

**T.C  
AFYON KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**SAĞLIK PERSONELİNİN AİLE PLANLAMASI  
YÖNTEMLERİNİ TERCİH NEDENLERİ**

**Özlem ÇİFTÇİ ÖZTÜRK**

**DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ  
ANABİLİM DALI YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN  
Doç. Dr. Gülelgül KÖKEN**

**2009 - AFYONKARAHİSAR**

## İÇİNDEKİLER

<b>ÖNSÖZ</b> .....	I
<b>SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ</b> .....	IV
<b>TABLolar DİZİNİ</b> .....	V
<b>ÖZET</b> .....	VII
<b>SUMMARY</b> .....	IX
<b>1. GİRİŞ</b> .....	1
<b>2. GENEL BİLGİLER</b> .....	4
<b>2.1. AİLE PLANLAMASININ TANIMI VE AMACI</b> .....	4
<b>2.2. AİLE PLANLAMASININ YARARLARI</b> .....	5
2.2.1. Aile Planlamasının Kadına Yararları .....	5
2.2.2. Aile Planlamasının Çocuğa Yararları .....	5
2.2.3. Aile Planlamasının Topluma Yararları .....	5
<b>2.3. AİLE PLANLAMASI HİZMETLERİNİN TARİHSEL GELİŞİMİ</b> .....	6
<b>2.4. AİLE PLANLAMASI YÖNTEMLERİ</b> .....	9
2.4.1. Hormonal Kontraseptifler .....	10
2.4.2. Rahim İçi Araçlar .....	20
2.4.3. Bariyer Yöntemler.....	22
2.4.4. Cerrahi Kontrasepsiyon.....	24
2.4.5. Doğal Aile Planlaması .....	25
2.4.6. Emzirme İle Gebeliğin Önlenmesi .....	27
<b>2.5. AİLE PLANLAMASI HİZMETLERİNDE HEMŞİRENİN ROLÜ</b> .....	27
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM</b> .....	31
3.1. Araştırmanın Şekli .....	31
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman .....	31
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi .....	31
3.4. Verilerin Toplanması .....	31
3.5. Veri Toplama Tekniği .....	31
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi .....	32
<b>4. BULGULAR</b> .....	33
4.1. Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerinin İncelenmesi .....	33

4.2. Kadınların Doğurganlık Özelliklerinin İncelenmesi .....	36
4.3. Kadınların Kontraseptif Yöntem Kullanma Özelliklerinin İncelenmesi .....	39
<b>5. TARTIŞMA.....</b>	<b>54</b>
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>60</b>
<b>7. KAYNAKLAR.....</b>	<b>61</b>
<b>8. EKLER.....</b>	<b>67</b>

**ÖNSÖZ**

Araştırmamım yürütülmesi sırasında bilgi ve deneyimi ile katkılarından dolayı öncelikle danışmanım Doç. Dr. Güleğül KÖKEN'e, araştırmaya katılmayı kabul eden tüm sağlık personeline, tez döneminde desteğini esirgemeyen eşime, beni büyük bir özveri ile yetiştiren ve her zaman destekleyen aileme ve canım kızıma sonsuz teşekkür ederim.

Özlem ÇİFTÇİ ÖZTÜRK

**SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ**

<b>AP</b>	: Aile Planlaması
<b>TNSA</b>	: Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması
<b>RIA</b>	: Rahim İçi Araç
<b>AÇS-AP</b>	: Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezleri
<b>SSK</b>	: Sosyal Sigortalar Kurumu
<b>DMPA</b>	: Depo Medroksi Progesteron Asetat
<b>KOK</b>	: Kombine Oral Kontraseptif
<b>DAP</b>	: Doğal Aile Planlaması
<b>GnRH</b>	: Gonodotropin-Releasing Hormon
<b>CYBH</b>	: Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar
<b>DSÖ</b>	: Dünya Sağlık Örgütü
<b>MÖ</b>	: Milattan Önce
<b>LH</b>	: Luteinizan Hormon
<b>FSH</b>	: Folikül Stimülan Hormon
<b>PID</b>	: Pelvik İnflamatuar Hastalık
<b>CAP</b>	: Servikal Başlık

## TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1	Meslek Durumlarına Göre Yaş Verilerinin Dağılımı	33
Tablo 2	Katılımcıların Yaş Durumlarına Göre Dağılımı	33
Tablo 3	Kadınların Eğitim Durumunun, Eş Eğitim Durumunun, Sosyal Güvencelerinin, Gelir Durumlarının ve Aile Türünün Meslek Gruplarına Göre Dağılımı	34
Tablo 4	Meslek Gruplarına Göre Ortalama Gebelik, Canlı Doğum ve Yaşayan Çocuk Sayılarının Karşılaştırılması	36
Tablo 5	Meslek Gruplarına Göre Düşük ve Küretaj Durumlarının Dağılımı	37
Tablo 6	Doğum Şekli ve Sistemik Hastalık Durumunun, Meslek Gruplarına Göre Dağılımı	38
Tablo 7	Kontraseptif Yöntem Kullanan ve Kullanmayan Kadınların Meslek Gruplarının Karşılaştırılması	39
Tablo 8	Kadınların Kullandığı Kontraseptif Yöntemlerin, Eğitim Durumuna Göre Dağılımı	40
Tablo 9	Kadınların Kullandığı Kontraseptif Yöntemlerin, Yaşa Göre Dağılımı	41
Tablo 10	Kadınların Kullandığı Kontraseptif Yöntemlerin, Eş Eğitim Durumuna Göre Dağılımı	42
Tablo 11	Kadınların Kullandığı Kontraseptif Yöntemlerin, Gelir Durumuna Göre Dağılımı	42
Tablo 12	Kadınların Kullandığı Kontraseptif Yöntemlerin, Gebelik Durumuna Göre Dağılımı	43
Tablo 13	Kontraseptif Yöntem Kullanımının Kadınların Doğum Şekline Göre Dağılımı	44
Tablo 14	Kadınların Kullandığı Bazı Kontraseptif Yöntemleri Kullanma Nedenleri	45

Tablo 15	Kadınların Önceki Kontraseptif Yöntemi Bırakma Nedenleri	47
Tablo 16	Kadınların Kullandığı Kontraseptif Yöntemlerin, Kullandığı Süre (Yıl) Olarak Dağılımı	49
Tablo 17	Kadınların Kullandığı Kontraseptif Yöntemleri, Temin Etme Yeri	50
Tablo 18	Kadınların Kullandığı Kontraseptif Yöntemi Temin Etme Yerini Tercih Etme Nedeni	51
Tablo 19	Kadınların Yöntem Öncesi Muayene ve Danışmanlık Hizmetini Tercih Etmeleri ve Yöntem ile İlgili Bilgi Durumlarının İncelenmesi	52
Tablo 20	Kullanılan Kontraseptif Yöntem Sırasında Karşılaşılan Gebelik ile İlgili Sorunların İncelenmesi	53

## SUMMARY

Family Planning means that the families to have children that they could bring up according to their economical opportunities and personal wishes what number of requests they want and whenever they want and within a healthy intervals. The main goals of family planning are to protect the children's and the mothers' health and to raise the health level. As a result of rights acquired with studies and arrangements, the number of women joined in working life has increased day by day.

In our country most of the working-women work because of the economical difficulties they have to subsist families or to contribute the family budget. The relationship of the status of woman and reproductive health are mostly discussed in recent years. Researches show that women education and women working a job paying affected the reproductive health positively.

This descriptive research was made in Afyonkarahisar province centrum, to determine which family planning methods 171 health personals prefer and their preference reasons.

In the research, as a means of data collection, a form of questionnaire comprising 27 questions was used. In the form of questionnaire there are demographic characteristics, fertility stories of women, contraceptive methods they use and questions about the reasons for preferences.

The datas were collected through the agency of a questionnaire, by their statistical analysis square and anova tests were used. As a statistical significance  $p < 0,05$  has been adopted.

It is determined that %90,5 of the health personals whose age averages are  $33,13 \pm 5,61$  use modern family planning methods and % 9,5 of them use traditional methods. Among the women the most preferred modern methods are with the %37,4 condom/preservative and with the %32,7 RIA. The most preferred traditional method is with the %9,5 to take back/recall.

The higher the education level of women the more the usage of modern methods increased. Moreover, it was also determined that being a medical personal is a factor on the preference of modern methods among women.



In this study it is determined that most women who use whatever family planning methods, prefer modern family planning methods, women who use traditional family planning methods use mostly take back/recall method. It is also determined that by choosing of any method education, age and partners are also very decisive.

Key words: Family planning, Health Personal , Preference Reasons

## 1.GİRİŞ

Toplumların iyiliği anne ve çocukların sağlığının iyi olmasıyla doğrudan ilişkilidir. Anne ve çocuk sağlığı hizmetleri ülkelerin öncelik vermesi gereken konulardan olup sağlık düzeyinin en önemli belirleyicilerinden biridir. Kadın sağlığı; kadınların hastalık, çocuk doğurma fonksiyonu ve fiziksel olarak iyi olma gibi bütün deneyimlerini kapsar. Anne ve çocuk sağlığının iyileştirilmesinin en etkili yollarından birisi, aile planlaması (AP) hizmetlerinin etkili olarak verilmesine bağlıdır. Gelecek nesillerin sağlıklı olmaları toplumsal gelişmenin ön koşulu olarak kabul edilmesine karşın ülkemizde nüfusun yarısını (%49) oluşturan kadın ve çocuklar, sağlıkla ilgili risk faktörlerinden en çok etkilenen grubu oluşturmaktadırlar (1). AP uygulamalarının asıl hedefi anne ve çocukların sağlıklarının korunması ve sağlık düzeylerinin yükseltilmesidir (2).

Aşırı doğurganlığın azalması, gebelik, doğum ve doğum sonu sorunlara bağlı anne ölümleri ve buna bağlı sağlık sorunlarını azaltmaktadır. Her gebelik anne için belli bir risk taşımaktadır, aşırı doğurganlık ise kadının karşılaştığı bu riskleri artırmaktadır. Aşırı doğurganlık ile yapılan araştırmalara göre, anne adayları ve çocuğunun hastalık ve ölüm riski 18 yaş altındaki ve 35 yaş üstündeki gebeliklerde ve çok sayıda doğum yapan ve çok sık aralıklarla gebe kalan kadınlarda daha yüksektir. Her yıl dünyada yarım milyondan fazla kadın gebelik ve doğumla ilgili sorunlar yüzünden ölmekte ve geride bir milyondan fazla annesiz çocuk bırakmaktadır (3,4). Bu tür riskli gebeliklerin önlenmesiyle bir yılda ölen anne ve bebek sayısının yarıya indirilebileceği öngörülmektedir.

Kadının gebelikte karşılaşılabileceği komplikasyonları; annenin tükenme sendromu, gebelik, doğum ve doğum sonu kanamaları, toksemi ve doğum ile ilgili enfeksiyonlar olarak sayabiliriz. Türkiye'deki gebeliklerin yaklaşık yarısı riskli gruptadır. Bu grup aynı zamanda aile planlaması yöntemi kullanmayan veya geleneksel yöntemle korunan gruptur.

Kontraseptif kullanmayan kadınların yaklaşık yarısı istenmeyen gebeliklerle karşı karşıya kalır. Kontraseptif kullandığı halde gebe kalan kadınların yaklaşık yarısı da yöntemleri tekniğine uygun ve doğru kullanmadığı için gebe kalır. Çiftler isteklerine ve yaşam standartlarına göre yöntem seçtiklerinde istenmeyen gebelik

oranı düşmektedir (5).

2003 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) sonuçlarına göre, evli kadınların %42,5'i etkili, %28,5'i geleneksel bir yöntem olmak üzere %71,0'ı gebeliği önleyici bir yöntem kullanmaktadır. En fazla kullanılan geleneksel yöntem geri çekmedir (%26,4). Geri çekme yöntemi kullanma oranı 1998 yılı TNSA sonuçlarına göre %24,4 iken 2003 yılı sonuçlarına göre %2 oranında artmıştır. En fazla kullanılan etkili yöntemler sırasıyla; rahim içi araç (RİA) %20,2, hap %4,7, kondom %10,8, tüp ligasyonu %5,7 ve diğer modern yöntemler %1,1'dir (6,7,8). Gelişmiş ülkelerde oral kontraseptifler, kondom ve sterilizasyon gibi modern yöntemler en sık kullanılırken, gelişmekte olan ülkelerde geleneksel yöntemler azalmakla birlikte günümüzde önemini korumaktadır (6). TNSA 2003 yılında evli kadınlar arasında kontraseptif yöntem kullanımının 1988 yılına göre %11,5 arttığını göstermektedir (9).

Geleneksel yöntem kullanımının fazla olması; dünya yüzeyinde hızlı nüfus artışına, toprak ve besin yetersizliğine, çevrenin tahribine, sağlık ve eğitim hizmetlerinde ihtiyacın karşılanmamasına neden olmaktadır. Bu durum kişi başına yıllık gelirin ve yaşam kalitesinin düşmesine, ülkenin geri kalmasına ve sağlık alanında da gebelik sayısının artmasına, sık aralıklarla doğumlara, anne ve çocuk sağlığında yıllık mortalite ve morbidite oranının yüksek olmasına neden olmaktadır. Kadınların etkin aile planlaması yöntemi kullanmaması, kadının yaşam kalitesini düşürmekte ve sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir (1).

