların en yaygın yan etkileri arasında adet kanamasında artış ve dismenore (ağrılı adet) bulunur (36). Bakırlı RİA'lar, uygun tarama ve danışmanlık sağlandığında pelvik inflamatuvar hastalık (PID) riskini önemli ölçüde artırmaz. Ancak, RİA takılmadan önce mevcut olan cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar (CYBE) ve birden fazla cinsel partnerin bulunması, PID riskini artırabilir. Bu nedenle, RİA kullanımı öncesinde CYBE taraması yapılması ve cinsel partner sayısının göz önünde bulundurulması önemlidir (37). Bakırlı RİA'lar, acil kontrasepsiyon için de kullanılabilir ve bu durumda en etkili yöntemlerden biridir (38).

2.2.1.2.2. Hormonlu RİA (Sadece progestinli intrauterin araçlar)

Hormonlu rahim içi araçlar (RİA), rahim içine yerleştirilen ve belirli bir süre boyunca sürekli olarak hormon salınımı yapan bir doğum kontrol yöntemidir. Genellikle levonorgestrel gibi progestojen hormonları içerir ve bu hormonları günlük olarak salarak gebeliği önler (39). Levonorgestrel salımlı RİA'ların Pearl indeksi 0.09'dur, bu da oldukça yüksek bir etkililik anlamına gelir (39).

Hormonlu RİA'lar genellikle 3 ila 5 yıl arasında etkili olabilir ve bu süre boyunca sürekli hormon salınımı yaparak gebeliği önler (40). Kullanıcıların büyük bir kısmı bu yöntemden memnun kalmakta ve uzun süreli kullanım oranları yüksektir (40). Hormonlu

RIA'lar, sadece doğum kontrolü sağlamakla kalmaz, aynı zamanda ağır adet kanamalarını azaltabilir ve endometriozis gibi durumların tedavisinde de kullanılabilir (40).

2.2.1.3. Bariyer yöntemler

Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara karşı koruma sağladıkları için cinsel olarak aktif kadınlar için de önemli bir seçenektir. Erkek kondomu, cinsel ilişki sırasında penisin üzerine takılan ince bir kılıftır. Bu şekilde, istenmeyen gebeliklerin ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların (CYBE) önlenmesine yardımcı olur. Erkek kondomları genellikle düşük maliyetlidir ve kolayca erişilebilir (41). Kondomların başarısızlık oranları, kullanıcıların deneyimi arttıkça azalmaktadır (42).

Kadın kondomu, kadınlar tarafından kullanılan bir doğum kontrol yöntemidir ve vajinaya yerleştirilir. Erkek kondomuna benzer şekilde, doğru ve düzenli kullanıldığında gebeliği önler ve HIV dahil diğer cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların (CYBE) bulaşma riskini azaltır. Ancak, kadın kondomlarının daha pahalı olması ve erişim zorlukları, bu yöntemin kullanımını sınırlandıran etkenler arasında yer alır (43).

Diyafram, vajinal bir bariyer doğum kontrol yöntemidir. Genellikle spermisit ile birlikte kullanılır. Bu yöntem, bazı durumlarda HIV ve diğer cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara karşı koruma sağlayabilir (44). Servikal kap, serviksi kapatarak gebeliği önleyen bir vajinal bariyer doğum kontrol yöntemidir. Bu cihazlar, sperm öldürücü maddeler için bir rezervuar görevi görür (45). Modern spermisitler jel, köpük, krem, fitil gibi çeşitli formlarda bulunur. Bu maddeler, spermeleri öldürerek veya hareketlerini engelleyerek gebeliği önler. Tipik kullanımda, bir yıl içinde gebelik oranı yaklaşık %26'dır (46,47).

2.2.1.4. Cerrahi sterilizasyon

Cerrahi sterilizasyon, hem erkekler hem de kadınlar için yaygın olarak kullanılan kalıcı bir doğum kontrol yöntemidir (48). Tüp ligasyonu, kadınlarda kalıcı doğum kontrolü sağlamak için fallop tüplerinin bağlanması veya kesilmesi işlemidir. Dünya genelinde yaygın olarak kullanılan ve genellikle güvenli kabul edilen bir sterilizasyon yöntemidir. Tüp ligasyonu sonrası gebelik oranları %0.1 ile %0.8 arasında değişir (49). Gebelik oluşursa, ektopik gebelik riski %30 ile %80 arasında olabilir (50). Ayrıca, tüp ligasyonu bazı over kanseri alt tipleri için koruyucu bir faktör olarak kabul edilir; seröz, endometrioid ve berrak hücreli kanser türlerinde riskin azaldığı gözlemlenmiştir (51).

Vazektomi erkekler için en etkili ve uzun süreli doğum kontrol yöntemlerinden biridir. Bu işlem, spermin testislerden ejakülatör kanallara geçişini engelleyerek gebeliği

önler ve dünya genelinde yaygın olarak uygulanmaktadır. Kadın sterilizasyonuna kıyasla daha etkili, daha ekonomik ve daha düşük komplikasyon oranlarına sahiptir (52). Vazektominin erken dönemdeki başarısızlık oranı %1'in altındadır. Vazektomi sonrası sperm kalitesi zamanla azalır, ancak vazovasostomi veya intrastoplazmik sperm enjeksiyonu gibi yöntemlerle doğurganlık geri kazanılabilir (53).

2.2.2. Doğal aile planlaması yöntemleri

Laktasyonel Amenore Metodu (LAM), emzirme yoluyla doğum kontrolü sağlayan bir yöntemdir. Bu yöntem, annenin tam emzirmeye devam ettiği ve adet görmediği sürece gebelik riskini azaltmayı hedefler. Doğru kullanıldığında, LAM %98'e kadar etkili bir doğum kontrol yöntemi olarak kabul edilmektedir (74). Servikal mukus yöntemi, kadınların doğurganlık dönemlerini belirlemek için servikal mukusun özelliklerini gözlemlmelerine dayanan bir doğal aile planlaması yöntemidir (75). Servikal palpasyon yöntemi, doğal aile planlaması (NAP) yöntemlerinden biridir ve kadının doğurganlık dönemlerini belirlemek için serviksin konumunu, sertliğini ve açıklığını gözlemlmeyi içerir (76). Bazal vücut ısısı yönteminde vücut ısısındaki değişiklikleri izleyerek güvenli ve doğurgan dönemleri belirlemeyi amaçlar (77). Semptotermal yöntem, servikal mukus, servikal palpasyon ve bazal vücut sıcaklığı yöntemlerinin bir arada uygulanmasını ifade eder ve bu sayede daha yüksek etkinlikte doğum kontrolü sağlamayı hedefler (76).

2.2.3. Geleneksel aile planlaması yöntemleri

Koitus interruptus, cinsel ilişki sırasında erkeğin boşalma öncesinde penisini vajinadan çekmesiyle uygulanan eski ve yaygın bir doğum kontrol yöntemidir. Doğru uygulandığında etkili olabilir, ancak pre-ejakülat sıvısında sperm bulunması nedeniyle başarısızlık oranı yüksektir (79). Türkiye'de ve dünyanın çeşitli bölgelerinde yaygın olarak kullanılan bir yöntemdir. Geri çekme yönteminin cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı koruma sağlamadığı vurgulanmıştır (54). Standart Günler Yöntemi (SDM), adet döngüsünün 8-19. günleri arasında korunmasız cinsel ilişkiden kaçınmayı gerektirir. SDM'nin etkinliği, diğer modern kısa etkili doğum kontrol yöntemleriyle karşılaştırıldığında daha düşük olduğu görülmüştür (55).

Yıkama işlemi, ejakülasyon sonrasında vajinadan sperm temizleme fikriyle, postkoital dönemde birtakım temizleyicilerle koruma sağladığı düşünülerek kullanılmaktadır. Ancak, bu yöntem güvenli değildir ve koruyuculuğu çok düşüktür (56).

2.2.4. Acil kontrasepsiyon

Acil kontrasepsiyon, korunmasız cinsel ilişki sonrasında gebeliği önlemek için kullanılan yöntemlerdir. Yuzpe Rejimi: Levonorgestrel ve etinil estradiol içeren kombine oral kontraseptiflerin etiket dışı kullanımını içerir. Yuzpe rejimi, korunmasız cinsel ilişki sonrası gebelik riskini %70-77 oranında azaltır.

Levonorgestrel: Levonorgestrel'in etkinliği, korunmasız cinsel ilişkiden sonra ne kadar erken alındığına bağlı olarak artar ve 72 saat içinde alınması önerilir (57). Levonorgestrel, Yuzpe rejiminden daha etkili ve daha az yan etkiye sahiptir (58). Ancak, obez kadınlarda levonorgestrel'in etkinliği daha düşüktür (59).

Mifepriston: Mifepriston, korunmasız cinsel ilişkiden sonra 120 saate kadar etkili olabilir. Erken tedavi, etkinliği artırır (60). Mifepriston, levonorgestrel ve Yuzpe rejiminden daha etkilidir, ancak ana yan etkisi adet döngüsünde gecikmelere neden olmasıdır (57). Ulipristal Asetat (UPA): Korunmasız cinsel ilişkiden sonra 120 saate kadar etkilidir ve LNG'nin 72 saatlik etkinlik süresini aşar (61). Vücut kitle indeksi (VKİ) $>25 \text{ kg/m}^2$ olan kadınlarda, UPA'nın etkinliği LNG'ye göre daha yüksektir. Obez kadınlarda, UPA kullanımı gebelik riskini azaltmada daha etkilidir (59).

Bakırlı Rahim İçi Araç (RIA): En yüksek etkinliğe sahip acil kontrasepsiyon yöntemidir ve gebeliği önlemede %99'dan fazla etkilidir (57). Ancak, kadınların çoğu, bakırlı RIA'nın acil kontrasepsiyon olarak kullanılabileceğinden habersizdir (62).

2.2. VÜCUT KİTLE İNDEKSİ VE OBEZİTE

2.2.1. Vücut kitle indeksine genel bakış

VKİ, kişinin ağırlığının (kg cinsinden) boyunun (metre cinsinden) karesine bölünmesiyle hesaplanır. VKİ değerlerine göre bireyler zayıf ($<18.5 \text{ kg/m}^2$), normal kilolu ($18.5-24.9 \text{ kg/m}^2$), fazla kilolu ($25-29.9 \text{ kg/m}^2$) veya obez ($\geq 30 \text{ kg/m}^2$) olarak sınıflandırılır (63).

VKİ her zaman vücut yağ oranını doğru bir şekilde yansıtmayabilir. (64). Ek olarak bel çevresi, deri kıvrım kalınlığı ölçümü ve vücut kompozisyon analizi gibi diğer yöntemlerle birlikte kullanılması önerilmektedir (65).

2.3.2. Obezite tanımı ve epidemiyolojisi

Obezite genellikle vücut kitle indeksinin (VKİ) 30 kg/m^2 veya daha fazla olması durumunda tanımlanır. Fazla kiloluluk ise VKİ'nin $25-30 \text{ kg/m}^2$ arasında olmasıyla ifade

edilir. Obezite, vücutta aşırı yağ birikimi olarak tanımlanır. Obezite, VKİ'ye göre şu şekilde sınıflandırılır: Sınıf I ($VKİ >30 \text{ kg/m}^2$), Sınıf II ($VKİ \geq 35 \text{ kg/m}^2$) ve Sınıf III ($VKİ \geq 40 \text{ kg/m}^2$) (66).

1980'den bu yana, dünya nüfusunun yaklaşık üçte biri aşırı kilolu veya obez olarak kabul edilmektedir (67). Genellikle, yaşlı bireyler ve kadınlar arasında daha yüksek obezite oranları gözlemlenmektedir. Eğitim seviyesi düşük olan bireylerde obezite oranları daha yüksektir (68).



3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Bu araştırma tek merkezli gözlemsel kesitsel tipte bir araştırmadır.

3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER ve ÖZELLİKLERİ

Bu araştırma, Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi Obezite Polikliniğinde ve Aile Hekimliği Polikliniğinde yapılmıştır.

