

T.C.
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

**ERKEKLERİN KENDİLERİNE YÖNELİK YENİ
GELİŞTİRİLEN AİLE PLANLAMASI YÖNTEMLERİNE
İLİŞKİN GÖRÜŞLERİNİN İNCELENMESİ**

Ayla GÜLLÜ
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Yrd. Doç. Dr. Emel TAŞÇI DURAN

**T.C
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİMDALI**

**ERKEKLERİN KENDİLERİNE YÖNELİK YENİ GELİŞTİRİLEN AİLE
PLANLAMASI YÖNTEMLERİNE İLİŞKİN GÖRÜŞLERİNİN İNCELENMESİ**

**Ayla GÜLLÜ
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN
Yrd. Doç. Dr. Emel TAŞÇI DURAN**

Tez No:95

2013-İSPARTA

KABUL VE ONAY SAYFASI

Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürlüğüne;

Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı Çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi : 10 / 04 / 2013

Tez Danışmanı : Yrd.Doç. Dr. Emel TAŞÇI DURAN
Süleyman Demirel Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi



Üye : Yrd.Doç. Dr.Medet KORKMAZ
Süleyman Demirel Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi



Üye : Yrd.Doç. Dr.Esin ÇETİNKAYA USLUSOY
Süleyman Demirel Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi



ONAY : Bu yüksek lisans tezi, Enstitü Yönetim Kurulu' nca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve kabul edilmiştir.

Doç. Dr. Nejdettin ADANIR
Enstitü Müdürü



ÖNSÖZ

Tez çalışmam ve yüksek lisans eğitimim süresince her zaman desteğini aldığım, bilgisini, emeğini ve sabrını benden esirgemeyen, ilgi ve hoşgörüsünü her zaman hissettiren sevgili danışmanım, Sayın Yrd.Doç. Dr. Emel TAŞÇI DURAN’a,

Yüksek lisans eğitimim ve tez çalışmam süresince bilgi, görüş ve önerileri ile bana yol gösteren çok değerli hocam, Sayın Yrd.Doç. Dr.Medet KORKMAZ’a,

Tez çalışmam da görüş ve önerileri ile bana katkı sağlayan ve yol gösteren çok değerli hocam, Sayın Yrd.Doç. Dr.Esin ÇETİNKAYA USLUSOY’a,

Tez çalışmamda doğru yönlendirmeleri ile bana çok değerli katkıları olan SDÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü’ne,

Bilgi ve hoşgörüsü ile tezimin istatistiksel analizlerinde değerli katkıları olan Sayın Prof. Dr. Mehmet Ziya FIRAT’a,

Tez çalışmamın gerçekleşmesi için gerekli koşulları sağlayan Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yöneticileri’ne ve yaptığım çalışmaya katılmayı kabul eden Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi personelleri’ne,

Yüksek lisans eğitimim ve tez dönemimde de her zaman yanımda olan ve desteklerini benden esirgemeyen canım ailem ve sevgili dostlarım’a,

Teşekkürler ederim...

Ayla GÜLLÜ

Isparta, 2013

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

KABUL VE ONAY SAYFASI.....	i
ÖNSÖZ.....	ii
İÇİNDEKİLER	iii
TABLO DİZİNİ.....	v
ŞEKİLLER TABLOSU	vii
1. GİRİŞ	1
1.1 Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2 Araştırmanın Amacı.....	4
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. Aile Planlaması Hizmetleri ve Amaçları	5
2.2. Dünya’da Aile Planlamasının Tarihi	6
2.3. Nüfus Politikaları.....	8
2.3.1. Türkiye’de Nüfus Politikaları.....	9
2.4. Erkek Üreme Organları ve Üreme Fizyolojisi.....	13
2.4.1. Hormonal Kontrol	13
2.5. Erkek Aile Planlaması Yöntemleri	14
2.5.1. Geleneksel Yöntemler	16
2.5.1.1. Geri Çekme Yöntemi.....	16
2.5.2. Bitki Ekstreleri Üzerinde Yoğunlaşan Yöntemler.....	16
2.5.3. Modern Yöntemler	17
2.5.4. Yeni Vas Deferens Tabanlı Yöntemler	18
2.5.5. Yeni Hormonal Yöntemler	21
2.5.6. Erkek Kontrasepsiyonunda Oral Yöntemler.....	27
2.5.7. Erkek Kontrasepsiyonunda Isı Yöntemleri	28
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	30
3.1. Araştırmanın Şekli	30

3.2 Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	30
3.3 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	30
3.4. Verilerin Toplanması	31
3.5. Veri Toplama Formunun Uygulanması	31
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi	32
4. BULGULAR	33
4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri ve Bazı Değişkenlerle İlişkisine Yönelik Bulgular.....	33
5. TARTIŞMA	61
5. 1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri ve Bazı Değişkenlerle İlişkisine Yönelik Bulgularının incelenmesi	61
5. 2. Katılımcıların Yeni Geliştirilen Yöntemlere İlişkin Görüşleri İle İlgili Bulguların İncelenmesi	62
6. SONUÇLAR	75
7. ÖNERİLER	85
KAYNAKLAR	90
EKLER.....	97
EK-I	97
EK-II	103
EK-III	104
ÖZGEÇMİŞ.....	105

TABLO DİZİNİ

Tablo 1. Sayım Yıllarına Göre Türkiye Nüfusu (1927-2009).....	9
Tablo 2. Katılımcıların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı.....	33
Tablo 3. Katılımcıların Mesleklerinin Yöntem Kullanımlarına Göre Dağılımı.....	34
Tablo 4. Araştırmaya Katılan Erkeklerin Kullandıkları Yöntemin Sosyodemografik Özelliklere Göre Dağılımı.....	35
Tablo 5. Sosyodemografik Verilerin, Yöntem Kullanımının Aile Büyüklüğüne Etkisine Göre Dağılımı	37
Tablo 6. İstenmeyen Çocuğun Aldırılması ile İlgili Görüşlerin Sosyodemografik Verilere Göre Dağılımı	39
Tablo 7. Sosyodemografik Verilerin Çocuğun Anne-Babanın İş Hayatında Yükselmesini Engelleme Düşüncesine Göre Dağılımı	41
Tablo 8. Bazı Sosyodemografik Verilerin Bireylerin Eğitim Durumunun Çocuk Sayısını Etkilemesi Görüşüne Göre Dağılımı	42
Tablo 9. Sosyodemografik Verilerin Doğum Kontrol Yöntemlerinin Kullanılmasının Kadının Görevi Olup Olmaması Düşüncesine Göre Dağılımı.....	43
Tablo 10. Sosyodemografik Verilerin Erkeklerle Yönelik Doğum Kontrol Yöntemlerinin Cinsel İlişkiye Etkisine Göre Dağılımı.....	44
Tablo 11. Sosyodemografik Verilerin Erkeklerle Yönelik Yeni Geliştirilen Yöntemlerin Türkiye’ye Getirilmesi Durumunda Kullanılmasına Göre Dağılımı	45
Tablo 12. Katılımcıların Yeni Geliştirilen Yöntemlere İlişkin Görüşleri İle İlgili Bulgular.....	46
Erkeklerle Yönelik Yeni Geliştirilen Hormon İçeren Hap İle İlgili Görüşlerin Meslek Gruplarına Göre Dağılımı	46
Tablo 13. Erkeklerle Yönelik Yeni Geliştirilen Yöntemlerden Hormon İçeren Enjeksiyonlar İle İlgili Görüşlerin Meslek Gruplarına Göre Dağılımı	48
Tablo 14. Erkeklerle Yönelik Yeni Geliştirilen Yöntemlerden Deri Üzerine Yapıştırılarak Kullanılan Hormon Yöntemi İle İlgili Görüşlerin Meslek Gruplarına Göre Dağılımı.....	50
Tablo 15. Erkeklerle Yönelik Geliştirilen Bir Diğer Yöntem Olan, Erkeklerin Üreme Kanallarının Çeşitli Şekillerde Tıkanmasını Sağlayan Ve Basit Cerrahi İle Yapılan	

Geri Dönüşümlü Yöntemin Cinselliği Olumsuz Etkileyebileceğine İlişkin Görüşlerin İncelenmesi	52
Tablo 16. Yeni Geliştirilen Yöntemlerin Sosyodemografik Verilere Göre Kullanım Tercihlerinin Dağılımı.....	54
Tablo 17. Yeni Geliştirilen Yöntemlerin Güvenli Olduğu Görüşünün Sosyodemografik Verilere Göre Dağılımı	55
Tablo 18. Sosyodemografik Verilerin Yöntemlerin Türkiye’ye Getirilmesinin İstenmesi Durumuna Göre Dağılımı	56
Tablo 19. Fazla Çocuk Erkeğin Gücünü Gösterir Görüşü ve Yeni Yöntemlerin Kullanılmasına Yönelik Görüşlerin İncelenmesi	57
Tablo 20. Gelecekte Herhangi Bir Zamanda Yöntem Kullanma Durumuna Göre Yeni Yöntemlerin Türkiye’ye Gelmesinin İstenip İstenmemesi	57
Tablo 21. Doğum Kontrol Yöntemlerinin Kullanılması Kadınların Görevidir İfadesine Katılma Durumlarına Göre Yeni Yöntemlerin Güvenliği Hakkındaki Görüşlerin İncelenmesi	58
Tablo 22. Doğum Kontrol Yöntemi Kullanılması Kadının Görevidir Görüşüne Göre Yeni Yöntemlerin Kullanılma Durumu Hakkındaki Görüşlerinin Dağılımı	58
Tablo 23. Doğum Kontrol Yöntemi Kullanılması Kadının Görevidir Görüşüne Göre Yeni Yöntemlerin İnisiyatifi Elde Tutmasına İlişkin Görüşlerinin Dağılımı	59
Tablo 24. Yöntemler Türkiye’ye Gelirse Kullanım Durumuna Göre Tercih Edilecek Olan Yöntemlerin Dağılımı	60

ŞEKİLLER TABLOSU

Şekil 1. (slidefinder.net adresinden modifiye edilmiştir. Erişim:20.11.2012).	14
--	----

1. GİRİŞ

1.1 Problemin Tanımı ve Önemi

Dünyadaki yıllık nüfus Afrika (% 2.3) ve Asya (% 1.3) 'da artmakta, Avrupa'da (% 0.1) azalmaktadır. Yoksul olan ülkelerde nüfus artış hızı (% 66) zengin ülkelerden (% 0.1) fazladır (Örsal 2006). 31 Aralık 2011 tarihi itibarıyla Türkiye nüfusu bir önceki yıla göre 1.001.281 kişi artarak 74.724.269 kişiye ulaşmıştır. Türkiye nüfusunun 2050 yılında 94,6 milyon olması beklenirken 2050 yılı nüfus tahminlerine göre dünya nüfusu 9 milyarı aşacaktır (tuik.gov.tr, E:16.Aralık.2012). Dünya ülkelerinde izlenen nüfus politikaları sonucunda doğum hızı düşürülmüş, nüfus artışı azaltılmıştır. Durum böyle olmasına karşın hala dünya nüfusunda artışlar görülmektedir. Bu nedenle ülkelerin aile planlaması hizmetlerini desteklemesi gerekmektedir (Örsal 2006).

Aile planlaması, çiftlerin diledikleri sayıda ve istedikleri zaman çocuk sahibi olmalarının devlet, özel kurum veya kişiler tarafından düzenlenmesinin yanı sıra aileyi hedef alan bir faaliyetler bütünü olarak tanımlanmaktadır. Ait olduğu toplumun bilgi dağarcığını yeni nesillere aktaran aile, nesilleri düzenleyen bir kurum olma işleviyle karşımıza çıkmaktadır. Aile planlamasının amacı ise ülkenin modernleşme ve kalkınma sürecine uygun bir şekilde, bu önemli kurumun tekrar düzenlenmesidir. Hedeflenen, modern bireylerden oluşan modern bir aile oluşturmaktır (Kanık 2007). Ayrıca aile planlaması uygulamalarının, kadın, anne ve çocuk, morbidite ve mortalitesini azaltmasının yanı sıra, yaşam niteliğini yükseltici, çocukların daha iyi eğitilmelerinin sağlanması, ailenin kişi başına düşen ekonomik imkânlarının artması, kadının statüsünü dolaylı olarak artırması gibi olumlu etkileri de bulunmaktadır (www.medinfo.hacettepe.edu.tr, E:11.Kasım.2012). TNSA 2008 verilerine göre evli kadınlar tarafından kullanılan gebeliği önleyici yöntem oranlarına bakıldığında; RIA % 17, erkek kondomu % 14, geri çekme % 26, hap % 5, diğer geleneksel yöntemler % 1, diğer modern yöntemler % 9 ve herhangi bir yöntem kullanmama oranının ise % 27 olduğu görülmektedir (www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2008, E:2.Ocak.2013).

1900’lü yılların ikinci yarısına kadar ülkeler, nüfusun sayısal olarak fazlalığını özellikle savunma bakımından güçlü olmak için gerekli ve yeterli bir faktör olarak görüyorlardı. Ancak günümüzde nüfusun sayısal fazlalığından çok, nitelikleri üzerinde durulmaktadır. Sosyo-ekonomik faaliyetlerle birlikte nüfus miktarı ve özellikleri ile ülkelerin kalkınmaları ve gelişmişlik düzeyleri arasında ilişki kurulmaktadır (Doğan 2012). Aşırı doğurganlık geliştirmekte olan ülkelerin çoğunda öncelikli sağlık sorunlarından biridir (Dilbaz ve ark., 2003). Kalkınmayı ve modernleşmeyi hedeflemiş ülkelerin sahip oldukları nüfusu bu hedefleri doğrultusunda yeniden düzenlemelerinde aile planlaması çalışmalarının çok önemli bir işlevi vardır (Kanık 2007). Ayrıca cinsiyete dayalı iş bölümü uyarınca kadının erkeğe bağımlı, ikincil bir konuma itilmesi, bireylerin gelişimini köreltmekte, ulusal gelişmeyi de engellemektedir (Ökten 2009).

Aile planlaması hizmetleri topluma sunulması gereken ‘Temel Sağlık Hizmetleri’ kapsamı içinde önemli bir yer tutar. Bilimsel gelişmeler artık çiftlere daha az zararlı ve etkililiği daha yüksek alternatifler sunmaktadır (Mayda et al., 2005). Bu nedenle de erkeklere yönelik kontrasepsiyon yöntemleri üzerindeki çalışmalar son yıllarda hızlanmaktadır (Doğan 2008).

Kontrasepsiyon; ovulasyon, fertilizasyon ve implantasyonun normal oluşum basamaklarını bozarak gebeliği önleme yoludur (Sanhal ve ark., 2012). Bu amaçla kullanılan yöntemlere de kontraseptif yöntemler denir (Doğan 2008). Döllenme sürecinin farklı noktalarını hedef alan birbirinden farklı doğum kontrol yolları vardır (Sanhal ve ark., 2012). Dünya genelinde, tüm gebeliklerin yarısı planlanmamış olup, güvenli olmayan düşüklere ve binlerce sağlıklı genç kadının ölümüne neden olmaktadır (Roth 2012). Bu istenmeyen gebelik ve düşük komplikasyonlarının önlenmesi için, kontraseptif seçenekler iyi bilinmeli ve kavranmalıdır (Sanhal ve ark., 2012).

Erkeklerde ana testiküler fonksiyonlar olan spermatogenesis ve androjen üretimini birbirinden ayırt etmek kolay olmadığı için, kontrasepsiyon daha çok kadına yöneliktir (Doğan 2008). Kadınlar için geri dönüşümlü kontraseptif seçenekler çoğalmaktadır. Dört yüz yıl önceki prezervatif gelişiminden beri erkekler için hiçbir yeni geri dönüşümlü kontraseptif seçenek ortaya çıkmamıştır. Değişik ırklar, dinler ve etnik

kökenlerden, erkekler için geri dönüşümlü bir hormonal kontraseptif isteği ile ilgili ifadeler gündeme gelmesine rağmen, piyasada bulunan hiç bir seçenek yoktur (Roth 2012). Dünya nüfusunun hızla artması yeni kontrasepsiyon metotlarının gelişimini zorunlu kılmaktadır. Özellikle son dönemde yeni hormonal kontrasepsiyon seçenekleri ve rejimleri geliştirilmiş, erkek kontrasepsiyonu ve immunokontrasepsiyonunda çalışmalar ve deneyler yapılmıştır (Sanhal ve ark., 2012). Klinik olarak kullanılabilir, erkeklere yönelik modern hormonal yöntemle korunma olasılığı ise son zamanlarda çok ilgi çekmektedir (Martin et al., 2000). Konu ile ilgili çalışmalar sürdürülmekte olup yeni yöntemleri kullanıma sunma ve mevcut yöntemleri daha da iyileştirme çalışmaları devam etmektedir (Kavak 2006).

Aile planlamasını uygulamak için karar alma sürecinde ve kullanılacak metodun seçilme aşamasında, eşlerin beraber ve paylaşımcı hareket etmeleri çok daha iyi sonuçlar alınmasını sağlayabilmektedir. Kahire’de 1994 yılında yapılan Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı’ndaki katılımcılar bu konunun çok önemli olduğu konusunda fikir birliğine varmışlardır. Konferans’ta da vurgulandığı gibi, bu konuda çiftlerin eşit sorumluluk almaları için, hem kadının hem erkeğin beraber katılımını sağlamak, kadının üzerindeki bu yükün daha eşit paylaşılmasını sağlayacaktır (Kanık 2007). Gebeliğin daha çok kadınlarda değişikliklere yol açmasından dolayı erkeklerin kontrasepsiyon kullanımında daha az motive olduklarını iddia eden görüşler vardır (Engelstein 2012). Ailenin uygulayacağı doğum kontrol yönteminde erkeğinde yöntemin risk ve faydalarını paylaşmasının gereği açıktır (e-kutuphane.teb.org.tr, E:19.Kasım.2012). Aile planlaması hizmetlerinde başarı ve memnuniyeti artıran faktörler arasında; sorumluluğun eşler arasında paylaşılmasının yanında, kullanılan yöntemin kolay, güvenilir, ulaşılabilir olması, sağlığı olumsuz etkileyen bir özelliğinin olmaması yer almaktadır (Depe ve Erenel 2006).

Türkiye’de bir çok erkek kontrasepsiyon kullanımına ve eşleri ile birlikte aile planlaması sorumluluğunu paylaşmaya motive durumdadır (Özvarış ve ark., 1998). Türkiye’de aile planlaması ile ilgili bir dizi çalışma olmasına rağmen, doğurganlık üzerine türk erkeklerinin rolleri, tutum ve davranışlarını araştıran çalışmalar yetersiz olup, yeni geliştirilen yöntemlere ilişkin türk erkeklerinin düşüncelerinin anlaşılmasının

önemli olduğu düşünölmektedir. (Çevirme ve ark., 2010). Toplum katılımı yoluyla erkeklerin aile planlaması hizmetlerinde daha etkin yer almaları ve erkeğe özgü yöntemleri kullanmaları, aşırı doğurganlığın azalmasını kolaylaştıracaktır (Ceylan ve Tekbaş 2000).

Altay ve Gönener'in 298 evli erkekle yaptığı bir çalışmada araştırmaya katılan evli erkeklerin % 91. 9'u gebeliğı önleyici yöntemlerden herhangi birini kullandıklarını ifade etmişlerdir. Gebeliğı önleyici yöntem kullananlar arasında modern yöntem kullanma yüzdesi ise % 66.8'dir. En çok bilinen AP yöntemleri ise % 92.6 geri çekme yöntemi, % 89. 3 kondom % 76.2 rahim içi araçtır (Altay ve Gönener 2009). Çevirme ve arkadaşlarının 237 gönüllü evli erkekle yaptığı çalışmasında eşlerin her ikisinin de birlikte korunmaları gerektiğine inanan erkeklerin oranı % 37 olarak bulunmuştur. Çalışmaya katılan erkeklerin çoğunun (77,6) erkeklere yönelik hormonal yöntem kullanmaya gönüllü olmadıkları görölmüştür (Çevirme ve ark., 2010). Yakın zamanda yapılan araştırmalarla erkeklerin kontrasepsiyon yöntemlerinin belirlenmesinde daha ön planda olmak istedikleri görölmüştür; kadınlar da eşlerinin bu konuda aktif rol almalarını güvenli bulmaktadırlar (turkiyeklinikleri.com, E:20.Aralık.2012).

1.2 Araştırmanın Amacı

Bu çalışma erkeklerin kendilerine yönelik yeni geliştirilen aile planlaması yöntemlerine ilişkin görüşlerinin incelenmesi amacı ile kesitsel ve tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Aile Planlaması Hizmetleri ve Amaçları

Aile planlaması; ailelerin anne ve çocuk sağlığı açısından sorun oluşturmayacak şekilde istedikleri zaman, bakabilecekleri ve sevebilecekleri sayıda çocuğa sahip olmalarıdır. Çocuğu olmayanların ise çocuk sahibi olmaları için yardım alabilmeleridir (2827 sayılı Nüfus Planlaması Yasası,-1983) (Üreme Sağlığı Modülleri 2008). Aile planlamasının amaçlarına baktığımızda, bilgilendirme-eğitim-uygulama hizmetleri sağlamak bunlardan ilkidir (Mayda ve ark., 2005). Farklı bir deyişle; istenmeyen gebeliklerin önlenmesi, hızlı nüfus artışını önleyerek toplumun sağlıklı, mutlu, iyi eğitilmiş ve ekonomik olanakları yeterli kişilerden oluşmasının sağlanması, çiftlere gebeliği önlemede etkili yöntemler hakkında bilgi verilmesi ve bu yöntemlerin uygulanmasının sağlanması aile planlamasının amaçlarıdır (Kavak 2006). Planlanmamış gebelikler, gebeliği önleyici hiçbir yöntem kullanılmaması, yöntemin düzensiz ve hatalı kullanımı yada yöntem başarısızlıkları nedeni ile meydana gelmektedir (Tekiner ve ark., 2004).

Bireylere kişi, ırk, cins, inanç ayrımı yapmadan sadece gereksinim gözetilerek karar vermek için özgür bir ortam, imkân ve eğitim sağlanıyorsa aile planlamasının etik kurallar içerisinde yapıldığı söylenebilir (Özdener 2006). Aile planlaması hizmetlerinde istendik düzeye ulaşmak için iyi eğitilmiş kişiler tarafından danışmanlık yapılmalıdır. Danışmanlık, aile planlaması hizmetlerinin çok önemli, ancak çoğunlukla ihmal edilen bir bölümüdür. Danışmanlık ikna etmek için bir araç değildir, yöntemlerle ilgili seçenekler sunarak, kendisine en uygun yöntemle karar verebilmesi için kişinin konunun uzmanınca aydınlatılmasıdır (Zincir ve ark., 2005).

Karaman'ın çalışmasında eğitim düzeyi ile istemsiz gebelik durumu ilişkisine bakıldığında; en fazla istemsiz gebelik durumu % 66.7 ile okur-yazar/okur-yazar olmayan grupta görülmekte olup, üniversite ve üzeri düzeyde eğitime sahip olan kadınlarda istemsiz gebelik durumu % 28.9 olarak bulunmuştur. Eğitim düzeyi arttıkça istemsiz gebelik oranı azalmaktadır (Karaman 2007).

Yirmi yaşından önce ve 35 yaşından sonra yapılan doğumlar, anne ve çocuk ölümlerini önemli ölçüde artırmakta, özellikle 35 yaşından sonra yapılan doğumlarda bebeklerdeki doğuştan sakatlıkların oranı yükselmektedir. Aile planlaması bu açıdan da anne ve çocuk sağlığını korumayı amaçlamaktadır (Doğan 2008).

2.2. Dünya’da Aile Planlamasının Tarihi

Bu konuda yazılı en eski belge, Milattan önce (M. Ö) 2700 yılında Çin’deki bir tıp kitabında yazan kontrasepsiyon ve düşük yaptırmaya ilişkin reçetelerdir. Mısır’daki, Kahun veya Petri papirusu M. Ö 1850’de ve Elbers papirusunda M. Ö. 1500’de tanımlanan çeşitli vajinal kontraseptif tamponlar da yine konu ile ilgili tarihi belgelerdir (Kavak, 2006). On’uncu yüzyıl’da Arap tıbbı’nın gelişmekte olduğu dönemde ise ilişki sonrası vajinanın silinmesi, pesser ve bariyerlerin kullanımı vardır (Doğan 2008).

Kondom’larla ilgili çalışma ilk 1564’de başlamış ve 1838’de ilk diyafram yapılmış, spermitlerin kullanıma sunulması 1885’lerde gerçekleştirilmiştir (Öztürk 1985). 1504 yılında venerial hastalıklardan korunmak için penil kılıflar tanımlanmış olup 1796 yılında ilk kondom reklamları basılmıştır. Prezarvatif 1854’de Gabirello Fallapius tarafından icat edilmiş ve 1840’da sentetik maddelerden üretilmeye başlanmıştır (Kanık 2007). 1823 yılında ise kadın bariyer metotları Almanya’ da tarif edilmeye başlanmış, 1878 yılında servikal başlık tanımlanmıştır (Doğan 2008). 1909 yılında Richer, Alman tıp dergisinde flexibl halka, ipek rahim içi araçlarını (RİA) tanımlamış, 1923 yılında ise 23000 RİA dağıtmıştır (Doğan 2008).

Hormonal sterilizasyon makaleleri 1921 yılında yayınlanmaya başlamıştır. Haberland 1927’de oral kontraseptif ‘infecundin’ preparatını üretmiştir. RİA ve oral kontraseptiflerin gelişimi diğer yöntemlere kıyasla yavaş olmuştur. Kısacası, modern kontrasepsiyon metotlarına yönelik bilimsel temel I. Dünya savaşından sonra oluşmuştur. Sosyal ve aile hayatı değiştikçe, aile planlaması gündeme gelmiştir (Doğan 2008).

Dünya’da aile planlaması faaliyetleri çok eski bir tarihe sahip olsa da, sistemli bir şekilde uygulanıp yaygınlaşması özellikle II. Dünya Savaşı sonrası kalkınma

faaliyetlerinin hız kazanmasıyla olmuştur (Kanık 2007). Ondokuz'uncu yüzyıl'da aile planlaması topluma girmiştir (Doğan 2008). Ondokuz'uncu yüzyıl da halka gebeliği önleme yöntemlerinin öğretilmesini ilk savunan kişi bir İngiliz papazı olan Jeremy Bentham'dır. Dünyada ilk aile planlaması kliniği, 1882'de Hollanda'da kurulmuştur. ABD'deki öncüsü ise, 1832'de bu konuda bir kitap yayınlayan Charles Knowlton isimli bir doktordur. Ondokuz'uncu yüzyıl'da yaşamış olan Knowlton, halk için gebeliğin önlenmesi konusunda yazdığı kitap'tan ötürü, ahlaka aykırı yayın yaptığı gerekçesi ile hapse mahkûm olmuştur. 1916 yılında Margaret Sanger'de aile planlaması kliniği açtığı için hapse mahkûm olmuştur (Doğan 2008). Hükümet düzeyinde nüfus planlaması hareketini ilk başlatan ülke Japonya'dır. Bu ülkede, 1948'de kürtaj'a, annenin hayatını kurtarmak gibi belli durumlarda izin verilmiş ve ailelerin 2-3 çocuktan fazla çocuk sahibi olmamaları istenmiştir (Kanık 2007).

Üçüncü dünya ülkelerinde ise, Hindistan'da 1950'lerde yapılan aile planlamaları çalışması modern aile planlaması programının ilk örneğidir (Kanık 2007).

Gelişmekte olan ülkelerin pek çoğu 1960 yılından sonra, nüfus artış hızını azaltma ve anne ve çocuk sağlığını iyileştirme isteğiyle aile planlaması programlarını başlatmıştır. Aile planlamasında doğum kontrol hapları ilk defa 1956 yılında insanlar üzerinde denendikten sonra, 1960 yılında ABD'de onaylanarak kullanıma girmiştir (Kanık 2007). 1960'lardan bu yana, dünyada en çok kullanılan RİA, Buffalo'dan Dr. Lippes'in geliştirdiği Lippes-Loop'tur. İlk kez 1968'de Zipper ve arkadaşları bakır ve çinko içeren RİA'larla ilgili bildiri yaptılar. Bakır içeren RİA'larla ilgili çalışmalar 1970'lerden sonra hız kazanmıştır (Kavak 2006).

Dünyanın her hangi bir yerindeki nüfus artışı diğer bölgeleri de sosyo-politik açıdan ilgilendirmektedir. Bu bakış açısıyla bireyi hedef alan aile planlaması çalışmalarında, gebelikten korunmanın bir birey hakkı olduğunun tanınması ve her türlü kısıtlamanın kaldırılması 1965 de gerçekleşmiştir. Aynı zamanda Birleşmiş Milletler, 1966'da "Aile büyüklüğüne her aile kendince özgür karar verebilmeli" kararını kabul etmiştir. Aynı anlayışla, 1968'de Tahran'da ki uluslararası insan hakları konferansında evli olmayan çiftleri de içerecek biçimde "Her çiftin istediği sayı ve aralıkta çocuk

sahibi olmak ve doğum kontrolü hakkında yeterli bilgi ve eğitimi almak hakkıdır” şeklinde bir ifade kullanılmıştır. 1969’da Birleşmiş Milletler Genel Kurulu Kararı ile “Hükümetlerin aile planlaması konusunda hizmet vermesi gerektiği” görüşü ilan edilmiştir (Kanık 2007).

Dünyadaki hükümetlerin % 96’sı 1991 yılı sonunda Aile Planlaması hizmetlerini doğrudan destekleyen politikalar uygulamışlardır. Gebeliği önlemek için yöntem kullanma oranı, 1999 yılında, tüm dünyada % 61, İngiltere’de % 82, Fransa’da % 75, İtalya’da % 78, Japonya’da % 59, İran’da % 73, Pakistan’da % 24, az gelişmiş ülkelerde % 24, gelişmekte olan ülkelerde % 59, gelişmiş ülkelerde ise; % 72’dir (Kavak 2006).

Bin dokuz yüz doksan dört yılından bugüne, 46 ülke aile planlamasını yasal olarak, 20 ülke üreme haklarını kampanyalar ile, 10 ülke ise erkeği de üreme sağlığına dahil ederek destekleme kararı almıştır. 2003 yılından beri UNFPA 143 ülkede üreme sağlığı hizmet kalitesini takip etmektedir. Buna göre: 77 ülke personel ve hizmetlerini, 45 ülke standartlarını, 36 ülke yönetim ve aile planlaması yöntem teminini geliştirmiştir (Örsal 2006).

2.3. Nüfus Politikaları

Batı Avrupa ve ABD’de 19. yüzyıldan itibaren nüfusta bir yüzyıldan daha uzun bir sürede meydana gelen değişimler, gelişmekte olan ülkelerde on yıl’dan daha az bir zamanda vuku bulmaktadır. Bu da toplumsal baskının inanılmaz boyutlara varmasına yol açmakta; artan nüfusa yeni iş olanakları, daha çok gıda ve daha fazla konut gerekmektedir. Bu nedenlerden dolayı dünyanın çeşitli bölgelerinde farklı nüfus politikaları uygulanmaktadır. Bu bağlamda ihtiyaçlara cevap verebilecek şekilde hedeflerin belirlenmesi ve uygulanması gerekmektedir. Oysa bu her zaman ve her ülke için o kadar kolay olmamaktadır (Doğan 2012).