Dünya ölçüsünde nüfusun azalması ve artmasında etkili önemli iki öge, doğumlar ve ölümlerdir. Başta bulaşıcı hastalıklar olmak üzere diğer nedenlerden ölüm hızı azalmış, ancak doğumlar kontrol altına alınamayınca kontrolsüz bir nüfus artışı olmuştur. Bugünkü hızıyla dünya nüfusu 40 yıl içinde iki katına çıkacaktır. Bu nüfus artışını sağlıklı bir şekilde kontrol altına alabilmek için AP çalışmaları Sağlık Bakanlığı, Tıp Fakülteleri, ilgili dernek ve vakıflar tarafından yoğun bir şekilde sürdürülmekte ve araştırmalar daha çok evli çiftler ve doğurganlık dönemlerindeki kadınlar üzerinde yapılmaktadır (2).

AP hizmetlerinin başarıya ve hedefine ulaşmasında etkin bir danışmanlığın büyük ölçüde rolü vardır ve bu hizmeti verenler için en önemli görevlerden biridir. AP metotları, tedavisi, fikirleri durmadan değiştiğinden dolayı sağlık çalışanları sık

sık kendi bilgilerini gözden geçirmek zorundadır. Danışmalık AP hizmetlerinin tüm aşamalarında sürekli yapılması gerekirken çoğunlukla göz ardı edilmektedir. Sağlık personelinin iletişim becerisinden daha önemli olarak tüm yöntemler hakkında doğru ve tam bilgiye sahip olması, bu bilginin sürekli yenilenmesi ve üreme sağlığı bilgisi içinde sunulmasına bağlıdır. Danışmanlık aynı zamanda; bilinçli yöntem seçimi, seçilen yöntemin doğru, düzenli ve uzun süreli kullanımını sağladığı ve böylece yöntemi bırakmak amacıyla kliniğe yapılan başvuruları azaltmakta etkilidir. Hizmetin kalitesini, danışanın memnuniyetini, modern yöntem kullananların sayısını arttırır. Danışmanlık, sağlık kuruluşu ve ülke için tasarruf sağlanması bakımından da önemlidir (10).

Bu araştırmada amacımız Afyonkarahisar il merkezinde yaşayan sağlık personelinin hangi AP yöntemlerini tercih ettiklerini ve tercih etme sebeplerini araştırmaktır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. AİLE PLANLAMASININ TANIMI VE AMACI

Bütün çiftlerin çocuk sahibi olmalarını etkileyen sosyal, psikolojik, ekonomik, fiziksel ve dini kurumları değerlendirerek, bireylerin istedikleri zaman ve istedikleri sayıda, doğumların anne-çocuk sağlığına uygun aralıklarla olmasını sağlayan, infertiliteye çözüm arayan, infertil çiftlerinde çocuk sahibi olmalarına yönelik çabaların tümüne birden AP uygulamaları denmektedir (11,12,13).

#### **Aile Planlamasının Amaçları:**

- Anne ve babalara AP'nın esaslarını kavratmak ve korunma yöntemleri hakkında bilgi vermek; ayrıca, bu bilgileri uygulama olanağı sağlamak,
- Çok sayıda veya sık olan gebelikler ve doğumlar nedeniyle olabilecek anne çocuk sağlığı sorunlarını asgari düzeye indirmek ve olabilecek sakıncalı durumları önlemek,
- Ailelerin arzu ettikleri sayıda ve sağlıklı çocuklar yetişmelerine yardım etmek,
- Doğurganlık çağındaki bireyleri üreme ile ilgili konularda sağlıklı olarak bilgilendirmek,
- Arzu ettiği halde çocuğu olmayanlara yardım ederek onların tıbbi imkanlardan yararlanmasını sağlamak,
- Özellikle istenmeyen gebeliklerin tehlikeli yollarla giderilmesini önleyerek, annelere gebelikten korunmanın modern ve tıbbi yollarını öğretmek,
- Hızlı nüfus artışını yavaşlatarak nüfusun niteliğini iyileştirmek; böylece toplumun sağlıklı, mutlu, iyi, eğitilmiş ve ekonomik olanakları yeterli bireylerden oluşmasını sağlamak,
- Aileleri gebeliği önleyici yöntemlerden kolaylıkla yararlandırmak,
- Annelerin doğum için en uygun yaşta olmasını sağlamak,
- Gebelikler arasında yeterli zaman aralığını koyabilmek,
- Cinsel yaşamın sağlıklı sürdürülmesini temin etmektir (14).

## **2.2.AİLE PLANLAMASININ YARARLARI**

Aile planlamasının kadın, çocuk ve toplum üzerinde pek çok yararları vardır.

### **2.2.1.AP'nın Kadına Yararları**

AP çiftlerin gebelik arasındaki süreyi özgürce ve bilinçli olarak planlamalarını, gelişmekte olan ülkelerde tüm anne ölümlerinin yarısını oluşturduğu tahmin edilen düşüklerin önlenmesini, kadının ileri annelik yaşında ve yüksek sayıda gebelikten kaynaklanan anne ölümlerinin azaltılmasını sağlar. AP merkezlerinin kurulması ve verilen hizmetlerin sonucu olarak yüksek riskli gebelik nedeniyle oluşan hastalıkların belirlenmesini sağlar. Ayrıca, anemi ve buna bağlı gelişen hastalıkları, zor ve güç doğuma bağlı gelişen komplikasyonları, annenin tükenme sendromunu, gebeliğe bağlı hipertansiyon ve diyabet ile jinekolojik yakınmaları önler. Çok genç veya çok ileri yaşta çocuk sahibi olmayı azaltır (1,8,15).

### **2.2.2.AP'nın Çocuğa Yararları**

AP ile kadının ileri yaş gebelikleri engelleneceğinden bebeklerde görülen konjenital anomaliler azalır, prematür ve gelişme geriliği ile düşük doğum ağırlıklı bebek doğumları insidansı düşer, bebek ölümleri azalır. Gebelik aralığı uzadığı için doğum sayıları azalır ve sağlıklı doğan bebek sayısı artar. Bebeğin yeterli süre anne sütü ile beslenmesi sonucu beslenme bozuklukları ile enfeksiyon azalır ve zeka düzeyini geliştirir. Aile çocuklarına yeterince ilgi, sevgi ve şefkat gösterebileceği için çocukların ruhsal yönden daha sağlıklı gelişmesini ve çocukların eğitim olanaklarından daha çok yararlanmalarını sağlar.

### **2.2.3.AP'nın Topluma Yararları**

Toplumda AP'nın yaygın olarak kullanılması, kaynakları hızla tükenen dünyamızda hızlı nüfus artışını engelleyerek ülke nüfusunun dengeli ve planlı bir şekilde artmasına neden olur. Besin yetersizliğini, çevrenin tahribini engeller, sağlık ve eğitim hizmet gereksiniminin karşılanmasını ve dolayısıyla, insanın toplumda nitelikli yaşamasını; ülkelerin dünya ülkeleri arasında sosyo-ekonomik ve kültürel açıdan daha üst sıralarda yer almasını sağlar.

Planlanmamış ve istenmeyen gebeliklerden ve bu gebelikler sonucunda doğan çocuklardan kaynaklanan masrafları engelleyerek ekonomik katkı sağlar ve toplumun yaşam niteliği yükselir. Bedensel ve ruhsal olarak sağlıklı anne sayısı ile sağlıklı çocuk sayısını arttırır. Hızlı nüfus artışının, ekonomik gelişmeye, beslenme, konut durumu, eğitim ve çevre koşullarına olumsuz etkilerini azaltır (1,2,8,12,15,16).

### **2.3. Aile Planlaması Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi**

Doğum kontrol yöntemleri insanlık tarihi kadar eskidir. İnsanlar gebeliğin cinsel birleşme sonucu ortaya çıktığını fark edecek düzeye ulaşır ulaşmaz gebeliği önleme çabalarına girmişlerdir. İnsanın cinsel birleşme sonucu doğduğunu belirten ilk metinler, 4000 yıl önce eski mısır rahipleri tarafından yazılmış büyük papirüslerdir. Bulunabilen en eski yazımlarda sünger ve tampondan bahsedilir. Milattan önce (MÖ) 1850 yılından kalma Mısır papirüslerinde gebeliği önlemek için bal, sakız ve timsah dışkısı kullanıldığı, Arapların da, çölü geçerken develerin gebe kalmasını önlemek için, uteruslarına taş yerleştirdiği bilinmektedir (17,18). Soranus; meyva ve fındıktan macun yapılmasını veya serkival açıklığa yumuşak ipek yerleştirilmesini önermiştir. Mısır kadınları hamile kalmamak için, spermleri öldürmede etkili olan, yağ veya bal ile yağlanmış asitli bir madde olan rahim ağzına yerleştirilen kılıf kullanmışlardır. Asyalı kadınlar, yağlı kağıt, Avrupalı kadınlarda bu amaç için bal mumu kullanmışlardır (1,17,18).

En erken penis koruyucular Gabriello Fallopius tarafından 1564 yılında tanımlanmıştır. Ancak bu koruyucular enfeksiyondan korunmak amacıyla kullanılmıştır.

Spermisit ajanların keşfi ve bu ajanlarla ilgili çalışmalar 1800'lü yılların başlarına rastlar.

Servikal kapak 1860 yılında Newyork'lu bir jinekolog olan E.B.Foote tarafından geliştirilmiştir.

1909 yılında ipek böceğinden yapılan halka şeklindeki araç, rahim içi aracın ilk modeli olarak kabul edilmiştir (1,4,18,19).

1912'de ilk modern doğum kontrol yöntemi kullanılmaya başlanmıştır.

1930 yılında Gragrafenberg gümüş, altın ve çelik kaplı yüzükler denemiş, 1934'de Japonya'da Oto bu yüzüklerin ortasına destekleyici bir yapı koydurmuştur

(1,13,18).

İlk doğum kontrolü adını kullanan Hollandalı Margaret Songer'dir. 1916'da Songer, Brooklyn, Newyork'ta ilk olarak AP kliniğini kurmuştur. 1920 ve 1930'lu yıllarda yasal sınırlılıklarla mücadele ederek daha fazla kliniğin açılmasını ve AP'nın ilerlemesini sürdürmüştür (1).

Depo Medroksi Progesteron Asetat (DMPA) gibi içinde yalnızca progesteron bulunan enjektabl formlar 1950'li yıllarda endometriozis, endometrial kanser, dismenore, hirsutismus ve kanama düzensizliklerinin tedavisi için kullanılmaya başlandı.1960'larda doğum kontrol yöntemi olarak gündeme gelmiştir.

İçinde östrojen ve progesteron komponenti bulunan Mesigyna 1960'lardan beri araştırılmakta olup, 1997 yılından beri ülkemizde kullanılmaktadır (4,18).

1960'larda modern kontraseptif olan haplar ve rahim içi araç kullanılmaya başlanmıştır.

1965'lerde haplar en yaygın doğum kontrol metodu olarak kullanılmış ve ardından bunu kondom ve sterilizasyon izlemiştir. Aynı yılda hükümet çiftler tarafından kontraseptif olarak kullanılan sterilizasyonu yasaklamıştır (1).

1970'li yıllarda tek ince kuyruğu olan Lippes Loop geliştirildi. İlk bilinen bakırlı RİA Tantum-T'dir (T-Cu 200). Ardından 1982 yılında T-Cu 380 A otuzu aşkın ülkede kullanım imkanı oldu (4,13).

1970'lerde Temel Sağlık Hizmetleri kapsamındaki Ana Çocuk Sağlığı (AÇS) yaklaşımı üreme sağlığına ilişkin tüm sağlık sorunlarını karşılayamaz hale gelmiştir (1).

1980'lerde sağlıkla ilgili kaygılar ön plana çıkmıştır. Bunun üzerine 1970 ve 1980'lerde sterilizasyon yöntemi Amerika Birleşik Devletlerinde en yaygın kontraseptif yöntemi olmuştur. 1980'lerin başlarında kullanımı artan RİA daha sonra intrauterin enfeksiyonu arttırdığı anlaşılmca kullanımı azalmıştır. 1980 ve 1990'da adölesanlar arasında en yaygın olarak kondom kullanılmıştır (1,20). 1991'e kadar uzun süreli hormonal kontraseptifler kullanılmış, aynı zamanda bunlar adölesan gebelik oranını düşürmüştür.

Türkiye'de, Osmanlı İmparatorluğu zamanında imparatorluk arazisinin genişletilmesine bağlı fazla nüfus isteği ve aynı zamanda geleneksel inançla büyük ve kalabalık bir aile olma arzusu vardı (21). Cumhuriyetin kurulması ile birlikte



nüfus politikaları da gündeme gelmiştir. Birinci Dünya Savaşı ve Kurtuluş Savaşı sürecindeki ağır insan kayıpları nedeni ile cumhuriyetin ilk yıllarında doğurganlığın arttırılmasının ihtiyaç olduğu kabul edilmiştir. Türkiye 1950'lerin sonuna kadar pronatalist (nüfus artışına yer veren) bir nüfus politikası izlemiştir (22).

1950-1960 yılları arasında nüfus artışı sürmüştür. Bu dönemde aşırı doğurganlığın ve yasal olmayan düşüklerin artması ile anne ölüm hızının yükselmesi, nüfusun hızla artması ve istihdam sorunları sonucunda nüfus konusunun politik gündem içerisinde yer almasına yol açmış ve hükümetler pronatalist politika yerine antinatalist politikaya geçmiştir (7,19,22). 10 Nisan 1965 yılında çıkartılan 557 sayılı nüfus planlaması hakkındaki kanun ile AP yöntemlerinin eğitimi ve kullanımı serbest bırakılmıştır (23,24). Nüfus planlaması hakkındaki kanun ile ilgili yeni AP politikasını yürütme sorumluluğu Sağlık Bakanlığına verilmiştir. Bu kanunla modern gebeliği önleyici yöntemlerin ithaline, devletin sağlık kuruluşlarında ücretsiz olarak hizmet sunumuna ve çiftlerin sağlık eğitimlerinin desteklemesine izin verilmiş ancak, gönüllü cerrahi kısırlaştırma ve isteyerek çocuk düşürmek bu yasanın kapsamı dışında kalmıştır (7,21).