3.3. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ

24.07.2024-02.08.2024 tarihleri arasında Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi Obezite Polikliniğine ve Aile Hekimliği Polikliniğine başvuran, menopoza girmemiş ve cinsel aktif olduğunu belirlenen 18-50 yaş arası kadın hastalar dahil edildi.

Çalışmaya dahil olma kriterleri:

- 18-50 yaş arasında kadın olmak
- Cinsel aktif olmak
- Menopoza girmemiş olmak

Çalışmadan dışlama kriterleri:

- Yaşı<18 hastalar
- Cinsel aktif olmamak
- Hastanın partnerinin veya kendisinin infertil olması
- Menopoza girmiş olmak
- Hastanın gebelik isteği olması
- Hastanın halihazırda gebe olması
- Hastanın histerektomi, bilateral salpenjektomi veya ooferektomi geçirmiş olması

3.4. VERİLERİN TOPLANMASI

Bu çalışma gözlemsel kesitsel tipte bir çalışmadır. Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi'nin Aile Hekimliği Polikliniğine ve Obezite Polikliniğine başvuran, çalışmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan hastalardan aydınlatılmış onam alınarak yapılmıştır. Çalışmaya katılan bireylere, araştırmayı yürüten hekim tarafından çalışma ile ilgili sözel bilgi verilmiştir. Katılmayı kabul eden bireylere bilgilendirilmiş onam formu (EK 1) imzalatılmıştır.

Aile hekimliği polikliniğine başvuran hastaların detaylı anamnezleri alınıp gerekli görülen tetkik ve tedavileri uygulanmaktadır. Hastalar gerekirse tekrar kontrole çağırılmakta veya gerekli branşlara sevk edilmektedir. Hastaların sosyodemografik bilgileri (yaş, cinsiyet, meslek, eğitim durumu), boy ve kilo bilgileri hastalardan yüz yüze alındı. Hastalardan yüz yüze alınan boy (m) ve kilo (kg) bilgilerine göre vücut ağırlığının kilogram cinsinden değeri ile boyunun metre cinsinden karesinin oranına bakılarak VKİ hesaplandı.

Obezite polikliniğine başvuran bireylerin stadiyometre ile boy ölçümleri (cm) ve biyoelektriksel impedans yöntemi ile vücut ağırlıkları (kg) ölçüldü. Vücut ağırlığının kilogram cinsinden değeri ile boyunun metre cinsinden karesinin oranına bakılarak VKİ hesaplandı. Hastaların sosyodemografik bilgileri (yaş, cinsiyet, meslek, eğitim durumu) hastaların dosyalarından alındı.

Aile hekimliği polikliniği ve obezite polikliniğe başvuran ve çalışmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan hastalarla “Vücut Kitle İndeksine Göre Normal Kilolu, Fazla Kilolu ve Obez Kadınlarda Doğum Kontrol Yöntemi Kullanımı ve Seçimleri” adlı anket yüz yüze sorularak doldurulmuştur. Bu ankette hastaların yaş, cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu, kronik hastalıkları sorgulanmıştır. Ayrıca kullanılan doğum kontrol yöntemi, bu yöntemin neden tercih edildiği, daha önce herhangi bir doğum kontrol yöntemi bırakıp bırakmadığı ve bıraktıysa neden bıraktığı, kullandığı doğum kontrol yönteminin kilosuyla ilişkisine olan algısı gibi durumların sorgulandığı 42 soruluk anketimiz poliklinik şartlarında doldurulmuştur. Bu anket uygulama süreçlerinde, hastalara anket hakkında gerekli bilgi verildi. Anket sorularını anlamakta zorlandıkları zaman hekim tarafından gerekli açıklamalar yapıldı. Kullanılan anket formu ekte mevcuttur.

3.5. VERİLERİN ANALİZİ

Araştırmanın örneklem büyüklüğü, G*Power 3.1.9.7 yazılımı kullanılarak hesaplanmıştır. Çalışmanın 0,20 etki büyüklüğüne ve 0,80 güce sahip olması için, %5 hata olasılığı ile yapılan hesaplamada en az 598 katılımcı gerektiği belirlenmiştir.

Verilerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro-Wilk ve Kolmogorov-Smirnov testleri ile değerlendirilmiştir. Normal dağılım gösteren sayısal değişkenler, ortalama ve standart sapma değerleriyle; normal dağılım göstermeyen değişkenler ise medyan ve interkuartil aralık (IQR) ile özetlenmiştir. Kategorik değişkenler ise frekans ve yüzde değerleriyle raporlanmıştır.

Kategorik değişkenlerde gruplar arasında farklılık olup olmadığını incelemek için beklenen hücre frekansları 5 ve üzerinde ise Pearson Ki-Kare testi, 5'ten az ise Fisher's Exact Test kullanılmıştır. Sayısal değişkenlerde iki grup arasındaki farkları tespit etmek amacıyla, normal dağılım gösteren verilerde Student-t testi, göstermeyen verilerde ise Mann-Whitney U testi kullanılmıştır.

Normal dağılım gösteren sayısal değişkenler ile ikiden fazla grup sayısına sahip kategorik değişkenler arasındaki ortalamaları karşılaştırmak amacıyla ANOVA testi, normal dağılım göstermeyen değişkenler için ise Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır.

Analizler %95 güven aralığıyla yapılacak olup, istatistiksel anlamlılık $p < 0,05$ seviyesinde değerlendirilmiştir.

Çalışmada istatistiksel analizlerin gerçekleştirilmesinde ve veri görselleştirmede SPSS-20 paket programı ve R programlama dilinden yararlanılmıştır.

3.6. ETİK VE ONAM İZİNLERİ

İstanbul Medipol Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 18.07.2024 tarih ve 2024/732 karar no ile etik kurul onayı alınmıştır. Bu tez bu yönetmelik hükümlerine göre yazılmıştır.

4. BULGULAR

Bu çalışmada 150 normal kilolu, 75 fazla kilolu ve 75 obez kadın hastaya uygulanan “Vücut Kitle İndeksine Göre Normal Kilolu, Fazla Kilolu ve Obez Kadınlarda Doğum Kontrol Yöntemleri Kullanımı ve Seçimleri” isimli anket sonuçları istatistiksel analizlerle değerlendirilmiştir.

Tablo 4.1 çalışmaya katılan bireylerin demografik özelliklerini sunmaktadır. Çalışmaya toplam 300 kadın katılmıştır.

Tablo 4.1. Çalışmaya katılan bireylerin demografik özellikleri.

Değişkenler	Toplam (n = 300)
Yaş, medyan (IQR)	33,0 (11,8)
Kilo, medyan (IQR)	67,0 (19,0)
Boy, medyan (IQR)	163,0 (7,0)
VKİ, medyan (IQR)	24,5 (7,8)
Medeni Durum, n (%)	
Evli	274 (91,3)
Bekar	26 (8,7)
Eğitim Düzeyi, n (%)	
İlkokul	20 (6,6)
Ortaokul	8 (2,7)
Lise	65 (21,7)
Üniversite	135 (45,0)
Yüksek Lisans/Doktora	72 (24,0)
Çalışma Durumu, n (%)	
Çalışıyor	200 (66,7)
Çalışmıyor	100 (33,3)
Gebelik Geçmişi, n (%)	
Var	216 (72,0)
Yok	74 (28,0)
Kürtaj Geçmişi, n (%)	
Var	51 (17,0)
Yok	249 (83,0)
Sigara Kullanımı, n (%)	
Evet	61 (20,3)
Hayır	239 (79,7)
Kronik Hastalık, n (%)	
Var	87 (29,0)
Yok	213 (71,0)
Gebelik İsteği, n (%)	
Şu an yok	258 (86,0)
Kararsız	42 (14,0)
Kısırlık Tedavisi, n (%)	
Var	13 (4,3)
Yok	287 (95,7)

VKİ: Vücut kitle indeksi.

Katılımcıların yaş medyanı 33,0 (IQR: 11,8), kilo medyanı 67,0 (IQR: 19,0), boy medyanı 163,0 (IQR: 7,0) ve vücut kitle indeksi (VKİ) medyanı 24,5 (IQR: 7,8) olarak belirlenmiştir. Eğitim düzeyi açısından, katılımcıların %6,6'sı ilkokul, %2,7'si ortaokul, %21,7'si lise, %45,0'ı üniversite ve %24,0'ı yüksek lisans veya doktora mezunudur. Çalışma durumu incelendiğinde, katılımcıların %66,7'si çalışmakta, %33,3'ü ise çalışmamaktadır.

Gebelik geçmişine bakıldığında, katılımcıların %72,0'si gebelik yaşamış, %28,0'si ise hiç gebelik yaşamamıştır. Kürtaj geçmişi olan katılımcıların oranı %17,0 iken, %83,0'ü hiç kürtaj geçirmemiştir. Katılımcıların %20,3'ü sigara içerken, %79,7'si sigara kullanmamaktadır. Kronik hastalık durumuna bakıldığında, katılımcıların %29,0'ında kronik hastalık bulunmakta, %71,0'inde ise bulunmamaktadır. Katılımcıların büyük çoğunluğu (%86,0) şu anda gebelik istememekte, %14,0'ü ise kararsızdır. Son olarak, kısırlık tedavisi geçmişi olan katılımcıların oranı %4,3 olup, %95,7'si kısırlık tedavisi görmemiştir.

Tablo 4.2. Kilo durumuna göre kullanılan doğum kontrol yöntemlerinin karşılaştırılması.

Değişkenler, n (%)	Normal Kilolu (n = 150)	Fazla Kilolu (n = 75)	Obez (n = 75)	p - değeri
Kondom (prezervatif)	90 (60,0)	36 (48,0)	39 (52,0)	0,195
Geri çekilme	53 (35,3)	21 (28,0)	21 (28,0)	0,394
Spiral (rahim içi araç)	14 (9,3)	11 (14,7)	13 (17,3)	0,196
Doğum kontrol hapi	23 (15,3)	3 (4,0)	3 (4,0)	0,004*
Sterilizasyon (tüplerini bağlatma)	3 (2,0)	14 (18,7)	4 (5,3)	0,001*
Enjeksiyon	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (2,7)	0,123
Acil kontraseptif (ertesi gün hapi)	2 (1,3)	1 (1,3)	0 (0,0)	0,796
Diğer: Takvim, spermisid diyafram veya servikal kap vajinal duş	14 (9,3)	2 (2,7)	0 (0,0)	0,005*

*İstatistiksel olarak 0,05 düzeyinde anlamlıdır.

Tablo 4.2'deki verilere göre, normal kilolu bireylerin doğum kontrol hapi tercih etme oranları (%15,3) diğer gruplara göre (%4,0) istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur (p = 0,004). Sterilizasyon yöntemi ise normal kilolu bireylerde çok daha düşük oranda kullanılırken (%2,0) fazla kilolu (%18,7) bireylerde anlamlı olarak daha yüksek oranlarda kullanıldığı görülmüştür (p = 0,001). Diğer yöntemler kategorisi içinde takvim yöntemi, spermisid, diyafram veya servikal kap vajinal duş gibi yöntemlerin kullanımında da normal kilolu bireylerin diğer gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (p = 0,005).

Tablo 4.3. Kullanılan doğum kontrol yönteminin tercih edilme sebeplerinin dağılımı.

Değişkenler, n (%)	N = 300
Benim için daha ulaşılabilir.	89 (29,7)
Diğer yöntemlerle yan etki yaşamaktan korkuyorum.	115 (38,7)
Kiloma etki etmeyeceğini düşünüyorum.	26 (8,7)
Güvenilir buluyorum.	187 (62,7)
Başka bir yöntem bilmiyorum.	1 (0,3)

Tablo 4.3’de yer alan bilgilere göre, katılımcılar arasında kullanılan doğum kontrol yönteminin en yaygın tercih edilme sebebi, yöntemin güvenilir bulunması (%62,7) olarak belirlenmiştir. Bu sebebi, %38,7 ile diğer yöntemlerle yan etki yaşamaktan korkma ve %29,7 ile yöntemin daha ulaşılabilir olması takip etmektedir.