Yedi milyarlık nüfus ve dünyanın olanaklarına dikkat çekilen 2011 BM Nüfus Raporu’na göre; Dünya nüfusunun 7 milyar olduğu, bu sayının 2050 yılına dek 9.1 milyara çıkmasının beklendiği anımsatılmıştır. Yıllık doğum hızı % 020 ve yıllık nüfus artış hızı % 011,5’tir (günlük 210 bin). Ortalama yaşam süresi yaklaşık 70 yıl ve kadın

başına ortalama çocuk sayısı 2,8'dir. Dünya nüfusunun yaklaşık % 15'ini oluşturan gelişmiş toplumlarda kadın başına çocuk sayısı 2'nin altında, geri kalan toplumlarda 3'ün üzerindedir (ahmetsaltik.net, E:25.Eylül.2012). Dünyada büyük devlet liderleri ve genel anlamda gündemi belirleyen kişiler tarafından, nüfus artışının günümüzde almış olduğu boyut, sık sık kaygı verici olarak nitelendirilmektedir (Yaylı 2012).

Günümüzde genel olarak uygulanan üç çeşit nüfus politikası vardır : (Doğan 2012).

1. Nüfus artış hızını azaltmaya yönelik olarak uygulanan nüfus politikası (Çin ve Hindistan gibi ülkelerde uygulanan nüfus politikası).
2. Nüfus artış hızını yükseltmek için uygulanan nüfus politikası (Son zamanlarda nüfusu hızla düşen İsveç, Finlandiya, Danimarka gibi ülkelerin uyguladığı nüfus politikası).
3. Nüfusun nitelik ve niceliğini iyileştirmek amacıyla uygulanan nüfus politikası (Özellikle Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerin uyguladığı nüfus politikaları).

2.3.1. Türkiye’de Nüfus Politikaları

Türkiye’de nüfus politikaları yönünden iki dönemden söz etmek mümkündür. Yurdumuzda Cumhuriyetin ilk yıllarından 1965’e kadar olan birinci devrede pronatalist (nüfusu artırıcı) politika izlenirken, bu tarihten sonraki ikinci devrede de antenatalist yani nüfus artışının azaltılması (nüfus artış hızını sınırlayıcı) yönünde politikalara geçilmiştir (Doğan 2012).

Tablo 1. Sayım Yıllarına Göre Türkiye Nüfusu (1927-2009) (tuik.gov.tr 16.Aralık.2012).

SayımYılı	Nüfus	Yıllık Nüfus	
		Artış Hızı (%)	Nüfus Yoğunluğu
1927	13648270		18
1935	16158018	21. 10	21
1940	17820950	17. 03	23
1945	18790174	10. 59	24
1950	20947188	21. 73	27
1955	24064763	21. 75	31

1960	27754820	28. 53	36
1965	31391421	24. 62	41
1970	35605176	25. 19	46
1975	40347719	25. 00	52
1980	44736957	20. 65	58
1985	50664458	24. 88	65
1990	56473035	21. 71	73
2000	67803927	18. 28	88
2009	72561312	14. 50	94

1927- 1965 Yılları Arasında Uygulanan Nüfus Politikası: Pronatalist, çoğalma politikası

1965 Sonrası Uygulanan Nüfus Politikası: Antenatalist, nüfus artış hızını sınırlayıcı politika (Doğan 2012).

Türkiye'de farklı dönemlerde farklı nüfus politikaları uygulanmıştır. Cumhuriyetin ilk yıllarından planlı dönemin başladığı 1963 yılına kadar nüfus artış hızını yükseltici, bu dönemden günümüze kadar ise nüfus artış hızını düşürücü politikalar uygulanmış, hızlı nüfus artışının ekonomik kalkınmada bir engel olduğu düşüncesi yaygınlık kazanmaya başlamıştır. 1963 öncesi dönemde aile planlaması gibi nüfus artış hızını kontrol altına alan, doğum oranlarını düşüren uygulamalar teşvik edilmezken 1963'ten sonra bu tür uygulamalar teşvik edilerek nüfus artışının yavaşlatılmasına yönelik politikalar hız kazanmıştır (egitek.meb.gov.tr, E:5.Ekim.2012).

On Nisan 1965 tarihinde kabul edilen, 557 sayılı Nüfus Planlaması Hakkında'ki Kanun, Türkiye'de ki nüfus politikalarında bir dönüm noktası olmuştur. Bu kanunla Türkiye'de pronatalist politikalardan antinatalist politikalara geçilmiştir. Bu kanun ile gebeliği önleyici yöntemlerin ithalini, satışını ve kullanımını yasaklayan 1936 tarihli Umumi Hıfzısıhha Kanunu'nun ilgili hükümleri kaldırılmış olup, yöntemlerin ithali, dağıtımı ve satışı cezai yaptırım gerektiren bir uygulama olmaktan çıkmıştır ([hips.hacettepe.edu.tr](https://hacettepe.edu.tr), E:16.Kasım.2012).

Artan nüfus hızını düşürmek amacıyla 1965 yılında Nüfus Planlaması Genel Müdürlüğü kurulmuştur. Doğum ve ölümler konusunda eğitici ve önleyici tedbirlerin arttırılması kararı benimsenmiştir. Planlı dönem başlangıcından bu yana, kalkınma planları ile nüfus politikasının yasallaştığı görülmektedir (Doğan 2012). Tablo-1’de görüldüğü gibi Türkiye’deki nüfus artış hızının 1960’lardan başlayarak sürekli olarak azalmasına karşın, nüfusun büyüklüğü sürekli olarak artarak 1990 yılında 56 milyona, yani 1960 nüfusunun iki katına ulaşmıştır. TÜİK 2009 verilerine göre nüfus büyüklüğünün Cumhuriyet’in 100. yılında 82, 3 milyon olması beklenmektedir (hips.hacettepe.edu.tr, E:16.Kasım.2012).

1. Beş Yıllık Kalkınma Planında (1963- 1967) II. Dünya Savaşı sonrası nüfus yapısında meydana gelen değişmelere bağlı olarak yol göstermesi açısından yeni bir nüfus politikasından söz edilmektedir (Doğan 2012). Nüfus planlaması alanındaki hizmetleri yürütmek için 1965 yılında Sağlık Bakanlığına bağlı Nüfus Planlaması Genel Müdürlüğü kurulmuştur. Nüfus Planlaması Kanunu ile kişilere istediği zaman, istediği sayıda çocuk sahibi olma özgürlüğü tanınmıştır (egitek.meb.gov.tr, E:5.Ekim.2012).

2. Beş Yıllık Kalkınma Planında (1968- 1972) Bu dönemde konuya yaklaşım açısı değişmekte, “nüfus planlaması” deyiminin yerini “aile planlaması” deyimini almaktadır (Doğan 2012). Aile planlaması ile anne çocuk sağlığı hizmetlerinin birlikte yürütülmesi planlanmıştır (egitek.meb.gov.tr, E:5.Ekim.2012).

3. Beş Yıllık Kalkınma Planında (1973- 1977) Aile planlamasının sağlık hizmetlerinden ayrılamayacağını dolayısıyla ana ve çocuk sağlığı ile aile planlaması hizmetlerinin birleştirilmesi gereği ortaya konmuş ve ilgili kuruluşlar arası işbirliğine önem verilmesi kararlaştırılmıştır (Doğan 2012).

4. Beş Yıllık Kalkınma Planında (1978- 1983) III. Beş Yıllık Kalkınma planında olduğu gibi anne çocuk sağlığı üzerinde durulmuştur (egitek.meb.gov.tr, E:5.Ekim.2012). Bu dönemde devlet yöneticilerimiz özellikle de sağlık bakanlığı çocuk sayısında rakam zikretmeye başlamış, ideal çocuk sayısının 2 olacağını belirtmiş ise de, belirgin bir aile

planlaması uygulaması da dile getirilmiştir. 1983 yılında nüfus planlamasıyla ilgili 2827 nolu Kanun yürürlüğe girmiştir (Doğan 2012).

5. Beş Yıllık Kalkınma Planında (1985- 1989) Nüfusun sağlık, eğitim, beslenme ve barınma imkânları, bebek ölüm hızının azaltılması konuları üzerinde durulmuştur (egitek.meb.gov.tr, E:5.Ekim.2012). Sosyo-ekonomik alanda bir önceki döneme göre nüfusun demografik yapısında az da olsa gelişme görülse de temel ilkenin nüfus kalitesinin yükseltilmesi olduğu belirtilmiştir (Doğan 2012).

6. Beş Yıllık Kalkınma Planında (1990- 1994) Yüksek nüfus artışının istenen ekonomik büyüme ve sosyal gelişmeyi engellediği görüşünden hareketle, nüfus artış hızını azaltmaya yönelik politika ve programların daha da etkinleştirilerek uygulanması öngörülmüştür (Doğan 2012).

7. Beş Yıllık Kalkınma Planında (1996- 2000) Hızlı nüfusun artışının, bireylerin refah açısından daha fazla pay alabilmesini ve ekonominin değişim sürecinin daha hızlı gelişmesini engellediği belirtilmektedir (Doğan 2012). Sanayileşme ve şehirleşmenin aile yapısında meydana getirdiği değişimden hareketle bu değişimin etkilerine karşı ailenin çağdaş kurum ve hizmetlerle desteklenmesi kararlaştırılmıştır (egitek.meb.gov.tr, E:5.Ekim.2012).

8. Beş Yıllık Kalkınma Planında (2001- 2005) Anne ve çocuk sağlığını yakından ilgilendiren doğum öncesi bakım, sağlık personeli yardımı ile doğum ve doğum sonrası bakım ve modern aile planlaması yöntemi kullanımında artışlar görülmekle birlikte, yerleşim yerleri arasındaki farklılıklar dikkat çekmektedir (Doğan 2012). Nüfus artış hızındaki düşmenin devam edeceği tahmin edilmiş, aile planlaması hizmetlerinin sağlık hizmetleri ile bütünleştirilerek sunulacağı ilkesi benimsenmiştir (egitek.meb.gov.tr, E:5.Ekim.2012).

9. Beş Yıllık Kalkınma Planında (2007- 2013) Ülkemizin nüfus artış hızının azaltılması yönündeki politika devam etmektedir. Ülke genelinde hızlı nüfus artışının neden olduğu olumsuzluklar azalmasına rağmen, istihdamın artırılması ve işsizliğin

azaltılması ile eğitime ilişkin sorunlar çözülememiş ve eğitim-istihdam arasındaki ilişki yeterince kurulamamıştır (Doğan 2012). Türkiye'nin değişen nüfus yapısı, özellikle eğitim, istihdam ve sosyal güvenlik alanlarındaki politikaların ele alınması kararlaştırılmıştır (egitek.meb.gov.tr, E:5.Ekim.2012).

2.4. Erkek Üreme Organları ve Üreme Fizyolojisi

Penis ve scrotum erkekte dış genital organları yaparlar. Testisler, epidimis, ductus deferens, vesicula seminalis ve prostat ise iç genital organları oluştururlar (anadolu.edu.tr, E:5.Aralık.2012).

Testisler: Gametogenez ve steroid üretiminden sorumludur. Aşırı sıcak ve soğuğa karşı çok hassastırlar. Normal olarak gelişimini tamamlamış bir erkekte skrotumların içinde bulunmaları gerekir.

Epididimis: Spermin olgunlaşması ve depolanmasını sağlar, spermilerin dışarıya iletilmesini sağlayan yolun başlangıcını oluşturur.

Vas Deferens: Epididimis ile üretra arasındaki kanaldır. Yaklaşık 40-50 cm kadar bir uzunluğu vardır. Epididimisin kuyruk kısmının ucundan başlar ve testisin arka kenarı boyunca yukarıya doğru yükselir. Bir bölümü hariç, esas görevi spermilerin transferini sağlamaktır.

Ejekülasyon kanalları: Prostat, bulboüretral bezler, vesika seminalis; tümü birden spermin içinde yaşadığı ve ejakülasyonla spermle birlikte atılan seminal sıvıyı üretirler.

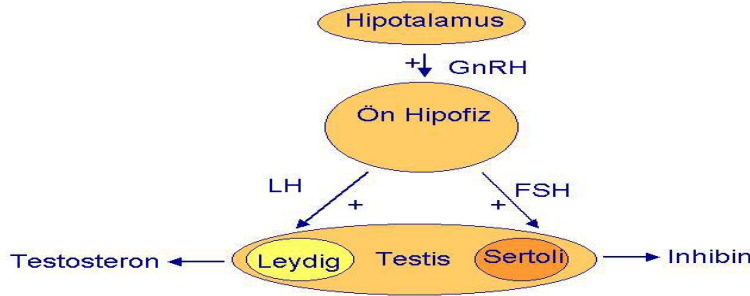
Üretra: Hem üriner hem de üreme kanalıdır (anadolu.edu.tr, E:5.Aralık.2012; uludag.edu.tr, E:15.Kasım.2012).

2.4.1. Hormonal Kontrol

Spermatogenezis hipofizer gonadotropinlerin (FSH, LH) normal sekresyonuna bağlıdır. Ekzojen gonadotropin releasing hormon (GnRH) analogları, testosteron gibi seks steroidleri ve progestinler gonadotropinleri ve spermatogenezisi baskılar (androloji.org.tr, E:6.Aralık.2012).

Sekil-I. 'de görüldüğü gibi, beyinden salgılanan nöropeptitler ve nörotransmitterler (dopamin, norepinefrin, asetil kolin, serotonin) hipotalamusta gonadotropin salgılayıcı hormonu (GnRH) uyarır. GnRH hipofizden glikoprotein yapısında folikül stimüle edici hormon (FSH) ve luteinize edici hormon (LH) salgılanmasını sağlar. LH spermatogenezisi dolaylı olarak uyarırken, endojen testosteron üretimini de aktive eder. FSH'nin hedefi ise spesifik reseptörleri olan Sertoli hücreleridir. Bu nedenle testosteron ve FSH, seminifer kanal epiteline etki eder. Androjen bağlayan protein (ABP) bir Sertoli hücresi ürünüdür. Testosteron LH'nin birincil inhibitörüdür ve potent etkili dihidrotestosterona ya da potent etkili östradiole (E2) dönüşebilir. Testosteron hipotalamik, östrojen ise hipofizer yolla inhibitör etki yapar. FSH'nin inhibisyonu Sertoli hücrelerinden salgılanan inhibin adlı nonsteroid bir maddeyle olmaktadır (Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi Kitabı 2005; ctf.edu.tr, E:20.Kasım.2012).

Şekil 1. (slidefinder.net adresinden modifiye edilmiştir. Erişim: 20.Aralık.2012).



2.5. Erkek Aile Planlaması Yöntemleri

Herhangi bir kontrasepsiyon yöntemi kullanan çiftlerin en az üçte bir'i, erkeğin de aktif katılımını gerektiren bir yöntem kullanmaktadırlar. Geri çekme, kondom ve vazektomi başlıca yöntemlerdir (androloji.org.tr, E:6.Aralık.2012). Prezervatif bir çok çift tarafından uzun vadeli bir doğum kontrolü yöntemi olarak kabul edilmemiştir (Heinemann et al., 2005). Kontrasepsiyonda erkeğin rolünü artırma ve geri dönüşü olan bir kontrasepsiyon yöntemi geliştirme çabaları sonunda hormonal erkek kontraseptifleri ortaya çıkmaya başlamıştır (androloji.org.tr, E:6.Aralık.2012). Erkeklerin doğurganlık

ve kontraseptif tercihlerine yönelik yapılan çalışmalarda erkeklerin yüksek oranda aile planlamasını tasvip ettikleri ve kendilerinin aktif olarak doğum kontrolünde rol aldıkları görülmüştür (Meriggiola et al., 2006). Erkek hormonal kontrasepsiyon gelişimi çalışmaları son yıllarda önemli ölçüde ilerlemiştir (Martin et al., 2000). Nihai hedefe ulaşılabilecek yöntem etkili, güvenli, tersinir ve genel olarak tüm erkekler tarafından kullanılabilir bir erkek kontrasepsiyon yöntemidir (İlani et al., 2011). Ayrıca yeni ideal erkek kontraseptif yöntemleri:

- ✓ Cinsel eylemden bağımsız uygulanmalıdır.
- ✓ Her iki partner için kabul edilebilir olmalıdır.
- ✓ Libido, cinsel aktivite ve gücü kısıtlamamalıdır.
- ✓ Ne kısa ne de uzun vadeli toksik yan etkileri olmamalıdır.
- ✓ İleride doğacak olan çocuklar üzerinde herhangi bir etkisi olmamalıdır.
- ✓ Hızlı etkili ve tam olarak geri dönüşümlü olmalıdır.
- ✓ Kadın yöntemleri ile karşılaştırıldığında onlar kadar etkili olduğu anlaşılmalıdır (Nieschlag and Med 2011).

Spermatogenezis hipofizer gonadotropinlerin (FSH, LH) normal sekresyonuna bağlıdır. Ekzojen gonadotropin releasing hormon (GnRH) analogları, testosteron gibi seks steroidleri ve progestinler gonadotropinleri ve spermatogenezisi baskılar.

Geniş multisentrik çalışmalarda haftalık yüksek doz testosteron uygulamasının gonadotropinleri ve spermatogenezisi baskılamada oldukça etkili ve kontraseptif etkinliğinin de kadınların oral kontraseptifleriyle karşılaştırılabilir olduğunu göstermiştir. Düşük testosteronun, bir progestin veya bir GnRH analogu ile kombine edildiği rejimlerle yapılan çalışmalardaki sonuçlar ise daha başarılı bulunmuştur. Erkek hormonal kontraseptifleri ile yapılan bu çalışmaların çoğunda kilo alma ve serum HDL kolesterolün baskılanması en önemli yan etkiler olarak gösterilmiştir. Erkekler için onaylanıp piyasaya sürülmüş bir hormonal kontraseptif henüz yoktur. Ancak piyasada alacak ilk hormonal erkek kontraseptif uzun etkili (enjeksiyon veya implant) bir androjen progestin kombinasyonu olacak gibi görülmektedir. Erkek kontraseptifi geliştirme araştırmalarında post-testiküler ve epididimal bölgeler üzerinden etki edebilecek ajanlar üzerinde de çalışılmaktadır (androloji.org.tr, E:6.Aralık.2012).

2.5.1. Geleneksel Yöntemler

2.5.1.1. Geri Çekme Yöntemi

Geri çekme yöntemi halk arasında “çekilme, dışarı boşalma, erkeğin korunması, dikkatli olma” gibi başka isimlerle de adlandırılmaktadır (Yaylı 2012). Ülkemizde çiftlerin yaklaşık dört’te bir’i halen bu yöntemi kullanmaktadır (Yıldız ve Şankazan 2002). Cinsel ilişki sırasında erkeğin cinsel organını, ejakülatın gelmesinden önce vajinadan çıkararak menisini vajina dışına boşaltmasına dayanan bir yöntemdir (Gabalıcı 2008). Geri çekme yönteminde, erkeklik organından tüm meninin boşalması öncesinde mevcut olabilecek az miktardaki sıvıda bile sperm bulunabilmektedir. Dişi üreme organlarından zamanında yeterli geri çekilme yapılamamış veya dış organlara sürüntü halinde bile meni bulamış ise, 90 dakika içinde sperm dişi iç üreme sistemlerinden tüplere ulaşabilmektedir. Bu da zaman zaman beklenilmeyen ve istenilmeyen gebeliklerle karşılaşılmasına neden olmaktadır (pdrm.anadolu.edu.tr, E:20.Ekim.2012). Avantajları; güvenilir bulunması, gebelik istendiğinde yöntemin kolay bırakılabilmesi, hormon içermemesi, yan etkisinin olmamasıdır. Yöntem doğru uygulandığında, gebelik oranı yılda % 9-15 ve % 27, çok dikkatli kullanımda ise gebelik oranı yılda % 4 olarak belirtilmektedir (Myntti et al., 2002, Gabalıcı 2008).

2.5.2. Bitki Ekstreleri Üzerinde Yoğunlaşan Yöntemler

2.5.2.1. Gossypol

En ünlü bitkisel kaynaklı ürün Dünya Sağlık Örgütü tarafından bırakılan fakat Brezilya’da ve başka bölgelerde çalışmalarına devam edilmiş olan gossypol’dur (Lissner 2006). Gossypol, pamuk tohumu yağından elde edilen ve ilk defa Çin’de bulunmuş olan bir bitki özüdür. Anti fertilite özelliği ise 1980’de saptanmıştır. Yüzde doksandokuz nokta seksendokuz (% 99.89) oranında anti fertilite özelliğine sahiptir (Doğan 2008, androloji.info E:6.Ekim.2012). Gossypol ilgili en önemli kaygılar, geri dönüş ve toksisite ile ilgili sorunlardır (Lissner 2006). Ciddi hipokalemi ve devamlı infertilite gibi dezavantajlara sahiptir (Harmankaya ve ark., 2001).

2.5.2.2. Tgw (Triptergium Wilfordii)

Cilt hastalıkları, ankilozan spondilit ve romatoid artrit gibi hastalıkların

tedavisinde kullanılan triptergium wilfordii (tgw) 'nin anti fertilite özelliği son yıllarda saptanmıştır (Doğan 2008). Tgw' nin immünsupresif etkisi vardır ve kısırlık da bir yan etkisi olarak bilinmektedir (Lissner 2006). İlk defa Çin'de bulunan bu preparatla ilgili ratlar üzerinde çalışma mevcut olup, halen deney safhasındadır (Harmankaya ve ark., 2001). Yirmi altı çinli erkek üzerinde yapılan bir çalışmada, kök ekstresi (20mg/gün) ile tedavide bağışıklık sistemi üzerinde önemli bir etkisine rastlanılmamıştır. Bu kontraseptif dozaj; artrit tedavisi için tavsiye edilen [60-90 mg / gün (1-1, 5 mg / kg vücut ağırlığı)] dozdan birkaç kat daha düşüktür. Kök ekstresi rat çalışmaları, vücut ağırlığı, hormonlar ya da libido üzerinde hiçbir yan etki etkisinin olmadığını göstermiştir. Ancak, Çin tıbbındaki çalışmalar güçlü bir ilaç olduğunu göstermekte ve yüksek dozlarda ve uzman kişilerin tavsiyesi olmadan kullanılmaması gerektiğini belirtmektedir (Lissner 2006).

2.5.3. Modern Yöntemler

2.5.3.1. Kondom

Kondom, cinsel ilişki sırasında penis üzerine geçirilerek, erkeğin spermelerinin vajinaya girmesini engellemektedir (Taşkın 2011). Aile planlamasına aktif olarak katılmak isteyen erkekler tarafından ve anlık bir korunma yöntemine gereksinim duyanlar tarafından rahatlıkla kullanılabilir. Emziren kadınlarda korunma açığını kapatmak amaçlı, seyrek cinsel ilişkide bulunan çiftlerde, cinsel yolla bulaşan hastalıklardan (AIDS dahil) korunma amaçlı, diğer korunma yöntemlerini kullanmak istemeyenlerde, çabuk uyarılma sonucu erken boşalma sorunu yaşayan erkeklerde kullanılmaktadır. Cinsel yolla bulaşan hastalıklardan koruyucu olduklarından rahim ağzı kanserleri açısından da koruyuculukları bulunur. Ayrıca kondom kullanımı, bir başka yöntem kullanırken buna bir süre ara vermek isteyen çiftlerde bu ara dönem için de ideal bir yöntemdir. Yöntemle ilgili önemli boyut bir sağlık riski ve yan etkinin olmamasıdır. Hemen etkinliği olan kondom kullanımında, doğru kullanıldığında etkinlik yüksek'tir. Yüz çift'in bu yöntemle 1 yıl korunmalarında başarısızlık oranı % 2-5 civarındadır (pdrm.anadolu.edu.tr, E:20.Ekim.2012).

2.5.3.2. Vazektomi

Vazektomi, erkeklerde bütün dünyada yaygınlaşarak uygulanan en etkili, güvenilir ve kalıcı kontrasepsiyon yöntemidir. Vazektomi yönteminde testislerden çıkan sperm ileti yollarının her iki kasık bölgesi altından kesilerek bağlanmasıyla spermlerin meniye karışması engellenmektedir (androloji.org.tr, E:25.Aralık.2012).

Lokal anestezi ile kısa süre içinde ayaktan yapılabilir bir uygulamadır. Bu yöntemde de tekrar geriye dönüş istenir ise ancak daha uzun sürecek ve mikrocerrahi prensipleriyle gerçekleştirilecek bir operasyona gereksinim duyulur (pdrn.anadolu.edu.tr, E:20.Ekim.2012).

Çeşitli çalışmalarda, 20 yıl önce vazektomi yapılan erkeklerde prostat kanseri insidansının yüksek olduğu bulunmuştur. Bu konuda çelişkili yayınlar olmakla birlikte bu artmış insidansın nedeni olarak vazektomi yapılanların sağlık kontrollerine sıkı sıkıya bağlı bir popülasyon olduğu ve bunlarda daha sık kontrol yapılması nedeniyle insidansın yüksek bulunduğu ileri sürülmektedir (androloji.org.tr, E:6.Aralık.2012).

2.5.4. Yeni Vas Deferens Tabanlı Yöntemler

Testislerde üretilen ve epididimis’de saklanan spermler, vaz deferens adı verilen tüp aracılığıyla penise iletilirler. Dünya’da bir çok erkek (Yeni Zelanda ‘da erkeklerin yarısından fazlası), vazektomi sayesinde çocuk sahibi olmayı engellemişlerdir. Vazektomi yöntemi genellikle kalıcı olduğu için, araştırmacılar uzun süredir, vazektomiye alternatif olarak geri dönüşümlü bir yöntem araştırmaktadır. Vas deferens’e bağlı olarak kontrasepsiyon için birçok yeni yaklaşım aşağıda açıklanmıştır (Lissner 2006).

2.5.4.1. Risug

RISUG vazektomi’ye benzer bir yöntem olmasına karşın önemli avantajı geri dönüşlü olmasıdır. Araştırmacılar vaz deferens’i kesmek yerine oraya bir polimer (jel) enjekte ederek aynı sonuca ulaşmaya yönelik bir çalışma yapmışlardır (Lissner 2006). Bu polimerin sadece spermi engelleme değil, aynı zamanda sperm öldürücü özelliği’de bulunmaktadır. Eğer aylar veya yıllar sonra doğurganlık geri istenirse, polimer başka bir enjeksiyon ile vaz deferens dışına aktarılabilmektedir (newmalecontraception.org,

E:17.Kasım.2012).

Bu yöntem, çocuk sahibi olmadan önce eğitimlerini tamamlamak isteyen genç erkekler için ve çocuk yapmaya ara vermek isteyen çiftler için ideal olabilir. Ayrıca çocuk istemeyen fakat ileride fikri değişebilecek olan, yeniden evlenmiş olan veya çocuğunu kaybetmiş olan erkekler içinde tercih edilebilir. RISUG, dimethyl sulfoxide (DMSO) ile styrene maleic anhydride (SMA) tozlarından oluşmaktadır (Lissner 2006).

Jel vaz deferens duvarlarına ve katlarına enjekte edilerek vaz deferens ve vaz deferens'in lümeni kısmen bloke edilir. Sperm böylece immotil hale gelmekte ve yumurtayı dölleyememektedir. RISUG'un içeriği aynı zamanda aktif olarak yaklaşan spermli öldürür. Cilde dikiş gerektirmeyecek kadar küçük kesi açılır, bu kesi vaz deferens'i görmeyi ve üzerinde çalışmayı kolaylaştırır. İşlem genellikle onbeş dakika sürer, vazektominin aksine, RISUG hemen etkilidir. Yirmi beş yıldır yapılan insan ve hayvan çalışmalarında güvenilir ve etkili olduğu bulunmuştur. Kullanımı bıraktıktan sonra vas deferens ve testis 150 gün içinde yavaş yavaş eski haline dönmektedir (Lissner 2006).

RISUG ileri klinik denemeleri yapılmış olan Hindistan'da bazı erkekler tarafından 15 yılı aşkın bir süredir kullanılmaktadır. Polimerin yeni sürümü olan vasaljel'in hedefi 2013 yılı ortalarında klinik çalışmalara başlanıp 2015'in erken dönemlerinde vazektomiye alternatif olarak piyasada olmaktır (newmalecontraception.org, E:17.Kasım.2012).

2.5.4.2. Ivd (Shug)

Intra Vas Device (IVD) bir dizi küçük implantlarla sperm akışını bloke eden bir cihazdır (ctf.edu.tr, E:20.Kasım.2012). IVD açılımı "Intra Vas Cihaz"dır. Bu kontraseptif yöntem'de vas deferensin her iki tarafına, yumuşak içi boş silikon tıkaçlar implante edilir. Her tıkaç küçük bir dikiş ile vaz duvarına tutturulur (Lissner 2006). İşlem 20 dakikadan az bir sürede gerçekleştirilir. Klinik çalışmalarla oluşturulan iki IVD tasarımı vardır. Birincisi Amerika'daki bir firma tarafından yapılan bir çift yumuşak silikon tıkaçtır. Diğeri ise Çin'de bir medikal firma tarafından yapılan naylon

bir süzgeç ile kaplı üretan tüptür (malecontraceptives.org, E:1.Aralık.2012). Bu konuyla ilgili çalışma yapan araştırmacılar, 30 erkekte IVD testi uyguladıkları zaman, erkeklerin hepsinde tam tıkanmanın olmadığını görmüşlerdir, 30 erkeğin 27'sinde tam tıkanma veya hareketsiz sperm, diğer 3 erkekte ise son derece düşük motilitede sperm sayısı görmüşlerdir . Bu spermlerin varlığının yöntemin güvenilirliğini engelleyeceğini düşünmüşlerdir (Lissner 2006). Etkili bir kontrasepsiyon elde edilmesinin 3 ay kadar sürebileceğini belirtmişlerdir (malecontraceptives.org, E:1.Aralık.2012).

Araştırmacılar başarılı maymun çalışmalarına dayanarak, teknik olarak IVD girişiminin vazektomi'den daha basit olduğunu ileri sürmüşlerdir. Ancak, tıkaçlar çıktığında doğurganlık potansiyelinin aynı olamayabileceğini, yani vazektomi'deki gibi kullanıldığı sürece, gebelik potansiyelinin her yıl önemli ölçüde düşeceğini de belirtmişlerdir (Lissner 2006).

2.5.4.3. Silikon ve Poliüretan Enjektatlar

Bu yöntemde ilk olarak az miktar prokain, sperm öldürücü eylem için vaz deferens içine enjekte edilir daha sonra tıpasının oluşturulması için, poliüretan (MPU) enjekte edilir ve sertleşmesine izin verilir. Beş yüz erkekle yapılan bir çalışmada enjeksiyondan bir yıl sonra erkeklerin sadece 5'inde (% 1) potansiyel olarak verimli sperm konsantrasyonu görülmüştür. 10 yıl boyunca bu enjektatları kullanmış 1000 erkek üzerinde yapılan bir çalışmada % 98 etkinlik ve çok az komplikasyon görülmüştür. Bu enjektatlar çıkarılması kolay olacak biçimde tasarlanmıştır ve beklenmedik koşullar söz konusu olduğunda iptal edilmesini isteyen erkekler için idealdir (Lohiya et al., 2001). RISUG gibi, bu madde'de sıvı şeklinde enjekte edilebilir. IVD gibi aktif bir madde içermez, spermi engellemek için bir bariyer oluşturur. Araştırmacılar Tayvan'da bu yöntemle yüksek bir başarı sağlandığını bildirmişlerdir. 1983 ve 1990 yılları arasında, en az 100. 000 erkek bu enjektatlardan kullanmıştır. 2-4 yıl arası bu enjektatları kullanan 31 erkek bu yöntemi bıraktığında, hepsi iki yıl içinde çocuk sahibi olmuşlardır (Lohiya et al., 2001,Lissner 2006).