1983 yılında kabul edilen 2827 sayılı yasa ile kadın sağlığını destekleyici yenilikler getirilmiştir. Bu yasaya göre 10 haftaya kadar olan istenmeyen gebeliklerin kürtajla sona erdirilmesi, sosyal ve ekonomik nedenlerle gönüllü cerrahi sterilizasyon yasallaştırılmıştır. Ayrıca, yardımcı sağlık personelinin RİA uygulama konusunda eğitilmesi amaçlanmış ve AP ve AÇS hizmetlerinin geliştirilmesi yönünde bir dizi önlem alınmıştır (1).

1990'lı yıllara gelindiğinde AP kavramı ve yöntemleri yüksek bilinirlik düzeylerine ulaşmıştır. 1994 yılında Kahire'de gerçekleştirilen Nüfus ve Kalkınma Konferansı Eylem Planı ana maddelerinden biri AP yöntem kullanımında erkeğin katılımı ve sorumluluk paylaşımı ile ilgilidir. Bu madde ile erkeğin AP yöntemi kullanımında katılımı arttırmaya çalışılmıştır (1,24).

Tıp dünyasında doğum kontrol yöntemi arayışlarının son ürünü olan kola yerleştirilen çubukla kadınları 3 yıl süreyle 100 gebelikten koruduğu bildirilen "İmplant" yöntemi dünyada 1998'de, Türkiye'de 2002 yılında tıbbın hizmetine verilmiştir (18).

## **2.4. AİLE PLANLAMASI YÖNTEMLERİ**

### **2.4.1. Hormonal Kontraseptifler**

- a) Kombine Oral Kontraseptifler (KOK)
- b) Mini Haplar
- c) Post-koital kontraseptifler
- d) Yalnız progestin içeren enjekte edilen kontraseptifler
- e) Kombine enjekte edilen kontraseptifler
- f) Deri altı implantlar
- g) Hormon içeren rahim içi araçlar
- h) Vajinal halkalar

### **2.4.2. Rahim İçi Araçlar (RİA)**

- a) İnert (katkısız) RİA'lar
- b) Bakırlı RİA'lar
- c) Hormonlu RİA'lar

### **2.4.3. Bariyer Yöntemler**

- a) Kondom
- b) Kadın Kondomu
- c) Diyafram
- d) Servikal başlık
- e) Spermisitler

### **2.4.4. Cerrahi Kontrasepsiyon (Tüpligasyon ve Vazektomi)**

### **2.4.5. Doğal Aile Planlaması (DAP)**

- a) Bazal vücut ısısı takibi
- b) Servikal mukus takibi
- c) Servikal palpasyon yöntemi
- d) Semptotermal yöntem

- e) Takvim veya ritim metodu
- f) Geri çekme
- g) Vajinal yıkama

## 2.4.6. Emzirme İle Gebeliğin Önlenmesi (Laktosyonel Amonore)

### 2.4.1. Hormonal Kontraseptifler

Pincus ve Chang'ın 1950'li yıllarda oral kontraseptifleri keşifleri doğum kontrolü teknolojisinde büyük bir devrim olup bu metod etkili, kullanımı kolay ve koitus ile ilişkisi olmayan bir teknik olarak insanlığa sunulmuştur (1,2). Oral kontraseptiflerin insanda kullanımına ilk kez 1956 yılında Porto Rico'da Edris Rica-Winey tarafından yapılmıştır (12,17,25).

Oral kontraseptifler, birçok ülkede son 20 yıl içinde en yaygın kontraseptif yöntem haline gelmiştir. Oral kontraseptiflerin yan etkisi ve risklerin azaltılması amacıyla içerdikleri östrojen ve progestin miktarları azaltılmış, yeni progestinler geliştirilmiştir. Böylece oral kontraseptifler yararlı etkilerinin, yan etki ve sorunlarından daha fazla olması nedeniyle güvenle kullanılan bir yöntem olmuştur (11).

**a) Kombine Oral Kontraseptifler (KOK):** KOK'lar 35 yılı aşkın bir süredir klinik kullanımda olan ve dünyada 60 milyondan fazla kadının kullandığı bir gebelikten korunma yöntemidir (1,11,26). Gelişmiş ülkelerde çok tercih edilmelerine rağmen, ülkemizde hem kullanımı oranı düşük, hem de ilk yıl bırakma hızı yüksektir (5,11). Gelişmiş ülkelerde doğurgan yaştaki kadınların %6'sı hap kullanırken bu oran ülkemizde %4,7'dir (1). Sürekli kullanıldıklarında KOK'lerin %0,2-0,3 gibi düşük bir gebelik riski vardır. Doğru kullanıldığında %99 etkilidir (2,27). KOK'lar sentetik östrojen (Ethinyl estradiol veya mestreanol) ve çeşitli progestinlerden (norethindrone, norethindrone acetate, levonorgestrel, desogesterel, norgestimate) birini içerir (5,16,28,29).

**Etki Mekanizması:** KOK'lar içerdikleri östrojen ve progesteronun etkisi ile bazal FSH (Folikül Sitümulan Hormon) ve LH'ı (Luteinizan Hormon) baskılama etkisine sahiptir. KOK pitüiter bezin hipotalmin gonodotroin releasing hormon (GnRH)

tarafından uyarıldığında gonodotropin sentezleme yeteneğini azaltır ve ovulasyonu engeller. Endometrial glandlarda atrofi meydana getirerek ve servikal mukusu kalınlaştırarak, spermelerin uterusu geçmesini engelleyerek gebeliği önler (9,11,16,25,26,27,29,30,31).

**Etkinlik:** KOK'lar düzenli ve doğru şekilde kullanıldığında %99 etkilidir. Başarısızlık oranı ilk yıl %3,0 iken motive edilmiş kişilerde %0,1'dir. Başarısızlığı etkileyen faktörlerin başında kullanıcıların motivasyonu ve hapların unutulmadan alınması gerekir. KOK kullanımı esnasındaki teorik gebelik hızı 1/100 kadını yıldır. KOK'lar tercihen adet ilk günü başlanır, her gün bir tane alınır ve 21 günlük paketlerde 7 gün, 22 günlük paketlerde 6 gün ara verilir. 28 günlük paketlerde ara vermeden diğer pakete geçilir. 28 günlük preparatların 7 tanesinde hormon yoktur ve demir içermektedir (5,13,16,25,28,29,32).

**Kullanımı:** Haplar her gün aynı saatte alınmalıdır. Eğer unutulursa, unutilan hap bir adet ise hatırlanıldığı anda alınmalı, o güne ait hapta, normal zamanında alınmalıdır. Unutilan hap 2 ise ve adet siklusunun birinci yarısında ise 2 gün üst üste ikişer hap alınır ve bir hafta ek korunma yöntemi önerilir. Adet siklusunun ikinci yarısında ise 2 hap alınması unutildu ise; o paket atılır ve yeni bir pakete başlanır. Bir hafta süre ile de ek bir yöntemle korunmalıdır. 3 hap unutilduğunda ise paket atılıp aynı gün yeni bir pakete başlanmalıdır, 7 gün süreyle de ek yöntemle korunmalıdır. Bu Gilbo'nun 7'ler kuralı olarak bilinir (11,18,27,33,34,35,36).

#### ***Olumlu Yönleri:***

- Kullanımı kolay, son derece etkili ve cinsel ilişki zamanından bağımsız yöntemlerdir.
- Adet kanamaları, miktarca daha az, daha kısa ve düzenli hale gelir.
- Demir eksikliği anemisi riskini azaltır.
- Premenstrual gerginlik ve endometriyozisle ilgili şikayetleri azaltır.
- Dismenoreyi tedavi eder, aknelere iyi gelebilir.
- Bening meme hastalıklarını ve bening over kistlerinin oluşumunu azaltır.
- Romatoid artrit riskini azaltır.
- Ektopik gebeliği önler.

- Endometrium ve over kanserlerine karşı koruyucudur.
- Pelvik enfeksiyon riskini azaltır.
- Osteoporoz riskini azaltır.
- Bırakıldığı zaman fertilitate kısa sürede geri döner.
- Beklenen yaşam süresini uzatır.

#### ***Olumsuz Yönleri:***

- Her gün hap alınmasının hatırlanması gerekir.
- Bazı kadınlar kilo alabilir.
- Bazen ara kanaması ve lekelenme olabilir.
- Özellikle sigara içen kadınlarda dolaşım bozukluğuna neden olabilir.
- Kan basıncını yükseltebilir.
- Klamidya enfeksiyon riskini artırır.
- Depresyon ve cinsel istek azalması gibi ruhsal değişiklikler olabilir.
- Cinsel yolla bulaşan hastalıklara (CYBH) karşı koruyucu değildir.

#### ***Endikasyonları:***

- Çok etkili ve geriye dönebilen kontraseptif kullanmak isteyenler,
- Aşırı adet kanaması nedeniyle kanaması olanlar,
- Adet ağrısı olanlar,
- Bening over kisti öyküsü olanlar ve bening meme hastalıkları olanlar,
- Adet düzensizliği ve ektopik gebelik riski olanlar,
- Premenstrual yakınmaları ya da siklus ortası ağrısı olanlar,
- Ailesinde endometriyal veya over kanseri öyküsü olanlar,
- Tekrarlayan pelvik enfeksiyon öyküsü olanlarda endikedir.

#### ***Kontraendikasyonları:***

- Gebe olanlar ve gebelik kuşkusu olanlar,
- Meme kanseri veya meme kanseri öyküsü olanlar,
- Geçmişte veya halen tromboembolik ya da diğer vasküler hastalığı olanlar,
- Genital organ kanseri olanlar,

- Kalp hastalığı veya kuşkusu olanlar,
- Akut karaciğer hastalığı olanlar,
- Lupus eritamazus ve orak hücre anemisi olanlar kullanmamalıdır.

***Yan Etkileri:***

- Bulantı,
- Memelerde hassasiyet,
- Baş ağrısı, baş dönmesi,
- Kilo artışı,
- Adet miktarının azalması, adetler arası lekelenme,
- Laktasyonun baskılanması gibi yan etkileri vardır  
(3,9,13,16,28,29,30,31,33,34,37,38,39).

**b) Mini Haplar (Yalnız Progestin İçeren Haplar):** Mini haplarda, kombine oral kontraseptiflere oranla daha düşük dozda progestin bulunur ve östrojen içermezler. Mini haplar östrojenin yan etkilerinden kaçmak amacıyla geliştirilmiş ancak düşük dozlu kombine preparatların çıkması ile güncelliğini yitirmiştir. Mini haplar emzirme sürecinde olan ve östrojen almayan kadınlar tarafından kullanılmaktadır (28,34).

***Etkinliği:*** KOK'lara göre daha azdır. Servikal mukusu kalınlaştırarak spermlerin geçişini engeller, %40-60 ovulasyonu engeller. Tubal motiliteyi etkileyerek endometriumu inceltir ve implantasyonu engeller. Emzirenlerde %98,5 oranında, emzirmeyenlerde %96 oranında gebeliği önleyici etkisi vardır (13,25,28,34,40).

***Kullanımı:*** Adetin birinci günü başlanır ve her gün aynı saatte bir hap alınarak sürdürülür. Yani adet döneminde ara verilmez. Eğer unutulur veya her gün aynı saatte alınmaz ise gebelik riski artar. Kadın bir hap almayı unuttuysa, 3 saatten fazla geciktiyse, unuttuğu hapı hatırlar hatırlamaz almalı ve 48 saat süreyle ek korunma yöntemi kullanılmalıdır. İki veya daha fazla hap unutuldu ise, iki gün süre ile ikişer hap alınmalı ve daha sonra birer hap almaya devam etmelidir. Bu durumda bir hafta süreyle ek bir korunma yöntemi uygulanmalıdır (11,18,25,34).

Mini hapların kullanımı ile amenore, kanama ya da lekelenme, baş ağrısı, alt karında ağrı, pelvik ağrı, memede duyarlık, göğüs ağrısı, hirsütizm, akne, dermatit ya

da saç dökülmesi, bulantı ve baş dönmesi gibi yan etkiler görülebilir (4,11,25,33).

Mini hapların belirgin metabolik etkileri yoktur, bırakır bırakmaz doğurganlık geri döner (11,18,33).

**c) Postkoital Kontrasepsiyon:** Korunmasız cinsel ilişkiden sonra, kondom yırtılması, diyaframın yer değiştirmesi, RİA'nın düşmesi, hap alımının unutulması veya cinsel tecavüz gibi durumlarda istenmeyen gebelikleri önlemek amacıyla kullanılan güvenilir bir acil doğum kontrol yöntemidir (4,25,34,41). Bu amaçla ülkemizde KOK'lar ve RİA kullanılmaktadır.

**Postkoital RİA;** Korunmasız cinsel ilişiden sonra 5 ve 10 gün sonra RİA uygulamanın koruyuculuğu arasında bir fark olmadığı bildirilmiş, yöntemin başarısızlık oranı ise %0,1 olarak verilmiştir (12,41,42). Karın ağrısı, vajinal kanamalarda artma, pelvik inflamatuvar hastalık ve CYBH açısından riskli olabileceği unutulmamalıdır (11,28,41,43).

**Postkoital Haplar;** Yüzpe rejimi olarak bilinir. On iki saat arayla 100 mikrogram etinil estradiyol ile 0,5 miligram levonorgestrelin iki kez verilmesinden oluşur. Koitus sonrası ilk 12-24 saat sonrası başlanırsa etkilidir. 72. saatten sonra etkisizdir. Kullanımı ile gebelik riski %75 oranında azalmaktadır (11,28,33,41,43).