Tablo 4.4. Eğitim düzeyine göre bilinen doğum kontrol yöntemlerinin karşılaştırılması.

Değişkenler, n (%)	İlkokul (n = 20)	Ortaokul (n = 8)	Lise (n = 65)	Üniversite (n = 135)	Yüksek Lisans/Dokto ra (n = 72)	p - değeri
Doğum kontrol hapsi	17 (85,0)	8 (100,0)	58 (89,2)	106 (78,5)	65 (90,3)	0,100
Kondom (Prezervatif)	17 (85,0)	7 (87,5)	58 (89,2)	119 (88,1)	68 (94,4)	0,471
Spiral (Rahim içi araç)	18 (90,0)	6 (75,0)	52 (80,0)	108 (80,0)	59 (81,9)	0,852
Geri çekilme (Geleneksel yöntemler)	13 (65,0)	5 (62,5)	50 (76,9)	104 (77,0)	60 (83,3)	0,340
Acil kontraseptif (Ertesi gün hapsi)	8 (40,0)	5 (62,5)	36 (55,4)	94 (69,6)	57 (79,2)	0,002*
Enjeksiyon	10 (50,0)	2 (25,0)	42 (64,6)	74 (54,8)	52 (72,2)	0,026*
İmplant (Deri altı)	4 (20,0)	2 (25,0)	30 (46,2)	70 (51,9)	49 (68,1)	0,001*
Sterilizasyon (Tüplerini bağlatma)	10 (50,0)	3 (37,5)	39 (60,0)	85 (63,0)	55 (76,4)	0,040*

*İstatistiksel olarak 0,05 düzeyinde anlamlıdır.

Tablo 4.4, farklı eğitim düzeylerine sahip katılımcılar arasında bilinen doğum kontrol yöntemlerinin oranlarını ve bu oranların istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığını gösterilmektedir. Sonuçlara göre, acil kontraseptif yönteminin bilinme oranı, eğitim düzeyi arttıkça anlamlı bir artış göstermekte olup, ilkokul düzeyinde %40, yüksek lisans/doktora düzeyinde ise %79,2 oranında bilinmektedir ($p = 0,002$). Enjeksiyon yöntemi, ilkokul düzeyinde %50 oranında bilinirken, yüksek lisans/doktora düzeyinde bu oran %72,2’ye çıkmaktadır ($p = 0,026$). İmplant yönteminin bilinme oranı da eğitim düzeyi arttıkça belirgin bir artış göstermekte olup, ilkokul düzeyinde %20 iken yüksek lisans/doktora düzeyinde %68,1’e ulaşmaktadır ($p = 0,001$). Son olarak, sterilizasyon yöntemi ilkokul düzeyinde %50 oranında bilinmekteyken, yüksek lisans/doktora düzeyinde %76,4 oranında bilinmektedir ($p = 0,040$).

Özetle, doğum kontrol hâpı, kondom, spiral ve geri çekilme yöntemlerinin bilinme oranları eğitim düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermezken, acil kontraseptif, enjeksiyon, implant, sterilizasyon yöntemlerinin bilinme oranları eğitim düzeylerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar göstermektedir.

Tablo 4.5. Eğitim düzeyine göre doğum kontrol yöntemi kullanımlarının karşılaştırılması.

Değişkenler, n (%)	İlkokul (n = 20)	Ortaokul (n = 8)	Lise (n = 65)	Üniversite (n = 135)	Yüksek Lisans/Dokt ora (n = 72)	p - değeri
Kondom (Prezervatif)	8 (40,0)	3 (37,5)	33 (50,8)	70 (51,9)	51 (70,8)	0,027*
Geri çekilme	3 (15,0)	4 (50,0)	17 (26,2)	47 (34,8)	24 (33,3)	0,242
Spiral (Rahim içi araç)	2 (10,0)	1 (12,5)	11 (16,9)	21 (15,6)	3 (4,2)	0,085
Doğum kontrol hâpı	3 (15,0)	0 (0,0)	1 (1,5)	9 (6,7)	16 (22,2)	0,000*
Sterilizasyon (Tüplerini bağlatma)	4 (20,0)	0 (0,0)	10 (15,4)	7 (5,2)	0 (0,0)	0,000*
Enjeksiyon	1 (5,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,4)	0,110
Acil kontraseptif (Ertesi gün hâpı)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,7)	2 (2,8)	0,485
Diğer: Takvim, spermisid diyafram veya servikal kap vajinal duş	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	5 (3,7)	11 (15,3)	0,002*

*İstatistiksel olarak 0,05 düzeyinde anlamlıdır.

Farklı eğitim düzeylerine sahip katılımcıların çeşitli doğum kontrol yöntemi kullanım oranlarına ilişkin veriler Tablo 4.5'te sunulmaktadır. Sonuçlar, eğitim düzeyi arttıkça kondom kullanımının oranının istatistiksel olarak anlamlı şekilde arttığını göstermektedir ($p = 0,027$). Özellikle yüksek lisans/doktora düzeyinde %70,8 ile en yüksek kondom kullanım oranı gözlemlenmiştir. Doğum kontrol hâpı kullanımı da eğitim düzeyi arttıkça istatistiksel olarak anlamlı şekilde artmaktadır ($p < 0,001$). Diğer doğum kontrol yöntemleri kategorisi altında yer alan takvim yöntemi, spermisid, diyafram veya servikal kap gibi yöntemler ise eğitim düzeyi arttıkça kullanılma oranında anlamlı bir artış göstermektedir ($p = 0,002$). Buna karşın sonuçlarda eğitim düzeyi arttıkça sterilizasyon kullanımının istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde azaldığı gözlemlenmiştir ($p < 0,001$). Sterilizasyon kullanımı ilkököl düzeyinde %20, lise düzeyinde %15,4 iken iken bu oran üniversite düzeyinde %5,2 ve yüksek lisans/doktora düzeyinde %0'dır.

Tablo 4.6. Eğitim düzeyine göre bırakılan doğum kontrol yöntemlerinin karşılaştırılması.

Değişkenler, n (%)	İlkokul (n = 20)	Ortaokul (n = 8)	Lise (n = 65)	Üniversite (n = 135)	Yüksek Lisans/Dokt ora (n = 72)	p - değeri
Spiral	7 (35,0)	3 (37,5)	10 (15,4)	14 (10,4)	6 (8,3)	0,007*
Doğum kontrol hapi	4 (20,0)	2 (25,0)	18 (27,7)	35 (25,9)	32 (44,4)	0,059
Kondom	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,5)	8 (5,9)	6 (8,3)	0,363
Enjeksiyon	2 (10,0)	0 (0,0)	3 (4,6)	2 (1,5)	1 (1,4)	0,150
Geri çekilme	1 (5,0)	0 (0,0)	3 (4,6)	2 (1,5)	0 (0,0)	0,209
Ertesi gün hapi	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,5)	1 (0,7)	0 (0,0)	0,580

*İstatistiksel olarak 0,05 düzeyinde anlamlıdır.

Farklı eğitim düzeylerine sahip katılımcıların bıraktıkları doğum kontrol yöntemleri Tablo 4.6’te karşılaştırılmaktadır. Spiral yöntemini bırakma oranı, eğitim düzeyi arttıkça istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde azalmaktadır ($p = 0,007$). İlkokul mezunları arasında spiral yöntemini bırakanların oranı %35 iken, bu oran yüksek lisans/doktora düzeyinde %8,3’e düşmektedir. Tabloda yer alan diğer doğum kontrol yöntemlerini bırakan katılımcıların oranı incelendiğinde, eğitim düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlemlenmemiştir.

Tablo 4.7. Çalışma durumuna göre doğum kontrol yöntemi kullanımlarının karşılaştırılması.

Değişkenler, n (%)	Çalışıyor (n = 200)	Çalışmıyor (n = 100)	p - değeri
Kondom (Prezervatif)	120 (60,0)	45 (45,0)	0,014*
Geri çekilme	62 (31,0)	33 (33,0)	0,726
Spiral (Rahim içi araç)	22 (11,0)	16 (16,0)	0,220
Doğum kontrol hapi	26 (13,0)	3 (3,0)	0,006*
Sterilizasyon (Tüplerini bağlatma)	8 (4,0)	13 (13,0)	0,004*
Enjeksiyon	1 (0,5)	1 (1,0)	0,999
Acil kontraseptif (Ertesi gün hapi)	3 (1,5)	0 (0,0)	0,553
Diğer: Takvim, spermisid diyafram veya servikal kap vajinal duş	15 (7,5)	1 (1,0)	0,018

*İstatistiksel olarak 0,05 düzeyinde anlamlıdır.

Tablo 4.7’de, çalışan ve çalışmayan katılımcılar arasında doğum kontrol yöntemlerinin kullanımı karşılaştırılmıştır. Çalışanlarda (%60,0) kondom kullanımının çalışmayanlara (%45) göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir ($p = 0,014$). Doğum kontrol hapi da çalışan katılımcılar arasında daha yaygın olarak kullanılmaktadır (%13,0), bu da istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık ortaya koymaktadır ($p = 0,006$). Sterilizasyon yöntemi ise çalışmayan katılımcılar arasında daha fazla tercih edilmektedir ($p = 0,004$).

Tablo 4.8. Gebe kalma isteğine göre doğum kontrol yöntemi kullanımlarının karşılaştırılması.

Değişkenler, n (%)	Yok (n = 258)	Kararsız (n = 42)	p - değeri
Kondom (Prezervatif)	138 (53,5)	27 (64,3)	0,192
Geri çekilme	80 (31,0)	15 (35,7)	0,543
Spiral (Rahim içi araç)	35 (13,6)	3 (7,1)	0,246
Doğum kontrol hapı	24 (9,3)	5 (11,9)	0,576
Sterilizasyon (Tüplerini bağlatma)	21 (8,1)	0 (0,0)	0,054
Enjeksiyon	2 (0,8)	0 (0,0)	0,999
Acil kontraseptif (Ertesi gün hapı)	3 (1,2)	0 (0,0)	0,999
Diğer: Takvim, spermisid diyafram veya servikal kap vajinal duş	13 (5,0)	3 (7,1)	0,477

Tablo 4.8'ye göre, gebe kalma isteği olmayan bireyler ile kararsız bireyler arasında doğum kontrol yöntemi kullanımları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p > 0,05$).

Tablo 4.9. Gebe kalma durumuna göre doğum kontrol yöntemi kullanımlarının karşılaştırılması.

Değişkenler, n (%)	Evet (n = 216)	Hayır (n = 84)	p - değeri
Kondom (Prezervatif)	104 (48,1)	61 (72,6)	0,000*
Geri çekilme	71 (32,9)	24 (28,6)	0,472
Spiral (Rahim içi araç)	35 (16,2)	3 (3,6)	0,003*
Doğum kontrol hapı	8 (3,7)	21 (25,0)	0,000*
Sterilizasyon (Tüplerini bağlatma)	21 (9,7)	0 (0,0)	0,003*
Enjeksiyon	2 (0,9)	0 (0,0)	0,999
Acil kontraseptif (Ertesi gün hapı)	1 (0,5)	2 (2,4)	0,190
Diğer: Takvim, spermisid diyafram veya servikal kap vajinal duş	7 (3,2)	9 (10,7)	0,018*

*İstatistiksel olarak 0,05 düzeyinde anlamlıdır.

Tablo 4.9'de, gebe kalma durumuna göre doğum kontrol yöntemi kullanımlarının karşılaştırması sunulmaktadır. Gebe kalmış kadınların %48,1'i kondom kullanırken, gebe kalmamış kadınlarda bu oran %72,6 olarak belirlenmiştir ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,001$). Spiral kullanım oranı gebe kalmış kadınlarda %16,2 iken, gebe kalmamış kadınlarda %3,6 olup, bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p = 0,003$). Doğum kontrol hapı kullanım oranı, gebe kalmış kadınlarda (%3,7) gebe kalmamış kadınlara (%25,0) göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha düşüktür ($p < 0,001$). Sterilizasyon yöntemi kullanım oranı gebe kalmış kadınlarda %9,7 iken, gebe kalmamış kadınlarda bu yöntem hiç kullanılmamıştır ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p = 0,003$). Diğer yöntemlerin (takvim, spermisid diyafram veya servikal kap vajinal duş) kullanım oranı, gebe

kalmamış kadınlarda (%10,7) gebe kalmış kadınlara (%3,2) göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksektir ($p = 0,018$).