2.5.4.4. Kalıcı Kimyasal Enjeksiyon

Kimyasal maddelerin bir çoğu enjeksiyon yoluyla kalıcı sterilizasyona neden olmaktadır. Kimyasal enjeksiyonun en önemli avantajı, cerrahi korkusunun ortadan kaldırılması, uygulayan kişinin yeterince uzman olması durumunda perkütan yolla yapılabilir olmasıdır (Lissner 2006). Bu yöntem’de vaz deferens lümeni zarar görür ve yerini skar dokusu alır. Tekniğinin basit olduğu, hızlı bir şekilde ve daha az masraf ile yapılabildiği belirtilmektedir (Lohiya et al., 2001). Ayrıca, vaz deferens’in hiç bir kısmı değişmemekte bu durum bazı erkeklerin kendilerini daha "bütün" hissetmelerini sağlamaktadır. Vaz deferens dokusunu tamamen bloke etmek zaman almakta olup, yöntemi kontrasepsiyon amaçlı kullanmadan önce bir kaç aylık bir bekleme süresi gerekmektedir. Kimyasal sterilizasyonun geri dönüşümü vazektomiden daha iyi değildir. Yapılan farklı çalışmalarda kimyasal sterilizasyonun güvenilirliği konusunda verilerde % 90 dan % 99 ‘a bazı farklılıklar görülmüştür (Lissner 2006).

2.5.5. Yeni Hormonal Yöntemler

Normal bir spermatogenez için uygun miktarda testosteron salgılanması gerekmektedir. Testosteron da, leydig hücrelerinin luteinizan hormon tarafından uyarılmasıyla salgılanmaktadır. Follikül stimüle edici hormonun bu aşamadaki görevi tam olarak anlaşılamamaktaysa da, bu hormonun kalitatif ve kantitatif olarak normal bir spermatogenez için gerekli olduğu düşünülmektedir. Dolayısıyla hormonal yöntem, LH ve FSH'ın baskılanmasına ve böylece spermatogenezin azalmasına dayanmaktadır (Katırcı 2008). Azospermi ve oligospermi sağlandığında kontraseptif etkinlik kadın yöntemlerine eşittir (jinekolojivegebelik.com, E:18.Ekim.2012). Bu amaçla tek başına androjenler (Testosteron Enantat-TE) veya androjen-progesteron kombinasyonları (TE+Siproteron Asetat veya Levonorgestrel) kullanılmaktadır (Katırcı 2008).

Tek başına testosteron kullanılması, ya da bir testosteron ve progesteron kombinasyonu kullanılması, erkekler için umut vaat eden bir yöntem gibi görünmektedir (Cheng and Dolores 2011). Androjen ve/veya progestin reseptör modölatörleri ve peptid olmayan gonadotropin releasing hormon antagonistleri üzerinde de çalışılmaktadır (Katırcı 2008). Burada amaç hipofizden salgılanan hormonlar olan

FSH ve LH'nın baskılanarak, testis içindeki testosteronun düşürülmesi ve dışarıdan bir miktar testosteron verilerek erkeklik fonksiyonlarının sürdürülmesine dayanmaktadır. Bu amaçla üzerinde çalışılan ilaçlar testosteron ile birlikte norethisterone, cyproterone acetate ve GnRH antagonistleridir. Ancak gerek uygulama sıklıkları gerekse etkinlikleri bakımından yaygın olarak pratik kullanıma girmemişlerdir (androloji.info, 6.10.2012).

2.5.5.1. Testosteron Enantat (TE)

Testosteron kullanılarak uygulanan hormonal kontrasepsiyon yönteminden iyi sonuçlar elde edilmiştir (Mathew and Bantwal 2012). Testosteron uygulamasıyla spermatogenez supresyonu 60 yıl öncesine dayanmaktadır. İlk gözlemler ve daha sonra yapılan çalışmalar testosteron'un geri dönüşümlü azospermiye neden olduğunu göstermiştir. Uzun süre etkili testosteron enantat (TE) 'daki gelişmeler, değişik dozaj ve uygulama sıklığı etkisinin araştırılmasına izin vermiştir. Değişen enjeksiyon aralıkları içeren çalışmalar teşvik edilmiştir (Anderson and Baird 2002, jinekolojivegebelik.com, E:18.Ekim.2012).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından 2 farklı erkek hormonal kontraseptif etkinlik çalışması yürütülmüştür. Bu çalışmalar da erkek kontrasepsiyonu için tek bir ajan olarak enjektabl testosteron ester (TE) kullanılmıştır. İlk çalışmada Asya ve Kafkasya'ya kayıtlı 271 erkeğe 6 ay boyunca haftada bir enjeksiyon yoluyla 200 mg TE uygulanmıştır. Uygulamanın 4. cü ayında bu rejimi kullanan erkeklerin ortalama % 65'inin azospermik ve geriye kalan erkeklerin ise % 75'inin oligospermik (<3. 000. 000 sperm/ ml) olduğu görülmüştür. Daha sonra 119 azospermik erkekte fertilitenin 12 aylık bir etkinlik fazı değerlendirilmiştir. Bu çiftler yıl boyunca kontrasepsiyon yöntemi olarak yalnızca TE kullanmış ve sadece bir gebelik olduğu görülmüştür. Yüz kişi için 0.8 gebelik oranı ve % 99'un üzerinde bir etkinlik oranı bildirilmiştir (Anderson and Baird 2002, Page et al., 2008, Cheng and Dolores 2011).

İkinci DSÖ çalışmasında haftalık 200 mg TE enjeksiyonu uygulaması sonucu azospermik veya oligospermik olan erkeklerde fertilite değerlendirilmiştir. Çalışma 399 erkek ile gerçekleştirilmiştir. Bu aşamada, azospermik olan erkeklerin eşlerinde gebelik

oluşmamıştır. Mevcut sperm konsantrasyonu 3-5 milyon / ml den daha düşük olanlarda fertilité yılda 100 kişide 8. 1 olarak görülmüştür. Sperm konsantrasyonu yeterli bastırılmış bütün erkekler için doğurganlık hızı yılda 100 kişi'de % 1.4, kontraseptif etkinlik ise % 94.7 olarak belirtilmiştir. Bu iki çalışma, 18 ay boyunca haftalık TE enjeksiyon rejimi uygulanan erkeklerin büyük çoğunluğunda geri dönüşümlü ve etkili kontraseptif bir tedavinin güvenli olduğunu göstermiştir (Anderson and Baird 2002, Page et al., 2008). Dönüm noktası olan bu çalışmalar hormonal azosperminin kontraseptif etkinliğini göstermektedir (Anderson and Baird 2002).

Sağlıklı erkeklerde (TE 200mg/hafta, IM) haftalık 200 mg uygulanan TE enjeksiyonunun yan etkileri; kilo alma, testis hacminde geri dönüşümlü % 25 azalma, hemoglobinde % 6 artış ve serum HDL kolesterolünde % 10-15 azalma olarak izlenmiştir, bu etkiler doza bağlı olarak görülmektedir. Eksojen testosteron verilmesiyle ilgili bir kanıt yokken, östradiol düzeylerindeki artış dolayısıyla, kalp krizi veya inme riski artabilir (Page et al., 2008, jinekolojivegebelik.com, E:18.Ekim.2012).

2.5.5.2. Testosteron Undekanoat (TU)

Testosteron Undekanoat (TU) ağızdan veya enjeksiyon yoluyla uygulanabilir, uzun zincirli bir esterdir. Testosteron eksikliği olan erkeklerde, tek bir enjeksiyon 6-12 hafta normal serum testosteron düzeylerini korur. Oral uygulamada daha az miktarda, günde iki ya da üç doz şeklinde uygulanır. Oral TU kullanılarak yapılan erkek hormonal kontraseptif çalışmalarının hayal kırıklığı ile sonuçlandığı söylenebilir (Page et al., 2008). TU enjeksiyonları kullanılarak normal sağlıklı erkekler üzerinde üç küçük çalışma gerçekleştirilmiştir. Çin'de yürütülen ilk çalışmada, gönüllü erkeklere aylık 500 veya 1000 mg TU dozları verildiğinde 500 mg grubundaki 12 erkekte 11'inin azospermik ve 1000 mg grubunda ki 12 erkeğin hepsinin çok hızlı azospermik olduğu görülmüştür. Almanya'da yapılan diğer pilot çalışmalarda, TU tek başına veya bir progestin ile kombine olarak kullanılmıştır. Sadece TU ile yapılan, 1000 mg TU uygulanan çalışma grubunda 14 erkekten 8'inde azospermi elde edildiği bildirilmiştir. Bu çalışmada uygulanan TU rejim ve formülasyonları Çin'de kullanılanlardan farklı olmamasına rağmen sperm konsantrasyonunu azaltmanın daha da zorlaştığı görülmektedir (Anderson and Baird 2002, Page et al., 2008).

Mevcut sonuçlar aylık 500 mg testosteron undekanoat enjeksiyonlarının etkili, tersinir, kabul edilebilir ve kolayca kontrasepsiyon sağlayabileceğini göstermektedir (Nieschlag 2009). Genel olarak, bu rejimin Çinli erkeklerde % 96. 7 kontraseptif etkinliği vardır. TE ile benzer şekilde, enjektabl TU kullanan erkeklerde de yan etki olarak; kilo artışı, hemoglobin düzeyinde % 9'luk bir artış ve HDL düzeyinde % 14'lük bir azalma görülmüştür. Ancak, tedavisi sırasında hiçbir ciddi yan etki görülmemiştir ve değişiklikler geri dönüşümlü olmuştur. Ayrıca, katılımcıların çoğu rejimi kabul edilebilir bulmuşlardır (Page et al., 2008).

2.5.5.3. Transdermal Testosteron

Skrotal transdermal testosteron yamaları 1980'lerin sonlarında tanıtılmıştır. Testosteron yamalar erkek hipogonadizm tedavisi için yararlı olmasına rağmen, erkek kontrasepsiyonu için etkili olmamıştır, çünkü progestinin ilavesiyle bile serum testosteron düzeyleri hipofizden salgılanan gonadotropin'i bastırmak için yeterli görülmemiştir (Page et al., 2008). Bu yamaların görevi fizyolojik testosteron konsantrasyonlarını sürdürmek olduğundan kontraseptif olarak potansiyel bir kombinasyon bileşenleri olarak hazırlandığında spermi engelleme yetenekleri şaşırtıcı derecede düşük olmuştur (Gonzalo et al., 2002). Örneğin, progestin levonorgestrel ile testosteron dan bir araya gelen yamayla yapılan bir çalışmada 11 erkekten sadece 2'sinde azospermi görülmüştür, 3 kişide ise sperm sayımı 3 milyon/ml altında bulunmuştur. İkinci bir çalışmada, oral levonorgestrel ile bir araya getirilmiş testosteron yamalar kullanılmıştır, ancak çalışma katılımcılarının % 50'den azında azospermi elde edilmiştir. Üçüncü testosteron yama çalışmasında ise, progestin desogestrel ile kombine testosteron yamalar kullanıldığında, olguların sadece % 41'inde azospermi elde edilmiş ve katılımcıların % 24'ü yamalara bağlanan cilt tahrişi nedeniyle çalışmadan çekilmiştir (Page et al., 2008).

Son zamanlarda, transdermal testosteron jeller erkek hipogonadizm tedavisi için kullanılmaktadır. Yakın zamandaki bulgulara, testosteron yamanın aksine, uzun-etkili enjekte edilebilir progestin ile kombine testosteron jel bileşimi (DMPA) ile yapılan çalışmaların, testosteron ile yapılan önceki çalışmalarla karşılaştırılabilir bir azo-oligospermi düzeyi ile sonuçlandığı görülmüştür. Bu jeller ümit vaat etmektedir çünkü,

serum testosteron düzeyi daha yüksek ve ciltteki tahriş etkisi testosteron yamalarından daha azdır. Gelecekte, bu jellerin bir progestin jel ile kombine edilmesi ve erkek kontracepsiyonunda bir "all-jel" yaklaşımı olarak kabul edilmesi mümkündür (Anderson and Baird 2002, Page et al., 2008). Skrotal ve nonskrotal transdermal testosteron yamaları ve jelleri yaygın olarak kullanılabilir hale gelmektedir (Gonzalo et al., 2002).

2.5.5.4. Testosteron-Progestin Kombinasyonları

Progestinlerin hipofizden salgılanan gonadotropin sekresyonunu inhibe etmesinden dolayı, gonadotropin supresyonunu artırarak etkili bir kontracepsiyon sağlamak amacıyla birçok progestin testosteron ile kombine edilmiştir. Ayrıca, insan dışı primatlarda yapılan bir çalışmada progestin noretisteronun böyle bir etki göstermekte başarısız olsada, progestinlerin spermatogenez üzerinde doğrudan inhibitör etkiye sahip olduğu öne sürülmüştür. Testosteron/progestin rejimleri ilk olarak 1970'lerde erkek hormonal kontracepsiyonu için test edilmiştir. Yapılan bir çalışmada, bu kombinasyonların kontraceptif etkinliğinin ideal olmadığı belirtilmiştir. Uygulama esnasında, aynı anda başka kontracepsiyon yöntemleri kullanılmasına ve sperm konsantrasyonun 10 milyon sperm/ml'in altında olmasına rağmen 100 çiftten 9'unda gebelik görülmüştür. Bu 35 yıl içinde, testosteron-progestin temelli rejimlerin etkinliğini büyük ölçüde artmıştır. Bununla birlikte, erkeklerde progestinlerin kullanımının; kilo alımı, serum HDL-kolesterol supresyonu ve artmış kardiyovasküler risk ile ilişkili proinflatuvar sitokinlerde artış gibi yan etkilere neden olabileceği belirtilmiştir. Mevcut protokollerle bu olumsuz etkilerin en aza indirmesi hedeflenmektedir (Anderson and Baird 2002, Page et al., 2008).

İlerleyen çalışmalar dozları minimize etmeye veya dağıtım stratejisinin optimize edilmesine yönelik olurken, tek başına testosteron ile karşılaştırıldığında spermi engelleme özellikleri üzerinde de durulmuştur. Kafkaslı erkeklerde 6 ay boyunca, haftalık oral 0.5 mg levonorgestrel ile 100 mg TE uygulanarak yapılan randomize, kontrollü bir çalışma göstermiştir ki, kombinasyon azospermiye ulaşmada yalnız TE'den (% 33) üstündür. Ayrıca, 3 milyon/ml'den az sperm konsantrasyonu elde edilen deneklerin oranı karşılaştırıldığında TE grubundakilerde % 61, kombinasyon grubunda % 94 olduğu görülmüştür. Bununla birlikte, yalnız TE grubu ile karşılaştırıldığında,

kombinasyon rejiminde HDL kolesterol daha da azalır ve daha fazla kilo artışı görülür. Daha sonraki çalışmalarda, etkinliğinden ödün verilmeden levonorgestrel dozu düşürülerek minimize edilmiş yan etkiler elde edilmeye çalışılmıştır (Amory 2004, Page et al., 2008). Daha küçük dozlar bazı progestinler için daha etkili olsa da birçok progestinin kontraseptif etkisi oldukça benzerdir. TU kombinasyonları veya testosteron granülleri ve levonorgestrel, etonogestrel, noretindron veya medroksiprogesteron'da % 90 azospermi oranları neredeyse aynıdır. Sonuç olarak, birçok araştırmacı, bu kombinasyonların klinik olarak yararlı bir kontraseptif metodla sonuçlanmasının muhtemel olduğunu düşünmektedir (Anderson and Baird 2002).

2.5.5.5. Hormonal Kontraseptif Rejimlerine GnRH Analogları Ekleme

Erkek hormonal kontrasepsiyon için GnRH agonistleri testosteronla birlikte kullanıldığında (leuprolid) etkili değildir. Çünkü bu agonistler kronik uygulamayı takiben bile sürekli FSH üretimini sağlama eğilimindedirler. Agonistlerin aksine, GnRH saatler içinde FSH ve LH üretimini baskılayabilir ve gonadotropin salgılanmasını agonistlerden daha fazla inhibe eder. Çeşitli çalışmalarda erkek hormonal kontraseptif uygulamasında GnRH antagonistlerinin hem kısa hem de uzun süreli etkileri incelenmiştir. Başlangıç olarak küçük çalışmalarla günlük subkutan (SC) enjeksiyon yoluyla, testosteron ile kombinasyon edilen GnRH antagonisti Nal-Glu'nun periferik androjenite etkisi incelenmiştir. Çalışmada, 6-10 hafta boyunca tedavi edilen 16 bireyden 14 ünde azospermi elde edilmiştir (Tom et al., 1992). Ancak daha sonraki küçük randomize bir çalışmada, tek başına TE'ye kıyasla TE plus Nal-Glu grubunda azospermi farkı görülmemiştir. Nal-Glu içeren günlük SC enjeksiyon kullanımının uzun süreli kontraseptif rejiminin uygun bir parçası olamayacağı kabul edilmiştir. Bundan dolayı GnRH antagonistlerinin hormonal ajanlarla kombinasyon olarak kullanıldığı zaman azospermi indüksiyonunda faydalı olabileceği önerilmiştir (Anderson and Baird 2002).

Son zamanlarda daha uzun etkili GnRH antagonistleri geliştirilmiştir. Bir depo formülasyonu olan GnRH antagonisti abarelix 1 aylık periyotta gonadotropin azaltılmasında etkilidir, ama bu ajana karşı bildirilmiş olan alerjik reaksiyonlar klinik yararı sınırlayabilmektedir. Başka bir GnRH antagonisti olan acyline tek bir SC

uygulama sonrası belirgin önemli yan etkileri olmadan en fazla 2 hafta süreyle gonadotropinleri baskılar. GnRH antagonistleri testosteron progesteron kombinasyonları ile karşılaştırıldığında daha kullanışlıdır. Bununla birlikte, geliştirilmiş yöntemlerin gelecekte gebeliği önleyici rejimlerin içinde olabileceği belirtilmiştir (Page et al., 2008).

2.5.6. Erkek Kontrasepsiyonunda Oral Yöntemler

2.5.6.1. Nipedifin

Nifedipin kalsiyum kanal blokerleri sınıfına ait olan, antihipertansif ve migren tedavisinde kullanılan bir ilaçtır. Dr Benoff 1992 yılında New York Üniversitesi Hastanesi İnfertilite Kliniklerinde çalışırken, nifedipin'in kontraseptif etkisine tanık olan ilk kişidir (Bahasadri and Badiei 2009). Sperm membranında bulunan kalsiyum kanalını bloke ederek, bir insanın hormonlarını etkilemeden doğurganlığını etkiler. Nifedipin 20 yıldan fazladır piyasadadır ve yan etki profili oldukça iyi anlaşılmaktadır. Amerika'da 45-54 yaş arasındaki erkeklerin üç'te bir'inden ve 20-34 yaş arası erkeklerin % 10'undan fazlası olası kontraseptif etkisinden habersiz, hipertansiyon amaçlı nipedifin kullanmışlardır (Lissner 2006).

2.5.6.2. Miglustat

Nifedipin benzeri bir yaklaşımla kullanılmaktadır, ancak Ulusal Sağlık Enstitüleri yöneticileri eyleminin daha çok sperme özgü olacağını düşünmektedir. Oxford Üniversitesi'nde farelerde yapılan çalışmalar miglustat'ın düşük dozunun sperm gelişimine engel olduğunu ve etkilerinin geri dönüşümlü olduğunu göstermektedir. Miglustat, spermelerde düzensiz mitokondriyal kılıflara, kuyruklarda zayıf bağlanma ve şekil bozukluğuna neden olarak spermelerin normal hareket yeteneğini bozar (Bahasadri and Badie 2009). Ancak bu etkiler geçicidir ve doğurganlık ilacı kestikten üç hafta sonra geri döner.

Miglustat spermin genetik bütünlüğünü etkilemez bu nedenle başarısız kontrasepsiyon durumlarında doğumsal defektler konusundaki kaygılar azaltılabilir. Miglustat son zamanlarda ve nadir görülen bir genetik bozukluk olan Gaucher hastalığı tedavisi için Amerika Birleşik Devletleri ve Avrupa Birliği güvenlik testlerinden geçmiş ve onaylanmıştır (Lissner 2006).

2.5.6.3. CatSper

Yakın zamanda keşfedilen CatSper geni erkek üreme sisteminde kalsiyum iyon değişimi kanallarını kodlamaktadır (Bahasadri and Badiei, 2009). CatSper (sperm katyon kanalı) umut vericidir fakat araştırmalar çok erken aşamada bulunmaktadır (Page et al., 2008). Kısaca, araştırmacılar spermin kuyruğu üzerinde çalışmalar yaparak CatSper adlı bir protein buldular. Bu protein, spermin kuyruk kısmında bir "kapı" olarak hizmet vermektedir ve elektrik yüklü kalsiyum iyonlarının içeri girmesini sağlamaktadır. Bu iyonlar spermin hareket etmesi için gereklidir. CatSper adlı ilacın sadece bu proteini etkilemesi ve daha az yan etkilerinin olması beklenmektedir.

Nifedipin'e göre CatSper' in dezavantajı CatSper bir ilaç olmamasıdır fakat, hedef ilaç olması yönündedir. Nifedipin sadece onaylı ve güvenliği test edilmiş kalsiyum kanal bloke edici ilaçtır aynı zamanda sperm kalsiyum kanallarını da bloke olur. CatSper henüz üretilmeyen özel bir proteini geçici olarak olarak bloke edilebilecek bir ilaçtır (Lissner 2006). Bu gen üzerindeki çalışmalar kalsiyum kanal blokleri ilaçların kontraseptif potansiyelinin anlaşılmasına yardımcı olacak ve tedavi yolları için yeni mekanizmalar sunacaktır (Bahasadri and Badiei 2009).

2.5.7. Erkek Kontrasepsiyonunda Isı Yöntemleri

Beşinci yüzyıla ait Hipokrat metinlerinde de sözü geçen erkek infertilitesi üzerinde ısıнын zararlı etkisi eski zamanlardan beri bilinmektedir (Lissner 2006). Bu yöntem, testiste uygun spermatogenezi korumak için testis ısısının normal vücut ısısından birkaç derece daha serin olması gerektiği basit gerçeğinden yola çıkılarak türetilmiştir (androloji.org.tr, E:25.Aralık.2012). Testisleri yüksek ısı altında tutarak sperm üretiminin bozulması esasına dayanır (androloji.info, E:6.Ekim.2012).

2.5.7.1. Yapay Kriptorşidizm (Suspensories)

Hayvanlarda kriptorşid (inmemiş) testislerin infertil olduğu yüzyıllardır bilinmektedir. Fakat bunun nedeni 1920'lere kadar anlaşılamamıştır. Testis sıcaklığında küçük bir artışın sperm üretimi (spermatogenez) üzerinde büyük bir olumsuz etkisi vardır (malecontraceptives.org, E:15.Aralık.2012). Suspensories tipik erkek iç çamaşırı

gibidir, kriptorşidizmi taklit eder. Suspensories sadece testisleri vücuda yakın tutarak vücut ısısına gelmelerini sağlamaktadır (Sharpe 2010).

Dr. Roger Mieusset ve Louis Bujan yapay kriptorşidizmin kontrasepsiyon için etkinlik oranlarını elde etmek istemişlerdir (Mieusset and Bujan 1994). Mieusset yönteminde, erkek uyanık olduğu saatler sırasında vücutta testisleri tutan ama penisin içine olmadığı bir çamaşır giyer. Yumuşak kauçuk halka kullanılan çamaşırdaki sonucun daha iyi olduğu ve hareketli sperm sayısının 2 milyon/ ml altında olduğu görülmüştür (Shafik 1996). Yöntemin kontraseptif amaçlı kullanım için uygun olduğu bildirilmiştir. Genellikle sperm sayısı 10-20 milyon / ml altında olduğunda ve motilitenin % 40-50' den düşük olduğunda infertilite tanısı konulduğundan, istenen sonuç net bir şekilde elde edilmektedir. 1994 yılında beş erkek bir ila üç bu yıl tekniği kullanmış ve benzer sonuçlar elde edilmiştir (Lissner 2006).

Yapay kriptorşidizm kontraseptif etkisi yöntem kesilmesiyle birlikte geri dönüşlüdür sperm sayısı 12-18 ay içinde normale dönmektedir (Lissner 2006).

2.5.7.2. Polyester İç Çamaşırı (Polyester Underwear)

Polyester, yapay kriptorşidizm kasık çamaşırına benzer ama daha gevşek ve farklı bir malzemeden yapılmıştır. Yapay kriptorşidizden teorik faydası, testislerin gevşek konumu olmuştur. Polyester iç çamaşırının pamuk veya yarım pamuk / yarım poli iç çamaşırından daha büyük bir "elektrostatik potansiyel" oluşturduğu bulunmuştur.

California Los Angeles Üniversitesi'nden Dr Christina Wang isimli saygın bir araştırmacı bu konu ile ilgili bir çalışma yapmıştır. Wang, 21 erkekle yaptığı çalışmada sıcaklıkta tutarlı bir artış bulmuştur ama sonuçlar bir "elektrostatik potansiyel" etkisi olup olmadığını veya sperm kalitesi üzerinde bir değişiklik yapıp yapmadığı hakkında bilgi vermemiştir (newmalecontraception.org, E:10.Ocak.2013).

Amerika Birleşik Devletleri Uluslararası Kalkınma Politika Ajansı (USAID), Dünya Sağlık Örgütü, Ulusal Sağlık Enstitüleri ve Kontraseptif Araştırma ve Geliştirme Programı Dr Wang'ın çalışmasını öneri ve finansman için övgüye değer bulmuşlardır

(Lissner 2006).

2.5.7.3. Ultrason

Ultrasonografi ile spermatogenezin tahrip edilmesi esasına dayanmaktadır (androloji.info, E:6.Ekim.2012). Teknik ve pratik yararları tek başına değerlendirildiğinde ultrason erkek kontrasepsiyonu için en umut verici biçimlerden biridir. On dakika ultrason uygulaması sonucunda altı ay içinde sterilite oluşmaktadır (Lissner 2006).

Ultrason kontrasepsiyonunda testisleri ısıtmak için, ultrason dalgaları (çok kısa, sessiz ses dalgaları) kullanılır (rhttp.org/contraception, E:4.Şubat.2013). Ultrason dalgaları yaralanmaları tedavi etmek için fizyoterapistler tarafından kullanılan aynı tip ve yoğunlukta olan dalgalardır (livescience.com, E:20.Şubat.2013).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu çalışma Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan erkek personelin erkeklere yönelik yeni geliştirilen kontrasepsiyon yöntemlerine bakış açılarının araştırılması amacıyla kesitsel ve tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

3.2 Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, katılımcılara ulaşım kolaylığı nedeni ile Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yürütülmüştür. Araştırmanın yürütülebilmesi için Antalya İl Sağlık Müdürlüğü'ne başvurulmuş ve yazılı izin alınmıştır (**EK-II**).

Araştırma verileri Eylül-Aralık 2012 tarihleri arasında toplanmıştır.

3.3 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Kesitsel ve tanımlayıcı olarak planlanan bu araştırmanın evrenini, araştırma verilerinin toplandığı tarihler arasında Antalya Eğitim ve Araştırma Hastane'sinde

alışan 816 erkek personel oluşturmaktadır. Araştırmanın rneklemine araştırmaya katılmayı kabul eden tüm erkek personelin alınması planlanmış ancak araştırmanın örneklemine araştırmaya katılmayı kabul eden doktor (asistan ve uzman), sağlık memuru (erkek hemşire ve anestezi teknisyenleri dahil) ve özel şirkete bağlı çalışan (temizlik şirketi personeli, özel güvenlik görevlisi, tıbbi sekreter ve halkla ilişkiler) gibi farklı meslek gruplarından oluşan toplam 200 erkek personel oluşturmuştur.

3.4. Verilerin Toplanması

Araştırma verileri, konuya ilişkin literatüre dayalı olarak ve Aile Planlaması Tutum leğinin bazı maddelerinden yararlanılarak araştırmacı tarafından oluşturulan veri toplama formu aracılığı ile toplanmıştır (**EK-I**).

Hastanede alışan erkek personele ilişkin sosyo-demografik verilerin ve erkek personelin yeni geliştirilen erkek kontrasepsiyon yöntemlerine bakış açılarının araştırılması amacıyla geliştirilen veri toplama formunun n uygulaması 10 katılımcı üzerinde yapılmıştır. n uygulama sonrasında soruların anlaşılabilirliği ve uygunluğu tekrar değerlendirilerek sorulardan bazıları çıkarılmış ve 95 olan soru sayısı 84'e indirilmiştir, bazı cevap seçenekleri değiştirilmiş veya yeniden düzenlenmiştir.

n uygulama sırasında toplanan veriler çalışmaya dahil edilmemiştir, n uygulama sonrasında düzenlenen anket formu ile araştırmaya ilişkin veriler toplanmıştır. Veri toplama formunda yer alan 1-8. sorularda katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin, 9-46. sorularda doğurganlıkla ilgili düşüncelerin, 47-84. sorularda yeni yöntemlerle ilgili görüşlerinin ortaya çıkarılması amaçlanmıştır. Araştırmada yararlanılan ölçek sahibinden mail yoluyla izin alınmıştır (**EK-III**).

3.5. Veri Toplama Formunun Uygulanması

Veri toplama formlarının uygulanmasında yüzyüze görüşme tekniği kullanılmıştır. Veri toplama formları uygulanmadan önce araştırmanın amacı katılımcılara açıklanmış ve araştırma için katılımcılardan gerekli izin alınmıştır. Veri toplama formunun uygulanması her bir katılımcı için yaklaşık 30 dakika'da gerçekleşmiştir.

3.6. Verilerin Degerlendirilmesi

Araştırmanın sonunda elde edilen verilerin değerlendirilmesinde, SPSS for Windows 19. 0 (Statistical Package for Social Sciences for Windows) programından yararlanılmıştır. Verilerin analizinde, frekans tabloları oluşturulmuş ve bağımlı değişkenler arasındaki ilişki için Pearson Khi-kare (χ^2) analizi yapılmıştır. İstatistiksel anlamlılık ise $p<0,05$ ile tanımlanmıştır.

4. BULGULAR

4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri ve Bazı Değişkenlerle İlişisine Yönelik Bulgular

Tablo 2. Katılımcıların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı

Tanıtıcı Özellikler	Sayı	%
Yaş		
35 ve altı	108	54. 0
36-45	62	31. 0
46 ve üstü	30	15. 0
Medeni durumu		
Evli	139	69. 5
Bekar	49	24. 5
Boşanmış	12	6. 0
Eğitim durumu		
İlköğretim-lise	76	38. 0
Lisans ve üzeri	124	62. 0
Mesleği / İşi		
Doktor	41	20. 5
Sağlık memuru	75	37. 5
Şirket elemanı	84	42. 0
Gelir durumu		
0-1000₺	60	30. 0
1001-2000₺	20	10. 0
2001-3000₺	65	32. 5
3001₺ ve üzeri	55	27. 5
Çocuk sayısı		
Yok	74	37. 0
1	51	25. 5
2	62	31. 0
3 ve üzeri	13	6. 5
Sosyal güvence		
Emekli Sandığı	125	62. 5
Bağkur-SSK-diğer	75	37. 5
Toplam	200	100. 0

Tablo 2. incelendiğinde araştırma kapsamındaki katılımcıların % 54.'ü 35 yaş ve altı olup, katılımcıların % 69.5'inin evli, % 37'sinin çocuk sahibi olmadığı görülmüştür. Araştırma kapsamına alınan kişilerin % 62'sinin eğitim durumu lisans ve üzeri olup, % 42'sini şirket elemanları oluşturmuştur. Katılımcıların % 32.5'inin gelir düzeyi 2001-3000₺ olup, % 62.5'inin sosyal güvencesinin emekli sandığı olduğu saptanmıştır.

Tablo 3. Katılımcıların Mesleklerinin Yöntem Kullanımlarına Göre Dağılımı

Meslek	<u>Yöntem Kullanmaya Karşı Olup Olmama Durumları</u>		X^2	p
	Evet	Hayır		
	n / %	n / %		
Doktor	1/2. 4	40/97. 6	3. 644	0. 162
Sağlık memuru	5/6. 7	70/93. 3		
Diğer-Şirket elemanı	10/11. 9	74/88. 1		

Tablo 3'e bakıldığında araştırmaya katılan doktorların % 97.6' sının, sağlık memurlarının % 93.3' ünün diğer özel şirket elemanlarının ise % 88.1' inin yöntem kullanmaya karşı olmadığı belirlenmiştir. 'Yöntem kullanmaya karşı mısınız' sorusuna en fazla 'evet' cevabının diğer özel şirket elemanları tarafından verildiği görülmektedir. Yapılan ki-kare analizinde araştırmaya katılan kişilerin meslek grupları ile yöntem kullanmaya karşı tutumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($X^2=3.644$, $p>0,05$).