***Olumlu Yönleri:***

- Güvenlidir.
- Kullanım süresi kısadır.
- Her yaştaki kadında kullanılabilir.
- Ucuzdur.
- Korunmasız cinsel ilişkiden ya da kontraseptif kullanımı sırasında olabilecek kazalardan sonra ve istenmeyen gebeliklerin daha oluşmadan önlenmesi için fırsat vardır.

***Olumsuz Yönleri:***

- Acil olarak en fazla üç gün içinde kullanılması gerekir.
- Tekrar kullanımında kontraseptif etkisi azalır.

- Kullanmadan sonra yeni bir korunmasız ilişki ya da kontraseptif yöntem hatası olursa korumaz.
- CYBH'lardan korumaz (4,25).

**d) Yalnız Progestin İçeren Enjekte Edilen Kontraseptifler:** Yalnız progestin içeren iki tip enjekte edilen kontraseptif vardır; Depo Medroksi Progesteron Asetat (DMPA), 3 ayda bir 150 mg İM uygulanır, Noretisteron Enantat (NET-EN); 2 ayda bir 200 mg İM uygulanır. Ülkemizde Depo Provera kullanılmaktadır (1,4,25,43).

**Etki Mekanizması:** Ovulasyonu suprese eder, servikal mukusu kalınlaştırarak spermelerin geçişini engeller ve endometriumu ince, atrofik hale getirir. Enjekte edilen kontraseptifler geçici kontraseptif yöntemlerin en etkililerinden biridir. 100 kadın yılı için başarısızlık oranı %0,1'den azdır (25,28,34,43).

Etkili kontrasepsiyon sağlanması için adet kanamasının ilk 5 günü içinde yapılmalıdır. Bu dönemde yapılmamış ise 2 hafta süre ile ek korunma yöntemi kullanılmalıdır. Bir sonraki enjeksiyon DMPA kullanımı için 3 ay, Noretisterat'ta ise 2 ay sonradır. Doğum sonrası kadın emziriyorsa ilk enjeksiyon 6.hafta sonunda yapılmalıdır. Emzirmiyorsa ilk enjeksiyon doğumdan 3-4 hafta sonra yapılabilir. Düşükten hemen sonra ya da ilk 7 gün içinde enjeksiyon yapılabilir (25,28,34).

***Olumlu Yönleri:***

- Geriye dönüşümlü kolay uygulanan, çok etkili bir yöntemdir.
- İleri yaştaki kadınlar tarafından kullanılabilir.
- Pelvik enfeksiyon, endometrium ve over kanserlerine karşı koruyucudur.
- Ektopik gebelik ve demir yetersizliği anemisini önler.
- Orak hücreli anemisi olanlarda da kullanılabilir, cinsel ilişki zamanlamasından bağımsızdır.
- Emziren anneler tarafından kullanıldığında emzirmeyi engellemez, süt miktarını artırabilir.



***Olumsuz Yönleri:***

- Adet düzensizliğine neden olabilir.
- Yöntem bırakıldığında fertilitenin dönmesi bir süre gecikebilir.
- Kilo artışına neden olabilir.
- Cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı koruyuculuğu yoktur.
- Enjeksiyonlar için kliniğe gelmek gerekir.

***Endikasyonlar:***

- Gebelikler arasında uzun süre isteyenler,
- Cinsel ilişki zamanlamasından bağımsız yöntem isteyenler,
- Emzirenler, ileri yaştaki kadınlar,
- Östrojen kullanma kontraendikasyonu olanlarda endikedir.

***Kontraendikasyonlar:***

- Gebelik,
- Aktif veya kronik karaciğer hastalığı,
- Aktif trombo embolik olay,
- Tanı konulmamış vajinal kanama,
- Meme kanseri, genital kanal neoplazisi olanlarda kontraendikedir.

***Yan Etkiler:***

- Adet düzensizlikleri,
- Baş ağrısı,
- Kilo alma,
- Memede duyarlılık gibi yan etkileri vardır (3,4,25,26,28,34).

**e) Kombine Enjekte Edilen Kontraseptifler:** Östrojen ve progesteronu birlikte içeren preparatlardır. Halen dünyada kabul edilen iki preparat bulunmaktadır: Mesigyna (Estradiol valerate 5mg + Noretisteron enantat 50 mg ); 4 haftada bir İM ve Cyclofem (DMPA 25mg + Estradiol Cypionat 5mg ); 4 haftada bir İM uygulanır. Bunlardan Mesigyna 1997 yılından beri ülkemizde kullanılmaktadır. Başarısızlık

oranı %0,1-0,2 arasındadır (3,7,13,18,25,27,44). Etki mekanizması, etkinliği, olumlu-olumsuz yönleri ve yan etkileri KOK'larla aynıdır. Uygulaması kolay ve son derece etkili bir yöntemdir. Kullanıcının bir sonraki iğneyi yaptırmak için kliniğe gelmesi dışında olumsuz bir yönü yoktur (1,25).

***Kullanımı:*** Adet gören kadınlar adet ilk 7 günü içinde, doğum sonrası dönemde eğer kadın emziriyorsa, doğum sonrası 6. aydan sonra, emzirmiyorsa doğum sonrası 3-4. haftada bu uygulanabilir. Düşük sonrası hemen ya da ilk 7 gün içinde ilk enjeksiyon yapılmalıdır. Sonraki enjeksiyon kanamanın durumuna bakılmaksızın ilk enjeksiyondan 30 gün sonra uygulanmalıdır. İkinci ve daha sonraki enjeksiyonlar daha önceden saptanan enjeksiyon tarihinden 3 gün önce ya da 3 gün sonra yapılabilir. Enjeksiyondan sonra kullanıcıya bir sonraki enjeksiyon tarihi mutlaka hatırlatılmalıdır (4,13,25,45).

***Kontraendikasyonlar:***

- Migren tipi baş ağrısı olanlar,
- Gebelik ve emziren anneler,
- Mevcut meme kanseri olanlar,
- Kronik bir hastalığı olanlarda kontraendikedir.

***Yan Etkileri:***

- Kanama düzensizlikleri,
- Baş ağrısı, baş dönmesi, halsizlik,
- Memelerde gerginlik, ağrı ve kilo artışı yapabilir (1,25).

**f) Deri Altı İmplantlar:** Deri altı implantlarıyla ilgili çalışmalar 1960'lardan beri sürmektedir. Çeşitli tiplerde imptlanlarla denemeler yapılmaktadır, bunlar arasında uzun süre önce geniş çapta kullanıma sunulan ve en yaygın kullanılan implant Norplant'tır (18,27,34).

***Norplant:*** Beş yıl süreyle koruma sağlayan etkili, uzun süreli ve geriye dönüşlü bir kontraseptiftir. Sentetik hormon (levonorgestrol) içeren 6 ince ve esnek kapsülden oluşmuştur. Küçük bir cerrahi girişimle, üst kolun iç kısmına, derinin hemen altına

yerleştirilir. Progestin; ovülasyonu baskılayarak ve servikal mukusu kalınlaştırarak sperm geçişini engeller (11,25,27). Etkinliği %99,95 civarındadır ve gebelik oranı her yıl için %0,2-0,5'tir (1,31).

Norplant yerleştirmek için en uygun zamanlar; adet ilk 7 günü içinde, düşükten hemen sonra veya ilk 7 gün içinde, emzirme döneminde (doğumdan sonra 6 hafta geçtiyse) olmaktadır (25,28,46,47). Kontraseptif etki, uygulama sonrasındaki birkaç saat içinde başlar ve çıkarıldıklarında etkisi hemen sona erer (28,44).

***Olumlu Yönleri:***

- Geriye dönüşümlü, uzun süreli ve çok etkili bir kontraseptiftir.
- Kullanımı kolay ve rahattır.
- Cinsel ilişki zamanlamasından bağımsızdır.

***Olumsuz Yönleri:***

- Uygulama ve çıkarılması küçük bir cerrahi işlem ve eğitilmiş personel gerektirir.
- Kullanıcı kendi kendine yöntemi bırakamaz.
- CYBH'lara karşı koruyuculuğu yoktur.

***Endikasyonlar:***

- Emzirenler,
- İleri yaştaki kadınlar,
- Gebelikler arasını uzun tutmak isteyenler için endikedir.

***Kontraendikasyonlar:***

- Gebelik,
- Akut ve kronik karaciğer hastalığı olanlar,
- Tanı konulmamış anormal vajinal kanaması olanlar,
- Orak hücreli anemisi olanlar,
- Trombo embolik olay gibi rahatsızlığı olanlarda kontraendikedir.

**Yan Etkileri:**

- Düzensiz kanama,
- Baş ağrısı, kilo değişiklikleri,
- Depresyon, sinirlilik, anksiyete,
- Akne, saç dökülmesi ve/veya hirsutizm,
- Bulantı, baş dönmesi, memelerde duyarlılık,
- Vajinal sekresyon artışı gibi yan etkileri vardır (13,26,28,31,34,38,45,46,48).

**İmplanon:** İçinde levonorgestrelen daha az andronejik, fakat daha fazla progesteron etkisi olan 68 mg etonorgestrel bulunmaktadır. Tek bir çubuktan oluşmaktadır. Adetin ilk 5 gününde yerleştirilir. Üç yıllık koruma sağlar. Ovulasyon inhibisyonu etkisi mevcuttur. Çıkarıldığında fertilitate hemen geri döner (3,11,27,43).

**Jadelle:** 75 gram levonorgestrel içeren iki çubuktan oluşur. 5 yıllık koruma sağlar. Fertilitenin hemen geri dönmesi iyi bir özelliğidir. Ayrıca etkinliği yüksektir. Ovulasyon inhibisyonu özelliği norplanta benzer (11,27,43).

**g) Hormon İçeren RİA'lar:**

**Progestasert:** Gövdesinde 38 mg progesteron içerir ve bir yıl etkinliği vardır. Servikal mukusu kalınlaştırır ve spermilerin uterusu geçmesine engel olur. Progestasertin ektopik gebeliğe karşı etkinliği son derece azdır (13,28,40,).

**Lng-20 RİA:** 52 mg Levonorgestrel içerir ve 5 yıl etkilidir. Etkinliği oldukça yüksektir. Kısmen overlerde folikül gelişimi ve ovulasyonu engeller, ayrıca yabancı cisim reaksiyonu oluşturur. En sık rastlanan yan etkisi amonoredir. Ülkemizde "Mirena" ticari ismi ile kullanıma sunulmuştur (13,40,45).

**h) Vajinal Halkalar (RİNG):** Silastik yapıdaki halkalar vajinaya yerleştirilerek, salınan hormonun özelliğine ve miktarına bağlı olarak kontraseptif etkinlik sağlar. İki değişik tip halka geliştirilmiştir. Birincisi 150-180 mg/gün hızında estradiol ve 250-300 mg/gün hızında levonorgestrelin salındığı estrajen ve progestajen içeren karışık tiptir. Bu halkalar özellikle üç hafta içeride, bir hafta dışarıda tutulduklarından ovulasyonu düzenlerler. İkinci tip genellikle 20 mg/gün levonorgestrelin salındığı,

yalnızca progestajen içeren tiptir. Bu halkalar menstrual siklusun ilk 5 günü vajene yerleştirildikten sonra 3 hafta boyunca kullanılır, daha sonra çıkartılır. İkinci uygulama için 7 gün beklenir ve yeni vajinal halka uygulanır. Etkinliği %98-99'dur. Halkaların yerleşim açısından sorunu yoktur, yalnızca konfor ve atılma olasılığı açısından büyüklük önemlidir. Ana koşul halkanın dış kenarının vajen duvarıyla temas halinde olmasıdır (1,4,13).

#### 2.4.2. Rahim İçi Araçlar ( RİA )

Dünyada en yaygın olarak kullanılan ikinci modern yöntem olan RİA 40 yıla yakın bir süredir kullanılmaktadır. TNSA verilerine göre Türkiye'de modern korunma yöntemi kullanan olguların %18,8'i RİA'yı tercih etmektedirler. Uzun etkisi, etkinliği, güvenli oluşu, cinsel ilişkiden bağımsız olması, emzirmeye engel olmayışı, yöntem bırakıldıktan sonra doğurganlığın hızla geri dönüşü gibi özellikleri bu yöntemin milyonlarca kadın tarafından tercih edilmesini sağlamaktadır (2,25,44).

Günümüzde dünya çapında kullanılan üç tip RİA vardır:

**a) İnert (katkısız) RİA'lar:** Polietilen (Lippes Loop) veya paslanmaz çelikten yapılmış (Mahua Halkası=yalnızca Çin'de kullanılıyordu) araçlar.

**b) Bakırlı RİA'lar:** Kollarında ve gövdesinde bakır bulunur. Salınan bakır iyonları sperm motilitesini azaltır ve spermin kromozol reaksiyonunu engeller. TCu-380A, TCu-200B, TCu-200, TCu-220C, Multiload (ML Cu 250 ve 375) ve Nova T (TCu-200Ag ve 380Ag) gibi isimler alır (25,44,48). Ülkemizde en yaygın kullanılan TCu-380A'dır. Koruyuculuk süresi bakır içeriğine göre 10 yıl olarak belirlenmiştir (44).

**c) Hormonlu RİA'lar:** Gövde kısmında progesteron içeren progestasert ve levonorgestrel içeren Lng-20 (LevoNova ve Mirena) gibi isimler alır. Progestasert 1 yıl, Lng-20 5 yıl süreyle kullanılabilir (3).

**Etki Mekanizması:** Spermin üst genital yollara ulaşmasına, ovum transportuna ve fertilizasyona engel olarak gebeliği önlerler.

RİA en etkili kontraseptif yöntemlerden biridir. Genelde gebelik hızı her 100 kadında yılda 1'den azdır.