Tablo 4.10. Kürtaj olma durumuna göre doğum kontrol yöntemi kullanımlarının karşılaştırılması.

Değişkenler, n (%)	Evet (n = 51)	Hayır (n = 249)	p - değeri
Kondom (Prezervatif)	23 (45,1)	142 (57,0)	0,119
Geri çekilme	16 (31,4)	79 (31,7)	0,960
Spiral (Rahim içi araç)	6 (11,8)	32 (12,9)	0,832
Doğum kontrol hapı	2 (3,9)	27 (10,8)	0,191
Sterilizasyon (Tüplerini bağlatma)	10 (19,6)	11 (4,4)	0,000*
Enjeksiyon	1 (2,0)	1 (0,4)	0,312
Acil kontraseptif (Ertesi gün hapı)	0 (0,0)	3 (1,2)	0,999
Diğer: Takvim, spermisid diyafram veya servikal kap vajinal duş	0 (0,0)	16 (6,4)	0,083

*İstatistiksel olarak 0,05 düzeyinde anlamlıdır.

Tablo 4.910, kürtaj olma durumuna göre doğum kontrol yöntemi kullanımlarının karşılaştırılmasını sunmaktadır. Sonuçlara göre, sterilizasyon (tüplerini bağlatma) kullanımı, kürtaj olan kadınlarda (%19,6), kürtaj olmayan kadınlara (%4,4) göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur ($p < 0,001$).

Tablo 4.11. Kronik hastalık varlığına göre bırakılan doğum kontrol yöntemlerinin karşılaştırılması.

Değişkenler, n (%)	Evet (n = 87)	Hayır (n = 213)	p - değeri
Spiral	13 (14,9)	27 (12,7)	0,600
Doğum kontrol hapı	32 (36,8)	59 (27,7)	0,120
Kondom	3 (3,4)	12 (5,6)	0,566
Enjeksiyon	6 (6,9)	2 (0,9)	0,009*
Geri çekilme	2 (2,3)	4 (1,9)	0,999
Ertesi gün hapı	1 (1,1)	1 (0,5)	0,497

*İstatistiksel olarak 0,05 düzeyinde anlamlıdır.

Tablo 4.11’de, kronik hastalığı olan ve olmayan katılımcılar arasında bırakılan doğum kontrol yöntemlerinin dağılımını karşılaştırmaktadır. Veriler, kronik hastalığı olan katılımcılar arasında enjeksiyonun bırakılma oranının ($p = 0,009$) önemli ölçüde daha yüksek olduğunu göstermektedir. Diğer doğum kontrol yöntemlerinin bırakılmasında, kronik hastalık varlığı ile anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir ($p > 0,05$).

5. TARTIŞMA

Araştırmamızdaki bulgulara göre normal kilolu bireylerin doğum kontrol hapi tercih etme oranları fazla kilolu ve obez bireylere göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksektir. 2015'te ve 2006'da ABD'de yapılan çalışmalarda da doğum kontrol hapi kullanımı normal kilolu kadınlar arasında daha yaygın bulunmuştur (8,69). Bulgularımıza göre sterilizasyon yöntemi ise fazla kilolu kadınlarda daha fazla tercih edilmiştir. 2008 ve 2006'da yine ABD'de yapılan çalışmalarda sterilizasyon kullanımı VKİ arttıkça artmıştır (9,69). Bu bulgular literatür ile uyumludur. Çalışmamızda diğer yöntemler (takvim yöntemi, spermisid, diyafram veya servikal kap vajinal duş) kullanımı normal kilolu bireylerde diğer gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur. 2015 ve 2006'da ABD'deki araştırmalarda bu yöntemlerin kullanımıyla VKİ arasında anlamlı fark çıkmamıştır (8,69). Araştırmamıza göre kondom, geri çekilme, RİA, acil kontraseptif ve enjeksiyon yöntemleri kullanımı ve VKİ arasında bir ilişki bulunmamıştır. 2015'te ABD'de yapılan çalışmada kondom, geri çekilme ve acil kontraseptif yöntemleri kullanımı VKİ ile ilişkisizken enjeksiyon normal kilolu kadınlarda, RİA ise sınıf 2 obeziteli kadınlarda yaygındır (8). 2010'da ABD'de yapılan çalışmada RİA fazla kilolu/obez kadınlarda yaygınken, enjeksiyon normal kilolu kadınlarda yaygın bulunmuş ve kondom, geri çekilme, acil kontraseptif yöntemlerin tercihi ve VKİ arasında anlamlı fark bulunmamıştır (9). Bu bulgular literatür ile uyumsuz bulunmuştur. Çalışmamızın örneklemindeki sosyodemografik ve kültürel farklılıklar buna sebep olmuş olabilir. Ayrıca farklı ülkelerdeki sağlık sistemi özellikleri ve doktorların fazla kilolu/obez kadınlara yönelik kontrasepsiyon yaklaşımı değişkenlik göstermiş olup bu durum çalışmalarının bulgularına yansımış olabilir.

Çalışmamızda katılımcılar kullandıkları doğum kontrol yöntemini tercih etme sebeplerinden en sık olarak yöntemin güvenilir bulunmasını, ikinci sırada diğer yöntemlerle yan etki yaşamaktan korkmayı ve üçüncü sırada yöntemin daha ulaşılabilir olmasını belirtmiştir. 2015'te ABD'de yapılan çalışmada doğum kontrol yöntemi seçerken en önemli özellikler sıralamasında etkililik, güvenlik, yöntemin yan etkileri olmaması, yöntemin maliyeti ve uzun süreli veya unutulabilir olup olmadığı (70). 2012'de yine

ABD’de yapılan çalışmada kontraseptif yöntemin etkinliği, yan etkilerinin olmaması, uygun fiyatlı ve kolay erişilebilir olması, ne zaman ve nasıl kullanacakları üzerinde kontrol sahibi olmak en sık tercih sebepleri arasındaydı (71). Bizim çalışmamızda da sonuçlar bu çalışmalarla uyumludur.

Çalışmamıza göre acil kontraseptif, enjeksiyon, implant, sterilizasyon yöntemlerinin bilinme oranları eğitim düzeyi arttıkça anlamlı olarak artmaktadır. Portekiz’de 2015’te yapılan çalışmada yüksek öğrenim seviyesi acil kontrasepsif hakkında daha yüksek bir bilgi seviyesi için belirleyici bir faktör olarak tanımlandı (72). Vietnam’da 2022’de yapılan çalışmada ise sterilizasyon bilgisi ve eğitim düzeyi arasındaki ilişki anlamlı idi (73). 2015’te Pakistan’da yapılan çalışmada eğitim seviyesinin artmasıyla birlikte implant hakkında bilgiye sahip olma yüzdesinde mutlak bir artış gözlemlenmiştir (74). 1999’da Kocaeli’nde yapılan araştırmada eğitim seviyesi ile enjekte edilebilir kontraseptifler hakkında bilgi arasında bir ilişki bulunamamıştır (75). Bulgularımıza göre doğum kontrol hapı, kondom, spiral ve geri çekilme yöntemlerinin bilinme oranlarının eğitim düzeyi ile anlamlı bir ilişkisi bulunmamıştır. Yine 1999’da Kocaeli’nde yapılan çalışmada eğitim seviyesi ile doğum kontrol hapı, kondom, geri çekilme hakkındaki bilgi arasında bir ilişki bulunmazken; okuryazar olmayan grup spiral hakkında daha az bilgiye sahipti (75). Bulgularımız genellikle literatürdeki çalışmalarla uyumlu bulunmuştur.

Çalışmamızda eğitim düzeyi arttıkça kondom ve doğum kontrol hapı kullanım oranı istatistiksel olarak anlamlı şekilde artmış, sterilizasyon tercihi azalmıştır. 2009’da Hindistan’da yapılan ve 2013’de Etiyopya’da yapılan çalışmalarda da eğitim düzeyi arttıkça kondom ve doğum kontrol hapı kullanımı artmakla birlikte sterilizasyon tercihi azalmaktadır (76,77). Bulgularımıza göre geri çekilme, RİA, enjeksiyon, acil kontraseptif ve diğer yöntemler tercihinde eğitim düzeyi ile anlamlı bir fark bulunmadı. 2013’de Etiyopya’da yapılan çalışmada eğitim düzeyi arttıkça RİA kullanımı azalmakta olup geri çekilme, enjeksiyon, acil kontraseptif ve diğer yöntemler kullanımı artmıştır (77). Yine Hindistan’da 2009’da yapılan çalışmaya göre eğitim düzeyi ile geri çekilme, RİA, enjeksiyon, acil kontraseptif ve diğer yöntemlerin tercihinde anlamlı fark bulunmamıştır (76). Bulgularımız genel manada literatür ile paraleldi.

Çalışmamızda eğitim düzeyi azaldıkça spirali bırakma oranında anlamlı bir artış görüldü. 2016’da Etiyopya’daki çalışmada eğitim düzeyi daha düşük olan kadınların RİA’yı bırakma olasılığı daha yüksek bulunmuştur (78). 1997’de Ürdün’de yapılan çalışmada ise eğitim düzeyi ile spiralın bırakılması arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (79). Bulgularımızda eğitim düzeyi ile doğum kontrol hapı, kondom, enjeksiyon, geri çekilme ve

ertesini gün hapını bırakma arasında bir ilişki yoktur. Yine Ürdün’de ve Etiyopya’da yapılan çalışmalarda bu yöntemleri bırakma ve eğitim düzeyi arasında bir ilişki bulunmamıştır (78,79). Bulgularımız literatür ile genel olarak uyumluluk göstermektedir.

Çalışmamızda kondom ve doğum kontrol hapı kullanımı çalışma durumuyla anlamlı olarak artmakta, sterilizasyon yöntemi kullanımı ise azalmaktaydı. 2018’de Endonezya’da ve 2012’de Bangladeş’te yapılan çalışmalarda kondom, sterilizasyon ve doğum kontrol hapı da dahil olmak üzere kullanılan kontraseptif yöntem ve çalışma durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştı (80,81). Bulgularımızın literatür ile uyumsuz olmasının sebepleri arasında yeterli örneklem büyüklüğüne ulaşamaması ve örneklemimizin sosyodemografik ve kültürel özelliklerinin diğer çalışmalardan farklı olması yer alabilir.

Araştırmamızdaki bulgulara göre gebelik isteği olmayan bireyler ile gebelik konusunda kararsız bireyler arasında kullanılan kontraseptif türü (kondom, geri çekilme, spiral, doğum kontrol hapı, sterilizasyon, enjeksiyon, acil kontraseptif, diğer) açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu. 2016’da Avustralya’daki araştırmaya göre kesin olarak gebelik niyeti olmayan kadınlar, gebelik konusunda kararsız kadınlara göre daha çok RİA ve implant tercih etmekle birlikte diğer yöntemler arasında anlamlı bir fark yoktu (80). 2019’da ABD’deki araştırmaya göre gebelik niyeti ile kullanılan kontraseptif yöntem türü arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (81). Çalışmamızdaki sonuçlar genel manada literatür ile uyumludur.

Araştırmamıza göre daha önce gebelik yaşayan hastalar nullipar hastalara göre spirali ve sterilizasyonu daha fazla tercih etmiştir. 2013’de Etiyopya’da yapılan çalışmada gebelik yaşamış kadınların nulliparlara göre spiral ve sterilizasyon tercihi artmıştır (77). 1996’da Bangladeş’teki çalışmada gebelik yaşamış kadınlarda gebelik yaşamayanlara nazaran spiral tercihi artmakla birlikte sterilizasyon tercihi azalmıştır (82). Bulgularımızda nullipar hastalarda kondom, doğum kontrol hapı ve diğer yöntemler anlamlı bulunmuştur. 2017’de Gana’da yapılan çalışmada nulliparlarda kondom ve diğer yöntemler hakimken doğum kontrol hapı kullanımında anlamlı fark yoktu (83). 2013 Etiyopya çalışmasında nullipar kadınlarda kondom, doğum kontrol hapı yayginken diğer yöntemler arasında anlamlı fark yoktu (77). Bulgularımızın literatürden farklı olmasının sebepleri arasında örneklemimizdeki sosyodemografik farklılıklar veya çalışmamızdaki katılımcı seçim kriterlerinin ve istatistiksel analiz yöntemlerinin literatürdeki çalışmalardan farklı olması yer alabilir.