Tablo 4. Araştırmaya Katılan Erkeklerin Kullandıkları Yöntemin Sosyodemografik Özelliklere Göre Dağılımı

Sosyo Demografik Veriler	Kullanılan Yöntem Tercihi						X ²	P
	Kondom	Erkek kanal bağlama	Tehlikesiz gün	Geri çekme	Cinsel perhiz	Hiçbiri		
Yaş								
35 ve altı	52 / 48.1	1 / 0.9	8 / 7.4	17 / 15.7	3 / 2.8	27 / 25.0	16.496	0.086
36-45	37 / 59.7	4 / 6.5	2 / 3.2	4 / 6.5	2 / 3.2	13 / 21.0		
46 ve üstü	10 / 33.3	1 / 3.3	1 / 3.3	3 / 10.0	2 / 6.7	13 / 43.3		
Medeni durum								
Bekar	26 / 53.1	1 / 2.0	3 / 6.1	8 / 16.3	0 / 0.0	11 / 22.4	9.633	0.473
Evli	68 / 48.9	5 / 3.6	6 / 4.3	16 / 11.5	6 / 4.3	38 / 27.3		
Boşanmış	5 / 41.7	0 / 0.0	2 / 16.7	0 / 0.0	1 / 8.3	4 / 33.3		
Öğr.durumu								
İlköğretim-lise	37 / 48.7	2 / 2.6	2 / 2.6	14 / 18.4	1 / 1.3	20 / 26.3	7.790	0.168
Lisans ve üzeri	62 / 50.0	4 / 3.2	9 / 7.3	10 / 8.1	6 / 4.8	33 / 26.6		
Meslek								
Doktor	24 / 58.5	2 / 4.9	3 / 7.3	0 / 0.0	1 / 2.4	11 / 26.8	32.952	0.000
Sağlık memuru	44 / 58.7	0 / 0.0	4 / 5.3	3 / 4.0	5 / 6.7	19 / 25.3		
Şirket elemanı	31 / 36.9	4 / 4.8	4 / 4.8	21 / 25.0	1 / 1.2	23 / 27.4		
Gelir durumu								
0-1000₺	20 / 33.3	2 / 3.3	3 / 5.0	16 / 26.7	1 / 1.7	18 / 30.0	32.333	0.006
1001-2000₺	14 / 70.0	0 / 0.0	1 / 5.0	4 / 20.0	0 / 0.0	1 / 5.0		
2001-3000₺	34 / 52.3	2 / 3.1	4 / 6.2	3 / 4.6	4 / 6.2	18 / 27.7		
3001₺ ve üzeri	31 / 56.4	2 / 3.6	3 / 5.5	1 / 1.8	2 / 3.6	16 / 29.1		
Sosyal güvence								
Emekli sandığı	70 / 56.0	4 / 3.2	8 / 6.4	6 / 4.8	6 / 4.8	31 / 24.8	19.754	0.001
Bağkur/SSK/diğer	29 / 38.7	2 / 2.7	3 / 4.0	18 / 24.0	1 / 1.3	22 / 29.3		
Eş-sevgili öğrenim								
İlköğretim-lise	43 / 48.9	2 / 2.3	7 / 8.0	10 / 11.4	3 / 3.4	23 / 26.1	1.977	0.852
Lisans ve üzeri	49 / 50.5	4 / 4.1	4 / 4.1	13 / 13.4	4 / 4.1	23 / 23.7		
Çocuk sayısı								
Yok	35 / 47.3	1 / 1.4	6 / 8.1	12 / 16.2	3 / 4.1	17 / 23.0	26.293	0.035
1	30 / 58.8	0 / 0.0	3 / 5.9	4 / 7.8	0 / 0.0	14 / 27.5		
2	32 / 51.6	4 / 6.5	0 / 0.0	6 / 9.7	2 / 3.2	18 / 29.0		
3 ve üzeri	2 / 15.4	1 / 7.7	2 / 15.4	2 / 15.4	2 / 15.4	4 / 30.8		

Tablo 4. incelendiğinde, meslek gruplarına göre kullanılan yöntem çeşidi dağılımına bakıldığında arada istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu gözlenmiştir ($X^2=32.95$, $p<0,05$). Tablo'ya göre şirket elemanlarının diğer meslek grupları ile karşılaştırıldığında geri çekme yöntemini kullanma oranlarının daha yüksek ve % 25 olduğu görülmektedir.

Gelir durumuna bakıldığında bütün gruplarda kondom kullanımının yüksek olduğu, gelir durumu 2001-3000₺ olanların % 52.3 oranında kondom kullandıkları belirlenmiştir. Kullanılan yöntem çeşidinin gelir durumuna göre dağılımına bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmektedir ($X^2=32.33$, $p<0,05$).

Sosyal güvencesi emekli sandığı olanların % 56.0 oranında daha yüksek olarak kondom kullandıkları saptanmıştır. Sosyal güvence durumu ile kullanılan yöntem çeşidi arasında yapılan ki-kare analizinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($X^2=19.75$, $p<0,05$). Çocuk sahibi olma durumuna göre tercih edilen yöntem çeşidi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($X^2=26.293$, $p<0,05$).

Tablo 5. Sosyodemografik Verilerin, Yöntem Kullanımının Aile Büyüklüğüne Etkisine Göre Dağılımı

<u>Doğum Kontrol Yöntemlerinin Aile Büyüklüğünü Sınırlandırması İle İlgili Düşünceler</u>					
Sosyo Demografik Veriler	Evet n / %	Hayır n / %	Kararsızım n / %	x²	p
Yaş					
35 yaş ve altı	25/23.1	61/56.5	22/20.0	2.371	0.668
36-45	17/27.4	32/51.6	13/21.0		
46 ve üstü	9/30.0	18/60.0	3/10.0		
Öğrenim durumu					
İlköğretim-lise	22/28.9	37/48.7	17/22.4	2.329	0.312
Lisans ve üzeri	29/23.4	74/59.7	21/16.9		
Medeni durum					
Bekâr	12/24.5	30/61.2	7/14.3	2.098	0.718
Evli	37/26.6	73/52.5	29/20.9		
Boşanmış	2/16.7	8/66.7	2/16.7		
Sosyal güvence					
Emekli sandığı	30/24.0	73/58.4	22/17.6	1.143	0.565
Bağkur/ SSK/diğer	21/28.0	38/50.7	16/21.3		
Meslek					
Doktor	16/39.0	24/58.5	1/2.4	13.996	0.007
Sağlık memuru	12/16.0	45/60.0	18/24.0		
Şirket elemanı	24/27.4	42/50.0	19/22.6		
Gelir durumu					
0-1000₺	18/30.0	27/45.0	15/25.0	21.118	0.002
1001-2000₺	3/15.0	14/70.0	3/15.0		
2001-3000₺	9/13.8	38/58.5	18/27.7		
3001₺ ve üzeri	21/38.2	32/58.2	2/3.6		
Çocuk sayısı					
Yok	17/23.0	44/59.5	13/17.6	6.988	0.322
1	10/19.6	32/62.7	9/17.6		
2	18/29.0	29/46.8	15/24.2		
3 ve üzeri	6/46.2	6/46.2	1/7.7		

Tablo 5'e bakıldığında yöntem kullanımının aile büyüklüğünü sınırlandırdığı görüşüne katılım oranının en fazla doktorlarda % 39.0 olduğu görülmüştür. Yöntem

kullanımının aile büyüklüğüne etkisi hakkındaki görüşlerin meslek grubuna göre dağılımı karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark elde edilmiştir ($X^2=13.99$, $p<0,05$).

Gelir durumu ile karşılaştırıldığında ise gelir durumu 1001-2000₺ arasında olan erkeklerin % 70'inin yöntem kullanımının aile büyüklüğünü sınırlandırmadığını görüşünü onayladıkları izlenmiştir ve gelir durumu ile yöntem kullanımının aile büyüklüğüne etkisi hakkındaki görüşler karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur ($X^2=21.11$, $p<0,05$).

Tablo 6. İstenmeyen Çocuğun Aldırılması ile İlgili Görüşlerin Sosyodemografik Verilere Göre Dağılımı

Sosyo Demografik Veriler	<u>İsteğe Bağlı Abortusa İlişkin Düşünceler</u>			χ^2	P
	Evet n / %	Hayır n / %	Kararsızım n / %		
Sosyal güvence					
Emeklisandığı	50/40. 0	45/36. 0	30/24. 0	4. 550	0. 103
Bağkur/SSK/diğer	19/25. 3	35/46. 7	21/28. 0		
Gelir durumu					
0-1000₺	11/18. 3	30/50. 3	19/31. 7	10. 810	0. 094
1001-2000₺	8/40. 0	8/40. 0	4/20. 0		
2001-3000₺	27/41. 5	21/32. 3	17/26. 2		
3001 ₺ ve üzeri	23/41. 8	21/38. 2	11/20. 0		
Çocuk sayısı					
Yok	31/41. 9	25/33. 8	18/24. 3	4. 290	0. 638
1	15/29. 4	21/41. 2	15/29. 4		
2	18/29. 0	28/45. 2	16/25. 8		
3 ve üzeri	5/38. 5	6/46. 2	2/15. 4		
Yaş					
35 ve altı	40/37. 7	40/37. 0	28/25. 9	1. 571	0. 814
36-45	20/32. 3	28/45. 2	14/22. 6		
46 ve üstü	9/30. 0	12/40. 0	9/30. 0		
Medeni durum					
Bekar	26/53. 1	14/28. 6	9/18. 4	16. 540	0. 002
Evli	42/30. 2	62/44. 6	35/25. 2		
Boşanmış	1/8. 3	4/33. 3	7/58. 3		
Öğrenim durumu					
İlköğretim-lise	18/23. 7	35/46. 1	23/30. 3	6. 370	0. 041
Lisans ve üzeri	51/41. 1	45/36. 3	28/22. 6		
Meslek					
Doktor	18/43. 9	13/31. 7	10/24. 4	3. 736	0. 443
Sağlık memuru	26/34. 7	33/44. 0	16/21. 3		
Şirket elemanı	25/29. 8	34/40. 5	25/29. 8		

Tablo 6. incelendiğinde çocuğu olmayan katılımcıların % 41.9'unun istenmeyen çocuğun aldırılması gerektiğini düşündükleri belirlenmiştir. Sosyal güvencesi emekli sandığı olanların “istenmeyen çocuk aldırılmalıdır” ifadesini belirtme oranının % 40.0 ,

sosyal güvencesi SSK/bağkur/diğer olanların “istenmeyen çocuk aldırılmalıdır” ifadesini belirtme oranının % 25.3 olduğu saptanmıştır.

Tabloya göre gelir durumu 3001₺ ve üzeri olanların ‘istenmeyen çocuk aldırılmalıdır’ ifadesine katılma oranı % 41.8’dir. Medeni durumu bekâr olanların ‘istenmeyen çocuk aldırılmalıdır’ ifadesine katılma oranı % 53.1 olup, medeni durum ile istenmeyen çocuğun aldırılma durumu ki-kare analizi ile kıyaslandığında aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($X^2=16.54$, $p<0,05$). Öğrenim durumu lisans ve üzeri olanlarda ‘istenmeyen çocuk aldırılmalıdır’ ifadesine katılma oranı % 41.1 olup, öğrenim durumu ile istenmeyen çocuğun aldırılması ifadesi hakkındaki görüşler ki-kare analizi ile karşılaştırıldığında aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($X^2=6.37$, $p<0,05$).

Tablo 7. Sosyodemografik Verilerin Çocuğun Anne-Babanın İş Hayatında Yükselmesini Engelleme Düşüncesine Göre Dağılımı

Sosyo Demografik Veriler	Çocuğun Anne-Babanın İş Hayatında Yükselmesini Engelleme Durumu			χ^2	P
	Evet	Hayır	Kararsızım		
	n / %	n / %	n / %		
Sosyal güvence					
EmekliSandığı	21/16. 8	77/61. 6	27/21. 6	7. 975	0. 019
Bağkur/SSK/diğer	17/22. 7	53/70. 7	5/6. 7		
Gelir durumu					
0-1000₺	14/23. 3	42/70. 0	39. 237	10. 540	0. 104
1001-2000₺	4/20. 0	10/50. 0	6/30. 0		
2001-3000₺	11/16. 9	39/60. 0	15/23. 1		
3001₺ ve üzeri	9/16. 4	39/70. 9	7/12. 7		
Çocuk sayısı					
Yok	13/17. 6	47/63. 5	14/18. 9	7. 631	0. 266
1	10/19. 6	29/56. 9	12/23. 5		
2	13/21. 0	43/69. 4	6/9. 7		
3 ve üzeri	2/15. 4	11/84. 6	0/0. 0		
Yaş					
35 ve altı	24/22. 2	65/60. 2	19/17. 6	4. 339	0. 362
36-45	9/14. 5	42/67. 7	11/17. 7		
46 ve üstü	5/16. 7	23/76. 7	2/6. 7		
Medeni durum					
Bekar	10/20. 4	28/57. 1	11/22. 4	7. 075	0. 132
Evli	25/18. 0	97/69. 8	17/12. 2		
Boşanmış	3/25. 0	5/41. 7	4/33. 3		
Öğrenim durumu					
İlköğretim-lise	15/19. 7	55/72. 4	6/7. 9	6. 092	0. 048
Lisans ve üzeri	23/18. 5	75/60. 5	26/21. 0		
Meslek					
Doktor	8/19. 5	28/68. 3	5/12. 2	7. 268	0. 122
Sağlık memuru	10/13. 3	47/62. 7	18/24. 0		
Şirket elemanı	20/23. 8	55/65. 5	9/10. 7		

Tablo 7. incelendiğinde sosyal güvencesi bağkur/SSK/diğer olan erkeklerin % 70.7'sinin çocuğun anne-babanın iş hayatında yükselmesini engellemediğini düşündükleri görülmektedir. Erkeklerin bağlı oldukları sosyal güvenceleri ile çocuğun ebeveynlerin iş hayatında yükselmesini engelleme durumu arasında yapılan ki-kare analizinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($X^2=7.975$, $p<0,05$). Çocuk sayısı 3 ve üzeri olan erkeklerden bu soruya hayır cevabını verenlerin oranı %

84.6'dır. Öğrenim durumu lisans ve üzeri olanlar çocuğun anne-babanın iş hayatını % 60.5 oranında engellemeyeceğini belirtirken, ilk öğretim-lise mezunlarında bu oran % 72.4'tür. Öğrenim durumu ile çocuğun ebeveynlerin iş hayatında yükselmesini engelleme durumu arasında yapılan ki-kare analizinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($X^2=7.26$, $p<0,05$).

Tablo 8.Bazı Sosyodemografik Verilerin Bireylerin Eğitim Durumunun Çocuk Sayısını Etkilemesi Görüşüne Göre Dağılımı

Sosyo Demografik Veriler	Bireylerin Eğitim Durumunun Çocuk Sayısına Etkisi			χ^2	P
	Evet n / %	Hayır n / %	Kararsızım n / %		
Yaş					
35 ve altı	64/59.3	28/25.9	16/14.8	1.884	0.757
36-45	35/56.5	19/30.6	8/12.9		
46 ve üstü	20/66.7	8/26.7	2/6.7		
Medeni durum					
Bekar	33/67.3	13/26.5	3/6.1	3.681	0.451
Evli	79/56.8	38/27.3	22/15.8		
Boşanmış	7/58.3	4/33.3	1/8.3		
Öğrenim durumu					
İlköğretim-lise	32/42.1	32/42.1	12/15.8	16.476	0.000
Lisans ve üzeri	87/70.2	23/18.5	14/11.3		
Meslek					
Doktor	31/75.6	8/19.5	2/4.9	15.518	0.004
Sağlık memuru	51/68.0	16/21.3	8/10.7		
Şirket elemanı	37/44.0	31/36.9	16/19.0		
Gelir					
0-1000₺	24/40.0	23/38.3	13/21.7	16.505	0.011
1001-2000₺	12/60.0	5/25.0	3/15.0		
2001-3000₺	46/70.8	12/18.5	7/10.8		
3001₺ ve üzeri	37/67.3	15/27.3	3/5.5		

Tablo 8. incelendiğinde katılımcı erkeklerden 46 ve üstü yaş olanların % 66.7 oranla “eğitim düzeyi arttıkça bireyler az çocuk yapar” görüşüne katıldıkları görülmektedir. Öğrenim durumu lisans ve üzeri olan bireylerin “eğitim durumu arttıkça daha az çocuk yaparlar” görüşüne katılma oranı % 70.2 olup, öğrenim durumu ile çocuk

sayısına etkisi arasında yapılan ki-kare analizinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($X^2=16.76$, $p<0,05$). Meslek grupları ile bireylerin eğitim durumunun çocuk sayısına etkisi arasında yapılan ki-kare analizinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($X^2=15.51$, $p<0,05$).

Tablo 9. Sosyodemografik Verilerin Doğum Kontrol Yöntemlerinin Kullanılmasının Kadının Görevi Olup Olmaması Düşüncesine Göre Dağılımı

Sosyo Demografik Veriler	<u>Doğum Kontrol Yöntemlerinin Kullanılmasının Kadının Görevi Olma Durumu</u>			x^2	P
	Evet	Hayır	Kararsızım		
	n / %	n / %	n / %		
Yaş					
35 ve altı	7/6.5	89/82.4	12/11.1	4.907	0.297
36-45	10/16.1	46/74.2	6/9.7		
46 ve üstü	5/16.7	22/73.3	3/10.0		
Medeni durum					
Bekar	0/0.0	44/89.8	5/10.2	9.118	0.058
Evli	21/15.1	104/74.8	14/10.1		
Boşanmış	1/8.3	9/75.0	2/16.7		
Gelir durumu					
0-1000₺	10/16.7	37/61.7	13/21.7	21.198	0.002
1001-2000₺	2/10.0	17/85.0	1/5.0		
2001-3000₺	9/13.8	51/78.5	5/7.7		
3001₺ ve üzeri	1/1.8	52/94.5	2/3.6		
Çocuk sayısı					
yok	4/5.4	64/86.5	6/8.1	10.573	0.102
1	5/9.8	38/74.5	8/15.7		
2	9/14.5	47/75.8	6/9.7		
3 ve üzeri	4/30.8	8/61.5	1/7.7		

Tablo 9'a bakıldığında bekâr erkeklerin hiçbir yöntem kullanımının sadece kadının görevi olduğunu düşünmemektedir. Medeni durum ile doğum kontrol yöntemlerinin kadının görevi olup olmaması durumu ki-kare analizi ile karşılaştırıldığında aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($X^2=9.11$, $p<0,05$).

Gelir durumu 3001₺ ve üzeri olan erkekler bu soruya % 94. 5 oranında hayır cevabı vermiş olup, gelir durumu ile doğum kontrol yöntemlerinin kadının görevi olup olmaması durumu ki-kare analizi ile karşılaştırıldığında aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($X^2=21.19$, $p<0,05$).

Tablo 10.Sosyodemografik Verilerin Erkeklerle Yönelik Doğum Kontrol Yöntemlerinin Cinsel İlişkiye Etkisine Göre Dağılımı

Erkeklerle Yönelik Doğum Kontrol Yöntemlerinin Cinsel İlişkiye Olumsuz Etkisine İlişkin Görüşler					
Sosyo	Evet	Hayır	Kararsızım		
Demoğrafik					
Veriler	n / %	n / %	n / %	X ²	P
Yaş					
35 ve altı	17/15. 7	80/74. 1	11/10. 2	5. 619	0. 229
36-45	7/11. 3	41/66. 1	14/22. 6		
46 ve üstü	3/10. 0	21/70. 0	6/20. 0		
Medeni durum					
Bekar	7/14. 3	39/79. 6	3/6. 1	6. 638	0. 156
Evli	19/13. 7	96/69. 1	24/17. 3		
Boşanmış	1/8. 3	7/58. 3	4/33. 3		
Meslek					
Doktor	5/12. 2	35/85. 4	1/2. 4	16. 608	0. 002
Sağlık memuru	4/5. 3	54/72. 0	17/22. 7		
Şirket elemanı	18/21. 4	53/63. 1	13/15. 5		

Tablo 10’da yaş gruplarına bakıldığında 35 ve altı yaş erkeklerin % 74.1’i erkeklerle yönelik doğum kontrol yöntemlerinin cinsel ilişkiyi olumsuz etkileyeceğini düşünmektedir. Bu oran 46 ve üstü yaş erkeklerde % 70.0’dır. Medeni duruma göre bu soruya en fazla hayır cevabını verme oranı bekâr erkeklerde olup, boşanmış erkeklerin % 33.3’ü kararsız kalmıştır.

Meslek gruplarına bakıldığında doktorların % 85.4’ü erkeklerle yönelik yöntem kullanımının cinsel ilişkiyi olumsuz etkilemeyeceğini belirtmişlerdir. Şirket elemanlarının % 21.4’ü ise erkeklerle yönelik yöntem kullanımının cinsel ilişkiyi olumsuz etkileyeceğini belirtmiş olup, meslek grupları ile erkeklerle yönelik doğum kontrol yöntemlerinin cinsel ilişkiye olumsuz etkisine ilişkin görüşler

karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark elde edilmiştir ($X^2=16.60$, $p<0,05$).

Tablo 11. Sosyodemografik Verilerin Erkeklerle Yönelik Yeni Geliştirilen Yöntemlerin Türkiye'ye Getirilmesi Durumunda Kullanılmasına Göre Dağılımı

Erkeklerle Yönelik Geliştirilen Yeni Yöntemlerin Türkiye'ye Getirilmesi Durumunda Kullanılmaları						
Sosyo Demografik Veriler	Evet n / %	Hayır n / %	Bilmiyorum n / %	Kararsızım n / %	Bilgiye ihtiyacım var n / %	x^2 P
Yaş						
35 ve altı	33/30.6	7/6.5	19/17.6	6/5.6	43/39.8	14.695 0.065
36-45	14/22.6	11/17.7	5/8.1	3/4.8	29/46.8	
46 ve üstü	8/26.7	8/26.7	5/16.7	1/3.3	8/26.7	
Medeni durum						
Bekar	15/30.6	1/2.0	9/18.4	2/4.1	22/44.9	9.362 0.313
Evli	36/25.9	22/15.8	19/13.7	8/5.8	54/38.8	
Boşanmış	4/33.3	3/25.0	1/8.3	0/0.0	4/33.3	
Öğrenim durumu						
İlköğretim-lise	16/21.1	17/22.4	15/19.7	1/1.3	27/35.5	16.388 0.003
Lisans ve üzeri	39/31.5	9/7.3	14/11.3	9/7.3	53/42.7	
Meslek						
Doktor	13/31.7	2/4.9	3/7.3	4/9.8	19/46.3	10.370 0.240
Sağlık memuru	23/30.7	11/14.7	10/13.3	4/5.3	27/36.0	
Şirket elemanı	19/22.6	13/15.5	16/19.0	2/2.4	34/40.5	
Sosyal güvence						
Emeklisandığı	41/32.8	11/8.8	14/11.2	8/6.4	51/40.8	11.791 0.019
Bağkur/SSK/diğer	14/18.7	15/20.0	15/20.0	2/2.7	29/38.7	

Tablo 11. incelendiğinde yurtdışında yeni geliştirilen yöntemlerin Türkiye'ye getirilmesi ve erkeklerin bu yöntemleri kullanmaya ilişkin görüşleri incelendiğinde 36-45 yaş arası olan bireylerin % 46. 8'i bilgiye ihtiyacı olduğunu belirtmiştir. Öğrenim durumu lisans ve üzeri olan bireylerin yeni geliştirilen yöntemlerin Türkiye'ye getirilmesi durumunda bu yöntemleri kullanmaya ilişkin görüşleri incelendiğinde % 31.5'inin kullanmayı düşündüğü, % 42.7'sinin bilgiye ihtiyacı olduğu belirlenmiştir. Öğrenim durumu ve erkeklerle yönelik geliştirilen yeni yöntemlerin Türkiye'ye getirilmesi durumunda kullanılmasına ilişkin görüşleri ki-kare analiz ile karşılaştırıldığında aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır

($\chi^2=16.38$, $p<0,05$). Meslek gruplarına bakıldığında ise doktorların % 31.7'si yöntemler Türkiye'ye gelirse kullanırım ifadesini kullanmıştır.

Tablo 12. Katılımcıların Yeni Geliştirilen Yöntemlere İlişkin Görüşleri İle İlgili Bulgular

Erkeklere Yönelik Yeni Geliştirilen Hormon İçeren Hap İle İlgili Görüşlerin Meslek Gruplarına Göre Dağılımı

Meslek	<u>Hormon içeren haplar kilo aldırabilir.</u>			χ^2	P
	Evet n / %	Hayır n / %	Kararsızım n / %		
Doktor	28/68. 3	1/2. 4	12/29. 3	14. 680	0. 005
Sağlık memuru	30/40. 0	8/10. 7	37/49. 3		
Şirket elemanı	28/33. 3	9/10. 7	47/56. 0		
Meslek	<u>Hormon içeren haplar kansere neden olabilir.</u>			χ^2	P
	Evet n / %	Hayır n / %	Kararsızım n / %		
Doktor	8/19. 5	20/48. 8	13/31. 7	19. 512	0. 001
Sağlık memuru	11/14. 7	25/33. 3	39/52. 0		
Şirket elemanı	23/27. 4	12/14. 3	49/58. 3		
Meslek	<u>Hormon içeren haplar kalp krizine neden olabilir.</u>			χ^2	P
	Evet n / %	Hayır n / %	Kararsızım n / %		
Doktor	7/17. 1	17/41. 5	17/41. 5	18. 280	0. 001
Sağlık memuru	5/6. 7	25/33. 3	45/60. 0		
Şirket elemanı	19/22. 6	12/14. 3	53/63. 1		
Meslek	<u>Hormon içeren haplar cinselliğimi olumsuz etkileyebilir.</u>			χ^2	P
	Evet n / %	Hayır n / %	Kararsızım n / %		
Doktor	4/9. 8	23/56. 1	14/34. 1	28. 020	0. 000
Sağlık memuru	4/5. 3	32/42. 7	39/52. 0		
Şirket elemanı	24/28. 6	17/20. 2	43/51. 2		
Meslek	<u>Hormon içeren haplar tamamen kısırlığa neden olabilir.</u>			χ^2	P
	Evet n / %	Hayır n / %	Kararsızım n / %		
Doktor	0/0. 0	28/68. 3	13/31. 7	40. 990	0. 000
Sağlık memuru	5/6. 7	24/32. 0	46/61. 3		
Şirket elemanı	18/21. 4	14/16. 7	52/61. 9		
Meslek	<u>Hormon içeren haplar erkeklik hormonlarımı bozabilir.</u>			χ^2	P
	Evet n / %	Hayır n / %	Kararsızım n / %		
Doktor	9/22. 0	22/53. 7	10/24. 4	25. 510	0. 000
Sağlık memuru	10/13. 3	23/30. 7	42/56. 0		
Şirket elemanı	21/25. 0	12/14. 3	51/60. 7		
Meslek	<u>Hormon içeren hapların içilmesinin hatırlanması zor olabilir.</u>			χ^2	P
	Evet n / %	Hayır n / %	Kararsızım n / %		
Doktor	24/58. 5	3/7. 3	14/34. 1	16. 671	0. 002
Sağlık memuru	21/28. 0	12/16. 0	42/56. 0		
Şirket elemanı	24/28. 6	6/7. 1	54/64. 3		

Tablo 12’de meslek gruplarına göre hormon içeren oral hap yönteminin kilo aldırabileceğini düşünme oranı doktorlar arasında % 68.3 olup, şirket elemanları bu soruya % 56 oranında kararsızım cevabını vermiştir. Meslek gruplarına göre hormon içeren hap yönteminin kansere neden olabileceği konusunda kararsızım ifadesini büyük oranda belirten grup % 58.3 oranında şirket elemanlarıdır. Doktorların % 41.’inin hormon içeren hapların kalp krizine neden olmayacağı görüşünde oldukları belirlenmiştir. Hormon içeren hapların cinselliği olumsuz etkileyeceği konusunda sağlık memurlarının % 52’si, şirket çalışanlarının % 51.2’si kararsız olduklarını belirtmiştir.

Doktorların % 68.3’ü hormon içeren hapların tamamen kısırlığa neden olmayacağını ifade etmiştir. Hormon içeren hapların erkeklik hormonlarını bozabileceği konusunda sağlık memurları %56 oranında şirket elemanları ise % 60.7 oranında kararsız olduklarını belirtmiştir. Hormon içeren hapların içilmesinin hatırlanması zor olabilir görüşüne en fazla katılan grubun doktorlar (% 58.5) olduğu belirlenmiştir. Meslek gruplarına göre haplar konusundaki bütün ifadeler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark elde edilmiştir. Hormon içeren hap kilo aldırabilir ($X^2=14.68$, $p<0,05$). Hormon içeren haplar kansere neden olabilir ($X^2=19.51$, $p<0,05$). Hormon içeren haplar kalp krizine neden olabilir ($X^2=18.28$, $p<0,05$). Hormon içeren haplar cinselliğimi olumsuz etkileyebilir ($X^2=28.02$, $p<0,05$). Hormon içeren haplar tamamen kısırlığa neden olabilir ($X^2=40.99$, $p<0,05$). Hormon içeren haplar erkeklik hormonlarını bozabilir ($X^2=25.51$, $p<0,05$). Hormon içeren hapların içilmesinin hatırlanması zor olabilir ($X^2=16.67$, $p<0,05$).

Tablo 13. Erkeklerle Yönelik Yeni Geliştirilen Yöntemlerden Hormon İçeren Enjeksiyonlar İle İlgili Görüşlerin Meslek Gruplarına Göre Dağılımı

Meslek	Evet N / %	Hayır N / %	Kararsızım N / %	X ²	P
<u>Enjeksiyonlar Kilo Aldırabilir.</u>					
Doktor	22/53. 7	4/9. 8	15/36. 6	7. 108	0. 130
Sağlık Memuru	25/33. 3	10/13. 3	40/53. 3		
Şirket Elemanı	28/33. 3	7/8. 3	49/58. 3		
<u>Enjeksiyonlar Kansere Neden Olabilir.</u>					
Doktor	10/24. 4	17/41. 5	14/34. 1	19. 120	0. 001
Sağlık Memuru	11/14. 7	19/25. 3	45/60. 0		
Şirket Elemanı	22/26. 2	9/10. 7	53/63. 1		
<u>Enjeksiyonlar Kalp Krizine Neden Olabilir.</u>					
Doktor	7/17. 1	13/31. 7	21/51. 2	10. 414	0. 034
Sağlık Memuru	11/14. 7	21/28. 0	43/57. 3		
Şirket Elemanı	17/20. 2	9/10. 7	58/69. 0		
<u>Enjeksiyonlar Cinselliğimi Olumsuz Etkileyebilir.</u>					
Doktor	2/4. 9	24/58. 5	15/36. 6	29. 059	0. 000
Sağlık Memuru	5/6. 7	31/41. 3	39/52. 0		
Şirket Elemanı	19/22. 6	14/16. 7	51/60. 7		
<u>Enjeksiyonlar Tamamen Kısırlığa Neden Olabilir.</u>					
Doktor	1/2. 4	30/73. 2	10/24. 4	48. 756	0. 000
Sağlık Memuru	6/8. 0	26/34. 7	43/57. 3		
Şirket Elemanı	15/17. 9	10/11. 9	59/70. 2		
<u>Enjeksiyonlar Erkeklik Hormonlarımı Bozabilir.</u>					
Doktor	8/19. 5	24/58. 5	9/22. 0	30. 470	0. 000
Sağlık Memuru	7/9. 3	23/30. 7	45/60. 0		
Şirket Elemanı	24/28. 6	15/17. 9	45/53. 6		
<u>Enjeksiyonların Uygulama Şeklinden Dolayı Kullanmaktan Çekinirim.</u>					
Doktor	16/39. 0	11/26. 8	14/34. 1	14. 293	0. 006
Sağlık Memuru	15/20. 0	16/21. 3	44/58. 7		
Şirket Elemanı	33/39. 3	8/9. 5	43/51. 2		

Tablo 13’de meslek gruplarına göre hormon içeren enjeksiyonların kilo aldırabileceğini düşünme oranı doktorlar arasında % 53.7 olup, şirket elemanları bu soruya % 58.3 oranında kararsızım cevabını vermiştir. Meslek gruplarına göre hormon içeren enjeksiyonların kansere neden olabileceği konusunda kararsızım ifadesini belirten grup % 63.1 oranında şirket elemanlarıdır. Sağlık memurlarının % 57.3’ü, şirket elemanlarının % 69’u hormon içeren enjeksiyonların kalp krizine neden olabileceği ifadesine kararsızım şeklinde cevap vermişlerdir. Hormon içeren enjeksiyonların

cinselliği olumsuz etkileyeceği konusunda şirket elemanlarının % 60.7'si kararsız olduklarını belirtirken, doktorların % 58.5'i hayır cevabını vermişlerdir.