***Olumlu Yönleri:***

- Güvenli ve çok etkili olması,
- Cinsel ilişkiden bağımsız olması,
- Emziren kadınlar için uygun olması,
- Çıkarıldıktan sonra doğurganlığın dönüşünde gecikme olmaması olumlu yönleridir.
- Sorun olmadığı sürece yılda bir kez kontrolü yeterlidir.

***Olumsuz Yönleri:***

- Uygulanmasının ve çıkartılmasının biraz ağrılı olması,
- Uygulama sırasında az da olsa uterus perforasyonu riskinin olması,
- RİA'nın uterustan servikse kayabilir olması ve vajinaya atılabilir olması,
- Takılıp çıkartılırken eğitimli bir personele ihtiyacın olması,
- Cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı koruyucu olmaması olumsuz yönleridir.

***Yan Etkileri:***

- Menstrual kanamanın miktar ve süresinde artış,
- İlk birkaç adet sancılı olması,
- İki adet arası lekelenme gibi yan etkileri vardır.

***Komplikasyonlar:***

- RİA ile birlikte gebeliğin olması,
- Uygulama sırasında pelvik enfeksiyon (PID) riskinin olması,
- Ektopik gebelik ve uterus perforasyonu gibi komplikasyonları vardır.

***Endikasyonlar:***

- Hormonal yöntemleri kullanamayanlar,
- Çok etkili ve uzun süreli geçici bir yöntem kullanmak isteyenler,
- Emzirenler, koitustan bağımsız yöntem isteyenler,

- KOK kullanamayanlarda endikedir.

***Kontraendikasyonlar:***

- Gebe veya gebelik şüphesi olanlarda,
- Tanı konmamış anormal kanaması olanlarda,
- Halen veya geçirilmiş PID'si olanlarda,
- Dismonoresi olanlarda,
- Birden fazla kişi ile cinsel ilişkide bulunanlarda,
- Ektopik gebelik öyküsü olanlarda,
- Derin anemisi olanlarda,
- Romatizmal kalp hastalığı olanlarda,
- Pıhtılaşma bozukluğu olanlarda ve diyabeti olanlarda kontraendikedir. (3,5,11,13,18,25,27,28,31,34,46).

***Uygulama Zamanı:*** Menstürel siklusun herhangi bir döneminde uygulanabilir. Gebelik şüphesini ortadan kaldırmak için siklusun ilk 10 günü tercih edilir. RİA, enfeksiyon belirtisi olmamak kaydıyla birinci trimester spontan düşük ve küretajdan hemen sonra ya da bir hafta sonra uygulanabilir. İkinci trimester düşüklerinden sonra atılma oranı yüksek olduğu için girişim ertelenebilir. Doğum sonu plasenta atıldıktan 10 dakika sonra veya ilk iki gün içinde uygulanabilir. Doğum sonu hemen uygulanmamışsa 6 hafta sonunda uygulanmalıdır (11,28,33,46).

**2.4.3. Bariyer Yöntemler**

Spermin üst genital organlara geçmesini engelleyen bariyer yöntemler, eski çağlardan beri gebelikten korunmada kullanılmaktadır. CYBH karşı ve serviks kanserinden korunmada önemli yeri olan bu yöntemlerin sistemik etkileri yoktur, çok ender yan etkileri vardır. Çoğu bariyer yöntem reçetesiz alınabilir (13,25,26,31).

**a) Kondom:** Yaygın olarak kullanılan kondomlar latex, poliüretan ya da koyun barsağından yapılmıştır (1,11,25). Kondomun en önemli özelliği CYBH karşı koruyucudur, serviks kanserinin oluşumunu engeller ve infertilite riskinde azalma sağlarlar. Kontrasepsiyon sorumluluğuna erkeklerin de katılımını sağlarlar

(25,28,33,38,44,51). TNSA 2003 verilerine göre Türkiye'de kondom kullanımı %11'dir (11). İlk kullanım yılı için başarısızlık oranı %12 olarak bilinmektedir (28,34). Kondom her cinsel ilişki sırasında penis üzerine geçirilen kauçuk bir kılıftır. Erkeğin spermelerinin vajinaya girmesini engeller. Kondom her cinsel ilişkide ve doğru olarak kullanılırsa çok etkilidir (1,3,9,26,34). Kondom kullanan erkekler, en fazla duyarlılık azalması ve cinsel ilişkiyi kesintiye uğratmasından yakınır (2,3,11,18,25,26,46).

**b) Kadın Kondomu:** Poliüretan ya da latex bir kılıf ile iki eğrilebilir poliüretan halkadan oluşmaktadır. Vajen için tasarlanmış olup her iki ucunda bükülebilir halka içerir. Servikse takılan kısmı daha küçük kapalı halka içerir, vajen dışında olan kısmı ise 2.5 cm uzunluğunda olup açık halkadır (2,9,33). Cinsel ilişki sırasında kadın kondomunun sıyrılmasının önlenmesi ile bir yıllık başarısızlık oranı %0,8'lere kadar düşebilmektedir (2,38).

**c) Diyafram:** Bükülebilir kenarları olan kubbe şeklinde lastik bir kılıftır. Spermisitlerle birlikte kullanımı önerilmektedir. Çeşitli boyutlarda olabilir. Hem serviksi tam kapatmalı, hem de rahatsızlık vermemelidir. Koitus öncesi yerleştirilir, 6 saat sonrasına kadar yerinde tutulur. Doğru olarak kullanılırsa çok güvenilir bir yöntemdir. Serviks kanserini önleyebilir ve CYBH'lara karşı bir miktar koruyuculuğu mevcuttur. Nadir de olsa toksik şok sendromu görülebileceğinden 6 saatten fazla yerinde bırakılmamalıdır (27,33). Diyafram spermisit ile ilk yıl kullanıldığında başarısızlık oranı %16'dır. Olağan kullanıcılar için başarısızlık oranı %20, ideal kullanıcılar için %6'dır (25,30).

**d) Servikal Başlık (Cap):** Diyaframa benzer, ancak servikse oturur, eş tarafından fark edilmeyebilir. Diafram gibi spermisit sürülerek kullanıcı tarafından ilişki öncesi uygulanır. İlişkiden sonra 6 saat yerinde bırakılır, 48 saatten fazla yerinde bırakılması önerilmemektedir (27,44). Servikal başlık takmadan önce ve taktıktan üç ay sonra mutlaka smear alınmalıdır. Başlıklar her 12-18 ayda bir değiştirilmelidir. Bir yılda gebelik oranı %8,4 ile %19,6 arasında değişir (1,4,33).

**e) Spermisitler:** Tek başlarına veya diğer mekanik bariyer aile planlaması yöntemleriyle kullanılabilen kimyasal bariyer yöntemleridir. En yaygın Nonoxynol-



9, Octoxynol-9 ve Menfegol'dür. Hücre membranının yüzeyinde deterjan etkisiyle membran geçirgenliğini arttırlar ve spermi hareketsizleştirirler. Spermisitler jel, köpük, tablet ve fitil şeklinde uygulanabilirler. İlişkiden 15 dakika önce uygulanmalı ve ilişkiden 6-8 saat sonra kadar vajen içinde kalmalı, vajinal yıkama yapılmamalıdır. Genellikle diğer bariyer yöntemlerle birlikte kullanılırlar ve oldukça pahalıdırlar (9,33). Bir yılda başarısızlık oranı köpük suppozituar için %0,3 iken, köpük için %31 civarındadır (1,13).

#### **2.4.4. Cerrahi Kontrasepsiyon**

Halen dünyada en yaygın olarak kullanılan en etkili kontraseptif yöntem cerrahi sterilizasyondur. Üreme kanalında yapılan cerrahi girişim sonucunda (kadında tüplerin bağlanması, erkekte kanalların kapatılması) ovum ve spermelerin birleşmesini engelleyen cerrahi sterilizasyon artık çocuk istemeyen aileler için uygun yöntemlerdir. 200 milyondan fazla çift bu yöntemle gebelikten korunmaktadır. Günümüz teknolojisi ile yöntemin geriye dönüşümü sağlanabilse de bu işlem pahalı ve güçtür aynı zamanda başarı şansıda yüzde yüz değildir. Bu nedenle yöntem tanıtılırken ve önerilirken ayrıntılı bilgi verilmelidir. Çocuk isteği ve kararsızlığı olan çiftlerde kesinlikle uygulanmamalıdır (13,25,28,34,54). Ülkemizde 1983 yılında kabul edilen 2827 sayılı yasaya göre, 18 yaşını tamamlamış olan herkes kendi isteğiyle, evliyse eşinin de yazılı onayı alınarak sterilizasyon işlemi yaptırılabilir. Ülkemizde kullanım oranı %5,7'dir (28).

**Vazektomi;** lokal anestezi altında vas deferensin bir kısmının kesilip çıkarılmasını kapsar. Psikolojik veya cinsel fonksiyonlar etkilenmez. Vazektomi sonrası üç yıl içinde geri dönüşüm işlemi uygulanırsa %70-80 oranında gebelik elde edilebilir. Yaklaşık 20 ejakulasyondan sonra güvenilirlik artar (2,9).

**Tüp Ligasyonu;** tuba uterinaların bağlanması veya eksizyonu ile oosite ulaşmasının engellenmesini sağlar. İlk yılda başarısızlık oranı %0,1'dir. Tüp ligasyon menstrual siklusu etkilemez. Meme ve endometriyum kanserine karşı koruyuculuğu yoktur ancak over kanserine karşı %80'lere varan koruma sağlar (9,46).

Tüp ligasyon %99,6, vazektomi ise %99,8 etkilidir (1,12).

#### 2.4.5. Doğal Aile Planlaması (DAP)

Çiftlerin doğurganlık bilinci ile gebeliği önlemeyi ya da oluşturmayı sağlayan bazı kuralları birlikte uygulamasıdır. Menstrual siklusun fertil ve infertil dönemlerinde, doğal belirti ve semptomları gözleyerek cinsel ilişkiden kaçınma ile gebeliğin önlenmesi yöntemleridir (3,18,25,28,46). DAP ülkemizde en sık kullanılan gebelikten korunma yöntemidir. Doğru kullanıldığında ve çiftler arasında benimsendiğinde yöntemin etkinliği %93'e çıkabildiği ancak pratik uygulamada %75-80 olduğu bilinmektedir (1).Yapılan bilimsel çalışmalarda idrarda LH piki tayini, tükürük ya da servikal mukusta eğrelti otu görüntüsü bulunmasının ovulasyon gününü belirlemede etkili olduğu kanıtlanmıştır (4,18,25).

**a) Bazal Vücut Isısı Takibi:** Ovulasyondan sonra korpus luteumdan salgılanan progesteron hormonu, termojenik veya ısı arttırıcıdır. Vücut ısısını 0,2 °C ile 0,5 °C arasında yükseltir ve bir sonraki menstruasyona kadar yüksek ısıda tutar. Bazal vücut ısısı sabahları alınmalı ve kaydedilmelidir (3,4,9,26,33). Bazal vücut ısısı artışından üç gün sonrasına kadar ilişkiye izin verilmemelidir. 14-16 gün kadar infertil olan dönemde ise ilişkiye izin verilir (1). Bazal vücut ısısı tercihen yataktan kalkmadan önce, ortalama aynı saatlerde, oral, rektal veya vajinal olarak ölçülüp, küçük değişikliklerin rahatça işlenebileceği kartlara işlenmeli ve ölçümler düzenli olarak üç ay süre ile yapılmalıdır (12,33,52).

**b) Servikal Mukus Takibi:** Yöntemin temeli servikal mukusun niteliğinin farkında olmaktır. Kadın her gün mukus değişikliğini kontrol eder. Ovulasyon döneminde akıntı artar, inceler, rengi berraklaşır ve kaygan hale gelir. Şeffaf, iplik gibi uzayan mukusun vajende oluşturduğu ıslaklık ve kayganlığın hissedildiği en son güne “zirve günü” denir. Zirve gününden itibaren 4 gün süreyle cinsel ilişkiden kaçınılır (11,18,33). Yöntemin başarısının %99'dan fazla olduğu bilinmekle birlikte Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün yapmış olduğu çok merkezli bir çalışmada ovulasyon yöntemini doğru kullananlarda başarısızlık oranı %3 olarak bildirilmiştir (1,21).

**c) Servikal Palpasyon Yöntemi:** Kadının kendi kendine palpasyonla serviks kıvamındaki değişiklikleri hissederek, serviksin sert, external servikal osun kapalı ve kolay ulaşıldığı dönemin infertil dönem olduğunu öğrenmesi ve ovulasyondan 4-5

gün önce servikte yumuşamanın başlaması, servikal osun açılması ve daha zor ulaşılması durumu başlar başlamaz, fertil dönemin başlaması nedeniyle çiftlerin cinsel perhiz uygulamalarıdır (46).

**d) Semptotermal Yöntem:** Servikal mukus değişiklikleri, bazal vücut ısısı, servikal palpasyon yöntemlerinin kombine olarak bir arada olmasıdır Bunun dışında memelerde duyarlılık, servikal değişiklikler ve ovülasyon esnasındaki ağrı, libidonun artması, siklus arası lekelenme, pelvik kavitede dolgunluk, vulvada dolgunluk gibi değişikliklerde gözlenir. Bu üç yöntem ve diğer bulgular dikkate alınarak koitustan kaçınılır (1).

**e) Takvim / Ritim Metodu:** Menstual siklusun fertil ve infertil günlerini hesaplamak için 6 aylık bir gözlem süresi sonucunda matematiksel formüllere dayanan bir yöntemdir. Yöntem, fertil günlerde çiftin cinsel ilişkiden kaçınması ve güvenli günlerden yararlanması esasına dayanır. Düzensiz siklusları olan çok genç yaştaki kadınlarda, düşük ve doğum sonrasında ve menopoza yakın dönemlerde asla önerilmemelidir. Kadının fertil olduğu dönemin başlangıcı en kısa siklustan 18 çıkarılarak bulunur. Fertil dönemin son günü ise en uzun siklustan 11 çıkarılarak bulunur. Bu dönem arasında ilişki ertelenmelidir (4,18,33). Ülkemizde %1,1 oranında kullanılmaktadır (1).