Çalışmamızda kürtaj geçmişi olan katılımcılarda sterilizasyon tercihi anlamlı olarak daha yüksekti. Kalan kontraseptif yöntemlerin tercihinde ise anlamlı bir fark yoktu. 2014’te

Birleşik Krallık'ta yapılan çalışmada kürtaj öyküsü ile kullanılan kontraseptif yöntem arasında sterilizasyon da dahil anlamlı bir fark bulunmamıştır (84). 2006'da ABD'deki çalışmada sterilizasyon ile kürtaj öyküsü arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Fakat kürtaj öyküsü olan kadınların kondom, doğum kontrol hapı ve RİA kullanma olasılığı daha yüksekken; kürtaj olmayan kadınların enjeksiyonu kullanımı daha yaygındır (85). Çalışmamızın literatürle uyumsuzluk gösterme sebepleri arasında; farklı toplumlarda kadınlara sunulan kontraseptif hizmetlerde ve kadınların bu hizmetlere erişiminde farklılıklar olması olabilir. Ayrıca farklı toplumlarda katılımcıların kontraseptif yöntemler hakkında bilgi ve farkındalık düzeyinin değişkenlik göstermesi kontraseptif tercihlerini etkilemiş olabilir. Öte yandan bu toplumlarda kadınların kürtaja bakış açısı da toplumumuza göre değişkenlik gösteriyor olup bu durum kadınların kontraseptif tercih ederkenki eğilimlerinin farklı olmasına sebep olmuş olabilir.

Çalışmamızda bırakılan kontraseptif yöntemlerin kronik hastalık varlığı ile olan ilişkisine bakıldığında kronik hastalığı olan katılımcılar arasında enjeksiyon yöntemini bırakma oranı kronik hastalığı olmayan katılımcılara göre istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Kalan kontraseptif yöntemler arasında anlamlı fark bulunmamıştır. 2016'da Etiyopya'da yapılan çalışmada anemik kadınların anemik olmayan kadınlara kıyasla enjeksiyonu bırakma riski istatistiksel olarak anlamlı derecede fazlaydı. Diğer kontraseptif yöntemler arasında anlamlı fark yoktu (86). Bulgularımız bu çalışma ile uyumlu olmakla birlikte literatürde bu konu ile ilgili yeterli çalışma bulunmamaktadır.

Çalışmamızın kısıtlılıkları örneklem boyutunun küçük olması ve yeterli örneklem büyüklüğüne ulaşamamasıdır.

6. SONUÇ

VKİ'nin kontraseptif yöntem tercihlerinde belirleyici bir faktör olduğu, fazla kilolu ve obez kadınların hormonal yöntemlerden kaçınıp sterilizasyon gibi daha kalıcı yöntemlere yöneldiği gözlemlenmiştir. Ayrıca kadınların kontraseptif seçiminde eğitim düzeyi, çalışma durumu, gebelik öyküsü, gebelik niyeti, kürtaj ve kronik hastalık varlığı gibi sosyodemografik faktörler önemli rol oynamaktadır. Eğitim düzeyi arttıkça doğum kontrol hapı ve kondom kullanım oranlarının arttığı, sterilizasyon kullanımının ise azaldığı; ek olarak implant, enjeksiyon sterilizasyon ve acil kontraseptifler hakkında farkındalığın arttığı tespit edilmiştir.

VKİ, kontraseptif yöntem tercihlerinde dikkate alınması gereken önemli bir faktördür. Fazla kilolu ve obez kadınlar için daha etkili, kalıcı ve yan etki profili daha az yöntemler önerilmelidir. Kadınların kontraseptif yöntemler hakkında bilgi düzeylerini artırmak için eğitim programları düzenlenmeli ve kadınların bu şekilde daha bilinçli kontraseptif tercih yapmaları sağlanmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Taşkın L. lale Taşkın.pdf. 2021 [cited 2024 Aug 2]; Available from: <https://www.nobelkitabevi.com.tr/hemsirelik-kadin-hastaliklari-ve-dogum-ebelik/9287-dogum-ve-kadin-sagligi-hemsireligi-9759466104.html>
2. İstenmeyen gebeliklerde kontraseptif yöntem bilgi düzeyi ve postpartum kontraseptif yöntem tercihleri - Nobel Medicus - Multidisipliner Tıbbi, Genel Bilimsel ve Tarafsız Dergi [Internet]. [cited 2024 Aug 2]. Available from: <https://www.nobelmedicus.com/tr/article/409>
3. Cansun Demir Bülent Tıraş Oya Gökmen Doç Berna Dilbaz Yrd Doç Özgür Yeniel Y. Oral Kontrasepsiyon Kılavuzu Editör Prof. Dr. İsmail Mete İtil.
4. T.C. Sağlık Bakanlığı | E-Kütüphane - Üreme Sağlığına Giriş Katılımcı Kitabı [Internet]. [cited 2024 Aug 2]. Available from: <https://ekutuphane.saglik.gov.tr/Yayin/327>
5. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü [Internet]. [cited 2024 Aug 2]. Available from: https://hips.hacettepe.edu.tr/tr/2018_turkiye_nufus_ve_saglik_arastirmasi-55
6. On yıllık adolesan gebelik sonuçlarımız | TRDizin [Internet]. [cited 2024 Aug 2]. Available from: <https://search.trdizin.gov.tr/tr/yayin/detay/61537/>
7. Gharaibeh Arwa Oweis Farouk M N Shakhathreh Erika Sivarajan Froelicher MK, Muntaha Gharaibeh BK, Oweis A, Shakhathreh FM, Sivarajan Froelicher E. Factors Associated with Contraceptive Use among Jordanian Factors Associated with Contraceptive Use among Jordanian Muslim Women: Implications for Health and Social Policy Muslim Women: Implications for Health and Social Policy Factors Associated with Contraceptive Use among Jordanian Muslim Women: Implications for Health and Social Policy. 2011 [cited 2024 Aug 2]; Available from: <https://vc.bridgew.edu/jiws/vol12/iss3/11>
8. Mosher WD, Lantos H, Burke AE. Obesity and contraceptive use among women 20-44years of age in the United States: results from the 2011-15 National Survey of Family Growth (NSFG). Contraception [Internet]. 2018 May 1 [cited 2024 Jul 30];97(5):392–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29221939/>
9. Scott-Ram R, Chor J, Bhogireddy V, Keith L, Patel A. Contraceptive choices of overweight and obese women in a publically funded hospital: possible clinical implications. Contraception [Internet]. 2012 Aug [cited 2024 Jul 30];86(2):122–6. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22459235/>
10. Houvéssou GM, Fariás-Antúnez S, da Silveira MF. Combined hormonal contraceptives use among women with contraindications according to the WHO criteria: A systematic review. Sex Reprod Healthc [Internet]. 2021 Feb 1 [cited 2024 Jul 12];27. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2020.100587>
11. Laurant JR, Lehman EB, Deimling TA, Legro RS, Chuang CH. Combined hormonal contraception use in reproductive-age women with contraindications to estrogen use. Am J Obstet Gynecol [Internet]. 2016 Sep 1 [cited 2024 Jul 12];215(3):330.e1-330.e7. Available from: <http://www.ajog.org/article/S0002937816300060/fulltext>
12. Horton LG, Simmons KB, Curtis KM. Combined hormonal contraceptive use among obese women and risk for cardiovascular events: A systematic review. Contraception [Internet]. 2016 Dec 1 [cited 2024 Jul 12];94(6):590–604. Available from: <http://www.contraceptionjournal.org/article/S001078241630110X/fulltext>
13. Dragoman M V., Simmons KB, Paulen ME, Curtis KM. Combined hormonal contraceptive (CHC) use among obese women and contraceptive effectiveness: a systematic review. Contraception [Internet]. 2017 Feb 1 [cited 2024 Jul 12];95(2):117–29. Available from: <http://www.contraceptionjournal.org/article/S0010782416304772/fulltext>
14. Igundu A, Seok YM, Olatunji LA, Kang SH, Kim I. Combined oral contraceptive synergistically activates mineralocorticoid receptor through histone code modifications. Eur J Pharmacol. 2015 Dec 15;769:48–54.
15. Roach REJ, Helmerhorst FM, Lijfering WM, Stijnen T, Algra A, Dekkers OM. Combined oral contraceptives: The risk of myocardial infarction and ischemic stroke. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 2015 Aug 27 [cited 2024 Jul 12];2015(8). Available from: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD011054.pub2/full>

16. de Bastos M, Stegeman BH, Rosendaal FR, Van Hylckama Vlieg A, Helmerhorst FM, Stijnen T, et al. Combined oral contraceptives: Venous thrombosis. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2014 Mar 3 [cited 2024 Jul 12];2014(3). Available from: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD010813.pub2/full>
17. Vrbíková J, Cibula D. Combined oral contraceptives in the treatment of polycystic ovary syndrome. *Hum Reprod Update* [Internet]. 2005 May 1 [cited 2024 Jul 12];11(3):277–91. Available from: <https://dx.doi.org/10.1093/humupd/dmi005>
18. Gallo MF, Grimes DA, Lopez LM, Schulz KF, d’Arcangues C. Combination injectable contraceptives for contraception. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2005 Jul 20 [cited 2024 Jul 12];(3). Available from: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004568.pub2/full>
19. Mulders TMT, Dieben TOM, Bennink HJTC. Ovarian function with a novel combined contraceptive vaginal ring. *Human Reproduction* [Internet]. 2002 Oct 1 [cited 2024 Jul 12];17(10):2594–9. Available from: <https://dx.doi.org/10.1093/humrep/17.10.2594>
20. Kerns J, Darney P. Vaginal ring contraception. *Contraception* [Internet]. 2011 Feb 1 [cited 2024 Jul 12];83(2):107–15. Available from: <http://www.contraceptionjournal.org/article/S0010782410004063/fulltext>
21. Roumen FJME. The contraceptive vaginal ring compared with the combined oral contraceptive pill: a comprehensive review of randomized controlled trials. *Contraception* [Internet]. 2007 Jun 1 [cited 2024 Jul 12];75(6):420–9. Available from: <http://www.contraceptionjournal.org/article/S001078240700073X/fulltext>
22. Hormonal contraceptives, progestogens only. *IARC Monogr Eval Carcinog Risks Hum*. 1999;
23. Jacobstein R, Polis CB. Progestin-only contraception: Injectables and implants. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2014 Aug 1;28(6):795–806.
24. Lopez LM, Edelman A, Chen M, Otterness C, Trussell J, Helmerhorst FM. Progestin-only contraceptives: effects on weight. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2013 Jul 2 [cited 2024 Jul 13];7(7). Available from: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008815.pub3>
25. Williams NM, Randolph M, Rajabi-Estarabadi A, Keri J, Tosti A. Hormonal Contraceptives and Dermatology. *Am J Clin Dermatol* [Internet]. 2021 Jan 1 [cited 2024 Jul 13];22(1):69–80. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s40257-020-00557-5>
26. McNaught J, Reid RL, Provencher DM, Lea RH, Jeffrey JF, Oza A, et al. RETIRED: Progesterone-Only and Non-Hormonal Contraception in the Breast Cancer Survivor: Joint Review and Committee Opinion of the Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada and the Society of Gynecologic Oncologists of Canada. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*. 2006 Jul 1;28(7):616–26.
27. Moggia A V., Harris GS, Dunson TR, Diaz R, Moggia MS, Ferrer MA, et al. A comparative study of a progestin-only oral contraceptive versus non-hormonal methods in lactating women in Buenos Aires, Argentina. *Contraception* [Internet]. 1991 Jul 1 [cited 2024 Jul 13];44(1):31–43. Available from: <http://www.contraceptionjournal.org/article/001078249190104N/fulltext>
28. Ks M. Contraception with minipills. *Contemporary Ob Gyn*. 1973;
29. Reese M, Hatcher R. Instructions for minipill users. *Contracept Technol Update*. 1985;
30. Rinehart W. Minipill--a limited alternative for certain women. *Popul Rep A*. 1975;
31. Rocca ML, Palumbo AR, Visconti F, Di Carlo C. Safety and Benefits of Contraceptives Implants: A Systematic Review. *Pharmaceuticals* 2021, Vol 14, Page 548 [Internet]. 2021 Jun 8 [cited 2024 Jul 13];14(6):548. Available from: <https://www.mdpi.com/1424-8247/14/6/548/htm>
32. Kahn HS, Curtis KM, Marchbanks PA. Effects of Injectable or Implantable Progestin-Only Contraceptives on Insulin-Glucose Metabolism and Diabetes Risk. *Diabetes Care* [Internet]. 2003 Jan 1 [cited 2024 Jul 13];26(1):216–25. Available from: <https://dx.doi.org/10.2337/diacare.26.1.216>
33. Díaz S, Zepeda A, Maturana X, Reyes M V., Miranda P, Casado ME, et al. Fertility Regulation in Nursing Women IX. Contraceptive performance, duration of lactation, infant growth, and bleeding pattern during use of progesterone vaginal rings, progestin-only pills, norplant® implant, and copper T 380-A intrauterine devices. *Contraception* [Internet]. 1997 Oct 1 [cited 2024 Jul 13];56(4):223–32. Available from: <http://www.contraceptionjournal.org/article/S0010782497001352/fulltext>
34. Wr F. Progestin-only injectables offer many advantages. *IEEE Netw*. 1995;