Doktorların % 73.2'si hormon içeren enjeksiyonların tamamen kısırlığa neden olmayacağını ifade etmiştir. Hormon içeren enjeksiyonların erkeklik hormonlarını bozabileceği konusunda sağlık memurları % 60 oranında kararsız olduklarını belirtirken, doktorların % 58.5'i hayır cevabını vermişlerdir. Sağlık memurlarının % 58.7'si hormon içeren enjeksiyonların uygulama şeklinden dolayı kullanmaktan çekinme konusunda kararsız olduklarını belirtmiştir. Meslek gruplarına göre enjeksiyonlar konusunda 'enjeksiyonlar kilo aldırabilir' ifadesi dışında ($\chi^2=7.10$, $p>0,05$) diğer bütün ifadeler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark elde edilmiştir.

Tablo 14. Erkeklerle Yönelik Yeni Geliştirilen Yöntemlerden Deri Üzerine Yapıştırılarak Kullanılan Hormon Yöntemi İle İlgili Görüşlerin Meslek Gruplarına Göre Dağılımı

Meslek	Evet n / %	Hayır n / %	Kararsızım n / %	χ^2	P
<u>Deri üzerinden yapıştırılarak uygulanan hormon yöntemi kilo aldırabilir.</u>					
Doktor	11/26. 8	13/31. 7	17/41. 5	10. 229	0. 037
Sağlık memuru	8/10. 7	17/22. 7	50/66. 7		
Şirket elemanı	15/17. 9	14/16. 7	55/65. 5		
<u>Deri üzerinden yapıştırılarak uygulanan hormon yöntemi kansere neden olabilir.</u>					
Doktor	7/17. 1	21/51. 2	13/31. 7	24. 031	0. 000
Sağlık memuru	6/8. 0	18/24. 0	51/68. 0		
Şirket elemanı	16/19. 0	13/15. 5	55/65. 5		
<u>Deri üzerinden yapıştırılarak uygulanan hormon yöntemi kalp krizine neden olabilir.</u>					
Doktor	8/19. 5	17/41. 5	16/39. 0	18. 658	0. 001
Sağlık memuru	5/6. 7	22/29. 3	48/64. 0		
Şirket elemanı	12/14. 3	11/13. 1	61/72. 6		
<u>Deri üzerinden yapıştırılarak uygulanan hormon yöntemi cinselliğini olumsuz etkileyebilir.</u>					
Doktor	5/12. 2	17/41. 5	19/46. 3	11. 862	0. 018
Sağlık memuru	4/5. 3	24/32. 0	47/62. 7		
Şirket elemanı	13/15. 5	15/17. 9	56/66. 7		
<u>Deri üzerinden yapıştırılarak uygulanan hormon yöntemi tamamen kısırlığa neden olabilir.</u>					
Doktor	0/0. 0	31/75. 6	10/24. 4	54. 053	0. 000
Sağlık memuru	5/6. 7	17/22. 7	53/70. 7		
Şirket elemanı	10/11. 9	12/14. 3	62/73. 8		
<u>Deri üzerinden yapıştırılarak uygulanan hormon yöntemi erkeklik hormonlarını bozabilir.</u>					
Doktor	7/17. 1	22/53. 7	12/29. 3	27. 317	0. 000
Sağlık memuru	3/4. 0	29/38. 7	43/57. 3		
Şirket elemanı	17/20. 2	14/16. 7	53/63. 1		
<u>Deri üzerinden yapıştırılarak uygulanan hormon yöntemi alerjiye neden olabilir.</u>					
Doktor	29/70. 7	2/4. 9	10/24. 4	20. 485	0. 000
Sağlık memuru	27/36. 0	3/4. 0	45/60. 0		
Şirket elemanı	26/31. 0	3/3. 6	55/65. 5		

Tablo 14'e bakıldığında meslek gruplarına göre deri üzerinden yapıştırılarak uygulanan hormon yöntemi kilo aldırabileceğini düşünme oranı doktorlar arasında % 26.8 olup, şirket elemanları bu soruya % 65.5, sağlık memurları ise % 66.7 oranında kararsızım cevabını vermiştir. Meslek gruplarına göre deri üzerinden yapıştırılarak uygulanan hormon yönteminin kansere neden olabileceği konusunda hayır ifadesini belirten grup % 51.2 oranında doktorlardır. Sağlık memurlarının % 64.0'ü, şirket

elemanlarının % 72.6'sı deri üzerinden yapıştırılarak uygulanan hormon yönteminin kalp krizine neden olabileceği ifadesine kararsızım şeklinde cevap vermişlerdir. Deri üzerinden yapıştırılarak uygulanan hormon yönteminin cinselliği olumsuz etkileyeceği konusunda şirket elemanlarının % 66.7'si kararsız olduklarını belirtmişlerdir.

Doktorların % 75.6'sı deri üzerinden yapıştırılarak uygulanan hormon yönteminin tamamen kısırlığa neden olmayacağını ifade etmiştir. Deri üzerinden yapıştırılarak uygulanan hormon yönteminin erkeklik hormonlarını bozabileceği konusunda sağlık memurları % 70.7 oranında kararsız olduklarını belirtirken, doktorların % 53.7'si hayır cevabını vermişlerdir. Doktorların % 70.7'si deri üzerinden yapıştırılarak uygulanan hormon yönteminin alerjiye neden olabileceğini belirtirken sağlık memurlarının % 60'ı, şirket çalışanlarının % 65.5'i kararsızım cevabını vermişlerdir.

Tablo'da da görüldüğü gibi meslek gruplarına göre deri üzerinden yapıştırılarak uygulanan hormon yöntemi konusundaki bütün ifadeler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark elde edilmiştir.

Tablo 15. Erkeklerle Yönelik Geliştirilen Bir Diğer Yöntem Olan, Erkeklerin Üreme Kanallarının Çeşitli Şekillerde Tıkanmasını Sağlayan Ve Basit Cerrahi İle Yapılan Geri Dönüşümlü Yöntemin Cinselliği Olumsuz Etkileyebileceğine İlişkin Görüşlerin İncelenmesi

Sosyo Demografik Veriler	Evet n / %	Hayır n / %	Kararsızım n / %	χ^2	P
<u>Bu yöntem cinselliğimi olumsuz etkileyebilir.</u>					
Yaş					
35 ve altı	32/29.6	38/35.2	38/35.2	1.712	0.788
36-45	13/21.0	23/37.1	26/41.9		
46 ve üstü	8/26.7	10/33.3	12/40.0		
Meslek					
Doktor	9/22.0	24/58.5	8/19.5	14.043	0.007
Sağlık memuru	18/24.0	25/33.3	32/42.7		
Şirket elemanı	26/31.0	22/26.2	36/42.9		
<u>Bu yöntem tamamen kısırlığa neden olabilir.</u>					
Yaş					
35 ve altı	44/40.7	18/16.7	46/42.6	2.276	0.685
36-45	23/37.1	7/11.3	32/51.6		
46 ve üstü	10/33.3	6/20.0	14/46.7		
Meslek					
Doktor	17/41.5	11/26.8	13/31.7	7.468	0.113
Sağlık memuru	31/41.3	9/12.0	35/46.7		
Şirket elemanı	29/34.5	11/13.1	44/52.4		
<u>Bu yöntemin uygulanması zor olabilir.</u>					
Yaş					
35 ve altı	52/48.1	17/15.7	39/36.1	9.675	0.046
36-45	26/41.9	4/6.5	32/51.6		
46 ve üstü	19/63.3	1/3.3	10/33.3		
Meslek					
Doktor	20/48.8	12/29.3	9/22.0	28.480	0.000
Sağlık memuru	44/58.7	6/8.0	25/33.3		
Şirket elemanı	33/39.3	4/4.8	47/56.0		
<u>Bu yöntemin geri dönüşümü zor olabilir.</u>					
Öğrenim durumu					
İlköğretim-lise	21/27.6	8/10.5	47/61.8	19.648	0.000
Lisans ve üzeri	74/59.7	9/7.3	41/33.1		
Meslek					
Doktor	24/58.5	3/7.3	14/34.1	14.920	0.000
Sağlık memuru	42/56.0	9/12.0	24/32.0		
Şirket elemanı	29/34.5	5/6.0	50/59.5		

Tablo 15. incelendiğinde bütün yaş gruplarındaki erkeklerin çoğunluğunun yöntemin cinselliği olumsuz etkileyebileceği konusunda kararsız oldukları görülmüştür. Doktorların büyük çoğunluğu yöntemin cinselliği olumsuz etkilemeyeceğini düşünmektedirler. Meslek gruplarına göre yöntemin cinselliği olumsuz etkilemesiyle ilgili ifadeler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark elde edilmiştir ($X^2=14.04$, $p>0,05$).

Bu yöntemin tamamen kısırlık yapabileceğine en fazla inanan grubun 35 ve altı yaş erkekler olduğu söylenebilir. Meslek grubuna bakıldığında ise, doktorlar diğer meslek gruplarına oranla bu yöntemin tamamen kısırlığa neden olabileceği düşüncesine daha fazla sahiptir.

Tablo incelendiğinde 46 ve üstü yaş erkeklerin % 63.3'ünün yöntemin uygulanmasının zor olabileceğini düşündükleri görülmüştür. En fazla kararsız olan grup ise 35-45 yaş arası erkeklerdir. Yaş ile yöntemin uygulanmasının zor olacağı görüşü ilişkilendirildiğinde istatistiksel bir fark vardır ($X^2=9.675$, $p<0,05$). Meslek gruplarına bakıldığında yöntemin uygulanmasının zor olacağı görüşüne en az katılan ve en kararsız grubun şirket elemanları olduğu görülmüştür. Meslek ile yöntemin zor olacağı ifadesine katılım arasında istatistiksel anlamlı bir fark vardır ($X^2=28.48$, $p<0,05$). Bu yöntemin geri dönüşümünün zor olabileceğini düşünen erkeklerin oranı lisans ve üzeri mezunlarında ilköğretim-lise mezunlarına oranla daha fazladır. İlköğretim-lise mezunlarının bu konuda daha kararsız oldukları görülmüştür ve arada istatistiksel açıdan anlamlı bir fark vardır ($X^2=19.64$, $p<0,05$). Meslek ile yöntemin geri dönüşümünün zor olabileceğine verilen cevaplar arasında anlamlı ilişki vardır. ($X^2=14.92$, $p<0,05$)

Tablo 16. Yeni Geliştirilen Yöntemlerin Sosyodemografik Verilere Göre Kullanım Tercihlerinin Dağılımı

Yeni Geliştirilen Yöntem Seçeneklerinin Tercih Edilme Durumu						
Sosyo Demografik veriler	Hap n / %	Enjeksiyon n / %	Deriye yapıştırma n / %	Geri dön. yöntem n / %	χ^2	P
Yaş						
35 ve altı	27/33. 3	11/13. 6	25/30. 9	18/22. 2	8. 041	0. 235
36-45	9/20. 5	6/13. 6	11/25. 0	18/40. 9		
46 ve üstü	3/18. 8	4/25. 0	3/18. 8	6/37. 5		
Medeni durum						
Bekar	11/28. 2	7/17. 9	12/30. 8	9/23. 1	9. 060	0. 170
Evli	27/28. 7	14/14. 9	26/27. 7	27/28. 7		
Boşanmış	1/12. 5	0/0. 0	1/12. 5	6/75. 0		
Öğrenim durumu						
İlköğretim-lise	8/17. 0	6/12. 8	10/21. 3	23/48. 9	12. 816	0. 005
Lisans ve üzeri	31/33. 0	15/16. 0	29/30. 9	19/20. 2		
Meslek						
Doktor	14/40. 0	6/17. 1	10/28. 6	5/14. 3	11. 507	0. 074
Sağlık memuru	12/22. 2	11/20. 4	16/29. 6	15/27. 8		
Şirket elemanı	13/25. 0	4/7. 7	13/25. 0	22/42. 3		
Çocuk sayısı						
Yok	19/33. 3	7/12. 3	20/35. 1	11/19. 3	9. 597	0. 384
1	9/24. 3	6/16. 2	9/24. 3	13/35. 1		
2	9/22. 5	7/17. 5	10/25. 0	14/35. 0		
3 ve üzeri	2/28. 6	1/14. 3	0/0. 0	4/57. 1		
Sosyal güvence						
Emeklisandığı	27/28. 4	18/18. 9	29/30. 5	21/22. 1	9. 908	0. 019
BağkurSSKdiğer	12/26. 1	3/6. 5	10/21. 7	21/45. 7		
Gelir durumu						
0-1000₺	10/27. 0	3/8. 1	6/16. 2	18/48. 6	13. 811	0. 129
1001-2000₺	2/16. 7	2/16. 7	4/33. 3	4/33. 3		
2001-3000₺	12/27. 3	6/13. 6	13/29. 5	13/29. 5		
3001₺ ve üzeri	15/31. 3	10/20. 8	16/33. 3	7/14. 6		

Tablo 16’ da Lisans ve üzeri eğitime sahip olanlar % 33 oranında hap’ı tercih edebileceklerini belirtmiş olup, öğrenim durumuna göre yöntem seçenekleri ki-kare analizi ile karşılaştırıldığında aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($\chi^2=12.81$, $p<0,05$).

Meslek gruplarına göre doktorlar % 40 oranında hapları tercih edebileceklerini belirtmiş olup, meslek gruplarına göre yöntem seçenekleri ki-kare analizi ile karşılaştırıldığında aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($\chi^2=11.50$, $p<0,05$).

Tablo 17. Yeni Geliştirilen Yöntemlerin Güvenli Olduğu Görüşünün Sosyodemografik Verilere Göre Dağılımı

Sosyo Demografik Veriler	<u>Yeni Geliştirilen yöntemlerin güvenli olduğuna inanıyorum.</u>			χ^2	P
	Evet n / %	Hayır n / %	Kararsızım n / %		
Yaş					
35 ve altı	46/42.6	23/21.3	39/36.1	7.281	0.122
36-45	25/40.3	5/8.1	32/51.6		
46 ve üstü	10/33.3	5/16.7	15/50.0		
Meslek					
Doktor	22/53.7	6/14.6	13/31.7	6.415	0.170
Sağlık memuru	30/40.0	9/12.0	36/48.0		
Şirket elemanı	29/34.5	18/21.4	37/44.0		
Medeni durum					
Bekar	20/40.8	11/22.4	18/36.7	2.990	0.559
Evli	57/41.0	21/15.1	61/43.9		
Boşanmış	4/33.3	1/8.3	7/58.3		

Tablo 17'ye bakıldığında 35 ve altı yaş grubundaki bireylerin %42.6'sı, doktorların % 53.7'si, bekarların % 40.8'i yöntemlerin güvenilir olduğunu düşündüklerini belirtmişlerdir.

Tablo 18. Sosyodemografik Verilerin Yöntemlerin Türkiye'ye Getirilmesinin İstenmesi Durumuna Göre Dağılımı

Sosyo Demografik Veriler	Yöntemlerin Türkiye'ye Getirilmesinin İstenmesi Durumu			χ^2	P
	Evet	Hayır	Kararsızım		
Yaş					
35 ve altı	66/61.1	13/12.0	29/26.9	7.780	0.100
36-45	31/50.0	6/9.7	25/40.3		
46 ve üstü	11/36.7	6/20.0	13/43.3		
Meslek					
Doktor	32/78.0	0/0.0	9/22.0	18.081	0.001
Sağlık memuru	42/56.0	11/14.7	22/29.3		
Şirket elemanı	34/40.5	14/16.7	36/42.9		
Öğrenim durumu					
İlköğretim-lise	30/39.5	13/17.1	33/43.4	10.471	0.005
Lisans ve üzeri	78/62.9	12/9.7	34/27.4		
Sosyal güvence					
Emekli sandığı	81/64.8	11/8.8	33/26.4	15.867	0.000
Bağkur SSK diğer	27/36.0	14/18.7	34/45.3		

Tablo 18'de doktorların % 78'i, sağlık memurlarının % 56'sı yöntemlerin Türkiye'ye getirilmesini istediklerini belirtmiş olup, meslek grupları ile yöntemlerin Türkiye'ye getirilmesini isteme durumları arasında yapılan ki-kare analizinde anlamlı bir fark elde edilmiştir ($X^2=18.08$, $p<0,05$). Öğrenim durumuna bakıldığında lisans ve üzeri eğitime sahip olanların % 62.9'u yöntemlerin Türkiye'ye getirilmesini istediklerini belirtmiş olup, eğitim düzeyi grupları ile yöntemlerin Türkiye'ye getirilmesini isteme durumları arasında yapılan ki-kare analizinde anlamlı bir fark elde edilmiştir ($X^2=10.47$, $p<0,05$).

Tablo 19. Fazla Çocuk Erkeğin Gücünü Gösterir Görüşü ve Yeni Yöntemlerin Kullanılmasına Yönelik Görüşlerin İncelenmesi

	YöntemlerTürkiye'ye Gelirse Kullanırım			χ^2	P
	Evet	Hayır	Kararsızım		
Fazla Çocuk Erkeğin Gücünü Gösterir	n / %	n / %	n / %		
Evet	5/20.0	5/20.0	15/60	2.300	0.681
Hayır	46/29.1	18/11.4	94/59.5		
Kararsızım	4/23.5	3/17.6	10/58.8		

Tablo 19. incelendiğinde fazla çocuk erkeğin gücünü göstermez diyen katılımcıların, yeni yöntemler Türkiye'ye gelirse % 29.1 oranında kullanmayı düşündükleri görülmektedir. Bu oran fazla çocuk erkeğin gücünü gösterir diye düşünen katılımcılardan ve bu görüş karşısında kararsız olan katılımcılardan daha fazladır.

Tablo 20. Gelecekte Herhangi Bir Zamanda Yöntem Kullanma Durumuna Göre Yeni Yöntemlerin Türkiye'ye Gelmesinin İstenip İstenmemesi

	Erkeklere Yönelik Yeni Yöntemler Türkiye'ye Gelsin			χ^2	P
	Evet	Hayır	Kararsızım		
Gelecekte Herhangi Bir Zamanda Yöntem Kullanmayı Düşünüyorum	n / %	n / %	n / %		
Evet	75/61.5	10/8.2	37/30.3	12.047	0.017
Hayır	17/45.9	9/24.3	11/29.7		
Kararsızım	16/39.0	6/14.6	19/46.3		

Tablo 20. incelendiğinde gelecekte herhangi bir zamanda yöntem kullanmayı düşünen erkeklerin, 'yeni yöntemler Türkiye'ye gelsin' ifadesine % 61.5 oranında katıldıkları saptanmıştır. Gelecekte herhangi bir zamanda yöntem kullanma konusunda kararsız olan erkeklerin yeni yöntemlerin Türkiye'ye getirilmesi konusunda da en fazla kararsız olan grup oldukları izlenmiştir. İfadeler arasında yapılan ki-kare analizi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. ($X^2=12.04$, $p<0,05$).

Tablo 21. Doğum Kontrol Yöntemlerinin Kullanılması Kadınların Görevidir İfadesine Katılma Durumlarına Göre Yeni Yöntemlerin Güvenliği Hakkındaki Görüşlerin İncelenmesi

	<u>Yeni Yöntemlerin Güvenli Olduğuna İnanıyorum</u>			χ^2	P
	Evet	Hayır	Kararsızım		
Doğumkontrol Yöntemlerinin Kullanılması Kadının Görevidir	n / %	n / %	n / %		
Evet	3/13. 6	4/18. 2	15/68. 2	8. 205	0. 084
Hayır	69/43. 9	26/16. 6	62/39. 5		
Kararsızım	9/42. 9	3/14. 4	9/42. 9		

Tablo 21. incelendiğinde doğum kontrol yöntemlerini kullanmak kadının görevidir ifadesine katılan erkeklerin yeni yöntemlerin güvenilirliği konusunda büyük oranda kararsız oldukları saptanmıştır. Yöntem kullanımının kadının görevi olmadığını düşünenlerin yeni yöntemleri güvenli bulma oranı % 43. 9'dur.

Tablo 22. Doğum Kontrol Yöntemi Kullanılması Kadının Görevidir Görüşüne Göre Yeni Yöntemlerin Kullanılma Durumu Hakkındaki Görüşlerinin Dağılımı

	YöntemlerTürkiye'ye Kullanırım	Gelirse		χ^2	P
	Evet	Hayır	Kararsızım		
Doğumkontrol Yöntemlerinin Kullanılması Kadının Görevidir	n / %	n / %	n / %		
Evet	4/18. 2	6/27. 3	12/54.6	11.605	0.021
		17/10.			
Hayır	50/31. 8	8	90/57.3		
Kararsızım	1/4. 8	3/14. 3	17/80.9		

Tablo 22. incelendiğinde, doğum kontrol yöntemlerinin kullanılması kadının görevidir diyen katılımcıların yeni yöntemler Türkiye'ye gelirse yöntemleri % 18.2 oranında kullanmayı düşündükleri, % 54.6 oranında yöntemleri kullanma konusunda kararsız oldukları, % 27.3 oranında ise yöntemleri kullanmayı düşünmedikleri

görülmektedir. İfadeler arasında yapılan ki-kare analizi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı fark elde edilmiştir ($X^2=11.60$, $p<0,05$). Doğum kontrol yöntemlerinin kadının görevi olduğu konusunda kararsız olan erkeklerin yeni yöntemleri kullanma konusunda da kararsız oldukları saptanmıştır.

Tablo 23. Doğum Kontrol Yöntemi Kullanılması Kadının Görevidir Görüşüne Göre Yeni Yöntemlerin İnisiyatifi Elde Tutmasına İlişkin Görüşlerinin Dağılımı

Doğumkontrol Yöntemlerinin Kullanılması Kadının Görevidir	<u>Yeni Yöntemler Çocuk Sahibi Olma Konusunda İnisiyatifi Elimde Tutmamı Sağlar.</u>			x^2	P
	Evet	Hayır	Kararsızım		
Evet	n / % 6/27. 3	n / % 3/13. 6	n / % 13/59. 1	26.064	0.000
Hayır	120/76. 4	6/3. 8	31/19. 7		
Kararsızım	12/57. 1	0/0	9/42. 9		

Tablo 23. incelendiğinde doğum kontrol yöntemlerini kullanmak kadının görevi değildir diyen erkeklerin % 76.4 oranında yeni yöntemlerin çocuk sahibi olma konusunda inisiyatifi kendi ellerinde tutmasını sağlayacağını düşündükleri saptanmıştır. Yöntemlerin çocuk sahibi olma konusunda inisiyatifi kendi ellerinde tutmasını sağlayacağı görüşünde en fazla kararsız olan grubun doğum kontrol yöntemlerini kullanmak kadının görevidir görüşüne katılan erkekler olduğu saptanmıştır. İfadeler arasında yapılan ki-kare analizi sonucunda anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($X^2=26.06$, $p<0,05$).

Tablo 24. Yöntemler Türkiye’ye Gelirse Kullanım Durumuna Göre Tercih Edilecek Olan Yöntemlerin Dağılımı

Yöntemler Türkiye’ye Gelirse Kullanmayı Düşünürüm	Yeni Yöntemlerden Hangisini Kullanmayı Tercih Edersiniz?				χ^2	P
	Hap	Enjeksiyon	Deriye yapıştırma	Geri dön. yöntem		
Evet	17/35. 4	7/14. 6	14/29. 2	10/20. 8	9. 620	0.649
Hayır	2/20. 0	3/30. 0	1/10. 0	4/40. 0		
Bilmiyorum	4/20. 0	3/15. 0	6/30. 0	7/35. 0		
Kararsızım	3/33. 3	0/0	4/44. 4	2/22. 2		
Bilgiye ihtiyacım var	13/24. 1	8/14. 8	14/25. 9	19/35. 2		

Tablo 24. incelendiğinde yöntemler Türkiye’ye gelirse kullanmayı düşünen erkeklerin % 35.4’ü hap’ı tercih etmiştir. Yöntemler Türkiye’ye gelirse kullanmam diyen erkeklerin % 40’ı geri dönüşümlü yöntemi tercih ederken, yöntemler hakkında bilgiye ihtiyacı olduğunu düşünen erkekler % 25.9 oranında deriye yapıştırılan formu tercih etmiştir. Enjeksiyon yöntemini en fazla tercih eden erkeklerin ise yöntemler Türkiye’ye gelirse kullanmam diyenler olduğu saptanmıştır.

5. TARTIŞMA

5. 1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri ve Bazı Değişkenlerle İlişisine Yönelik Bulgularının incelenmesi

Araştırma kapsamına alınan bireylerin % 54'ünün 35 ve altı yaş, % 31'inin 36-45 yaş arası, % 15'inin ise 46 yaş ve üstü olduğu görülmektedir. Altay ve Görener'in yaptığı bir çalışmada da katılımcıların % 59'unun 25-34 yaş olduğu belirtilmiş olup bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir (Altay ve Görener 2009). Araştırmaya katılan bireylerin çoğunun (n=139, % 69. 5) evli olduğu görülmektedir. Katılımcıların % 24.5'i bekâr ve % 6.0'ı ise boşanmıştır. Depe ve Erenel'in Ankara'da yaptığı benzer bir çalışmada araştırmada yer alan erkeklerin % 74.3'ünün evli, % 25.7 sinin bekâr olduğu belirtilmiştir (Depe ve Erenel 2006). Çalışmamızda katılımcıların eğitim durumu incelendiğinde % 62'sinin lisans ve üzeri % 38'inin ilköğretim-lise mezunu olduğu saptanmıştır. Aynı zamanda araştırmaya katılan bireylerin % 42'si özel şirket çalışanı, % 37.5'i sağlık memuru, % 20.5'i doktor'dur.

Araştırma katılımcılarının % 31'inin çocuk sayısının 2 olduğu, % 25.5'inin çocuk sayısının 1, % 6.5'inin çocuk sayısının 3 ve üzeri olduğu izlenmiştir. Katılımcıların % 37'si ise çocuk sahibi değildir. Şankazan ve Yıldız 'ın çalışmasında araştırma grubunun % 67.6'sının dört ve daha fazla, % 26.2'sinin 1 - 3 çocuk sahibi olduğu, % 6,2'sinin ise yaşayan çocuğu olmadığı görülmüştür (Şankazan ve Yıldız 2002). Çalışmamızla arada önemli bir farklılık görülmektedir. Aradaki farkın Şankazan ve Yıldız'ın (2002) çalışmasındaki evrenin evli erkeklerle sınırlı olması aynı zamanda eğitim düzeyi ve bölge farklılığından kaynaklandığı düşünülebilir.

Araştırmaya katılan bireylerin % 62.5'inin sosyal güvencesi emekli sandığı, % 37. 5'inin sosyal güvencesi Bağ kur/SSK/diğer'dir. Depe ve Erenel'in çalışmasında katılımcıların sosyal güvence durumuna bakıldığında, emekli sandığı oranı % 13.2 ve Bağkur/SSK/diğer oranı % 86.8 olduğu görülmüştür (Depe ve Erenel 2006). Depe ve Erenel'in çalışmasıyla bizim çalışmamız arasındaki farklılığın nedeninin bizim çalışmamızda seçilen örneklemin kamu kuruluşu olmasından kaynaklandığı

düşünülebilir.

Erkeklerin mesleklerinin yöntem kullanımlarına etkisine göre dağılımına bakıldığında araştırmaya katılan doktorların % 97.6' sının, sağlık memurlarının % 93.3' ünün diğer özel şirket elemanlarının ise % 88.1' inin yöntem kullanmaya karşı olmadığı belirlenmiştir. Genel olarak araştırmaya katılan erkeklerin yöntem kullanmaya karşı olmadıkları görülmektedir. Depe ve Erenel'in benzer çalışmasında çalışmaya katılan erkeklerin çoğu AP'nin gerekliliğine inanmaktadır ve % 36.7'si bir AP yöntemi kullanmaktadır (Depe ve Erenel 2006). Çalışmamız Depe ve Erenel'in çalışmasıyla paraleldir. Toplumlar arası aile planlaması yöntemleri kullanım oranı, istenilen çocuk sayısı, eğitim, farkındalık ve hizmet alımı gibi faktörlerden etkilenmektedir. Birleşmiş Milletler Ekonomik ve Sosyal ilişkiler Nüfus Birimi'nce yapılan araştırmaya göre dünya çapında kontrasepsiyon kullanım prevalansı % 63'tür (Sanhal ve ark., 2012).

5. 2. Katılımcıların Yeni Geliştirilen Yöntemlere İlişkin Görüşleri İle İlgili Bulguların İncelenmesi

Çalışmamızda meslek gruplarına göre kullanılan yöntem durumuna bakıldığında özel şirket elemanlarının diğer meslek grupları ile karşılaştırıldığında geri çekme yöntemini kullanma oranlarının (% 25) yüksek olduğu görülmektedir. Diğer meslek gruplarına göre bu oranın fazla olduğu, doktorların ise geri çekme yöntemini hiç tercih etmedikleri görülmüştür. Çevirme ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada araştırmaya katılan erkeklerin % 27.6 oranla en fazla geri çekme yöntemini kullandıkları görülmüştür (Çevirme ve ark., 2010). Özdener'in benzer bir çalışmasında ise geri çekme yönteminin kullanımı % 35.5 ile ikinci sırada yer aldığı görülmüştür (Özdener 2006). Doğan'ın çalışmasında da erkeğe yönelik kullanılan yöntemlerde ilk sırada kondom ikinci sırada geri çekme yöntemi tercih edilmiştir (Doğan 2008). Özdener ve Doğan 'ın çalışması ile araştırmamız arasında geri çekme yöntemi kullanımı açısından paralellik bulunmaktadır.

Çalışmamızda öğrenim durumunun yöntem kullanımına etkisine bakıldığında ilköğretim-lise mezunlarının geri çekme yöntemini daha fazla tercih ettikleri saptanmıştır. Şirket elemanlarının öğrenim durumunun ilk-öğretim lise olduğu

düşünülürse mesleğe göre yöntem kullanımının eğitim seviyesinden etkilendiği sonucuna ulaşılabilir.

TNSA 2008 verilerine göre modern yöntem kullanım düzeyi TNSA-1998’de % 38’den, TNSA-2008’de % 46’ya yükselmiştir (hips.hacettepe.edu.tr, E:2.Ocak.2013). Bu dönem içindeki artışın önemli bir bölümü tüp ligasyonu ve kondom kullanımındaki artışların sonucudur. Bizim çalışmamızda da demografik verilere göre erkeklere yönelik yöntem tercihi durumuna bakıldığında kondom kullanım oranının erkeklere yönelik diğer yöntemlerden fazla olduğu saptanmıştır. Çalışmamız sonuçları Türkiye genelindeki verilerle benzerlik göstermektedir. Gelir durumuna bakıldığında bütün gruplarda kondom kullanımının yüksek olduğu, gelir durumu 2001-3000₺ olanların % 52.3 oranında, gelir durumu 1001-2000₺ olanların %70 oranında kondom kullandıkları belirlenmiştir.