**f) Geri Çekme:** Cinsel ilişki sırasında erkeğin cinsel organının, ejakulatın gelmesinden önce vajinadan çıkarılarak meninin vajina dışına boşaltılmasına dayanan bir yöntemdir. Başarısızlık oranı %5-25 arasındadır. Cinsel ilişkiyi kesintiye uğratması ve güvenilirliği düşük olmasına rağmen ülkemizde %26,4 ile geleneksel kontraseptif yöntemler arasında birinci sırada kullanılmaktadır (3,7,8,9,25,30,33).

**g) Vajinal Yıkama:** Pek çok kadın cinsel ilişkiden hemen sonra vajinayı su ile yıkayarak spermleri uzaklaştırmanın gebeliği önleyeceğine inanır, ancak spermler birkaç saniye içerisinde servikal mukusa geçebileceğinden tamamen etkisiz bir yöntemdir (3,25,26).

#### **2.4.6. Emzirme ve Gebeliğin Önlenmesi (Laktasyonel Amenore)**

Emzirme doğurganlığı önleyebilir ancak güvenli bir yöntem değildir. Etkin olması için bebeği gündüz yaklaşık iki saatte bir emzirmek ve bebeğe anne sütü dışında başka bir besin vermemek ve annenin adet kanaması görmemiş olması gerekir. Bu şartlar altında ilk 6 ay laktasyonel amenore yöntemi kullanılabilir. Ancak ovulasyon ve gebelik adet görmeden de oluşabilir. Emziren annelerde 3.ayın sonunda, emzirmeyenlerde ya da kısmen emzirenlerde 3.haftanın sonunda diğer korunma yöntemlerinden birine başlamak gerekir. Bu Spearoff'un 3'ler kuralı olarak bilinir. Ülkemizde %0,6 oranıyla geleneksel AP yöntemler arasında 3.sırada yer almaktadır (30,33,53).

#### **2.5. Aile Planlaması Hizmetlerinde Hemşirenin Rolü ve Danışmanlık**

Modern dünyada insanlar sahip olacakları çocuk sayısı ve zamanı konusunda karar verme, planlama ve uygulama hakkına sahiptirler. Aile planlaması toplum sağlığına olduğu kadar kadın statüsüne de katkı sağlayan önemli bir hizmettir. Sağlık ekibinin önemli bir üyesi olan hemşirelerin AP hizmetlerinde önemli mesleki rolleri ve sorumlulukları vardır. Hemşirelik rolleri; bakım, eğitim, yönetim ve araştırma olmak üzere 4 ana başlık altında toplanmaktadır (54).

Toplumumuzda AP çalışmalarının başarısı bu konuda iyi yetişmiş sağlık personelinin varlığına bağlı olmakla beraber hemşireler bu konuda giderek daha aktif bir rol almaktadırlar. Bunun nedenleri; hasta ya da sağlam bireylerle en yakın iletişimde olan kişiler olmaları, görev alanları gereği halkın sorunları ile ilgili olmaları, toplumun güvenini kazanmış ve özellikle ülkemiz için önemli bir faktörde kadın olmalarıdır. Bu nedenle hemşirenin AP hizmetlerinde eğitici ve danışmanlık rolleri ön plana çıkmaktadır. Hemşireler AP hizmet alanlarında eğitim ve danışmanlık rollerini iyi kullanarak bireylerde olumlu davranış değişikliği meydana getirebilir ve AP hizmetlerinden daha fazla kişinin yararlanmasını sağlayabilirler.

Hemşirenin eğitici rolü WHO; sağlık eğitimini “kişilere sağlıklı yaşam için alınması gerekli önlemleri benimsemeye ve uygulamaya inandırmak, kendilerine sunulan sağlık hizmetlerini doğru olarak kullanmaya alıştırmak, sağlık durumlarını ve çevrelerini iyileştirmek amacıyla birey olarak veya topluca karar aldirmek”

şeklinde tanımlamaktadır (8).

Ülkemizde AP hizmetlerinin yaygınlaştırılması için hekim olmayan sağlık personelinen, uygulamalarda yararlanmak amaçlanmış ve buna yönelik ilk çalışma 1975 yılında DSÖ işbirliği ile Ankara Çubuk eğitim merkezinde, Hacettepe Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı tarafından başlatılmıştır. 24.05.1983 tarihinde kabul edilen 2827 sayılı Nüfus Planlaması Kanunu ile Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığınca eğitilip, yeterlilik belgesi verilen hemşire, ebe-hemşire ve ebelere gebeliği önleyici yöntem uygulama çalışmaları, yetkili hekimin denetimi ve gözetimi altında resmi kurum ve kuruluşlarda yürütme yetkisi verilmiştir. AP çalışmalarının başarısı, ülkemizde bu konuda iyi yetişmiş sağlık personelinin varlığına bağlıdır. Bu konuda özellikle hemşire ve ebelere önemli görevler düşmektedir. Ebe ve hemşirenin bu alandaki görevi danışmanlık, eğitim, rehberlik ve motivasyondur. AP hizmetleri ve yöntem seçimini etkileyen en önemli faktör yeterli danışmanlık hizmeti almaktır. Aktif AP danışmanlığı, üreme sağlığı hizmetlerinin kalitesini ve modern AP yöntemlerinin kullanımını artırmaktadır (55,56,57).

AP hizmetlerinin başarıya ve hedefine ulaşmasında etkin bir danışmanlığın büyük ölçüde rolü vardır ve bu hizmeti verenler için en önemli görevlerden biridir. AP metodları, tedavisi, fikirleri durmadan değiştiğinden dolayı sağlık çalışanları sık sık kendi bilgilerini gözden geçirmek zorundadır. Danışmanlık AP hizmetlerinin tüm aşamalarında sürekli yapılması gerekirken çoğunlukla göz ardı edilmektedir. Rahat bir ortamda sağlanan ektili bir danışmanlık, kişilerin korunma yöntemlerini anlamalarını sağlayarak kendi durumlarını en uygun koruma yöntemini seçmelerine yardımcı olur. Hizmetin başarısı, ortamın fizik koşulları bir yana bırakılırsa, belki de sağlık personelinin iletişim becerisinden daha önemli olarak, tüm yöntemler hakkında doğru ve tam bilgiye sahip olması, bu bilginin sürekli yenilenmesi ve üreme sağlığı bilgisi içinde sunulmasına bağlıdır. Danışmanlık aynı zamanda bilinçli yöntem seçimi, doğru ve düzenli ve uzun süreli kullanımı sağladığı ve böylece yöntemi bırakmak amacıyla kliniğe yapılan başvuruları azaltır. Hizmetin kalitesini, danışanın memnuniyetini, modern yöntem kullananların sayısını artırır (10).

Sağlık personelinin en önemli görevlerinden biriside sağlık eğitimidir. Sağlık eğitimi çalışmalarının yanı sıra, bireylere sağlıklı davranışlar kazandırma ve önceden edinilen yanlış bilgi ve davranışları düzeltmede kişilere ve topluma danışmanlıkta

sağlık personeline kritik roller düşmektedir. Danışmanlık yaparken, tüm AP yöntemlerini iyi bilmeli, kişinin mahremiyetini koruyarak, yargısız bir şekilde yaklaşmalı, endişelerini iyi dinlemeli, akılda tutulması gereken noktaları vurgulamalı, önemli konulara öncelik tanınmalı, kısa, basit ve kişinin anlayabileceği cümle ve kelimeleri kullanmalı, önemli bilgileri tekrarlamalı, kişinin de bunları tekrarlamasını istemeli, kişiyi soru sormaya cesaretlendirmeli ve kişiye daha fazla yardımcı olamayacağı durumlarda uygun yere sevk etmelidir (25,58).

Ülkemiz danışmanlık hizmetleriyle 1990'lı yıllardan itibaren AP hizmet sunumu aşamasında tanışmıştır. Bu alanda hizmet verecek sağlık çalışanları, özel sertifika programlarından geçirilerek danışmanlık, bilgi ve beceri kazanmaları sağlanmaktadır (59).

Bu eğitimi alan personelin görev tanımı, yetki ve sorumlulukları şöyle sıralanmıştır:

- Tek tek veya grup eğitimi yoluyla her yerde ve her yaştaki kişilere eğitim vermek,
- Topluma AP eğitimi vermek ve rehberlik etmek,
- Yöntemleri açıklamak ve kişinin kendisi için en uygun olanı seçmesine yardım etmek,
- Hap kullanacaklarda uygun vakayı seçmek, kullananları yan etkisi açısından izlemek,
- Pelvik muayene yapmak, normal vakalara RİA uygulamak,
- RİA kullananların belli aralıklarla kontrolünü yapmak,
- Pelvik muayene ve izlemlerde patolojik vakaları yetkili hekime göndermek,
- Kondom dağıtmak, kondom ve spermisitlerin doğru kullanılması için halkı eğitmek,
- Çalıştığı kurumda gerekli araç, gereç, ilaç ve tıbbi malzemeyi kullanmaya hazır bulundurmak,
- Yürüttüğü AP hizmetleri ile ilgili bilgileri toplamak, kaydetmek ve zamanında yetkililere ulaştırmaktır (1,4).

AP'nın amacı yalnız anne ve çocuk sağlığı düzeyini arttırmak ve doğum kontrolü sağlamak değil, aynı zamanda yaşam kalitesini artırma, kadının ve ailenin

sosyo-ekonomik statüsünü yükseltmeyi de amaç edinmektedir. AP evrensel bir sorumluluktur. Hiçbir ülke kendini bu sorumlulukların dışında tutmamalıdır (1).

***Danışmanlığın Yararları;***

- Başvuranın kendisine en uygun AP yöntemini seçmesini sağlar.
- Seçilen yöntemin doğru kullanılmasını,
- Seçilen yöntemin daha uzun süre kullanılmasını,
- Sağlık çalışanının zamanını verimli kullanılmasını sağlar.
- Hizmet kalitesini dolayısıyla da başvuruların memnuniyetinin artmasını sağlar.
- Etkili AP yöntemi kullananların sayısının artmasını sağlar.
- Başvuran kişi, sağlık kuruluşu ve ülke için tasarruf sağlar (8).

### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma, Afyon il merkezinde yaşayan sağlık personelinin doğurganlık özelliklerini, kontraseptif kullanımını belirlemek, birbirleriyle karşılaştırmak ve etki eden faktörleri değerlendirmek amacıyla, tanımlayıcı tipte bir araştırma olarak planlanmıştır.

#### 3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, Afyon il merkezinde yaşayan sağlık personeline uygulanmıştır. Araştırma, Mayıs 2009-Eylül 2009 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

#### 3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini; Afyon il merkezinde yaşayan sağlık personeli oluşturmaktadır. Araştırmada Afyon Kocatepe Üniversitesi Ahmet Necdet Sezer Uygulama ve Araştırma Hastanesinde ve Afyonkarahisar Zübeyde Hanım Doğum ve Çocuk Bakımevinde çalışan 264 evli, bayan sağlık personeline ulaşılması hedeflenmiştir. Ancak, çalışmamıza 171 sağlık personeli (Doktor, Ebe, Hemşire) katılmayı kabul etmiştir.

#### 3.4. Verilerin Toplanması

Verilerin toplanmasında açık uçlu ve çoktan seçmeli sorulardan oluşan anket formu kullanılmıştır. Form sağlık personelinin sosyo-demografik özellikleri (yaş, eğitim düzeyi, mesleği, ekonomik durumu, aile tipi vb.), doğurganlık özellikleri (gebelik sayısı, doğum sayısı, düşük ve kürtaj durumları vb.) ve aile planlaması uygulamalarına ilişkin özelliklerini (kullandıkları yöntem, kullanma süresi, memnuniyet durumu, daha önceden kullandıkları kontraseptif yöntemler vb.) belirlemeye yönelik hazırlanan 27 sorudan oluşmaktadır.

#### 3.5. Veri Toplama Tekniği

Anketler, katılımcılardan izin alınarak yapılmıştır. Anket formu uygulanmadan önce katılımcılara araştırmanın amacı açıklanmış ve izinleri alındıktan sonra anket



formunda kendilerine uygun seçeneği işaretlemeleri istenmiştir.

### **3.6. Verilerin Değerlendirilmesi**

İstatistiksel işlemlerde derecelendirilen tabloların ortalama, standart sapma, frekans ve yüzde dağılımları SPSS paket programından faydalanılarak hesaplanmıştır. Analizde anlamlı fark olup olmadığının anlaşılması için çapraz tabloların karşılaştırılmasında “ki kare” testi kullanılmıştır. İki den fazla gruplarda, ortalama değerlerin karşılaştırılmasında “ANOVA” testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık ise  $p < 0,05$  kabul edilmiştir.

#### 4. BULGULAR

##### 4.1. Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerinin İncelenmesi

**Tablo 1. Meslek durumlarına göre yaş dağılımı.**

Meslek	Yaş				
	n	%	Ort ± SS	Min	Max
Doktor	61	35,7	33,25 ± 3,88	25	40
Ebe	41	24,0	34,90 ± 7,46	20	54
Hemşire	69	40,4	31,97 ± 5,42	24	50
Toplam	171	100,0	33,13 ± 5,61	20	54
p=0,028					

Araştırmaya toplam 171 sağlık personeli katılmıştır. Kadınlardan 61'i doktor (%35,7), 41'i ebe (%24,0) ve 64'ü hemşiredir (%40,4). Tablo 1'de bu üç meslek grubunun yaş ortalamaları ve standart sapma değerleri verilmiştir.