35. Kaunitz AM. Injectable contraception: New and Existing Options. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2000 Dec 1;27(4):741–80.
36. Kaneshiro B, Aeby T. Long-term safety, efficacy, and patient acceptability of the intrauterine Copper T-380A contraceptive device. *Int J Womens Health* [Internet]. 2010 Jul 1 [cited 2024 Jul 13];2(1):211–20. Available from: <https://www.dovepress.com/long-term-safety-efficacy-and-patient-acceptability-of-the-intrauterin-peer-reviewed-fulltext-article-IJWH>
37. Sergio de Carvalho N, Barbosa Botelho A, Priscila Mauro D, Alessandra Ferreira K, Chamone Amaro L, Cristina Mendes P, et al. Sexually Transmitted Infections, Pelvic Inflammatory Disease, and the Role from Intrauterine Devices: Myth or Fact? *Journal of Biomedical Sciences* [Internet]. 2017 [cited 2024 Jul 13];6(1):0–0. Available from: <https://www.itmedicalteam.pl/articles/sexually-transmitted-infections-pelvic-inflammatory-disease-and-the-role-from-intrauterine-devices-myth-or-fact-106854.html>
38. Ramanadhan S, Goldstuck N, Henderson JT, Che Y, Cleland K, Dodge LE, et al. Progestin intrauterine devices versus copper intrauterine devices for emergency contraception. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2023 Feb 27 [cited 2024 Jul 13];2023(2). Available from: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD013744.pub2/full>
39. Rivera R, Yacobson I, Grimes D. The mechanism of action of hormonal contraceptives and intrauterine contraceptive devices. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 1999 Nov 1 [cited 2024 Jul 13];181(5 I):1263–9. Available from: <http://www.ajog.org/article/S0002937899701201/fulltext>
40. Rybo G, Andersson K, Odland V. Hormonal Intrauterine Devices. *Ann Med* [Internet]. 1993 [cited 2024 Jul 13];25(2):143–7. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/07853899309164158>
41. Beksinska M, Wong R, Smit J. Male and female condoms: Their key role in pregnancy and STI/HIV prevention. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2020 Jul 1;66:55–67.
42. Hollander D. For Male and Female Condoms, Failure Rates Fall As Users' Experience Grows. *Perspect Sex Reprod Health* [Internet]. 2005 Jun 1 [cited 2024 Jul 13];37(2):103–4. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1931-2393.2005.tb00228.x>
43. Sakondhavit C. The female condom. <https://doi.org/102105/AJPH804498> [Internet]. 2011 Oct 7 [cited 2024 Jul 14];80(4):498. Available from: <https://ajph.aphapublications.org/doi/10.2105/AJPH.80.4.498>
44. Cook LA, Nanda K, Grimes DA, Lopez LM. Diaphragm versus diaphragm with spermicides for contraception. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2003 Jan 20 [cited 2024 Jul 14];2011(10). Available from: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD002031/full>
45. Cagen R. The cervical cap as a barrier contraceptive. *Contraception* [Internet]. 1986 May 1 [cited 2024 Jul 14];33(5):487–96. Available from: <http://www.contraceptionjournal.org/article/S0010782486800075/fulltext>
46. Grimes DA, Lopez LM, Raymond EG, Halpern V, Nanda K, Schulz KF. Spermicide used alone for contraception. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2013 Sep 30 [cited 2024 Jul 14];2013(9). Available from: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD005218.pub3/full>
47. Best K. How effective are spermicides. *IEEE Netw.* 2000;
48. Cp G. Voluntary sterilization: world's leading contraceptive method. *Popul Rep Spec Top Monogr.* 1978;
49. Tunau K, Bello S, Panti A, Alabi S. Spontaneous Pregnancy after Bilateral Tubal Ligation: A Rare Occurance. *Int J Trop Dis Health.* 2020 Dec 11;47–50.
50. Ryder RM, Vaughan MC. Laparoscopic tubal sterilization: Methods, Effectiveness, and Sequelae. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 1999 Mar 1;26(1):83–97.
51. Sieh W, Consortium on behalf of the OCA, Salvador S, Consortium on behalf of the OCA, McGuire V, Consortium on behalf of the OCA, et al. Tubal ligation and risk of ovarian cancer subtypes: a pooled analysis of case-control studies. *Int J Epidemiol* [Internet]. 2013 Apr 1 [cited 2024 Jul 14];42(2):579–89. Available from: <https://dx.doi.org/10.1093/ije/dyt042>
52. Schwingl PJ, Guess HA. Safety and effectiveness of vasectomy. *Fertil Steril* [Internet]. 2000 May 1 [cited 2024 Jul 14];73(5):923–36. Available from: <http://www.fertstert.org/article/S0015028200004829/fulltext>
53. Marks SHF. Vasectomy Reversal. 2019 [cited 2024 Jul 14]; Available from: <http://link.springer.com/10.1007/978-3-030-00455-2>

54. Sznitman SR, Romer D, Brown LK, Diclemente RJ, Valois RF, Venable PA, et al. Prevalence, correlates, and sexually transmitted infection risk related to coitus interruptus among african-american adolescents. *Sex Transm Dis* [Internet]. 2009 Apr [cited 2024 Jul 14];36(4):218–20. Available from: https://journals.lww.com/stdjournal/fulltext/2009/04000/prevalence,_correlates,_and_sexually_transmitted.6.aspx
55. Marston CA, Church K. Does the evidence support global promotion of the calendar-based Standard Days Method® of contraception? *Contraception* [Internet]. 2016 Jun 1 [cited 2024 Jul 14];93(6):492–7. Available from: <http://www.contraceptionjournal.org/article/S0010782416000056/fulltext>
56. Ferranti M. From Birth Control to that “Fresh Feeling”: A Historical Perspective on Feminine Hygiene in Medicine and Media. *Women & Health* [Internet]. 2010 Dec [cited 2024 Jul 14];49(8):592–607. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/03630240903496069>
57. Shen J, Che Y, Showell E, Chen K, Cheng L. Interventions for emergency contraception. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2017 Aug 2 [cited 2024 Jul 14];2017(8). Available from: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD001324.pub5/full>
58. Ellertson C, Webb A, Blanchard K, Bigrigg A, Haskell S, Shochet T, et al. Modifying the Yuzpe regimen of emergency contraception: a multicenter randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology*. 2003 Jun 1;101(6):1160–7.
59. Glasier A, Cameron ST, Blithe D, Scherrer B, Mathe H, Levy D, et al. Can we identify women at risk of pregnancy despite using emergency contraception? Data from randomized trials of ulipristal acetate and levonorgestrel. *Contraception* [Internet]. 2011 Oct 1 [cited 2024 Jul 14];84(4):363–7. Available from: <http://www.contraceptionjournal.org/article/S0010782411000618/fulltext>
60. Von Hertzen H, Van Look PFA. Comparison of three single doses of mifepristone as emergency contraception: A randomised trial. *Lancet* [Internet]. 1999 Feb 27 [cited 2024 Jul 14];353(9154):697–702. Available from: <http://www.thelancet.com/article/S0140673698071906/fulltext>
61. Fine PM. Ulipristal Acetate: A New Emergency Contraceptive that is Safe and More Effective than Levonorgestrel. *Women’s Health* [Internet]. 2011 Jan [cited 2024 Jul 14];7(1):17–9. Available from: <https://doi.org/10.2217/WHE.10.63>
62. Wright RL, Frost CJ, Turok DK. A qualitative exploration of emergency contraception users’ willingness to select the copper IUD. *Contraception* [Internet]. 2012 Jan 1 [cited 2024 Jul 14];85(1):32–5. Available from: <http://www.contraceptionjournal.org/article/S0010782411001703/fulltext>
63. Riewald S. Does the body mass index accurately reflect percent body fat in athletes? *Strength Cond J* [Internet]. 2008 [cited 2024 Jul 15];30(1):80–1. Available from: https://journals.lww.com/nsca-scj/fulltext/2008/02000/does_the_body_mass_index_accurately_reflect.13.aspx
64. Romero-Corral A, Somers VK, Sierra-Johnson J, Thomas RJ, Collazo-Clavell ML, Korinek J, et al. Accuracy of body mass index in diagnosing obesity in the adult general population. *Int J Obes* [Internet]. 2008 Jun [cited 2024 Jul 15];32(6):959–66. Available from: <https://doi.org/10.1038/ijo.2008.11>
65. Chandrasekaran A. Body Mass Index-Is it Reliable Indicator of Obesity? 2018;
66. Pi-Sunyer X, Pi-Sunyer F. Obesity: criteria and classification*. *Proceedings of the Nutrition Society* [Internet]. 2000 [cited 2024 Jul 15];59(4):505–9. Available from: <https://doi.org/10.1017/S0029665100000732>
67. Chooi YC, Ding C, Magkos F. The epidemiology of obesity. *Metabolism* [Internet]. 2019 Mar 1 [cited 2024 Jul 15];92:6–10. Available from: <http://www.metabolismjournal.com/article/S002604951830194X/fulltext>
68. Marques A, Peralta M, Naia A, Loureiro N, De Matos MG. Prevalence of adult overweight and obesity in 20 European countries, 2014. *Eur J Public Health* [Internet]. 2018 Apr 1 [cited 2024 Jul 15];28(2):295–300. Available from: <https://dx.doi.org/10.1093/eurpub/ckx143>
69. Schraudenbach A, McFall S. Contraceptive use and contraception type in women by body mass index category. *Womens Health Issues* [Internet]. 2009 Nov [cited 2024 Jul 30];19(6):381–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19879452/>
70. Madden T, Secura GM, Nease RF, Politi MC, Peipert JF. The role of contraceptive attributes in women’s contraceptive decision making. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2015 Jul 1 [cited 2024 Jul 30];213(1):46.e1-46.e6. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25644443/>