Çalışmamızda eş-sevgili öğrenim durumuna göre yöntem kullanımına bakıldığında eş-sevgili eğitim durumu yükseldikçe kondom kullanma oranının arttığı, tehlikesiz günler yöntemi kullanım oranının azaldığı saptanmıştır. Doğan’ın çalışmasında eğitim durumu ile tercih edilen yöntem arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (Doğan 2008). ‘Planlanmamış Gebelikler ile Kontraseptif Yöntemler Arasındaki İlişki’ isimli bir çalışmada erkek kondomu kullanımı en yoğun olarak lise ve üzeri eğitilmiş kadınlarda ve % 21.3 oranında kullanılmaktadır. (Tekiner ve ark., 2004) Bizim çalışmamızda çıkan sonuçlar literatürle paralellik göstermektedir. Kondom’un gebelikten korumasının yanı sıra cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı da koruyucu olması ve kullanımı ile ilgili tıbbi bir kontrendikasyon olmaması diğer avantajlarıdır (Tekiner ve ark., 2004). Kondomun erkeğe yönelik etkin bir yöntemi olması ve literatürdeki diğer çalışmalar gibi bizim çalışmamızda da kullanımı en çok tercih edilen yöntem olması nedeniyle erkeklerin aile planlamasında sorumluluğu kadınlarla birlikte paylaştığı söylenebilir.

Yöntem kullanımının aile büyüklüğünü sınırlandırdığı görüşüne katılım oranının en fazla doktorlarda % 39.0 olduğu görülmüştür. Şirket elemanları bu görüşe % 27.4 oranında, sağlık memurları ise % 16.0 oranında katılmaktadır. Araştırmamızda yöntem

kullanımının aile büyüklüğünü sınırladığı görüşünün gelir durumu ilişkisine göre değişimine bakıldığında ise gelir durumu 1001-2000₺ arasında olan erkeklerin % 70'inin yöntem kullanımının aile büyüklüğünü sınırladığı görüşünü onayladıkları izlenmiştir. Gelir durumu 3001₺ ve üzeri olanlarda bu oran % 58. 2'dir. Yöntem kullanımının aile büyüklüğünü sınırladığı görüşünün çocuk sayısı durumuna göre değişimine bakıldığında 3 ve üzeri çocuğu olanlar % 46.2 oranında yöntem kullanımı aile büyüklüğünü sınırlandırmaz demıştır. Çocuk sayısı azaldıkça yöntem kullanımının aile büyüklüğünü sınırlandırmayacağı görüşüne inananların oranı artmıştır. Arada istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$).

Araştırmaya katılan 3 ve üzeri çocuğu olan erkeklerin isteğe bağlı abortus'u onaylamama oranları % 46.2'dir. Bu oran çocuk sayısı azaldıkça düşmüştür. İstenmeyen çocuğun aldırılmaması fikrini en çok onaylayan erkeklerin çocuk sayılarının da en fazla olduğu görülmüştür. Çalışmamızda bekâr erkeklerin evli ve boşanmış erkeklere oranla isteğe bağlı abortus'u daha çok onayladıkları görülmüştür. Şankazan ve Yıldız 'ın Ankara ili Deliler Köyünde yaptıkları çalışmada araştırma grubunun % 78.4'ü isteyerek yapılan düşükleri aile planlaması yöntemi olarak görmediklerini belirtmişlerdir (Şankazan ve Yıldız 2002). Bunun da, grubun inanç ve inanışlarından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Sanhal ve arkadaşlarının belirttiğine göre; aile planlaması programları sayesinde tüm dünyada her yıl 187 milyon istenmeyen gebelik, 60 milyon planlanmamış doğum ve 105 milyon abortus önlenmekte, 2.7 milyon infant ölümü ve 215.000 gebelikle ilişkili ölüm engellenmektedir (Sanhal ve ark., 2012). Abortus hakkındaki düşünceler dini yapıdan etkilenebileceği gibi abortusun bir aile planlaması yöntemi olarak düşünülmemesi gerektiği de önemli bir konudur. Karaman'ın çalışmasında çalışan ve çalışmayan kadınların büyük kısmı inanç faktörü ve eşlerinin dogurmalarını istemesinden dolayı istemsiz gebeliğe devam ettiklerini belirtmişlerdir (Karaman 2007).

Sosyal güvencesi Bağkur/SSK/diğer olan erkeklerin % 70.7'sinin çocuğun anne-babanın iş hayatında yükselmesini engellemediğini düşündükleri görülmektedir. Sosyal güvencesi Emekli Sandığı olan erkeklerin % 61.6'sı çocuğun anne-babanın iş hayatında yükselmesini engellemediğini düşünmektedir, aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı

olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Öğrenim durumuna göre lisans ve üzeri mezunları % 60.5 oranında çocuğun anne-babanın iş hayatında yükselmesini engellemeyeceğini düşünürken bu oran ilköğretim-lise mezunlarında % 72.4'e yükselmiştir. Eğitim seviyesi arttıkça kararsızlık oranının da arttığı görülmüştür. Öğrenim durumu ile çocuğun ebeveynlerin iş hayatında yükselmesini engelleme durumu arasında yapılan ki-kare analizinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Çoğu kişinin lisans ve üzerindeki eğitimini tamamlayıp daha sonra evlendiği ve çocuk sahibi olduğu düşünülürse sonuçlar şaşırtıcı değildir.

Araştırmamızda erkeklerden 46 ve üstü yaş olanların % 66.7 oranla “eğitim düzeyi arttıkça bireyler az çocuk yapar” görüşüne katıldıkları görülmektedir. Öğrenim durumu lisans ve üzeri olan erkekler “eğitim durumu arttıkça bireyler daha az çocuk yaparlar” görüşüne % 70.2 oranında katılmış olup, öğrenim durumu ile eğitimin çocuk sayısına etkisi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($p<0,05$). Meslek grupları ile bireylerin eğitim durumunun çocuk sayısına etkisi konusunda doktorlar % 75.6 oranında “eğitim durumu arttıkça daha az çocuk yaparlar” demiştir. Sağlık memurları % 68.0, şirket elemanları ise % 44.0 oranında “eğitim düzeyi arttıkça bireyler az çocuk yapar” demiştir. Meslek grupları ile bireylerin eğitim durumunun çocuk sayısına etkisi arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Gelir durumuna bakıldığında da kazancı 2000₺ üzerinde olanlar “eğitim düzeyi arttıkça bireyler az çocuk yapar” ifadesini kazancı 2000₺ altında olanlara oranla daha fazla onaylamışlardır. Gelir durumu daha yüksek olanların “eğitim düzeyi arttıkça bireyler az çocuk yapar” görüşüne daha fazla inandıkları düşünülebilir. TNSA 2008 verilerine göre eğitim doğurganlık düzeyi üzerinde önemli bir etkiye sahiptir; eğitimi olmayan kadınların, ilkokul mezunu olan kadınlara göre 0.4 fazla çocuğa sahip oldukları, en az lise mezunu olan kadınlara göre de 1.1 fazla çocuğa sahip oldukları görülmektedir (hips.hacettepe.edu.tr, E:2.Ocak.2013). Sosyoekonomik durumların kişilerin sahip olduğu çocuk sayısında etkili olduğu bilinmektedir. Çalışmamızda da görüldüğü gibi gelir durumu ve eğitim durumu yükseldikçe istenen çocuk sayısı düşmektedir. Eğitim ve gelir seviyesinin kontrasepsiyon ve erkek hormonal kontraseptiflerin kullanımındaki gönüllülük durumunda önemli faktörler olduğu belirtilmektedir (Heinemann et al., 2005).

Yöntem kullanımının kadının görevi olduğunu düşünme oranına bakıldığında; bekâr erkekler % 89.8, evli erkekler % 74.8, boşanmış erkekler % 75.0 oranında yöntem kullanımının kadının görevi olmadığını düşünmektedirler. Genel olarak araştırmaya katılan erkeklerin büyük kısmının yöntem kullanımının sadece kadının görevi olmadığını düşündükleri saptanmıştır. Özvarış ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada Türkiye’deki erkeklerin % 79’unun kontrasepsiyon sorumluluğunun paylaşılması gerektiğini düşündükleri saptanmıştır (Özvarış ve ark., 1998). Şankazan ve Yıldız’ın çalışmasında aile planlamasının sorumluluğunun ait olduğu eş sorulduğunda, araştırma grubunun % 56.9’u bu sorumluluğun eşlerden her ikisine, % 32.3’ü kocaya, % 10.8’i kadına ait olduğunu belirtmiştir (Şankazan ve Yıldız 2002). Bizim çalışmamızda literatürdeki çalışmalarla paralel olmakla birlikte daha yüksek oranların görülmesinin kişilerin bir sağlık kuruluşunda çalışan erkekler olmasından dolayı ortaya çıktığı düşünülebilir.

Çalışmamızda 35 ve altı yaş erkeklerin % 74.1’i erkeklere yönelik doğum kontrol yöntemlerinin cinsel ilişkiyi olumsuz etkileyeceğini düşünmektedir. Bu oran 36-45 yaş arasında % 66.1, 46 ve üstü yaş erkeklerde % 70.0 dır. Meslek gruplarına göre doktorların % 85.4 ü erkeklere yönelik yöntem kullanımının cinsel ilişkiyi olumsuz etkilemeyeceğini belirtmiştir. Şirket elemanlarının % 21.4’ü ise erkeklere yönelik yöntem kullanımının cinsel ilişkiyi olumsuz etkileyeceğini belirtmiş olup, meslek grupları ile erkeklere yönelik doğum kontrol yöntemlerinin cinsel ilişkiye olumsuz etkisine ilişkin görüşler karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark elde edilmiştir ($p<0,05$). Gruplarda doktorların yöntemler konusunda daha çok bilgiye sahip oldukları ve bu bilgiler doğrultusunda cevap verdiklerinden dolayı farklılık ortaya çıktığı düşünülebilir. Martin ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, haplar ve enjeksiyon şeklindeki kontraseptiflerle ilgili farklı gruplarda cinselliğin etkilenebileceği ve erkeklik hissinde azalmaya neden olabileceği şeklinde görüşler belirtilmiştir (Martin et al., 2000).

Yurtdışında yeni geliştirilen yöntemlerin Türkiye’ye getirilmesi durumunda bu yöntemlerin kullanılmasına ilişkin görüşler incelendiğinde 35 ve altı yaş olanların % 39.8, 36-45 yaş arasında olanların % 46.8, 46 ve üzeri yaşında olan bireylerin % 26.7

oranında bilgiye ihtiyacı olduğu izlenmiştir. Öğrenim durumu lisans ve üzeri olan bireylerin yeni geliştirilen yöntemlerin Türkiye'ye getirilmesi durumunda bu yöntemleri kullanmaya ilişkin görüşleri incelendiğinde % 31.5'inin kullanmayı düşündüğü, % 42.7'sinin bilgiye ihtiyacı olduğu belirlenmiştir. Öğrenim durumu ve erkeklere yönelik geliştirilen yeni yöntemlerin Türkiye'ye getirilmesi durumunda kullanılması düşünceleri arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Şuan Türkiye'de olan bazı yöntemler hakkında bile çoğu kişinin bilgi sahibi olmadığı düşünülürse yeni yöntemler konusunda kişilerin bilgiye sahip olmak istemelerinin doğal olduğu düşünülebilir. Fakat yinede kullanmayı düşünenlerin oranı çokta düşük değildir. Bir kültürlerarası çalışmada, Güney Asya ve Edinburg'ta, İngiltere'de, Cape Town'da, güney Afrika'da, Şangayda ve Hong Kong'ta, Çin'de erkeklerin % 44-83'ü yeni hormonal yöntemlerin kullanımını kabullenmiş olduklarını belirtmişlerdir (Ilani et al., 2011).

Meslek gruplarına bakıldığında ise doktorların % 31.7'si, sağlık memurlarının % 30.7'si, şirket çalışanlarının % 22.6'sı yöntemler Türkiye'ye gelirse kullanırım ifadesini belirtmiştir. Doğan'ın çalışmasında kadınların % 50.6'sı erkekler için enjeksiyon veya hap yöntemi olsa eşlerinin kullanmasını isteyebileceklerini belirtmişlerdir (Doğan 2008). Yeni yöntemler Türkiye'ye gelirse eşlerinin yöntem kullanımı konusunda erkeklere destek olabilecekleri düşünülebilir. Bununda aile planlaması konusunda erkeklerin daha fazla sorumluluk alabileceğini düşündürebilir. Bir çalışmada etnik özelliklerin erkeklere yönelik yeni yöntemlerin kullanımında etkili olabileceği belirtilmiştir. Yurt dışında farklı etnik kökene sahip olan erkeklerle Türk etnik kökenine sahip olan erkekler arasında fark olabilir (Ilani et al., 2011). Erkeklere yönelik yeni geliştirilen hormon içeren hap ile ilgili görüşlerin meslek gruplarına göre dağılımına bakıldığında meslek gruplarına göre hormon içeren oral hap yönteminin kilo aldırabileceğini düşünme oranı doktorlar arasında % 68. 3 olup, şirket elemanları bu soruya % 56 oranında kararsızım cevabını vermiştir. Doktorların meslek grupları arasında ilaç ve hormonlar konusunda en fazla bilgiye sahip olan grup oldukları düşünülerek verilen cevapların mesleki bilgiye dayalı olabileceği sonucuna ulaşılabilir. Kilo aldırmanın aksine hormonal kontraseptiflerin yağ kitlesinde azalmaya neden olabileceğine ilişkin bilgiler literatürde yer almaktadır (Page et al., 2008).

Meslek gruplarına göre hormon içeren hap yönteminin kansere neden olabileceği konusunda kararsızım ifadesini büyük oranda belirten grup % 58.3 oranında şirket elemanlarıdır. Şirket elemanlarının diğer meslek gruplarına göre eğitim düzeylerinin daha düşük olduğu da göz önünde bulundurulursa bu görüşe katılma oranının öğrenim durumundan etkilendiği sonucuna ulaşılabılır. Doktorların % 41.5'inin hormon içeren hapların kalp krizine neden olmayacağı görüşünde oldukları belirlenmiştir. Hormon içeren hapların cinselliği olumsuz etkileyeceği konusunda sağlık memurlarının % 52'si, şirket çalışanlarının % 51.2'si kararsız olduklarını belirtmişlerdir. Martin ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada ise erkekler hapların kondom kullanımından daha kolay olabileceğini düşündüklerini ifade etmişlerdir. Sağlık riskleri açısından ise en güvenilir olarak haplar gösterilmiştir (Martin et al., 2000).

Doktorların % 68.3'ü hormon içeren hapların tamamen kısırlığa neden olmayacağını ifade etmiştir. Hormon içeren hapların erkeklik hormonlarını bozabileceği konusunda sağlık memurları % 56 oranında şirket elemanları ise % 60.7 oranında kararsız olduklarını belirtmiştir. Yapılan bir çalışmada erkekler erkeklere yönelik hapların cinsellik ve erkeklik hisleri üzerinde etkili olabileceğini belirtmişlerdir (Martin et al., 2000). Depe ve Erenel'in çalışmasında, erkeklerin kullandığı yöntemden memnun olma nedenleri arasında sırasıyla; % 37.5 ile kullanım kolaylığı, % 32.5 ile yan etkisinin olmaması, % 20 ile etkili bir yöntem olması yer almaktadır (Depe ve Erenel 2006). Hormon içeren hapların içilmesinin hatırlanması zor olabilir görüşüne en fazla katılan grubun doktorlar (% 58.5) olduğu belirlenmiştir. Meslek gruplarına göre haplar konusundaki bütün ifadeler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark elde edilmiştir. Kadınların kullanmış olduğu hapların hatırlanmasının zor olduğu ile ilgili genel düşünceden yola çıkarak kişilerin bu görüşü ifade etmiş olabileceği düşünülebilir.

Erkeklere yönelik yeni geliştirilen yöntemlerden hormon içeren enjeksiyonlar ile ilgili görüşlerin meslek gruplarına göre dağılımına bakıldığında hormon içeren enjeksiyonların kilo aldırabileceğini düşünme oranı doktorlar arasında % 53.7, sağlık memurları ve şirket çalışanları arasında % 33.3 olup, şirket elemanları bu soruya % 58.3 oranında kararsızım cevabını vermiştir. Meslek gruplarına göre hormon içeren enjeksiyon yönteminin kansere neden olabileceği konusunda kararsızım ifadesini belirten grup % 63.1 oranında şirket elemanlarıdır. Sağlık memurlarının % 57.3'ü, şirket

elemanlarının % 69'u hormon içeren enjeksiyonların kalp krizine neden olabileceği ifadesine kararsızım şeklinde cevap vermişlerdir. Hormon içeren enjeksiyonların cinselliği olumsuz etkileyeceği konusunda şirket elemanlarının % 60.7'si kararsız olduklarını belirtirken, doktorların % 58.5'i hayır cevabını vermişlerdir. Martin ve arkadaşlarının çalışmalarında da erkekler enjeksiyon şeklindeki kontraseptiflerin cinsel yaşamlarını etkileyebileceğini belirtmişlerdir (Martin et al., 2000). Enjeksiyon şeklinde yöntem kullanan erkeklerin cinsellikle ilgili herhangi bir şikayetin olmadığı çalışmada belirtilmiştir (Meriggiola et al., 2006). Doktorların % 73.2'si, sağlık memurlarının % 34.7'si, şirket çalışanlarının % 11.9'u hormon içeren enjeksiyonların tamamen kısırlığa neden olmayacağını ifade etmiştir. Hormon içeren enjeksiyonların erkeklik hormonlarını bozabileceği konusunda sağlık memurları % 60 oranında kararsız olduklarını belirtirken, doktorların % 58.5'i hayır cevabını vermişlerdir. Sağlık memurlarının % 58.7'si hormon içeren enjeksiyonların uygulama şeklinden dolayı kullanmaktan çekinme konusunda kararsız olduklarını belirtmiştir. Meslek gruplarına göre enjeksiyonlar konusunda 'enjeksiyonlar kilo aldırabilir' ifadesi dışında ($p>0,05$) diğer bütün ifadeler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark elde edilmiştir ($p<0,05$). Bu farklılığın yöntemlere ilişkin bilgi farklılığından kaynaklanabileceği düşünülebilir.

Erkeklere yönelik yeni geliştirilen yöntemlerden deri üzerine yapıştırılarak kullanılan hormon yöntemi ile ilgili görüşlerin meslek gruplarına göre dağılımında deri üzerinden yapıştırılarak uygulanan hormon yönteminin kilo aldırabileceğini düşünme oranı doktorlar arasında % 26.8 olup, şirket elemanları bu soruya % 65.5, sağlık memurları % 66.7 oranında kararsızım cevabını vermiştir. Bu yöntemin bilinen böyle bir etkisinin olmamasına rağmen aradaki fark eğitim ve yöntemlere ilişkin bilgi düzeyinden kaynaklanabileceği düşünülebilir. Meslek gruplarına göre deri üzerinden yapıştırılarak uygulanan hormon yönteminin kansere neden olabileceği konusunda % 51.2 oranında hayır ifadesini belirten grup olan doktorların % 31.7 oranında kararsız oldukları saptanmıştır. Sağlık memurlarının % 64.0'ü, şirket elemanlarının % 72.6'sı deri üzerinden yapıştırılarak uygulanan hormon yönteminin kalp krizine neden olabileceği ifadesine kararsızım şeklinde cevap vermişlerdir. Bu düşüncelerin kadınlara yönelik aile planlamasının bilinen olası yan etkilerinden dolayı ifade edilmiş olabileceği düşünülebilir.

Doktorların % 75.6'si deri üzerinden yapıştırılarak uygulanan hormon yönteminin tamamen kısırlığa neden olmayacağını ifade etmiştir. Hormon içeren enjeksiyonların erkeklik hormonlarını bozabileceği konusunda sağlık memurları %70.7 oranında kararsız olduklarını belirtirken, doktorların % 53.7'si hayır cevabını vermişlerdir. Doktorların % 70.7'si deri üzerinden yapıştırılarak uygulanan hormon yönteminin alerjiye neden olabileceğini belirtirken sağlık memurlarının % 60'ı, şirket çalışanlarının % 65.5'i kararsızım cevabını vermişlerdir. Bu yöntemin az oranda deride irritasyona neden olabileceği literatürde belirtilmiştir (Mathew and Bantwal 2012).

Erkeklere yönelik geliştirilen bir diğer yöntem olan, erkeklerin üreme kanallarının çeşitli şekillerde tıkanmasını sağlayan ve basit cerrahi ile yapılan geri dönüşümlü yöntemin cinselliği olumsuz etkileyebileceğine ilişkin görüşler incelendiğinde bütün yaş gruplarındaki erkeklerin çoğunluğunun yöntemin cinselliği olumsuz etkileyebileceği konusunda kararsız oldukları saptanmıştır. Doktorların büyük çoğunluğu yöntemin cinselliği olumsuz etkilemeyeceğini düşünmektedir. Meslek gruplarına göre yöntemin cinselliği olumsuz etkilemesiyle ilgili ifadeler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark elde edilmiştir ($p>0,05$).

Bu yöntemin tamamen kısırlık yapabileceğine en fazla inanan grubun 35 ve altı yaş erkekler olduğu söylenebilir. Meslek grubuna bakıldığında ise, doktorlar diğer meslek gruplarına oranla bu yöntemin tamamen kısırlığa neden olabileceği düşüncesine daha fazla sahiptir. Meslek grupları arasındaki düşünce farkının eğitim seviyesinden kaynaklandığı söylenebilir. Yapılan bir çalışmada bu yöntemin sağlık açısından güvenli olduğu ve cinsellik üzerinde etkisinin olmadığı saptanmıştır (Bahasadri and Badiei 2009).

46 ve üstü yaş erkeklerin % 63.3'ünün erkeklerin üreme kanallarının çeşitli şekillerde tıkanmasını sağlayan ve basit cerrahi ile yapılan geri dönüşümlü yöntemin uygulanmasının zor olabileceğini düşündükleri görülmüştür. En fazla kararsız olan grup ise 36-45 yaş arası erkeklerdir. Yaş ile yöntemin uygulanmasının zor olacağı görüşü ilişkilendirildiğinde istatistiksel bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Martin ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada ise genç erkeklerin daha çok hap yöntemini, yaşlı erkeklerin ise

daha çok enjeksiyon şeklindeki kontraseptifi tercih ettikleri belirtilmiştir (Martin et al., 2000). Meslek gruplarına bakıldığında yöntemin uygulanmasının zor olacağı görüşüne en az katılan ve en kararsız grubun şirket elemanları olduğu görülmüştür. Meslek ile yöntemin zor olacağı ifadesine katılım arasında anlamlı bir fark vardır. ($p<0,05$). Bu durumun eğitim seviyesi ve bu tür yöntemler hakkında bilgi eksikliğinden dolayı ortaya çıkmış olabileceği düşünülebilir. Bu yöntemin geri dönüşümünün zor olabileceğini düşünen erkeklerin oranı lisans ve üzeri mezunlarında ilköğretim-lise mezunlarına oranla daha fazladır, ilköğretim-lise mezunlarının bu konuda daha kararsız oldukları görülmüştür ve arada istatistiksel açıdan anlamlı bir fark vardır ($p<0,05$). Meslek ile yöntemin geri dönüşümünün zor olabileceğine verilen cevaplar arasında anlamlı ilişki vardır ($p<0,05$).

Yeni geliştirilen yöntemlerin sosyodemografik verilere göre kullanım dağılımına bakıldığında lisans ve üzeri eğitime sahip olanlar % 33 ilköğretim-lise mezunları %17 oranında hap'ı tercih edebileceklerini belirtmiş olup, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Meslek gruplarına göre doktorlar % 40 oranında hapları, şirket çalışanları % 42.3 oranında geri dönüşümlü yöntemi, sağlık memurları % 29.6 oranında deriye yapıştırma formunu tercih edebileceklerini belirtmiş olup, meslek gruplarına göre yöntem seçenekleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Yeni geliştirilen yöntemlerin güvenli olduğu görüşünün sosyodemografik verilere göre dağılımına bakıldığında 35 ve altı yaş grubundaki bireylerin % 42.6'sı, doktorların % 53.7'si, bekârların % 40.8'i yöntemlerin güvenilir olduğunu düşündüklerini belirtmişlerdir. Literatürde de hormonal yöntemlerin güvenilir olduğu belirtilmiştir (Martin et al., 2000).

Araştırmamızda doktorların % 78'i, sağlık memurlarının % 56'sı yeni yöntemlerin Türkiye'ye getirilmesini istediklerini belirtmiş olup, meslek grupları ile yöntemlerin Türkiye'ye getirilmesinin istenmesi ifadeleri arasında istatistiksel anlamlı bir fark elde edilmiştir ($p<0,05$).

Fazla çocuk erkeğin gücünü göstermez diyen katılımcıların, yeni yöntemler Türkiye'ye gelirse % 29. 1 oranında kullanmayı düşündükleri görülmektedir. Bu oran fazla çocuk erkeğin gücünü gösterir diye düşünen katılımcılardan ve bu görüş karşısında kararsız olan katılımcılardan daha fazladır. Geleneksel kuralların geçerli olduğu Güneydoğu Anadolu yöresinde, kadın, erkek ve ailenin gücünü, itibarını belirleyen ölçütlerden birisi de çocuk, özellikle erkek çocuk sayısıdır. Aşiret içi ve aşiretler arası anlaşmazlıklarda önemli bir faktör olarak görülen çocuk sayısı, siyasi anlamda da daha fazla oy anlamına gelmektedir (Ökten 2009).

Gelecekte herhangi bir zamanda yöntem kullanmayı düşünen erkeklerin, 'yeni yöntemler Türkiye'ye gelsin' ifadesine % 61.5 oranında katıldıkları saptanmıştır. Gelecekte herhangi bir zamanda yöntem kullanma konusunda kararsız olan erkeklerin yeni yöntemlerin Türkiye'ye getirilmesi konusunda da en fazla kararsız olan grup oldukları izlenmiştir. İfadeler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($p<0,05$). Özdener'in çalışmasında erkeklerin % 52'si gelecekte gebeliği önleyici-geciktirici yöntem kullanmayı düşünmektedir. Bizim çalışmamızda katılımcıların % 61'i gelecekte herhangi bir zamanda yöntem kullanmayı düşündüğünü belirtmiş olup sonuç Özdener'in çalışmasıyla benzerlik göstermiştir (Özdener 2006).

Doğum kontrol yöntemlerini kullanmak kadının görevidir ifadesine katılan erkeklerin yeni yöntemlerin güvenilirliği konusunda büyük oranda kararsız oldukları saptanmıştır. Yöntem kullanımının kadının görevi olmadığını düşünenlerin yeni yöntemleri güvenli bulma oranı % 43.9'dur. Yeni yöntemlerin güvenilirlik oranının düşük olduğunun düşünülmesinin nedeninin yeni yöntemler hakkındaki bilgi eksikliğinden kaynaklandığı söylenebilir. Ayrıca sorumluluk paylaşımının erkeklerin yöntem kullanması konusunda etkili olacağı düşünülebilir. Yapılan bir çalışmada erkeklere yönelik enjeksiyon şeklinde yöntem kullanan erkeklerin % 92'si sorumluluğun paylaşılması gerektiğini belirtmiştir (Meriggiola et al., 2006). Doğum kontrol yöntemlerinin kullanılması kadının görevidir diyen katılımcıların yeni yöntemler Türkiye'ye gelirse yöntemleri % 18.2 oranında kullanmayı düşündükleri, % 36. 4 oranında yöntemler hakkında bilgiye ihtiyaçları olduğu, % 27.3 oranında ise yöntemleri kullanmayı düşünmedikleri görülmektedir. İfadeler arasında anlamlı fark

elde edilmiştir ($p<0,05$). Doğum kontrol yöntemlerinin kadının görevi olduğu konusunda kararsız olan erkeklerin yeni yöntemleri kullanma konusunda da kararsız oldukları saptanmıştır.

Doğum kontrol yöntemlerini kullanmak kadının görevi değildir diyen erkeklerin % 76.4 oranında yeni yöntemlerin çocuk sahibi olma konusunda inisiyatifi kendi ellerinde tutmasını sağlayacağını düşündükleri saptanmıştır. Yöntemlerin çocuk sahibi olma konusunda inisiyatifi kendi ellerinde tutmasını sağlayacağı görüşünde en fazla kararsız olan grubun doğum kontrol yöntemlerini kullanmak kadının görevidir görüşüne katılan erkekler olduğu saptanmıştır. İfadeler arasında yapılan ki-kare analizi sonucunda anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Doğan'ın çalışmasında kadına yönelik kontraseptif kullanan kadınların % 58,8'i eşlerinin erkeğe yönelik bir kontraseptif yöntem kullanmayı reddedeceğini ve bunlardan % 53, 8'i de bunun nedeni olarak erkeğin sorumluluk almak istememesi olduğunu belirttiği görülmektedir. Eşinin erkeğe yönelik bir kontraseptif kullanabileceğini düşünen kadınların % 52,3'ü ise kendileri istedikten sonra eşlerinin kabul edeceğini belirtmiştir (Doğan 2008). Bizim çalışmamızda doğum kontrol yöntemlerini kullanmanın kadının görevi olduğunu düşünen erkeklerin % 27.3'ünün yeni yöntemlerin çocuk sahibi olma konusunda inisiyatifi kendi ellerinde tutmasını sağlayacağını düşündükleri saptanmıştır.

Yöntemler Türkiye'ye gelirse kullanmayı düşünen erkeklerin % 35.4'ü hap'ı tercih etmiştir. Depe ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada erkeklerin kullandıkları yöntemi % 40 oranla en fazla kullanım kolaylığı nedeniyle seçtikleri saptanmıştır (Depe ve ark., 2006). Hap'ın kullanımın pratik olması nedeniyle tercih edildiği düşünülebilir. Yöntemler Türkiye'ye gelirse kullanmam diyen erkeklerin % 40'ı geri dönüşümlü yöntemi tercih ederken, yöntemler hakkında bilgiye ihtiyacı olduğunu düşünen erkekler % 25.9 oranında deriye yapıştırılan formu tercih etmiştir. Enjeksiyon yöntemini en fazla tercih eden erkeklerin ise yöntemler Türkiye'ye gelirse kullanmam diyenler olduğu saptanmıştır. Yapılan bir çalışmada da Çinli erkekler erkelere yönelik hormonal yöntemleri avantajlı olarak görmediklerini belirtmiştir. Erkekler hapların ve enjeksiyon şeklindeki kontraseptiflerin elde edilmesinin zahmetli olabileceğininide eklemiştir. Bununla birlikte erkekler daha çok hapların kullanımında isteklidir (Martin et al., 2000).

Enjeksiyon şeklinde yöntem kullanan erkeklerin % 27'si kondoma alternatif olmasının bu yöntemin avantajı olduğunu belirtmiştir (Meriggiola et al., 2006). Dini, eğitimsel, ekonomik ve kültürel engeller erkeklerin yöntem kullanımında etkili olmakla birlikte yeni yöntemlerin kullanımında ülkeler arasında farklılıklar olabileceği düşünülmektedir (Mathew and Bantwal 2012).

Erkeklerle yönelik yöntemlerde, libido ve cinselliği etkilememesi, kısa ve uzun dönem yan etkilerinin olmaması, ucuz olması, kolay elde edilebilir olması, etkisinin hızlı olması, kullanımın kolay olması, geriye dönüşümün hızlı ve kolay olması gibi etkiler erkeklerin yöntemi kullanımını etkilemektedir (Mathew and Bantwal 2012).