**Tablo 2. Katılımcıların yaş gruplarına göre dağılımı.**

Yaş Grubu	Doktor		Ebe		Hemşire		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%
< 30 Yaş	13	21,3	11	26,8	27	39,1	51	29,8
30-34 Yaş	22	36,1	13	31,7	23	33,3	58	33,9
> 34 Yaş	26	42,6	17	41,5	19	27,5	62	36,3
Toplam	61	100,0	41	100,0	69	100,0	171	100,0
p=0,185								

Araştırmaya katılan sağlık personelinin yaş gruplarına göre dağılımı incelendiğinde; tüm kadınların toplamında %29,8'inin 30 yaş altı, %33,9'unun 30-34 yaş arası, %36,3'ünün 34 yaş üstü olduğu görülmektedir.

**Tablo 3. Kadınların eğitim durumunun, eş eğitim durumunun, sosyal güvencelerinin, gelir durumlarının ve aile türünün meslek gruplarına göre dağılımı.**

Veriler	Doktor		Ebe		Hemşire		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Eğitim Durumu</b>								
Lise	-	-	18	43,9	5	7,2	23	13,5
Yüksekokul	61	100,0	23	56,1	64	92,8	148	86,5
Toplam	61	35,7	41	24,0	69	40,4	171	100,0
p=0,000								
<b>Eşin Eğitim Durumu</b>								
Lise	1	1,6	13	31,7	16	23,2	30	17,5
Yüksekokul	60	98,4	28	68,3	53	76,8	141	82,5
Toplam	61	35,7	41	24,0	69	40,4	171	100,0
p=0,000								
<b>Sosyal Güvence</b>								
SSK	-	-	7	17,1	8	11,6	15	8,8
Emekli Sandığı	61	100,0	34	82,9	61	88,4	156	91,2
Toplam	61	35,7	41	24,0	69	40,4	171	100,0
p=0,006								
<b>Gelir Durumu</b>								
1000-2000 TL	-	-	5	12,2	4	5,8	9	5,3
2000-4000 TL	4	6,6	36	87,8	58	84,1	98	57,3
5000 TL ve ↑	57	93,4	-	-	7	10,1	64	37,4
Toplam	61	35,7	41	24,0	69	40,4	171	100,0
p=0,000								
<b>Aile Tipi</b>								
Çekirdek aile	60	98,4	39	95,1	64	92,8	163	95,3
Geniş aile	1	1,6	2	4,9	5	7,2	8	4,7
Toplam	61	35,7	41	24,0	69	40,4	171	100,0
p=0,319								

Eğitim durumu ve meslek grubu karşılaştırıldığında doktorların tamamı, hemşirelerin tamamına yakını ( %92,8) yüksekokul mezunu iken, ebelerin %56,1'i yüksekokul mezunudur.

Araştırmaya katılan sağlık personelinin eşlerinin eğitim durumuna bakıldığında çoğunluğunun (%82,5) yüksek okul mezunu olduğu tespit edilmiştir.

Tüm sağlık personelinin toplamında; %5,3'ünün 1000-2000 TL, %57,3'nn 2000-4000 TL arası ve %37,4'ünün 5000 TL ve üzeri gelire sahip oldukları görülmektedir.

Çalışmamıza katılan sağlık personelinin çoğunluğu (%95,3) ekirdek aile tipine sahiptir.

#### 4.2. Kadınların Doğurganlık Özelliklerinin İncelenmesi.

**Tablo 4. Meslek gruplarına göre ortalama gebelik, canlı doğum ve yaşayan çocuk sayılarının karşılaştırılması**

<b>Gebelik Sayısı</b>				
	<b>n</b>	<b>Ort ± SS</b>	<b>F</b>	<b>p</b>
Doktor	61	1,6 ± 1,0	1,554	0,214
Ebe	41	1,9 ± 1,1		
Hemşire	69	1,7 ± 1,2		
Toplam	171	1,7 ± 1,1		
<b>Canlı Doğum Sayısı</b>				
	<b>n</b>	<b>Ort ± SS</b>	<b>F</b>	<b>p</b>
Doktor	61	1,2 ± 0,7	2,479	0,087
Ebe	41	1,6 ± 0,8		
Hemşire	69	1,3 ± 0,9		
Toplam	171	1,3 ± 0,8		
<b>Yaşayan Çocuk Sayısı</b>				
	<b>n</b>	<b>Ort ± SS</b>	<b>F</b>	<b>p</b>
Doktor	61	1,1 ± 0,7	2,653	0,073
Ebe	41	1,6 ± 0,8		
Hemşire	69	1,3 ± 0,9		
Toplam	171	1,3 ± 0,8		

Tüm kadınların toplamında; ortalama gebelik sayısının  $1,7 \pm 1,1$  olduğu görülmektedir. Doktorların ortalama gebelik sayısı  $1,6 \pm 1,0$ , ebelerin ortalama gebelik sayısı  $1,9 \pm 1,1$  ve hemşirelerin ortalama gebelik sayısı  $1,7 \pm 1,1$ 'dir.

Tüm kadınların toplamında; ortalama canlı doğum sayısının  $1,3 \pm 0,8$  olduğu görülmektedir. Doktorların ortalama canlı doğum sayısı  $1,2 \pm 0,7$ , ebelerin ortalama canlı doğum sayısı  $1,6 \pm 0,8$  ve hemşirelerin ortalama canlı doğum sayısı  $1,3 \pm 0,8$ 'dir.

Tüm kadınların toplamında; ortalama yaşayan çocuk sayısının  $1,3 \pm 0,8$  olduğu görülmektedir. Doktorların ortalama yaşayan çocuk sayısı  $1,1 \pm 0,7$ , ebelerin ortalama yaşayan çocuk sayısı  $1,6 \pm 0,8$  ve hemşirelerin ortalama yaşayan çocuk sayısı  $1,3 \pm 0,9$ 'dur.

**Tablo 5. Meslek gruplarına göre katılımcıların düşük ve kürtaj durumlarının dağılımı.**

Veriler	Doktor		Ebe		Hemşire		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Düşük</b>								
0	48	78,7	35	85,4	59	85,5	142	83,0
1	10	16,4	4	9,8	6	8,7	20	11,7
2	3	4,9	2	4,9	4	5,8	9	5,3
Toplam	61	35,7	41	24,0	69	40,4	171	100,0
p=0,719								
<b>Kürtaj</b>								
0	57	93,4	34	82,9	57	82,6	148	86,5
1	3	4,9	7	17,1	9	13,0	19	11,1
2	1	1,6	-	-	3	4,3	4	2,3
Toplam	61	35,7	41	24,0	69	40,4	171	100,0
p=0,168								

Tüm kadınların toplamında %83'ünde düşük olmadığı, %11,7'sinde bir düşük ve %5,3'ünde iki düşük olduğu görülmektedir. Buna göre en fazla düşük yapan meslek grubu doktorlar olup %16,4 ile bir düşük, %4,9 ile iki düşük yapmışlardır.

Tüm kadınların toplamında %86,5 ile küretaj olmadığı, %11,1'i bir küretaj ve %2,3'ünde iki kez küretaj olduğu görülmektedir. Buna göre en fazla küretaj olan meslek grubu hemşireler olup %13,0 ile bir küretaj, %4,3 ile iki kez küretaj olmuşlardır.

**Tablo 6. Doğum şekli ve sistemik hastalık durumunun meslek gruplarına göre dağılımı.**

Veriler	Doktor		Ebe		Hemşire		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Doğum Şekli</b>								
Normal	17	33,3	20	55,6	19	34,5	56	39,4
Sezeryan	34	66,7	16	44,4	36	65,5	86	60,6
Toplam	51	35,9	36	25,4	55	38,7	142	100,0
p=0,072								
<b>Hastalık</b>								
Var	2	3,3	9	22,0	9	13,0	20	11,7
Yok	59	96,7	32	78,0	60	87,0	151	88,3
Toplam	61	35,7	41	24,0	69	40,4	171	100,0
p=0,014								
<b>Hastalığın Adı</b>								
Diabet	1	50,0	1	11,1	3	33,3	5	25,0
HT	1	50,0	3	33,3	2	22,2	6	30,0
Kalp Rahatsızlığı	-	-	2	22,2	1	11,1	3	15,0
Diğer	-	-	3	33,3	3	33,3	6	30,0
Toplam	2	10,0	9	45,0	9	45,0	20	100,0
p=0,771								

Çalışmaya katılan sağlık personelinin %60,6'sı sezeryan ile doğum yapmıştır. En fazla normal yolla doğum yapan grup %55,6 ile ebeler, en fazla sezeryan doğum yapan grup ise %66,7 ile doktorlardır.

Çalışmaya katılan sağlık personelinin sistemik hastalık durumu incelendiğinde %11,7'sinde sistemik bir hastalık olduğu görülmüştür.

### 4.3. Kadınların Kontraseptif Yöntem Kullanma Özelliklerinin İncelenmesi

**Tablo 7. Kontraseptif yöntem kullanan ve kullanmayan kadınların meslek gruplarının karşılaştırılması.**

Veriler	Doktor		Ebe		Hemşire		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Kontraseptif</b>								
Kullanıyor	50	82,0	38	92,7	59	85,5	147	86,0
Kullanmıyor	11	18,0	3	7,3	10	14,5	24	14,0
Toplam	61	35,7	41	24,0	69	40,4	171	100,0
p=0,308								
<b>Kullanmama Nedeni?</b>								
Gebelik	4	36,4	1	33,3	1	10,0	6	25,0
Emzirme	1	9,1	-	-	1	10,0	2	8,3
Eş istemiyor	-	-	-	-	1	10,0	1	4,2
Çocuk sahibi olma isteği	6	54,5	2	66,7	7	70,0	15	62,5
Toplam	11	45,8	3	12,5	10	41,7	24	100,0
<b>Kontraseptif Yöntemler</b>								
RİA	23	46,0	14	36,8	11	18,6	48	32,7
Kondom	17	34,0	9	23,7	29	49,2	55	37,4
OKS	7	14,0	2	5,3	4	6,8	13	8,8
Geri çekme	-	-	7	18,4	7	11,9	14	9,5
İmplant	1	2,0	-	-	1	1,7	2	1,4
Enjeksiyon	-	-	-	-	1	1,7	1	0,7
Tüpligasyon	2	4,0	6	15,8	6	10,2	14	9,5
Toplam	50	34,0	38	25,9	59	40,1	147	100,0
p=0,003								

Araştırmaya katılan sağlık personelinin %86,0'ının kontraseptif bir yöntem kullandığı tespit edilmiştir.

Katılımcıların kontraseptif yöntem kullanmama nedenleri incelendiğinde, en yüksek oranda %62,5 ile çocuk istiyorum cevaplandırılmıştır.

Kullanılan yöntemlere bakıldığında sağlık personeli en fazla %37,4 ile kondomu, %32,7 ile RİA'yı tercih ettikleri bulunmuştur. Mesleki durumlarına göre ayırdığımız da doktorlar %46,0 ile RİA'yı, ebeler %36,8 ile RİA'yı ve hemşireler %49,2 ile kondomu tercih etmişlerdir.



**Tablo 8. Kadınların kullandığı kontraseptif yöntemlerin eğitim durumuna göre dağılımı.**

Veriler	RİA		Kondom		OKS		Geri çekme		Tübligasyon ve Diğer		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
<b>Eğitim</b>											
Lise	Doktor	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Ebe	5	27,8	1	5,6	2	11,1	7	38,9	3	16,7
	Hemşire	1	20,0	1	20,0	-	-	2	40,0	1	20,0
	Toplam	6	26,1	2	8,7	2	8,7	9	39,1	4	17,4
p=0,807											
Yüksek okul	Doktor	23	46,0	17	34,0	7	14,0	-	-	3	6,0
	Ebe	9	45,0	8	40,0	-	-	-	-	3	15,0
	Hemşire	10	18,5	28	51,9	4	7,4	5	9,3	7	13,0
	Toplam	42	33,9	53	42,7	11	8,9	5	4,0	13	10,5
p=0,010											

Eğitim durumu ile kullanılan kontraseptif yöntemleri karşılaştırdığımızda, lise eğitimi almış olan ebe ve hemşirelerin %39,1'i geri çekme yöntemini kullandığını belirtirken, yüksekokul mezunu olan sağlık personelinin %42,7'si kondomu tercih etmişlerdir.

**Tablo 9. Kadınların kullandığı kontraseptif yöntemlerin yaşa göre dağılımı.**

Veriler	RİA		Kondom		OKS		Geri çekme		Tübligasyon ve Diğer		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
<b>Yaş Grubu</b>											
<30 yaş	Doktor	3	33,3	3	33,3	3	33,3	-	-	-	-
	Ebe	3	30,0	5	50,0	-	-	2	20,0	-	-
	Hemşire	-	-	11	55,0	3	15,0	5	25,0	1	5,0
	Toplam	6	15,4	19	48,7	6	15,4	7	17,9	1	2,6
p=0,143											
30-34 yaş arası	Doktor	5	25,0	12	60,0	3	15,0	-	-	-	-
	Ebe	4	30,8	3	23,1	1	7,7	3	23,1	2	15,4
	Hemşire	5	25,0	12	60,0	1	5,0	-	-	2	10,0
	Toplam	14	26,4	27	50,9	5	9,4	3	5,7	4	7,5
p=0,024											
>35 yaş	Doktor	15	71,4	2	9,5	1	4,8	-	-	3	14,3
	Ebe	7	46,7	1	6,7	1	6,7	2	13,3	4	26,7
	Hemşire	6	31,6	6	31,6	-	-	2	10,5	5	26,3
	Toplam	28	50,9	9	16,4	2	3,6	4	7,3	12	21,8
p=0,155											

Araştırmaya katılan 30 yaş altı sağlık personelinin en fazla tercih ettikleri yöntem kondom olup %55,0 ile hemşireler tercih etmişlerdir.