71. Lessard LN, Karasek D, Ma S, Darney P, Deardorff J, Lahiff M, et al. Contraceptive features preferred by women at high risk of unintended pregnancy. *Perspect Sex Reprod Health* [Internet]. 2012 Sep [cited 2024 Jul 30];44(3):194–200. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22958664/>
72. Rodrigues Â, Valentim B, Tavares D, Augusto MJ, Campelo J, Loureiro M, et al. Knowledge and Patterns of Use of Emergency Oral Contraception among Portuguese Female Users of Healthcare Services. *Acta Med Port* [Internet]. 2022 Jan 3 [cited 2024 Aug 6];35(1):30–5. Available from: <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/14043>
73. Dao Nguyen Dieu T, Le Thi Hoai N, Nguyen Thi My D. Knowledge and perception of bilateral tubal ligation among women of reproductive age attending antenatal clinic at Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital. *Journal of Medicine and Pharmacy*. 2022 Nov;112–8.
74. Mubarik M, Jameel N, Khalil R. Knowledge, attitude and utilization of sub-dermal birth control implants among married rural women of Pakistan. *Int J Res Med Sci* [Internet]. 2016 [cited 2024 Aug 11];4(6):2229–39. Available from: <https://www.msjonline.org/index.php/ijrms/article/view/894>
75. Sci-Hub | *Advances in Contraception*, 15(4), 325–336 | 10.1023/a:1006700726916 [Internet]. [cited 2024 Aug 11]. Available from: <https://sci-hub.se/https://doi.org/10.1023/A:1006700726916>
76. Kumar M, Meena J, Sharma S, Poddar A, Dhaliwal V, Modi-Satish Chander Modi SC, et al. Contraceptive use among low-income urban married women in India. *J Sex Med* [Internet]. 2011 [cited 2024 Jul 30];8(2):376–82. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20946154/>
77. Gebremedhin M, Tesfaye G, Belachew A, Desta D. Factors influencing modern contraceptive method preference among women of reproductive age in central zone of Tigray Region, Northern Ethiopia. *Int J Healthc*. 2015 Dec 2;2(1).
78. Fekadu GA, Omigbodun AO, Roberts OA, Yalew AW. Factors associated with early long-acting reversible contraceptives discontinuation in Ethiopia: evidence from the 2016 Ethiopian demographic and health survey. *Archives of Public Health* [Internet]. 2020 Jul 1 [cited 2024 Aug 6];78(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3329387/>
79. Sci-Hub | Intrauterine contraceptive device discontinuation among Jordanian women: rate, causes and determinants. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 32(3), 161–164 | 10.1783/147118906777888279 [Internet]. [cited 2024 Aug 10]. Available from: <https://sci-hub.se/https://doi.org/10.1783/147118906777888279>
80. Coombe J, Harris ML, Loxton D. Accidentally-on-purpose: findings from a qualitative study exploring pregnancy intention and long-acting reversible contraceptive use. *BMJ Sex Reprod Health* [Internet]. 2018 Jul 1 [cited 2024 Aug 6];44(3):207–13. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29972366/>
81. Sci-Hub | *Pregnancy Preferences and Contraceptive Use among US Women*. *Contraception* | 10.1016/j.contraception.2019.10.007 [Internet]. [cited 2024 Aug 10]. Available from: <https://sci-hub.se/https://doi.org/10.1016/j.contraception.2019.10.007>
82. Sci-Hub | Factors in contraceptive method choice in Bangladesh: goals, competence, evaluation and access. *Contraception*, 65(5), 357–364 | 10.1016/s0010-7824(01)00303-1 [Internet]. [cited 2024 Aug 10]. Available from: [https://sci-hub.se/https://doi.org/10.1016/S0010-7824\(01\)00303-1](https://sci-hub.se/https://doi.org/10.1016/S0010-7824(01)00303-1)
83. Compton S, Nakua E, Moyer C, Dzomeku V, Treleaven E, Otupiri E, et al. Contraceptive use by number of living children in Ghana: Evidence from the 2017 maternal health survey. *PLoS One*. 2023 Dec 1;18(12 December).
84. Rosales C, Mansour D, Cox MAA. Does current contraceptive choice correspond with user satisfaction? *J Obstet Gynaecol (Lahore)* [Internet]. 2012 Feb [cited 2024 Aug 6];32(2):166–72. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/01443615.2011.638998>
85. Sci-Hub | *Young Pregnant Women's Knowledge of Modern Intrauterine Devices*. *Obstetrics & Gynecology*, 108(6), 1417–1422 | 10.1097/01.AOG.0000245447.56585.a0 [Internet]. [cited 2024 Aug 6]. Available from: <https://sci-hub.se/10.1097/01.AOG.0000245447.56585.a0>
86. Stevens R, Malbos B, Gurmu E, Riou J, Alvergne A. Anemic Women are More at Risk of Injectable Contraceptive Discontinuation due to Side Effects in Ethiopia. *Stud Fam Plann* [Internet]. 2022 Mar 1 [cited 2024 Jul 30];53(1):193–208. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35060627/>
87. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. 2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Ankara, Türkiye; 2014:75–91.

EKLER

EK 1. BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

ÇALIŞMANIN ADI: Vücut Kitle İndeksine Göre Normal Kilolu, Fazla Kilolu ve Obez Kadınlarda Doğum Kontrol Yöntemi Kullanımı ve Seçimleri

Aşağıda bilgileri yer almakta olan bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir.Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını, bilgilerinizin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neleri içerdiğini, olası yararları ve risklerini ya da rahatsızlık verebilecek yönlerini anlamanız önemlidir.Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız.Eğer çalışmaya katılma kararı vererseniz, Çalışmaya Katılma Onayı Formu’nu imzalayınız.Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz.Çalışmaya katıldığınız için size herhangi bir ödeme yapılmayacak ya da sizden herhangi bir maddi katkı/malzeme katkısı istenmeyecektir.Araştırmada kullanılacak tüm malzemeler ve yapılabilecek tüm harcamalar araştırmacı tarafından karşılanacaktır.

ÇALIŞMANIN KONUSU VE AMACI:

- Bu çalışmanın temel amacı kadınlarda doğum kontrol yöntemi kullanımını vücut kitle indeksine göre araştırmaktır.
- Bu çalışmanın amacı VKİ kategorisine göre kadınlarda doğum kontrol yöntemi kullanımı hakkında bilinç düzeyini belirlemek ve tercih edilen doğum kontrol yöntemini vücut kitle indeksi kategorisine göre incelemektir.
- Araştırmada yer alması planlanan gönüllü sayısı:598’dür.

ÇALIŞMA İŞLEMLERİ:

Çalışma esnasında size ek olarak herhangi bir tedavi veya girişimsel tedavi uygulanmayacaktır. Yüz yüze yaptığımız anket ile veri taraması yapılacaktır.

ÇALIŞMADA YER ALMAMIN YARARLARI NELERDİR?

Bu araştırmada sizin için tıbbi olarak beklenen bir yarar söz konusu değildir ancak bu çalışmadan çıkarılan sonuçlar başka insanların yararına kullanılabilir.Bu çalışma yalnızca araştırma amaçlıdır ve doğrudan yarar görmenizin imkanı yoktur.

BU ÇALIŞMAYA KATILMAMIN MAALİYETİ NEDİR?Çalışmaya katılmakla parasal yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

ÇALIŞMAYA KATILMALI MIYIM?

Bu çalışmada yer alıp almamak tamamen size bağlıdır.Şu anda bu formu imzalasanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin çalışmayı bırakmakta özgürsünüz.Eğer katılmak istemez iseniz veya çalışmadan ayrılırsanız doktorunuz tarafından sizin için en uygun tedavi planı uygulanacaktır.Aynı şekilde çalışmayı yürüten doktor çalışmaya devam etmenizin sizin için yararlı olmayacağına karar verebilir ve sizi çalışma dışı bırakabilir, bu durumda da sizin için en uygun tedavi seçilecektir.

KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?

Çalışma doktorunuz kişisel bilgilerinizi, araştırmayı ve istatistiksel analizleri yürütmek için kullanacaktır ancak kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır. Yalnızca gereği halinde, sizinle ilgili bilgileri etik kurullar ya da resmi makamlar inceleyebilir. Çalışmanın sonunda, kendi sonuçlarınızla ilgili bilgi istemeye hakkınız vardır. Çalışma sonuçları çalışma bitiminde tıbbi literatürde yayınlanabilecektir ancak kimliğiniz açıklanmayacaktır.

ÇALIŞMAYI DESTEKLEYEN KURUM VAR MIDIR?

Hayır

HANGİ KOŞULLARDA ARAŞTIRMA DIŞI BIRAKILABİLİRİM?

Cinsel aktif olmamanız, partnerinizin veya kendinizin infertil olması, menopoza girmiş olmanız, gebelik isteğinizin olması, halihazırda gebe olmanız, histerektomi bilateral salpenjektomi veya ooferektomi geçirmiş olmanız halinde çalışmaya dahil edilemezsiniz.

SORU VE PROBLEMLER İÇİN BAŞVURULACAK KİŞİLER:

ADI: Tuğba Loğoğlu

GÖREVİ: Asistan doktor/araştırmacı

TELEFON: 534 635 7303

ÇALIŞMAYA KATILMA ONAYI:

Yukarıdaki bilgileri ilgili araştırmacı ile ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı cevapladı. Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyor ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve yönetmeliği geçersiz kılmaz. Araştırmacı, saklamam için bu belgenin bir kopyasını çalışma sırasında dikkat edeceğim noktaları da içerecek şekilde bana teslim etmiştir.

Gönüllü Adı Soyadı:		Tarih ve İmza:
Telefon:		

Vasi(var ise) Adı Soyadı:		Tarih ve İmza:
Telefon:		

Görüşme Tanığı Adı Soyadı:		Tarih ve İmza:
Telefon:		

Araştırmacı Adı Soyadı:		Tarih ve İmza:
Telefon:		

- 1:Gönüllünün bilgilendirilme işlemine başından sonuna dek tanıklık eden kişi
2.Gönüllüyü araştırma hakkında bilgilendiren kişi

EK 2. ANKET

“Vücut Kitle İndeksine Göre Normal Kilolu, Fazla Kilolu ve Obez Kadınlarda Doğum Kontrol Yöntemi Kullanımı ve Seçimleri” İsimli Anket Örneği

1.Yaşınız*

2.Kilonuz*

3.Boyunuz*

4.Eğitim durumunuz:*

İlkokul

Ortaokul

Lise

Üniversite

Yüksek Lisans/Doktora

5.Medeni Durumunuz:*

Bekar

Evli

Boşanmış

Birlikte yaşıyor

6. Bugüne kadar canlı veya ölü toplam kaç doğum yaptınız?*

7. Bugüne kadar kaç gebeliğiniz oldu?(dış gebelik de dahil)*

8. Önceden geçirilmiş kürtaj var mı?*

Evet

Hayır

9. Sigara kullanıyor musunuz?*

Evet

Hayır

10. Kronik hastalıklarınız var mı?*

Evet

Hayır

11. Kronik hastalıklarınız neler?

12. Gebelik isteğiniz var mı?*

Gebelik isteğim şu an yok

Gebelik konusunda kararsızım

13. Çalışma durumunuz:*

Çalışmıyor

Yarı zamanlı çalışıyor

Tam zamanlı çalışıyor

Öğrenci

Emekli

14. Daha önce kısırlık tedavisi öykünüz var mı?*

Kısırlık tedavisi aldım

Kısırlık tedavisi almadım

15. Hangi doğum kontrol yöntemlerini biliyorsunuz?(Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)*

Geri çekilme(geleneksel yöntemler)

Doğum kontrol hapi

Kondom (prezervatif)

Spiral (rahim içi araç)

Sterilizasyon (tüplerini bağlatma)

Acil kontraseptif (Ertesi gün hapi)

Enjeksiyon (iğne)

İmplant (derialtı)

16. Doğum kontrol hapi hakkında bilgi düzeyinizi nasıl değerlendirirsiniz?(birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)*

Doğum kontrolü hapi hakkında hiçbir şey duymadım

Doğum kontrol hapi hakkında doktorlar tarafından bilgilendirildim

Doğum kontrol hapi hakkında internetten bilgi edindim

Doğum kontrol hapi hakkında arkadaşlarımdan ve akrabalarımdan bilgi edindim

17. Spiral(rahim içi araç) hakkında bilgi düzeyinizi nasıl değerlendirirsiniz?(birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)*