6. SONUÇLAR

- Araştırma kapsamındaki katılımcıların % 54.0'ı (n=108) 35 yaş ve altı, % 31'i (n=62) 36-45, % 15'i (n=30) 46 ve üstü yaştır.
- Katılımcıların % 69.5'inin evli, % 24.5'inin bekar, % 6'sının boşanmış olduğu saptanmıştır.
- Katılımcıların % 37'sinin çocuk sahibi olmadığı, % 25.5'inin 1 çocuk, % 31'inin 2 çocuk, % 6.5'inin 3 ve üzeri çocuk sahibi olduğu saptanmıştır.
- Araştırma kapsamına alınan katılımcıların % 62 sinin (n=124) eğitim durumu lisans ve üzeri olup, % 38'i ilköğretim-lise (n=76) mezunudur.
- Katılımcıların % 20.5'ini (n=41) doktor, % 37.5'ini (n=75) sağlık memuru, % 42 sini (n=84) şirket elemanları oluşturmuştur.
- Katılımcıların % 30'unun aylık kazancı 0-1000₺, % 10'unun aylık kazancı 1001-2000₺, % 32.5'inin aylık kazancı 2001-3000₺ olup, % 27.5'inin aylık kazancının 3001₺ ve üzeri olduğu saptanmıştır.
- Araştırma katılımcılarının % 62.5'inin sosyal güvencesinin emekli sandığı olduğu, % 37.5'inin sosyal güvencesinin bağkur/ssk/diğer olduğu saptanmıştır.
- Araştırmaya katılan erkeklerin % 10.5'inin (n=21) eşinin gebe olduğu, % 74'ünün (n=148) eşinin gebe olmadığı, % 31'inin (n=31) ise cevap belirtmedikleri için eşinin veya sevgilisinin olmadığı sonucuna ulaşılmıştır.
- Araştırmaya katılan erkeklerin kullanmayı tercih ettikleri yöntemler incelendiğinde ;% 49.5'i (n=99) kondom, % 12'si (n=24) geri çekme, % 5.5'i (n=11) tehlikesiz günler, % 3.5'i (n=7) cinsel perhiz, % 3.5'i (n=7) diğer, % 3'ü (n=6) erkek kanal bağlanması (vazektomi), % 23'ü ise hiçbirini demiştir.
- Araştırmaya katılan doktorların % 97.6' sının, sağlık memurlarının %93.3' ünün diğer özel şirket elemanlarının ise % 88.1' inin yöntem kullanmaya karşı olmadığı belirlenmiştir. 'Yöntem kullanmaya karşı mısınız ?' sorusuna en fazla 'evet' cevabının % 11.9 oranla diğer

özel şirket elemanları tarafından verildiği saptanmıştır. Yapılan ki-kare analizinde araştırmaya katılan kişilerin meslek grupları ile yöntem kullanmaya karşı tutumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

- Meslek grupları ile kullanılan yöntem çeşidi arasında yapılan ki-kare analizinde anlamlı fark saptanmıştır. ($X^2=32.95$, $p<0,05$). Şirket elemanlarının ise diğer meslek grupları ile karşılaştırıldığında geri çekme yöntemini kullanma oranlarının % 25 olduğu saptanmıştır. Gelir durumuna bakıldığında bütün gruplarda kondom kullanımının yüksek olduğu, gelir durumu 2001-3000₺ olanların % 52.3 oranında kondom kullandıkları saptanmıştır. Gelir durumu ile kullanılan yöntem çeşidi arasında yapılan ki-kare analizinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark elde edilmiştir ($X^2=32.33$, $p<0,05$). Sosyal güvencesi emekli sandığı olanların % 56.0 oranında daha yüksek olarak kondom kullandıkları saptanmıştır. Sosyal güvence durumu ile kullanılan yöntem çeşidi arasında yapılan ki-kare analizinde anlamlı ilişki vardır. ($X^2=19.75$, $p<0,05$). Çocuk sahibi olma ile tercih edilen yöntem arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. ($X^2=26.293$, $p<0,05$).
- Meslek grupları incelendiğinde yöntem kullanımının aile büyüklüğünü sınırlandırdığı görüşüne katılım oranının en fazla doktorlarda % 39.0 olduğu saptanmıştır. Yöntem kullanımının aile büyüklüğüne etkisi hakkındaki görüşler ile meslek grubu karşılaştırıldığında istatistiksel anlamlı fark elde edilmiştir ($X^2=13.99$, $p<0,05$). Gelir durumu ile karşılaştırıldığında ise gelir durumu 1001-2000₺ arasında olan erkeklerin % 70'inin yöntem kullanımının aile büyüklüğünü sınırlandırmadığını görüşünü onayladıkları saptanmıştır. Gelir durumu ile yöntem kullanımının aile büyüklüğüne etkisi hakkındaki görüşler arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($X^2=21.11$, $p<0,05$).
- Çocuğu olmayan katılımcıların % 41.9'unun istenmeyen çocuğun kaldırılması gerektiğini düşündükleri belirlenmiştir. Sosyal güvencesi emekli sandığı olanların "istenmeyen çocuk kaldırılmalıdır" ifadesini

belirtme oranı % 40.0 olup, sosyal güvencesi SSK/bağkur/diger olanların “istenmeyen çocuk aldırılmalıdır” ifadesini belirtme oranı % 25.3 tür. Gelir durumu 3001₺ ve üzeri olanların ‘istenmeyen çocuk aldırılmalıdır’ ifadesini belirtme oranı % 41.8’dir. Medeni durumu bekar olanların ‘istenmeyen çocuk aldırılmalıdır’ ifadesini belirtme oranı % 53.1 olup, medeni durum ile istenmeyen çocuğun aldırılma durumu ki-kare analizi ile karşılaştırıldığında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. ($X^2=16.54$, $p<0,05$). Öğrenim durumu lisans ve üzeri olanlarda ‘istenmeyen çocuk aldırılmalıdır’ ifadesini belirtme oranı % 41.1 bulunmuş olup, öğrenim durumu ile istenmeyen çocuğun aldırılma durumu ki-kare analizi ile karşılaştırıldığında aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($X^2=6.37$, $p<0,05$).

- Sosyal güvencesi bağkur/SSK/diger olan erkeklerin % 70.7 sinin çocuğun anne-babanın iş hayatında yükselmesini engellemediğini düşündükleri saptanmıştır. Erkeklerin bağlı oldukları sosyal güvenceleri ile çocuğun ebeveynlerin iş hayatında yükselmesini engelleme durumu arasında yapılan ki-kare analizinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($X^2=7.975$, $p<0,05$). Çocuk sayısı 3 ve üzeri olan erkeklerden bu soruya hayır cevabını verenlerin oranı % 84.6 olarak bulunmuştur. Öğrenim durumu lisans ve üzeri olanlar çocuğun anne-babanın iş hayatını % 60.5 oranında engellemeyeceğini belirtirken, ilk öğretim-lise mezunlarında bu oran % 72.4 olarak saptanmıştır. Öğrenim durumu ile çocuğun ebeveynlerin iş hayatında yükselmesini engelleme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($X^2=7.26$, $p<0,05$).
- Katılımcı erkeklerden 46 ve üstü yaş olanların % 66.7 oranla “eğitim düzeyi arttıkça bireyler az çocuk yapar” görüşüne katıldıkları sonucuna ulaşılmıştır. Öğrenim durumu lisans ve üzeri olan bireylerin “eğitim durumu arttıkça daha az çocuk yaparlar” görüşüne katılma oranı % 70.2

bulunmuş olup, öğrenim durumu ile çocuk sayısına etkisi arasında yapılan ki-kare analizinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($X^2=16.76$, $p<0,05$). Meslek grupları ile bireylerin eğitim durumunun çocuk sayısına etkisi arasında yapılan ki-kare analizinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($X^2=15.51$, $p<0,05$).

- Bekar erkeklerin hiçbiri yöntem kullanımının kadının görevi olduğunu düşünmemiştir. Medeni durumu ile doğum kontrol yöntemlerinin kadının görevi olup olmaması durumu ki-kare analizi ile karşılaştırıldığında arada anlamlı fark saptanmıştır ($X^2=9.11$, $p<0,05$). Gelir durumu 3001₺ ve üzeri olan erkekler bu soruya %94.5 oranında hayır cevabı vermiş olup, gelir durumu ile doğum kontrol yöntemlerinin kadının görevi olup olmaması durumu ki-kare analizi ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($X^2=21.19$, $p<0,05$).
- Yaş gruplarına bakıldığında 35 ve altı yaş erkeklerin % 74.1'i erkeklere yönelik doğum kontrol yöntemlerinin cinsel ilişkiyi olumsuz etkileyeceğini düşündüğü saptanmıştır. Bu oran 46 ve üstü yaş erkeklerde % 70 bulunmuştur. Medeni duruma göre bu soruya en fazla hayır cevabını verme oranı bekar erkeklerde olup, boşanmış erkeklerin % 33.3'ü kararsızdır. Meslek gruplarına göre doktorların % 85.4 ü erkeklere yönelik yöntem kullanımının cinsel ilişkiyi olumsuz etkilemeyeceğini düşünmektedir. Şirket elemanlarının % 21.4'ü ise erkeklere yönelik yöntem kullanımının cinsel ilişkiyi olumsuz etkileyeceğini düşünmektedir, meslek grupları ile erkeklere yönelik doğum kontrol yöntemlerinin cinsel ilişkiye olumsuz etkisine ilişkin görüşler karşılaştırıldığında anlamlı bir fark saptanmıştır ($X^2=16.60$, $p<0,05$).
- Yurtdışında yeni geliştirilen yöntemlerin Türkiye'ye getirilmesi ve erkeklerin bu yöntemleri kullanmasına ilişkin durumları incelendiğinde

36-45 yaş arası olan bireylerin % 46.8'inin bilgiye ihtiyacı olduğu saptanmıştır. Öğrenim durumu lisans ve üzeri olan bireylerin yeni geliştirilen yöntemlerin Türkiye'ye getirilmesi durumunda bu yöntemleri kullanmaya ilişkin durumları incelendiğinde % 31.5'inin kullanmayı düşündüğü, % 42.7'sinin bilgiye ihtiyacı olduğu saptanmıştır. Öğrenim durumu ve erkeklere yönelik geliştirilen yeni yöntemlerin Türkiye'ye getirilmesi durumunda kullanılma durumları ki-kare analizi ile karşılaştırıldığında aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($X^2=16.38$, $p<0,05$). Meslek gruplarına bakıldığında ise doktorların %31.7'sinin yöntemler Türkiye'ye gelirse kullanacakları sonucuna ulaşılmıştır.

- Meslek gruplarına göre hormon içeren oral hap yönteminin kilo aldırabileceğini düşünme oranı doktorlar arasında % 68.3 oranındadır. Şirket elemanlarının bu soruya % 56 oranında kararsızım cevabını verdiği saptanmıştır. Meslek gruplarına göre hormon içeren hap yönteminin kansere neden olabileceği konusunda kararsızım ifadesini büyük oranda belirten grup % 58.3 oranında şirket elemanları olmuştur. Doktorların % 41.5'inin hormon içeren hapların kalp krizine neden olmayacağı görüşünde oldukları saptanmıştır. Hormon içeren hapların cinselliği olumsuz etkileyeceği konusunda sağlık memurlarının % 52'si, şirket çalışanlarının % 51.2'si kararsızdır. Doktorların % 68.3'ü hormon içeren hapların tamamen kısırlığa neden olmayacağını düşünmektedir. Hormon içeren hapların erkeklik hormonlarını bozabileceği konusunda sağlık memurları % 56 oranında şirket elemanları ise % 60.7 oranında kararsız kalmıştır. Hormon içeren hapların içilmesinin hatırlanması zor olabilir görüşüne en fazla katılan grubun doktorlar (% 58.5) olduğu saptanmıştır. Meslek gruplarına göre haplar konusundaki bütün ifadeler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark elde edilmiştir.

- Meslek gruplarına göre hormon içeren enjeksiyonların kilo aldırabileceğini düşünme oranının doktorlar arasında % 53.7 olduğu saptanmıştır. Şirket elemanları bu soruya % 58.3 oranında kararsızım cevabını vermiştir. Meslek gruplarına göre hormon içeren enjeksiyonların kansere neden olabileceği konusunda kararsızım ifadesini belirten grup % 63.1 oranında şirket elemanları olmuştur. Sağlık memurlarının % 57.3'ü, şirket elemanlarının % 69'u hormon içeren enjeksiyonların kalp krizine neden olabileceği konusunda kararsızdır. Hormon içeren enjeksiyonların cinselliği olumsuz etkileyeceği konusunda şirket elemanlarının % 60.7'si kararsız olduklarını belirtirken, doktorların % 58.5'i hayır cevabını vermişlerdir. Doktorların % 73.2'si hormon içeren enjeksiyonların tamamen kısırlığa neden olmayacağını düşünmektedir. Hormon içeren enjeksiyonların erkeklik hormonlarını bozabileceği konusunda sağlık memurları % 60 oranında kararsız olduklarını belirtmiş, doktorlar % 58.5 oranında hayır cevabını vermişlerdir. Sağlık memurlarının % 58.7'sinin hormon içeren enjeksiyonların uygulama şeklinden dolayı kullanmaktan çekinme konusunda kararsız oldukları saptanmıştır. Meslek gruplarına göre enjeksiyonlar konusunda 'enjeksiyonlar kilo aldırabilir' ifadesi dışında ($X^2=7.10$, $p>0,05$) diğer bütün ifadeler arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır.
- Meslek gruplarına göre deri üzerinden yapıştırılarak uygulanan hormon yönteminin kilo aldırabileceğini düşünme oranı doktorlar arasında % 26.8 olup, şirket elemanları bu soruya % 65.5, sağlık memurları % 66.7 oranında kararsızım cevabını vermiştir. Meslek gruplarına göre deri üzerinden yapıştırılarak uygulanan hormon yöntemi kansere neden olabileceği konusunda hayır ifadesini belirten grup % 51.2 oranında doktorlar olmuştur. Sağlık memurlarının % 64.0'ü, şirket elemanlarının % 72.6'sı deri üzerinden yapıştırılarak uygulanan hormon yönteminin kalp krizine neden olabileceği konusunda kararsızdır.

- Deri üzerinden yapıştırılarak uygulanan hormon yönteminin cinselliği olumsuz etkileyeceği konusunda şirket elemanlarının % 66.7'sinin kararsız oldukları saptanmıştır. Doktorların % 75.6'si deri üzerinden yapıştırılarak uygulanan hormon yönteminin tamamen kısırlığa neden olmayacağını ifade etmiştir. Hormon içeren enjeksiyonların erkeklik hormonlarını bozabileceği konusunda sağlık memurları % 70.7 oranında kararsız olduklarını belirtirken, doktorların % 53.7'si hayır cevabını vermişlerdir. Doktorların % 70.7'si deri üzerinden yapıştırılarak uygulanan hormon yönteminin alerjiye neden olabileceğini belirtirken sağlık memurlarının % 60'ı, şirket çalışanlarının % 65.5'i kararsızım cevabını vermişlerdir. Meslek gruplarına göre deri üzerinden yapıştırılarak uygulanan hormon yöntemi konusundaki bütün ifadeler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark elde edilmiştir.
- Erkeklerle yönelik geliştirilen bir diğer yöntem olan, erkeklerin üreme kanallarının çeşitli şekillerde tıkanmasını sağlayan ve basit cerrahi ile yapılan geri dönüşümlü yöntemin cinselliği olumsuz etkileyebileceğine ilişkin görüşler incelendiğinde bütün yaş gruplarındaki erkeklerin çoğunluğunun yöntemin cinselliği olumsuz etkileyebileceği konusunda kararsız oldukları saptanmıştır. Doktorların büyük çoğunluğunun yöntemin cinselliği olumsuz etkilemeyeceğini düşündükleri saptanmıştır. Meslek gruplarına göre yöntemin cinselliği olumsuz etkilemesiyle ilgili ifadeler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark elde edilmiştir ($X^2=14.04$, $p>0,05$).
- Erkeklerle yönelik geliştirilen bir diğer yöntem olan, erkeklerin üreme kanallarının çeşitli şekillerde tıkanmasını sağlayan ve basit cerrahi ile yapılan geri dönüşümlü yöntemin tamamen kısırlık yapabileceğine en fazla inanan grubun 35 ve altı yaş erkekler olduğu saptanmıştır. Meslek grubuna bakıldığında ise, doktorların diğer meslek gruplarına oranla bu yöntemin tamamen kısırlığa neden olabileceği düşüncesine daha fazla sahip oldukları saptanmıştır.

- 46 ve üstü yaş erkeklerin % 63.3 ünün erkeklere yönelik geliştirilen bir diğer yöntem olan, erkeklerin üreme kanallarının çeşitli şekillerde tıkanmasını sağlayan ve basit cerrahi ile yapılan geri dönüşümlü yöntemin uygulanmasının zor olabileceğini düşündükleri sonucuna ulaşılmış olup en fazla kararsız olan grubun 36-45 yaş arası erkekler olduğu görülmüştür. Yaş ile yöntemin uygulanmasının zor olacağı görüşü ilişkilendirildiğinde istatistiksel anlamlı bir fark bulunmuştur ($X^2=9.675$, $p<0,05$). Meslek gruplarına bakıldığında yöntemin uygulanmasının zor olacağı görüşüne en az katılan ve en kararsız grubun şirket elemanları olduğu görülmüştür. Meslek ile yöntemin zor olacağı ifadesine katılım arasında anlamlı bir fark saptanmıştır ($X^2=28.48$, $p<0,05$). Bu yöntemin geri dönüşümünün zor olabileceğini düşünen erkeklerin oranı lisans ve üzeri mezunlarında ilköğretim-lise mezunlarına oranla daha fazladır, ilköğretim-lise mezunlarının bu konuda daha kararsız oldukları görülmüştür, ve arada istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmıştır. ($X^2=19.64$, $p<0,05$)
- Yeni geliştirilen yöntemlerin sosyodemografik verilere göre kullanım tercihlerinin dağılımı incelendiğinde, lisans ve üzeri eğitime sahip olanlar % 33 oranında hap'ı tercih edebileceklerini belirtmiş, öğrenim durumuna göre yöntem seçenekleri ki-kare analizi ile karşılaştırıldığında arada istatistiksel anlamlı fark saptanmıştır. ($X^2=12.81$, $p<0,05$).
- Meslek gruplarına göre doktorlar yeni yöntemler arasından % 40 oranında hapları tercih edebileceklerini belirtmiş olup, meslek gruplarına göre yöntem seçenekleri ki-kare analizi ile karşılaştırıldığında aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($X^2=11.50$, $p<0,05$).
- Yeni geliştirilen yöntemlerin güvenli olduğu görüşünün sosyodemografik verilere göre dağılımı yapıldığında 35 ve altı yaş grubundaki erkeklerin % 42.6'sının, doktorların % 53.7'sinin, bekarların % 40.8'inin yöntemleri güvenilir buldukları saptanmıştır.

- Sosyodemografik verlerin yöntemlerin Türkiye'ye getirilmesinin istenmesi durumuna göre dağılımı yapıldığında doktorların %78'inin, sağlık memurlarının % 56'sının yöntemlerin Türkiye'ye getirilmesini istedikleri saptanmıştır, meslek grupları ile yöntemlerin Türkiye'ye getirilmesini isteme durumları arasında yapılan ki-kare analizinde anlamlı bir fark elde edilmiştir ($X^2=18.08$, $p<0,05$). Öğrenim durumuna bakıldığında lisans ve üzeri eğitime sahip olanların % 62. 9'unun yöntemlerin Türkiye'ye getirilmesini istedikleri saptanmış, eğitim düzeyi grupları ile yöntemlerin Türkiye'ye getirilmesini isteme durumları arasında istatistiksel anlamlı bir fark saptanmıştır ($X^2=10. 47$, $p<0,05$).
- Fazla çocuk erkeğin gücünü gösterir görüşü ve yeni yöntemlerin kullanılma durumları incelendiğinde, fazla çocuk erkeğin gücünü göstermez diyen katılımcıların, yeni yöntemler Türkiye'ye gelirse % 29.1 oranında kullanmayı düşünecekleri saptanmıştır. Bu oran fazla çocuk erkeğin gücünü gösterir diye düşünen katılımcılardan ve bu görüş karşısında kararsız olan katılımcılardan daha fazladır.
- Gelecekte herhangi bir zamanda yöntem kullanma durumuna göre yeni yöntemlerin Türkiye'ye gelmesinin istenip istenmemesi durumu incelenmiş, gelecekte herhangi bir zamanda yöntem kullanmayı düşünen erkeklerin, 'yeni yöntemler Türkiye'ye gelsin' ifadesine % 61.5 oranında katıldıkları saptanmıştır. Gelecekte herhangi bir zamanda yöntem kullanma konusunda kararsız olan erkeklerin yeni yöntemlerin Türkiye'ye getirilmesi konusunda da en fazla kararsız olan grup oldukları sonucuna ulaşılmıştır. İfadeler arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. ($X^2=12. 04$, $p<0,05$).
- Doğum kontrol yöntemlerinin kullanılması kadınların görevidir ifadesine katılma durumlarına göre yeni yöntemlerin güvenliği hakkındaki görüşler incelenmiş, doğum kontrol yöntemlerini kullanmak kadının görevidir ifadesine katılan erkeklerin yeni yöntemlerin güvenilirliği konusunda büyük oranda kararsız oldukları saptanmıştır. Yöntem kullanımının

kadının görevi olmadığını düşünenlerin yeni yöntemleri güvenli bulma oranı % 43.9'dur.

- Doğum kontrol yöntemi kullanılması kadının görevidir görüşüyle yeni yöntemler hakkındaki görüşlerinin dağılımı yapıldığında, doğum kontrol yöntemlerinin kullanılması kadının görevidir diyen katılımcıların yeni yöntemler Türkiye'ye gelirse yöntemleri % 18.2 oranında kullanmayı düşündükleri saptanmıştır. İfadeler arasında yapılan ki-kare analizi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı fark elde edilmiştir. ($X^2=11.60$, $p<0,05$).
- Yeni yöntemlerin çocuk sahibi olma konusunda inisiyatifin erkeklerin elinde olmasını sağlamasına yönelik bakış açılarına bakıldığında, doğum kontrol yöntemlerini kullanmak kadının görevi değildir diyen erkeklerin % 76.4 oranında yeni yöntemlerin çocuk sahibi olma konusunda inisiyatifi kendi ellerinde tutmasını sağlayacağını düşündükleri saptanmıştır. Yöntemlerin çocuk sahibi olma konusunda inisiyatifi kendi ellerinde tutmasını sağlayacağı görüşünde en fazla kararsız olan grubun doğum kontrol yöntemlerini kullanmak kadının görevidir görüşüne katılan erkekler olduğu saptanmıştır. İfadeler arasında yapılan ki-kare analizi sonucunda anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($X^2=26.06$, $p<0,05$).
- Yöntemler Türkiye'ye gelirse kullanım durumuna göre tercih edilecek olan yöntemlerin dağılımına bakıldığında, yöntemler Türkiye'ye gelirse kullanmayı düşünen erkeklerin % 35.4'ü hap'ı tercih etmiştir. Yöntemler Türkiye'ye gelirse kullanmam diyen erkeklerin % 40'ı geri dönüşümlü yöntemi tercih ederken, yöntemler hakkında bilgiye ihtiyacı olduğunu düşünen erkekler % 25.9 oranında deriye yapıştırılan formu tercih etmiştir. Enjeksiyon yöntemini en fazla tercih eden erkeklerin ise yöntemler Türkiye'ye gelirse kullanmam diyenler olduğu saptanmıştır.

7. ÖNERİLER

Erkeklerin kendilerine yönelik yeni geliştirilen aile planlaması yöntemlerine ilişkin görüşlerinin incelenmesi amacıyla yapılan bu çalışmada erkeklerin aile planlaması ve yeni yöntemler hakkındaki düşünceleri incelenmiştir.

Araştırmada ulaşılan sonuçlar doğrultusunda;

- Çalışmamızda meslek grupları ile kullanılan yöntem durumuna bakıldığında özel şirket elemanlarının geri çekme yöntemini kullanma oranlarının % 25 olduğu, doktorların ise geri çekme yöntemini hiç tercih etmedikleri görülmüştür, geri çekme yönteminin kullanımının güvenilirliği ve etkinliği hakkında sosyo-kültürel ve eğitim düzeyi düşük olan erkekleri kapsayacak biçimde eğitim verilmelidir.
- Literatürde olduğu gibi bizim çalışmamızda da yöntem kullanımının yalnızca kadının görevi olmadığını düşünen erkeklerin oranı fazladır ancak erkeklere yöntem kullanımı aşamasında en az kadınlar kadar sorumluluk almaları gerektiği konusunda olumlu bir tutum kazandırılarak bu oran daha da arttırılabilir.
- Erkeklerin çoğunlukta olduğu isyerlerinde üreme sağlığı, cinsel sağlık ve modern AP yöntemlerinin tanıtılmasına, erkeklerin aile planlamasına aktif olarak katılmalarına yönelik eğitim programları uygulanabilir.
- Yurtdışında erkeklere yönelik üzerinde çalışılan ve yeni geliştirilen korunma yöntemleri hakkında ülkemizdeki erkeklere eğitim verilerek, korunma yöntemlerine ilişkin bilgi eksikliğinin giderilmesi gerektiği düşünülmektedir.
- Çalışmanın sonunda erkeklerin yeni geliştirilen yöntemler hakkında çoğunlukla fikir sahibi olmadıkları, kararsız kaldıkları görülmüştür ve benzer bir çalışmanın erkeklere yeni yöntemler hakkında eğitim verildikten sonra yapılması önerilmektedir.

ÖZET

ERKEKLERİN KENDİLERİNE YÖNELİK YENİ GELİŞTİRİLEN AİLE PLANLAMASI YÖNTEMLERİNE İLİŞKİN GÖRÜŞLERİNİN İNCELENMESİ

Bu çalışma erkeklerin kendilerine yönelik yeni geliştirilen aile planlaması yöntemlerine ilişkin görüşlerinin incelenmesi amacıyla kesitsel ve tanımlayıcı tipte yapılmıştır. Araştırma Antalya merkez Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Eylül-Aralık 2012 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırmanın örneklemini araştırmaya katılmayı kabul eden doktor (asistan ve uzman), sağlık memuru (erkek hemşire ve anestezi teknisyenleri dahil) ve özel şirkete bağlı çalışan (temizlik şirketi personeli, özel güvenlik görevlisi, tıbbi sekreter ve halkla ilişkiler) gibi farklı meslek gruplarından oluşan toplam 200 erkek personel oluşturmuştur.

Araştırmada veri toplama aracı Aile Planlaması Tutum Ölçeği'nin bazı maddeleri kullanılarak ve literatüre dayalı olarak araştırmacı tarafından oluşturulan anket formu kullanılmıştır. Araştırmanın uygulanması için yasal izin alınmıştır, araştırmaya katılmak isteyen bireylere araştırma ve araştırmanın amacı hakkında sözel bilgi verilmiştir.

Araştırmaya katılan bireylerin % 54'ü 35 ve altı yaş, % 31'i 36-45 yaş arası, % 15'i ise 46 yaş ve üstü, % 69.5'i evli, % 24. 5'i bekar ve % 6' sı ise boşanmıştır. Araştırmaya katılan bireylerin % 42'si özel şirket elemanı, % 37.5'i sağlık memuru, % 20.5'i doktor'dur. Araştırmaya katılan doktorların % 97.6' sının, sağlık memurlarının % 93.3' ünün diğer özel şirket elemanlarının ise % 88. 1' inin yöntem kullanmaya karşı olmadığı belirlenmiştir ve meslek grupları ile yöntem kullanmaya karşı tutumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Araştırmada meslek grupları ile erkeklere yönelik doğum kontrol yöntemlerinin cinsel ilişkiye olumsuz etkisine ilişkin görüşler kıyaslandığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark elde edilmiştir ($p<0,05$). Öğrenim durumu ve erkeklere yönelik geliştirilen yeni yöntemlerin Türkiye'ye getirilmesi durumunda kullanılma düşünceleri

arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Meslek gruplarına bakıldığında ise doktorların % 31.7'sinin, sağlık memurlarının % 30.7'sinin, şirket çalışanlarının %22.6'sının yöntemler Türkiye'ye gelirse kullanacaklarını ifade ettikleri belirlenmiştir. Doktorlar % 40 oranında hap'ı, sağlık memurları % 29.6 oranında deriye yapıştırılan form'u, şirket elemanları % 42.3 oranında geriye dönüşümlü yöntemi tercih edeceklerini belirmiş olup, enjeksiyon yönteminin ise en fazla 46 ve üstü yaş erkekler tarafından(% 25.0) tercih edileceği görülmüştür.

Sonuç olarak araştırmaya katılan erkeklerin çoğu yeni yöntemlerin Türkiye'ye gelmesini istemektedir ve yeni yöntemlerin Türkiye'ye gelmesi durumunda en fazla tercih edilecek olan yöntemin geri dönüşümlü yöntem olduğu görülmektedir. Erkeklere yeni geliştirilen yöntemler hakkında gerekli eğitim verilerek kendileri için en uygun ve en etkili olan yöntemi tercih etmeleri konusunda yardımcı olunması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler:Yeni erkek kontrasepsiyonu, erkek aile planlaması yöntemleri

ABSTRACT

EVALUATING MEN'S ATTITUDE ABOUT THE NEW DEVELOPING MALE FAMILY PLANNING METHODS

This cross-sectional and descriptive survey is made to define men's opinions about the new family planning methods. The survey were held on September 2012 to December 2012 at Antalya training and research hospital. ,the study population consist of the different professional groups,at a total of 200 male staff, including the doctos who agreed to participate(residents and specialists),medical officers(including male nurses and anesthesia technicians),and private company employee (cleaning company personnel, private security guards, medical secretary and public relations).

The study methods were based on using Family Planning Attitude Scale data collection tool and a questionnaire prepared by the researcher. Legal permission has taken for the implementation of the research, individuals wishing to participate in the study were informed verbally about the purpose of research and study.

54 % of participants are 35 years old or younger, 31 % of the participants are between 36 and 45 years old, 15 % of the participants are 46 years old or older, 69. 5 % of them are married, 24. 5 % of them single and 6 % of the participants are divorced. 42 % of the participants are private company staff workers, 37. 5% of the participants are health staff and 20 % of the participants are doctors. 97. 6% of doctors, 93. 3 % of health staff workers, 88. 1 % of the private company staff aren't against male family planning methods and among the different occupational groups their attitudes against the use of male contraceptive methods was not statistically significant ($p > 0,05$). The attitude regarding the negatif effect of male birth control methods on sexual desire was meaningful among the different Occupational groups ($p < 0,05$)

A meaningful difference was found about the thought of using male family planning methods, newly brought to Turkey , among the participants with different educational status. ($p < 0,05$) 31.7 % of doctors, 30.7 % of health staff, 22.6 % of private company workers stated that they are willing to use new male methods if new techniques come to Turkey.among the various male family planning methods, 40 % of the doctors preferred contraceptive pills, 29,6% of health staff workers preferred intradermal methods, 42,3% of the private company staff workers would prefer

reversible methods, 25% of men over 46 years old and older would prefer an injection method .

Consequently, most of the men participating in this study looks for new methods to come and the most desired method is reversible inhibition of sperm activity. It is suggested to educate men about the new male contraceptive methods and help them to choose most effective and proper ways of family planning.