Spiral hakkında hiçbir şey duymadım

Spiral hakkında doktorlar tarafından bilgilendirildim

Spiral hakkında internetten bilgi edindim

Spiral hakkında hakkında arkadaşlarımdan ve akrabalarımdan bilgi edindim

18. Sterilizasyon (tüplerini bağlatma) hakkında bilgi düzeyinizi nasıl değerlendirirsiniz? (birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)*

Sterilizasyon (tüplerini bağlatma) hakkında hiçbir şey duymadım

Sterilizasyon (tüplerini bağlatma) hakkında doktorlar tarafından bilgilendirildim

Sterilizasyon (tüplerini bağlatma) hakkında internetten bilgi edindim

Sterilizasyon (tüplerini bağlatma) hakkında arkadaşlarımdan ve akrabalarımdan bilgi edindim

19. Acil kontraseptif (ertesi gün hapi) hakkında bilgi düzeyinizi nasıl değerlendirirsiniz? (birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)*

Acil kontraseptif (ertesi gün hapi) hakkında hiçbir şey duymadım

Acil kontraseptif (ertesi gün hapi) hakkında doktorlar tarafından bilgilendirildim

Acil kontraseptif (ertesi gün hapi) hakkında internetten bilgi edindim

Acil kontraseptif (ertesi gün hapi) hakkında ailem ve arkadaşlarımdan bilgi edindim

20. Şu anda siz veya eşiniz/partneriniz herhangi bir doğum kontrol yöntemi kullanıyor musunuz?*

Evet

Hayır

21. Eğer eşiniz/partneriniz veya siz kullanıyorsanız, hangi yöntemi kullanıyorsunuz? (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)

Doğum kontrol hapı
Kondom (prezervatif)
Spiral (rahim içi araç)
Sterilizasyon (tüplerini bağlatma)
Acil kontraseptif (ertesi gün hapı)
Enjeksiyon (iğne)
İmplant (derialtı)
Geri çekilme
Diğer:takvim, spermisid, diafram veya servikal kap, vajinal duş

22. Bu doğum kontrol yöntemini tercih etme sebepleriniz nelerdir?

Güvenilir buluyorum
Başka bir yöntem bilmiyorum
Diğer yöntemlerle yan etki yaşadım/yaşamaktan korkuyorum
Bu yöntemin kiloma etki etmeyeceğini düşünüyorum
Bu yöntem benim için daha ulaşılabilir

23. Eğer doğum kontrol hapı kullanmıyorsanız kullanmama nedeniniz nedir? (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)

Yan etkilerden korkuyorum
Güvenilir bulmuyorum
Kilo aldıracağını düşünüyorum
Doğum kontrol hapı hakkında yeterince bilgili değilim
Bu doğum kontrol yöntemine erişmekte güçlük yaşıyorum
Partnerim istemiyor
Doğum kontrol hapının ne olduğunu hiç duymadım

24. Eğer spiral (rahim içi araç) kullanmıyorsanız kullanmama nedeniniz nedir? (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)

Yan etkilerden korkuyorum
Güvenilir bulmuyorum
Kilo aldıracağını düşünüyorum
Spiral konusunda yeterince bilgili değilim
Bu doğum kontrol yöntemine erişmekte güçlük yaşıyorum
Partnerim istemiyor
Spiralin ne olduğunu hiç duymadım

25. Doğum kontrol yöntemleri hakkında daha fazla bilgi almak ister misiniz?*

Kontraseptif yöntemler hakkında daha fazla bilgi almaya ihtiyacım olduğunu düşünüyorum
Kontraseptif yöntemler hakkında daha fazla bilgiye ihtiyacım olduğunu düşünmüyorum

26. Doğum kontrol yöntemi hakkında bir sağlık kuruluşu ile en son ne zaman görüştünüz?*

Son 3 ay içinde
Son 6 ay içinde
Son 1 yıl içinde
Son 1 yıldan daha öncesinde
Hiç görüşmedim

27. Daha önce herhangi bir doğum kontrol yöntemini bıraktınız mı?*

Evet

Hayır

28. Daha önce bir doğum kontrol yöntemini bıraktıysanız hangisini bıraktınız?

.....

29. Daha önce herhangi bir doğum kontrol yöntemini bıraktıysanız ne sebeple bıraktınız?.....

30. Kullandığınız doğum kontrol yöntemi hakkında bir doktor ile fikir alışverişi yaptınız mı?(birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)*

Doktorlar ile fikir alışverişi yaptım

Herhangi bir doktorla fikir alışverişi yapmadım

31. Doğum kontrol yöntemi hakkında partnerinizle fikir alışverişinde bulundunuz mu? *

Partnerimle ortak bir karar ile doğum kontrol yöntemi belirledik

Sadece partnerimin istediği ama benim istemediğim bir doğum kontrol yöntemi belirledik

Sadece benim istediğim ama partnerimin istemediği bir doğum kontrol yöntemi belirledik

Partnerimle bu konuda hiçbir fikir alışverişinde bulunmadım

32. Şu an kullandığınız doğum kontrol yönteminin kilonuzu nasıl etkileyeceğini düşünüyorsunuz?*

Kilo aldıracağını düşünüyorum

Kiloma etki etmeyeceğini düşünüyorum

33. Bugüne kadar kullanmış olduğunuz doğum kontrol yöntemlerinin kilonuza etki edip etmeyeceği hakkında bilgilendirildiniz mi? (birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)*

Doktorum tarafından bilgilendirildim

İnternette bilgi edindim

Arkadaşlarım ve ailemden bilgi edindim

Herhangi bir şekilde bilgi edinmedim

34. Doğum kontrol yöntemleri hakkında bilgi almak için en çok hangi yöntemi/yöntemleri tercih edersiniz?(birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)*

Doktor ile yüz yüze danışmanlık

Telefonla danışmanlık

Online kaynaklar

Yazılı materyaller

Arkadaş veya akrabalarım

35. Obezite ve fazla kilolu olmanın gebelikteki aşağıdaki hangi komplikasyonları hakkında bilginiz?(birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)*

Tromboemboli (pıhtı atması)

Gebelik diyabeti (gebelik şekeri)

Preeklampsi ve eklampsi (gebelik tansiyonu)

Artmış sezaryen riski

Artmış erken doğum riski

Hiçbirini bilmiyorum

36. Obezite veya fazla kilolu olmanın hamile kalma şansını etkilediğini düşünüyor musunuz?*

Obezitenin hamile kalma şansını azalttığını düşünüyorum

Obezitenin hamile kalma şansını artırdığını düşünüyorum

Obezitenin hamile kalma şansına etki etmediğini düşünüyorum

Obezitenin hamile kalıp kalmama şansına nasıl etki ettiği hakkında bir fikrim yok

37. Gebelik öncesi kilonuzla ilgili herhangi bir şey yapar mıydınız?*

Kilo vermeye çalışırdım

Kilo korumaya çalışırdım

Kilo almaya çalışırdım

Kilo alıp vermekle ilgili herhangi bir şey yapmazdım

38. Artan yaşın hamile kalmanızı etkilediğini düşünüyor musunuz?*

Artan yaşı hamile kalma şansımı azalttığını düşünüyorum

Artan yaşın hamile kalma şansına etkisi olmadığını düşünüyorum

Bilmiyorum

39. Obezite ve fazla kilolu olmanın gebelikte bebeğe herhangi bir etkisi olacağını düşünüyor musunuz?*

Evet

Hayır

40. Yukardaki soruya yanıtınız evetse obezite ve fazla kilolu olmanın bebekte sebep olduğu komplikasyonlardan hangileri hakkında bilginiz?(birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)

İlk 3 ayda düşük yapma

Ölü doğum ve yenidoğan ölümü

Nöral tüp defektleri (omurilik hastalıkları)

Kalp ve bağırsak sistemi anormallikleri

Artmış makromozik bebek doğurma olasılığı (normalden kilolu bebek)

Hiçbirini bilmiyorum

41. Fazla kilo veya obezite gebelik niyetinizi etkiler miydi?*

Fazla kilo veya obezite gebelik niyetimi olumsuz etkilerdi

Fazla kilo veya obezite gebelik niyetimi olumlu etkilerdi

Fazla kilo veya obezite gebelik niyetimi etkilemezdi

42. Gebelik öncesi sigarayı bırakmak gerektiğini düşünüyor musunuz?*

Gebelik öncesi sigarayı azaltmanın yeterli olduğunu düşünüyorum

Gebelik öncesi sigarayı tamamen bırakmak gerektiğini düşünüyorum

Gebelik öncesi sigarayı azaltmaya veya bırakmaya gerek olmadığını düşünüyorum

Araştırmacının Adı Soyadı:Tuğba Loğoğlu

İmza:

Mail Adresi:

Telefon:

EK 3. ETİK KURUL KARARI

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Vücut Kitle İndeksine Göre Normal Kilolu, Fazla Kilolu ve Obez Kadınlarda Doğum Kontrol Yöntemi Kullanımı ve Seçimleri			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Tuğba Loğoğlu			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	As. Dr.			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZ ☐	ULUSAL ☒	ULUSLARARASI ☐

Değerlendirilen Belgeler	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
Karar Bilgileri	Karar No: 732	Tarih: 18.07.2024		
	Yukarıda bilgileri verilen Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve araştırmanın etik ve bilimsel yönden uygun olduğuna “oybirliği” ile karar verilmiştir.			

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Evracınızı <https://turkiye.gov.tr/istanbul-medipol-universitesi-ebys> linkinden B9F96C8BX2 kodu ile doğrulayabilirsiniz.

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI Dr. Öğr. Üyesi Mahmut TOKAÇ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Dr. Öğr. Üyesi Mahmut TOKAÇ	Tıp Tarihi ve Etik	İstanbul Medipol Üniversitesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	E imzalıdır
Prof. Dr. Mete ÜNGÖR	Endodonti	İstanbul Medipol Üniversitesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	E imzalıdır
Prof. Dr. İlknur KESKİN	Histoloji ve Embriyoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	E imzalıdır
Doç. Dr. Devrim TARAKCI	Fizyoterapi ve Rehabilitasyon	İstanbul Medipol Üniversitesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	E imzalıdır
Dr. Öğr. Üyesi Neziha HACIHASANOĞLU ÇAKMAK	Biyokimya	İstanbul Medipol Üniversitesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	E imzalıdır
Dr. Öğr. Üyesi Erman GEDİKLİ	Sağlık Yönetimi	İstanbul Medipol Üniversitesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	E imzalıdır
Dr. Öğr. Üyesi Pakize YİĞİT	Biyoistatistik/ Sayısal Yöntemler	İstanbul Medipol Üniversitesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	E imzalıdır

* :Toplantıda Bulunma

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Evrağınızı <https://turkiye.gov.tr/istanbul-medipol-universitesi-ebys> linkinden B9F96C8BX2 kodu ile doğrulayabilirsiniz.

EK 4. İNTİHAL RAPORU

VÜCUT KİTLE İNDEKSİNE GÖRE NORMAL KİLOLU, FAZLA KİLOLU VE OBEZ KADINLARDA DOĞUM KONTROL YÖNTEMİ KULLANIMI VE SEÇİMLERİ

ORIGINALITY REPORT			
11%	7%	4%	6%
SIMILARITY INDEX	INTERNET SOURCES	PUBLICATIONS	STUDENT PAPERS
PRIMARY SOURCES			
1	Submitted to Sağlık Bilimleri Üniversitesi Student Paper	2%	
2	Submitted to The Scientific & Technological Research Council of Turkey (TUBITAK) Student Paper	2%	
3	dergipark.org.tr Internet Source	1%	
4	acikbilim.yok.gov.tr Internet Source	1%	
5	dspace.balikesir.edu.tr Internet Source	<1%	
6	Submitted to İstanbul Aydın University Student Paper	<1%	
7	9lib.net Internet Source	<1%	
8	www.icoher.org Internet Source	<1%	
9	EDE, Hüseyin, YAYLAK, Barış, AKKAYA, Süleyman, KARAÇAVUŞ, Seyhan, GÖÇMEN,	<1%	