Key Words:New male contraception, male family planning methods

KAYNAKLAR

Akın A, Özvarış Ş B, Aile Planlaması. <http://www.medinfo.hacettepe.edu.tr/ders/TR/D3/7/3649.doc> [Erişim Tarihi: 11 Kasım 2012]

Altay B, Gönener D. Evli Erkeklerin Aile Planlaması Yöntemlerini Bilme ve Kullanma Durumları ve Etkileyen Faktörler. *Fırat Tıp Dergisi*. (2009); 14 (1) : 56-64

Amory J K. Curr Opin Investig Drugs. Testosterone/Progestin Regimens: A Realistic Option For Male Contraception?; (2004).no;5 (10):1025-30

Anderson R A, Baird D T. Endocrine Reviews. December; (2002). vol.23.no.6:735-762 doi: 10. 1210/er. 2002-0002

Aydos K. Erkeklerde Kullanılan Doğum Kontrol Yöntemleri. http://www.androloji.info/erkek_kontrasepsiyonu.php [Erişim Tarihi: 6 Ekim 2012]

Bahasadri S, Badiei S. The Male Contraception Supermarket. Shiraz E-Medical Journal; July.(2009). Vol. 10, No. 3s:138-146

Ceylan S. Tekbaş Ö. Aile Planlamasına Bütüncül Bir Yaklaşım, Erkeklerin Katılımı. *Sağlık ve Toplum Dergisi*. (2000). 3:16-21

Cheng C Y, Dolores D M. Landes Bioscience. Spermatogenesis; (2011)1:4281-282

Çevirme A S, Uludağ C, Şahin S, Uğurlu N. Turkish Men's Roles, Opinions, Manners And Behaviors In Their Use Of Contraceptive Methods. International Journal of Human Sciences; (2010). volüm:7. sayı:2. sayfa:305-307

Depe Y, Erenel A Ş. Erkeklerin Aile Planlamasına İlişkin Görüş ve Davranışları. *C. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*; (2006). 10 (3)

Dilbaz B, Özdeğirmenci Ö, Çalışkan E. ve ark., *Kadın Doğum Dergisi*; (2003). sayı:2. ss:134-136

Doğan G. Kontrasepsiyon Amaçlı Başvuran Kadınların Erkek Kontrasepsiyonuna Bakış Açısı. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi. Tez No: 2008-003(Doç.Dr.Mehmet Yılmaz).Afyon.2008

Doğan M. Türkiye’de Uygulanan Nüfus Politikalarına Genel Bakış. *Marmara*

Coğrafya Dergisi; (2012). Sayı:23. s:293-303

Eğitimciler İçin Eğitim Rehberi, Üreme Sağlığı Modülleri, T. C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı Yayın No: 722, Ankara, 2008

Emerging Male Contraception. <http://www.rhpf.org/contraception/documents/EmergingMalemethodsDec08.pdf> [Erişim Tarihi: 4 Şubat 2013]

Engelstein L C. Contraceptive Justice: Why We Need a Male Pill; (2012). Volüm14, sayı:2; 146-151

Erkeklerle Uygulanan Doğum Kontrol Yöntemlerinde Son Gelişmeler. <http://www.e-kutuphane.teb.org.tr> [Erişim Tarihi: 19 Kasım 2012]

Future Male Birth Control May Zap Sperm With Sound Waves. <http://www.livescience.com/18174-ultrasound-male-birth-control-contraception.html> [Erişim Tarihi: 20 Şubat 2013]

Gabalıcı E. Üreme Çağındaki Kadınların Kullandıkları Aile Planlaması Yöntemlerinin Cinsel Yaşamlarına Etkisi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. Ankara.(Doç.Dr.Fusun Terzioğlu).2008

Gençlik Cinsellik ve Korunma Yöntemleri. <http://www.pdrm.anadolu.edu.tr/b/korunma.pdf> [Erişim Tarihi: 20 Ekim 2012]

Gonzalo I. Swerdloff R. Nelson A L. Clevenger B. Garcia R. Berman N. Wang C. Levonorgestrel implants (Norplant II) for male contraception clinical trials: combination with transdermal and injectable testosterone, J Clin Endocrinol Metab. (2002). 87:3562–3572

Gönüllü Cerrahi Sterilizasyon. www.androloji.org.tr [Erişim Tarihi: 6 Aralık 2012]

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü.Türkiye'nin Demografik Dönüşümü.http://www.hips.hacettepe.edu.tr/TurkiyeninDemografikDonusumu_220410.pdf [Erişim Tarihi:16 Kasım 2012]

Harmankaya A Ç. Pabuçcu R. Dilek S. Orhon E. Özgök Y.Erkek ve Kadında

Gebelikten Korunma Yöntemleri; (2001). sayı:15. Gata Basımevi, Ankara

Heinemann K. Saad F. Wiesemes M. White S. Heinemann L. (2005). Attitudes Toward Male Fertility Control: Results Of A Multinational Survey On Four Continents. Hum Reprod; 20: 549–56

İlani N. Liu P Y. Swerdloff R S et al., Does Ethnicity Matter İn Male Hormonal Contraceptive Efficacy? Asian Journal of Andrology ; (2011). 13579–584

İntra Vas Device. <http://www.malecontraceptives.org/methods/shug.php> [Erişim Tarihi:1 Aralık 2012]

Kahveci N. Erkeklerde Üreme ve Hormonal Fonksiyonlar. <http://tip.uludag.edu.tr/fizyoloji/dosya/erkeklerde-ureme.pdf> [Erişim Tarihi:15 Kasım 2012]

Kanık İ. Mısır’da Aile Planlaması, Marmara Üniversitesi Ortadoğu Araştırmaları Enstitüsü Ortadoğu Sosyolojisi ve Antropolojisi Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.(Yrd.Doç.Dr.Şebnem Gülfidan).(2007).

Karaman D. Çalışan ve Çalışmayan Fertil Çağındaki Kadınlarda İstemsiz Gebelik Sıklığı ve Gebe Kalmak İstememe Nedenleri. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi. Afyon. Tez No: 2007-006(Yrd.Doç.Dr.Gülengül Köken) (2007).

Katırcı E. Isparta İl Merkezindeki Kadınlarda Kontraseptif Kullanımında Etkili Demografik ve Sosyokültürel Faktörler, Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi. Isparta(Yrd.Doç.Dr.Kurtuluş Öngel). (2008).

Kavak Ş E. Modern Eğitim Teknikleri Kullanılarak Verilen Antenatal Kontraseptif Danışmanlık Hizmetlerinin Postpartum Kontraseptif Yöntem Kullanımına Etkisinin Araştırılması. Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Tıp Fakültesi. Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi. Zonguldak(Yrd.Doç.Dr.Erol Aktunç).(2006)

Kontrasepsiyonda Yenilikler. [http://www. jinekolojivegebelik.com](http://www.jinekolojivegebelik.com) [Erişim Tarihi: 18 Ekim 2012]

Lissner E A. Male Contraception İnförmatıon Project. Frontiers in Nonhormonal Male Contraception;The Next Step.(2006).

Lohiya N K. Manivannan B. Pradyumna K M. Pathat N. Vas Deferens, a Site of Male Contraception:an Overview;(2001). 3:87-95

Male Contraception İnförmatıon Project. <http://www.newmalecontraception.org/new-methods-3/ultrasound/> [Erişim Tarihi: 10 Ocak 2013]

Martin C W . Anderson R A . Cheng L et al., Potential Impact Of Hormonal Male Contraception: Cross-Cultural İmplications For Development Of Novel Preparations. Human Reproduction; (2000). vol. 15, no. 3. sayfa:637-645

Mathew V. Bantwal G. Male Contraception.İndian J Endocr Metab; (2012). 16:910-917

Mayda A S. Arslan T. Bozkurt H B. Özkan M Ö. Düzce İli Kalıcı Konutlar Bölgesinde 15-49 Yas Arası Kadınlarda Yöntem Kullanma Oranları ve Tercih Nedenleri.*TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*; (2005). 4 (5)

Mekansal Bir Sentez:Türkiye. [http://egitek.meb.gov.tr/aok/Aok_Kitaplar/AolKitaplar/Cografya_8/7. pdf](http://egitek.meb.gov.tr/aok/Aok_Kitaplar/AolKitaplar/Cografya_8/7.pdf) [Erişim Tarihi:5 Ekim 2012]

Meriggiola M C. Cerpolini1 S. Bremner W J. Mbizvo M T. et al., Acceptability Of An İnjectable Male Contraceptive Regimen Of Norethisterone Enanthate And Testosterone Undecanoate For Men. Human Reproduction; (2006). Vol. 21, No. 8. pp. 2033–2040

Mieusset R. Bujan L. The Potential Of Mild Testicular Heating as A Safe, Effective And Reversible Contraceptive Method For Men; (1994). no: 17 (4) 186-191

Myntti C. Ballan A. Dewachi O. El-Kak F. Deeb M E. Challenging The Stereotypes: Men, Withdrawal and Reproductive Health In Lebanon, Contraception; (2002). 65 (2). s: 165-170

Naz R K. Rowan S. Erkek Kontrasepsiyonunda Güncel Yaklaşımlar.

<http://www.turkiyeklinikleri.com> [Erişim Tarihi: 20 Aralık 2012]

Nieschlag E. Professor Dr. Med. The Struggle For Male Hormonal Contraception. Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism.(2011); 25 :370

Nieschlag E. Male Hormonal Contraception: Love's Labour's Lost?, The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism; (2009).June, vol. 94, no. 6 : 1890-1892

Nüfus, Demografi, Konut, Toplumsal Yapı. <http://www.tuik.gov.tr> [Erişim Tarihi: 16 Aralık 2012]

Ökten ř. Toplumsal Cinsiyet ve İktidar: Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nin Toplumsal Cinsiyet Düzeni. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*; (2009). Volume 2/8.s:302-311,

Örsal Ö.Ankara Belediye Sınırları İçinde Yaşayan Bireylerin Aile Planlamasına Yönelik Tutum Ölçeğinin Geliştirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Programı Doktora Tezi. Ankara.(Prof.Dr.Gülümser Kubilay). (2006)

Özdener N. Solaklı Sağlık Ocağı Bölgesinde Evli Erkeklerin Üreme Sağlığı Konusundaki Bilgi Düzeyleri, Roller ve Gereksinimlerinin Araştırılması. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi. Adana. TF2004-LTP22(Doç.Dr.Elçin Yoldaşcan).(2006).

Öztürk Y. *Organize Sağlık Hizmetleri ve Aile Planlaması. Sağlık Dergisi*; 5 (9): (1985). 1-37

Özvarış S B. Doğan B G. Akın A. Male İnvolvement in Family Planning in Turkey. World Health Forum; 19 (1). (1998) :76-8.

Page S T. Amory J K. Bremner W J. Advances in Male Contraception. Endocrine Reviews; (2008). June, vol. 29 no. 4 . 465-493

Rısug and Vasagel, <http://www.newmalecontraception.org/new-methods-3/risugvasagel/> [Erişim Tarihi: 17 Kasım 2012]

Roth M Y. Male Hormonal Contraception; (2012).Volum 14, sayı 2.p: 126-132

Saltık A. Dünya’da ve Türkiye’de Nüfus Sorunları ve Politikaları. http://ahmetsaltik.net/arsiv/2012/05/Nufus_sorunlari_-ve_-politikolari.pdf [Erişim Tarihi: 25 Eylül 2012]

Sanhal C Y. Ulukuş M. İtıl I M. Kontrasepsiyon’da Güncel Gelişmeler. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi*;(2012).Cilt: 9 Sayı: 2 Sayfa: 85, 90

Shafik A. Effect Of Different Types of Textiles on Male Sexual Activity; (1996). no:37 (2). 111-115

Sharpe R M, Environmental/lifestyle effects on spermatogenesis; (2010). vol.365.no:1546; 1697-1712

Suspensories/Internal Heat. <http://malecontraceptives.org/methods/suspensories.php> [Erişim Tarihi: 15 Aralık 2012]

Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, 10. Baskı, Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara, (2011). s:527-547

Tekiner S, Çetin F, Ceyhun G, ve ark., Planlanmamış Gebelikler ile Kontraseptif Yöntemler Arasındaki İlişki, *Dirim Tıp Gazetesi*, (2010). sayı: 2 (65-71)

Tom L. Bhasin S. Salameh W. Steiner B. Peterson M. Sokol R Z. Rivier J, Vale W. Swerdloff R S, Induction of Azoospermia In Normal Men With Combined Nal-Glu Gonadotropin-Releasing Hormone Antagonist and Testosterone Enanthate, *J Clin Endocrinol Metab*; (1992). 75:476–483

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması TNSA-2008. www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2008 [Erişim Tarihi: 2 Ocak 2013]

Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi Kitabı. T. C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Ankara.(2005).

Urogenital Sistem. <http://w2>.

anadolu.edu.tr/aos/kitap/EHSM/1210/unite08.pdf [Erişim Tarihi: 5Aralık 2012]

Uyar F A. Üreme Fizyolojisi Erkek Üreme Sistemi Kadın Üreme Sistemi Üreme Sağlığı Gebelik Ve Laktasyon. www.slidefinder.net/.../üreme_fizyolojisi_erkek_üreme [Erişim Tarihi: 20 Aralık 2012]

Vazektomi (Gönüllü Cerrahi Sterilizasyon). <http://www.androloji.org.tr/images/file/onam/9.pdf> [Erişim Tarihi: 25 Aralık 2012]

Yaylı H. Çevre Etiği Bağlamında Kalkınma, Çevre ve Nüfus, *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. (2012).Sayı:15.

Yıldız A. Şankazan Ş. Ankara İli Deliler Köyündeki Evli Erkeklerin Aile Planlaması ile İlgili Bilgi Tutum ve Davranışları. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*. (2002): cilt:55, sayı 141-50

Zincir H. Timur S. Ege E. Ebelik Son Sınıf Öğrencilerinin Aile Planlaması Eğitimi Etkinliğinin Değerlendirilmesi. *Sted dergisi*. (2005). cilt:14, sayı:9. (202)

EKLER

EK-I

ERKEKLERİN KENDİLERİNE YÖNELİK YENİ GELİŞTİRİLEN AİLE PLANLAMASI YÖNTEMLERİNE İLİŞKİN GÖRÜŞLERİNİN İNCELENMESİ

Sayın katılımcı bu çalışma erkeklerin kendilerine yönelik yeni geliştirilen aile planlaması yöntemlerine ilişkin görüşlerinin incelenmesi amacıyla planlanmıştır. Erkeklerin aile planlaması ve erkeklere yönelik yeni geliştirilen aile planlaması yöntemlerine ilişkin görüşleri öğrenilmek istenmektedir. Sorulara içtenlikle cevap vermeniz araştırmanın geçerliği için önemlidir. **Katılımınız için teşekkür ederiz.**

SDÜ. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hast. Hemşireliği Yüksek Lisans Öğrencisi, Ayla Güllü

SOSYODEMOGRAFİK VERİLER

1. Kaç yaşındasınız? 1. 35 ve altı 2. 36-45 3. 46 ve üzeri
2. Medeni durumunuz: 1. Bekar 2. Evli 3. Boşanmış
3. Öğrenim durumunuz nedir? 1. İlköğretim-lise 2. Lisans ve üzeri
4. Ne iş yapıyorsunuz? 1. Doktor 2. Sağlık memuru 3. Şirketi elemanı
5. Sosyal güvenceniz nedir? 1. Emekli Sandığı 2. Bağ-Kur/SSK/diğer
6. Eşinizin/ sevgilinizin öğrenim durumu nedir? 1. İlköğretim-lise 2. Lisans ve üzeri
7. Gelir durumunuz ne kadar? 1. 0-1000₺ 2. 1001-2000₺ 3. 2001-3000₺ 4. 3001₺ ve üzeri
8. Çocuğunuz var mı?

DOĞURGANLIKLA İLGİLİ DÜŞÜNCELER

9. En son doğan çocuğunuz doğmadan önce çocuk sahibi olmak istiyor muydunuz?
1. İstiyorduk 2. Daha sonra istiyorduk 3. İstemiyorduk
10. Eşiniz şu anda gebe mi? 1. Evet 2. Hayır
11. Evet ise eşiniz gebe kaldığında bunu istemiş miydiniz, daha sonra gebe kalmasını mı istiyordunuz? 1. İstiyorduk 2. Daha sonra istiyorduk 3. Hiç istemiyorduk

12. Gelecekte başka çocuk istiyor musunuz? 1. Başka çocuk istiyoruz 2. İstemiyoruz 3. Eşinin gebe kalması mümkün değil 4. Kendisi çocuk sahibi olamaz 5. Kararsızım
13. Bir sonraki çocuğunuzun şu andan itibaren ne kadar zaman sonra olmasını istersiniz?
1. Ay 2..... Yıl 3. Şimdi 4. Eşi gebe kalamıyor 5. Diğer..... 6. Bilmiyorum
14. Önümüzdeki 12 ay içinde gebeliği önleyici ya da erteleyici bir yöntem kullanmayı düşünüyor musunuz? 1. Evet 2. Hayır 3. Kararsızım
15. Gelecekte herhangi bir zamanda bir yöntem kullanmayı düşünüyor musunuz? 1. Evet 2. Hayır 3. Kararsızım
16. Hangi yöntemi kullanmayı tercih edersiniz? 1. Kaput (kondom) 2. Erkek kanal bağlanması 3. Tehlikesiz günler 4. Geri çekme 5. Cinsel perhiz 6. Hiçbiri
17. Yöntem kullanmayı düşünmüyorsanız nedenleri nedir? (birden fazla seçenek işaretlenebilir). 1. Sağlık kaygısı 2. Yan etki korkusu 3. Ulaşım zorluğu 4. Çok pahalı 5. Kullanıma uygun değil 6. İnisiyatifi eşine/sevgilisine bırakmış 7. Cinsel münasebet yok 8. Sık olmayan münasebet 9. Eşi menopozda- histerektomi 10. Eş kısır 11. Eşi emziriyor 12. Çocuk istiyor 13. Eşi gebe 14. Kendi kısır
18. Yöntem kullanmaya karşı mısınız? 1. Evet 2. Hayır
19. Erkeklerle yönelik yöntemlerle ilgili bilginiz varmı? 1. Evet 2. Hayır
20. Yöntemlerin nerden temin edebileceğini biliyormusunuz? 1. Evet 2. Hayır
21. Erkeklerle yönelik hangi yöntemleri biliyorsunuz? 1. Kaput (kondom) 2. Erkek kanal bağlanması 3. Geri çekme 4. Cinsel perhiz 5. Vaz oklüzyonu 6. Diğer.....
22. Aileler yetiştirebileceği kadar çocuk doğurmalı mıdır? 1. Evet 2. Hayır 3. Kararsızım
23. Doğan her çocuğun rızkını Allah verir mi? 1. Evet 2. Hayır 3. Kararsızım
24. Fazla çocuğu olan aileler, her çocukla yeterince ilgilenebilir mi? 1. Evet 2. Hayır 3. Kararsızım
25. Çocuk sayısı arttıkça, ailelerin onlara iyi gelecek sağlaması zorlaşır mı? 1. Evet 2. Hayır 3. Kararsızım
26. Fazla çocuk, erkeğin gücünü gösterir mi? 1. Evet 2. Hayır 3. Kararsızım.
27. Aileler iş yükünü paylaşmak için mi fazla çocuğa sahip olurlar? 1. Evet 2. Hayır 3. Kararsızım
28. Fazla çocuk çevrede sosyal güç sağlar mı? 1. Evet 2. Hayır 3. Kararsızım

- 29.** Aileler ekonomik durumlarına uygun sayıda çocuk sahibi olmalı mıdır? 1. Evet 2. Hayır 3. Kararsızım
- 30.** Doğum kontrol yöntemleri ülkenin politikasının bir gereği midir? 1. Evet 2. Hayır 3. Kararsızım
- 31.** Doğum kontrol yöntemleri batılı ülkelerin dayatması mıdır? 1. Evet 2. Hayır 3. Kararsızım
- 32.** Doğum kontrol yöntemlerinin kullanılması, aile büyüklüğünü sınırlandırmak demek midir? 1. Evet 2. Hayır 3. Kararsızım
- 33.** Çocuk sahibi olmaya eşler birlikte mi karar vermelidir? 1. Evet 2. Hayır 3. Kararsızım
- 34.** İstenmeyen çocuk aldırılmalı mıdır? 1. Evet 2. Hayır 3. Kararsızım
- 35.** Kürtaj yaptırmaktansa doğum kontrol yöntemleri kullanılmalı mıdır? 1. Evet 2. Hayır 3. Kararsızım
- 36.** Çocuk anne-babanın iş hayatında yükselmelerini engeller mi? 1. Evet 2. Hayır 3. Kararsızım
- 37.** Bireylerin eğitim düzeyi yükseldikçe az çocuk mu yapar? 1. Evet 2. Hayır 3. Kararsızım
- 38.** Evlilik öncesi doğum kontrol yöntemlerinin öğrenilmesi, zorunlu olmalı mıdır? 1. Evet 2. Hayır 3. Kararsızım
- 39.** Yan etkilerine rağmen, doğum kontrol yöntemleri kullanılabilir mi? 1. Evet 2. Hayır 3. Kararsızım
- 40.** Sağlıkla ilgili merkezlerde erkeklere ve kadınlara yönelik doğum kontrol yöntemleri konusunda uzman sağlık personeli çalışmalı mıdır? 1. Evet 2. Hayır 3. Kararsızım
- 41.** Doğum kontrol araçları tüm kuruluşlarda ilgili sağlık personeli tarafından ücretsiz verilmelidir? 1. Evet 2. Hayır 3. Kararsızım
- 42.** Erkekler kadınlardan daha fazla mı çocuk sahibi olmayı isterler? 1. Evet 2. Hayır 3. Kararsızım
- 43.** Erkeklere yönelik doğum kontrol yöntemlerine başlamadan önce kullanan kişilere sorulmalı mıdır?
1. Evet 2. Hayır 3. Kararsızım
- 44.** Doğum kontrol yöntemlerinin kullanılması kadının görevidir? 1. Evet 2. Hayır 3. Kararsızım

45. Erkeklerle yönelik doğum kontrol yöntemlerinin cinsel ilişkiyi olumsuz etkileyeceğini düşünüyor musunuz? 1. Evet 2. Hayır 3. Kararsızım

46. Yurt dışında erkeklerle yönelik yeni yöntemler geliştirilmiştir. Bu yöntemler Türkiye'ye gelirse kullanmayı düşünür müsünüz?

1. Evet 2. Hayır 3. Bilmiyorum 4. Kararsızım 5. Yöntemlerle ilgili bilgiye ihtiyacım var.

6. Diğer

YENİ YÖNTEMLERE İLİŞKİN DÜŞÜNCELER

Bilinen yöntemlerin yanı sıra erkeklerle yönelik yeni yöntemler geliştirilmiştir. Bunlar testosteron ve progesteron hormonu içerebilen hap, enjeksiyon ve deri üzerinden yapıştırma formunda uygulanabilmektedir. Aşağıda Bu Yöntemlerle İlgili İfadeler Bulunmaktadır. Uygun İfadeyi İşaretleyiniz.

47. Hormon içeren oral (hap) aile planlaması yöntemi kilo aldırabilir 1. Evet 2. Hayır 3. Kararsızım

48. Hormon içeren oral (hap) aile planlaması yöntemi kansere neden olabilir 1. Evet 2. Hayır 3. Kararsızım

49. Hormon içeren oral (hap) aile planlaması yöntemi kalp krizine neden olabilir 1. Evet 2. Hayır 3. Kararsızım

50. Hormon içeren oral (hap) aile planlaması yöntemi cinselliğimi olumsuz etkileyebilir 1. Evet 2. Hayır 3. Kararsızım

51. Hormon içeren oral (hap) aile planlaması yöntemi cinselliğimi olumlu etkileyebilir 1. Evet 2. Hayır 3. Kararsızım

52. Hormon içeren oral (hap) aile planlaması yöntemi tamamen kısırlığa (infertiliteye) neden olabilir 1. Evet 2. Hayır 3. Kararsızım

53. Hormon içeren oral (hap) aile planlaması yöntemi kılınmaya neden olabilir 1. Evet 2. Hayır 3. Kararsızım

54. Hormon içeren oral (hap) aile planlaması yöntemi erkeklik hormonlarımı bozabilir? 1. Evet 2. Hayır 3. Kararsızım

55. Hormon içeren oral (hap) aile planlaması yöntemi içilmesinin hatırlanması zor olabilir 1. Evet 2. Hayır 3. Kararsızım

56. Hormon içeren enjeksiyon şeklindeki aile planlaması yöntemi kilo aldırabilir 1. Evet 2. Hayır 3. Kararsızım

57. Hormon içeren enjeksiyon şeklindeki aile planlaması yöntemi kansere neden olabilir
1. Evet 2. Hayır 3. Kararsızım
58. Hormon içeren enjeksiyon şeklindeki aile planlaması yöntemi kalp krizine neden olabilir 1. Evet 2. Hayır 3. Kararsızım
59. Hormon içeren enjeksiyon şeklindeki aile planlaması yöntemi cinselliğimi olumsuz etkileyebilir 1. Evet 2. Hayır 3. Kararsızım
60. Hormon içeren enjeksiyon şeklindeki aile planlaması yöntemi cinselliğimi olumlu etkileyebilir 1. Evet 2. Hayır 3. Kararsızım
61. Hormon içeren enjeksiyon şeklindeki aile planlaması yöntemi tamamen kısırlığa (infertiliteye) neden olabilir 1. Evet 2. Hayır 3. Kararsızım
62. Hormon içeren enjeksiyon şeklindeki aile planlaması yöntemi kılınmaya neden olabilir 1. Evet 2. Hayır 3. Kararsızım
63. Hormon içeren enjeksiyon şeklindeki aile planlaması erkeklik hormonlarımı bozabilir? 1. Evet 2. Hayır 3. Kararsızım
64. Hormon içeren enjeksiyon şeklindeki aile planlaması yöntemi uygulama şeklinden dolayı kullanmaktan çekinirim 1. Evet 2. Hayır 3. Kararsızım
65. Deri üzerinden yapıştırılarak uygulanan hormon yöntemi kilo aldırabilir 1. Evet 2. Hayır 3. Kararsızım
66. Deri üzerinden yapıştırılarak uygulanan hormon yöntemi kansere neden olabilir 1. Evet 2. Hayır 3. Kararsızım
67. Deri üzerinden yapıştırılarak uygulanan hormon yöntemi kalp krizine neden olabilir 1. Evet 2. Hayır 3. Kararsızım
68. Deri üzerinden yapıştırılarak uygulanan hormon yöntemi cinselliğimi olumsuz etkileyebilir 1. Evet 2. Hayır 3. Kararsızım
69. Deri üzerinden yapıştırılarak uygulanan hormon yöntemi cinselliğimi olumlu etkileyebilir 1. Evet 2. Hayır 3. Kararsızım
70. Deri üzerinden yapıştırılarak uygulanan hormon yöntemi tamamen kısırlığa (infertiliteye) neden olabilir 1. Evet 2. Hayır 3. Kararsızım
71. Deri üzerinden yapıştırılarak uygulanan hormon yöntemi kılınmaya neden olabilir 1. Evet 2. Hayır 3. Kararsızım
72. Deri üzerinden yapıştırılarak uygulanan hormon yöntemi erkeklik hormonlarımı bozabilir 1. Evet 2. Hayır 3. Kararsızım

73. Deri üzerinden yapıştırılarak uygulanan hormon yöntemi alerjiye neden olabilir 1. Evet 2. Hayır 3. Kararsızım

74. Deri üzerinden yapıştırılarak uygulanan hormon yöntemini görünür olabileceği için kullanmaya çekinirim 1. Evet 2. Hayır 3. Kararsızım

Erkeklere Yönelik Geliştirilen Bir Diğer Yöntem, Erkeklerin Üreme Kanallarının Çeşitli Şekillerde Tıkanmasını Sağlayan Basit Cerrahi İle Yapılan Geri Dönüşümlü Yöntemlerdir. Aşağıda Bu Yöntemle İlgili İfadeler Bulunmaktadır. Uygun İfadeyi İşaretleyiniz.

75. Bu yöntem cinselliğimi olumsuz etkileyebilir 1. Evet 2. Hayır 3. Kararsızım

76. Bu yöntemi cinselliğimi olumlu etkileyebilir 1. Evet 2. Hayır 3. Kararsızım

77. Bu yöntem tamamen kısırlığa (infertiliteye) neden olabilir 1. Evet 2. Hayır 3. Kararsızım

78. Bu yöntemin uygulanması zor olabilir 1. Evet 2. Hayır 3. Kararsızım

79. Geri dönüşümlü olduğu için daha fazla kullanılabilir 1. Evet 2. Hayır 3. Kararsızım

80. Bu yöntemin geri dönüşümü zor olabilir 1. Evet 2. Hayır 3. Kararsızım

81. Yukarda bahsedilen bütün yöntemler çocuk sahibi olma konusunda inisiyatifi kendi elime tutmamı sağlayabilir 1. Evet 2. Hayır 3. Kararsızım

82. Yukarda bahsedilen yöntemler hangisini/hangilerini kullanmayı tercih edersiniz?

1. Hormon içeren haplar 2. Hormon içeren enjeksiyonlar 3. Deri üzerinden yapıştırılan form

4. Erkek kanalını tıkayan geri dönüşümlü yöntem

83. Yukarda bahsedilen yöntemlerin güvenli olduğuna inanıyorum 1. Evet 2. Hayır 3. Kararsızım

84. Bu yöntemlerin Türkiye'ye getirilmesini isterim. 1. Evet 2. Hayır 3. Kararsızım

EK-II



T.C.
ANTALYA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



SAYI : B.10.4.ISM.0.07.07.00/609-107
KONU : Tez Çalışma İzni

SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ
(Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürlüğüne)

ISPARTA

T.C. Antalya Sağlık Müdürlüğü	
→ ARAŞTIRMA VE SAĞLIK...	
08.08.2012	28250
Barkod No: 0374128	

Enstitünüz Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Ayla GÜLLÜ'nün, "Erkeklerin kendilerine Yönelik Yeni Geliştirilen Aile Planlaması Yöntemlerine İlişkin Görüşlerinin İncelenmesi" konulu tez çalışmasını ilimizde bulunan Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapması uygun görülmüştür. Ancak bu tür iş ve işlemlerin yazışmalarında Resmi Yazışma Usul ve Esaslarına göre hareket edilmesi gerektiği, aksi takdirde bundan sonraki süreçte bu tür müracaatların İl Sağlık Müdürlüğümüz üzerinden yazışma yapılmadığı durumlarda işleme alınmayacağı hususunda;

Bilgilerinizi rica ederim.

Dr. Adem BİLGİN
Vali a.
İl Sağlık Müdürü



İLETİŞİM
ADRES: Toros Mh. Atatürk Bulv. No:74 PK:07070

TEL: 0 242 228 48 48 FAX: 0 242 228 50 47
WEB: www.antalyasm.gov.tr

Detaylı Bilgi: Araştırma ve Sağlığın Geliştirilmesi Şube Müdürlüğü Dahili Tel : 1425 E-Posta : sgantalyasm@gmail.com

EK-III

İLGİLİ MAKAMA

AİLE PLANLAMASI TUTUM ÖLÇEĞİNİN GELİŞTİRİLMESİ isimli 2006 yılında doktora unvanımı aldığım tezimde geliştirdiğim ölçeğin, Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans öğrencisi Ayla GÜLLÜ'nün çalışmasında kullanılmasının uygun olduğunu beyan ederim.



26 Mart 2013

Yrd. Doç. Dr. Özlem ÖRSAL

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi

Eskişehir Sağlık Yüksek Okulu

Sağlık Memurluğu Bölüm Başkanı

Ek: Ölçeğin tam hali ekte yer almaktadır.

ÖZGEÇMİŞ

Ayla GÜLLÜ, Çorum'da doğmuş, ilköğretim ve lise öğrenimini Çorum'da tamamlamış, lisans eğitimini Ege Üniversitesi Ödemiş Sağlık Yüksek Okulu'nda almıştır. Aralık 2006 - Temmuz 2007 tarihleri arasında Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi'nde klinik hemşiresi olarak çalışmıştır. Temmuz 2007 tarihinden itibaren Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışmaktadır. 2009 yılında Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı'nda özel öğrenci olarak eğitim almıştır. 2011 yılında Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı'nda başlamıştır. Yabancı dili İngilizcedir.