30-34 yaş arası sağlık personelinin en fazla kullandıkları kontraseptif yöntem yine kondom olup %60,0 ile doktorlar ve hemşireler tercih etmişlerdir.

35 yaş üstü yaş üstü incelendiğinde ise en fazla kullanılan kontraseptif yöntem RİA olup %71,4 ile doktorlar, %46,7 ile ebeler ve %31,6 ile hemşireler tercih etmişlerdir.

**Tablo 10. Kadınların kullandığı kontraseptif yöntemlerin eş eğitim durumuna göre dağılımı.**

Veriler	RİA		Kondom		OKS		Geri çekme		Tübligasyon ve Diğer	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Eş Eğitim</b>										
Lise	9	32,1	6	21,4	4	14,3	6	21,4	3	10,7
Yüksekokul	39	32,8	49	41,2	9	7,6	8	6,7	14	11,8
Toplam	48	32,7	55	37,4	13	8,8	14	9,5	17	11,6
p=0,069										

Kadınların eş eğitim durumu ile kullandıkları kontraseptif yöntemlere bakıldığında eşi yüksekokul mezunu olan kadınlar %41,2 ile kondomu tercih ederken, eşi lise mezunu olan kadınlar %32,1 ile RİA'yı tercih etmiştir.

**Tablo 11. Kadınların kullandığı kontraseptif yöntemlerin, gelir durumuna göre dağılımı.**

Veriler	RİA		Kondom		OKS		Geri çekme		Tübligasyon ve Diğer	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Gelir</b>										
1000-2000 TL	-	-	4	50,0	-	-	2	25,0	2	25,0
2000-4000 TL	28	32,6	30	34,9	5	5,8	12	14,0	11	12,8
5000 TL ve üstü	20	37,7	21	39,6	8	15,1	-	-	4	7,5
Toplam	48	32,7	55	37,4	13	8,8	14	9,5	17	11,6
p=0,018										

Kadınların kullandığı kontraseptif yöntemlerin, gelir durumuna göre dağılımı incelendiğinde; gelir düzeyi yüksek olanlarda (%39,6), gelir düzeyi düşük olanlarda (%50,0) kondomu tercih etmektedir.

**Tablo 12. Kadınların kullandığı yöntemlerin gebelik durumuna göre dağılımı.**

Veriler	RİA		Kondom		OKS		Geri çekme		Tübligasyon ve Diğer		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
<b>Gebelik Sayısı</b>											
0-1	Doktor	4	16,7	15	62,5	5	20,8	-	-	-	-
	Ebe	3	21,4	7	50,0	-	-	4	28,6	-	-
	Hemşire	3	10,7	17	60,7	2	7,1	4	14,3	2	7,1
	Toplam	10	15,2	39	59,1	7	10,6	8	12,1	2	3,0
p=0,081											
2	Doktor	11	68,8	2	12,5	2	12,5	-	-	1	6,3
	Ebe	6	60,0	1	10,0	1	10,0	1	10,0	1	10,0
	Hemşire	5	33,3	7	46,7	1	6,7	2	13,3	-	-
	Toplam	22	53,7	10	24,4	4	9,8	3	7,3	2	4,9
p=0,241											
3 ve üzeri	Doktor	7	70,0	1	10,0	-	-	-	-	2	20,0
	Ebe	6	42,9	-	-	1	7,1	2	14,3	5	35,7
	Hemşire	3	18,8	5	31,3	1	6,3	1	6,3	6	37,5
	Toplam	16	40,0	6	15,0	2	5,0	3	7,5	13	32,5
p=0,145											

Gebelik durumuna göre kontraseptif yöntem tercihi incelendiğinde; en az bir gebelik geçirmiş kadınlar; toplamda en fazla %59,1 ile kondomu (en fazla grup doktorlar %62,5), iki gebelik geçirip toplamda en fazla %53,7 ile RİA'yı (en fazla %68,8 ile doktorlar) ve üç ve üzeri gebelik geçirip toplamda en fazla yine RİA'yı (%40,0) tercih etmişlerdir (en fazla %70,0 ile doktorlar).

**Tablo 13. Kontraseptif yöntem kullanımının kadınların doğum şekline göre dağılımı.**

Veriler	RİA		Kondom		OKS		Geri çekme		Tübligasyon ve Diğer		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
<b>Doğum Şekli</b>											
Normal	Doktor	7	53,8	4	30,8	2	15,4	-	-	-	-
	Ebe	7	38,9	3	16,7	2	11,1	3	16,7	3	16,7
	Hemşire	6	33,3	8	44,4	-	-	2	11,1	2	11,1
	Toplam	20	40,8	15	30,6	4	8,2	5	10,2	5	10,2
p=0,285											
Sezeryan	Doktor	15	48,4	10	32,3	3	9,7	-	-	3	9,7
	Ebe	7	46,7	2	13,3	-	-	3	20,0	3	20,0
	Hemşire	5	15,2	15	45,5	4	12,1	4	12,1	5	15,2
	Toplam	27	34,2	27	34,2	7	8,9	7	8,9	11	13,9
p=0,030											

Doğum şekline göre kontraseptif yöntem tercihi incelendiğinde toplamda normal doğum yapan sağlık personeli en fazla %40,8 ile RİA'yı, sezeryan doğum yapan sağlık personeli en fazla %34,2 ile hem RİA'yı hem de kondomu tercih etmişlerdir.

**Tablo14. Kadınların kullandığı bazı kontraseptif yöntemleri kullanma nedenleri.**

Kullanma Nedenleri		Kontraseptif Yöntemler					
		RIA		Kondom		OKS	
		n	%	n	%	n	%
Güvenilir	Doktor	8	47,1	3	15,8	5	50,0
	Ebe	5	29,4	4	21,1	2	20,0
	Hemşire	4	23,5	12	63,2	3	30,0
	Toplam	17	100,0	19	100,0	10	100,0
Kullanımı Rahat	Doktor	16	51,6	1	16,7	4	66,7
	Ebe	6	19,4	-	-	-	-
	Hemşire	9	29,0	5	83,3	2	33,3
	Toplam	31	100,0	6	100,0	6	100,0
Eş İstiyor	Doktor	1	100,0	-	-	1	100,0
	Ebe	-	-	-	-	-	-
	Hemşire	-	-	2	100,0	-	-
	Toplam	1	100,0	2	100,0	1	100,0
Diğerlerinin Yan Etkisi	Doktor	2	66,7	16	41,0	-	-
	Ebe	1	33,3	4	10,3	-	-
	Hemşire	-	-	19	48,7	-	-
	Toplam	3	100,0	39	100,0	-	-
Uzun Süre Çocuk İstememek	Doktor	8	47,1	-	-	-	-
	Ebe	5	29,4	-	-	-	-
	Hemşire	4	23,5	-	-	-	-
	Toplam	17	100,0	-	-	-	-
Temin Etmesi Kolay	Doktor	-	-	5	45,5	-	-
	Ebe	-	-	1	9,1	-	-
	Hemşire	-	-	5	45,5	-	-
	Toplam	-	-	11	100,0	-	-
Hiç Çocuk İstememek	Doktor	-	-	-	-	-	-
	Ebe	-	-	-	-	-	-
	Hemşire	-	-	-	-	-	-
	Toplam	-	-	-	-	-	-
Diğer	Doktor	-	-	1	33,3	-	-
	Ebe	-	-	-	-	-	-
	Hemşire	-	-	2	66,7	-	-
	Toplam	-	-	3	100,0	-	-

Tablo 14’de en çok kullanılan üç kontraseptif yöntemi kullanma nedenleri verilmiştir. Her kontraseptif yöntemdeki sayılar birbirinden bağımsızdır. Kontraseptif yöntem olarak RİA kullanan 48 kişiden 31’i “Kullanımı Rahat” olduğu için bu yöntemi tercih ederken, yine toplamda 17’si RİA’yı “Güvenilir” bulduğu için, 17’si “Uzun Süre Çocuk İstemediği”, 3’ü “Diğerlerinin Yan Etkisi” olduğu ve 1 kişi de “Eş İsteddiği” için bu yöntemi kullandıklarını belirtmişlerdir.

Kondom kullanan 55 kişiden 6’sı “Kullanımı Rahat” olduğu için bu yöntemi tercih ederken, yine toplamda 19’u kondomu “Güvenilir” bulduğu için, 19’u “Diğerlerinin Yan Etkisi” olduğu için, 11’i “Temin Etmesi Kolay” olduğu için, 3 kişi “Diğer” nedenlerden dolayı ve 2 kişi “Eş İsteddiği” için bu yöntemi kullandıklarını belirtmişlerdir.

OKS kullanan 13 kişiden 6’sı “Kullanımı Rahat” olduğu için bu yöntemi tercih ederken, yine toplamda 10’u OKS’yi “Güvenilir” bulduğu için, ve 1 kişi de “Eş İsteddiği” için bu yöntemi kullandıklarını belirtmişlerdir.

Bunun yanında geri çekme yöntemini “Eş İstiyor” diyenlerin sayısı 10 (6 ebe ve 4 hemşire) ve “Diğer” nedenlerden ötürü tercih edenlerin sayısı 4’tür (1 ebe ve 3 hemşire). İmplantı “Diğer” nedenlerden tercih eden sayısı 2 (2 doktor), yine aynı nedenden “Enjeksiyon” u tercih edenlerin sayısı 1’dir (1 doktor). Tübligasyonu “Diğerlerinin Yan Etkisi”nden dolayı tercih edenlerin sayısı 2 (1 ebe ve 1 hemşire), “Hiç Çocuk İstemediği” için tercih edenlerin sayısı 11 (2 doktor, 5 ebe, 4 hemşire) ve “Diğer” nedenlerden ötürü tercih edenlerin sayısı 4’tür (1 doktor ve 3 hemşire). Bu yöntemleri kullananların sayısı az olduğu için tabloda gösterilmemiştir.

**Tablo 15. Kadınların önceki kontraseptif yöntemi bırakma nedenleri.**

Önceki Yöntemi Bırakma Nedenleri		Kontraseptif Yöntemler					
		RİA		Kondom		OKS	
Yan Etkileri	Doktor	1	6,7	-	-	5	38,5
	Ebe	7	46,7	-	-	3	23,1
	Hemşire	7	46,7	-	-	5	38,5
	Toplam	15	100,0	-	-	13	100,0
Çocuk İsteme	Doktor	9	33,3	23	41,8	15	62,5
	Ebe	10	37,0	8	14,5	2	8,3
	Hemşire	8	29,6	24	43,6	7	29,2
	Toplam	27	100,0	55	100,0	24	100,0
Yöntem Başarısızlığı	Doktor	-	-	-	-	2	66,7
	Ebe	-	-	-	-	1	33,3
	Hemşire	1	100,0	2	100,0	-	-
	Toplam	1	100,0	2	100,0	3	100,0
Etkili Yöntem İsteme	Doktor	-	-	1	50,0	-	-
	Ebe	1	100,0	-	-	-	-
	Hemşire	-	-	1	50,0	-	-
	Toplam	1	100,0	2	100,0	-	-
Alerji ve Kaşıntı	Doktor	-	-	1	50,0	-	-
	Ebe	-	-	1	50,0	-	-
	Hemşire	-	-	-	-	-	-
	Toplam	-	-	2	100,0	-	-
Hamilelik Korkusu ve Güvenmeme	Doktor	-	-	1	33,3	-	-
	Ebe	-	-	2	66,7	-	-
	Hemşire	-	-	-	-	-	-
	Toplam	-	-	3	100,0	-	-
Eş İstemiyor	Doktor	-	-	-	-	-	-
	Ebe	-	-	2	100,0	-	-
	Hemşire	-	-	-	-	-	-
	Toplam	-	-	2	100,0	-	-



Tablo 15’de kadınların daha önce kullanmış oldukları kontraseptif yöntemleri bırakma nedenleri verilmiştir. Kontraseptif yöntem olarak RİA’yı kullanan 15 kişi “Yan Etkileri” nedeniyle, 27 kişi “Çocuk İstemi” nedeniyle ve birer kişide “Yöntem Başarısızlığı” ve “Etkili Yöntem İsteme” nedeni ile bu yöntemi bırakmışlardır.

Kontraseptif yöntem olarak kondomu kullanan 55 kişi “Çocuk İstemi” nedeniyle, 3 kişi “Hamilelik Korkusu ve Güvenmeme” nedeniyle ve ikişer kişide “Yöntem Başarısızlığı”, “Alerji ve Kaşıntı”, “Etkili Yöntem İsteme” ve “Eş İstemediği” için bırakmışlardır.

Kontraseptif yöntem olarak OKS kullanan 24 kişi “Çocuk İstemi” nedeniyle, 13 kişi “Yan Etkileri” nedeniyle ve 3 kişi “Yöntem Başarısızlığı” nedeniyle bu yöntemi bırakmışlardır.

Bunun yanında geri çekme yöntemini bırakma nedenleri olarak 12 kişi (4 ebe ve 8 hemşire) “Çocuk İsteme” ve 2 kişi (2 hemşire) “Hamilelik Korkusu ve Güvenmeme” yi neden olarak belirtmiştir. Bu yöntemi kullanıp da bırakanların sayısı az olduğu için tabloda gösterilmemiştir.

**Tablo 16. Kadınların kullandığı kontraseptif yöntemlerin, kullandığı süre (yıl olarak) dağılımı.**

Veriler	RİA		Kondom		OKS		Geri çekme		Tübligasyon ve Diğer		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
<b>Yöntem Kullanma Süresi</b>											
1 yıl	Doktor	2	28,6	3	42,9	2	28,6	-	-	-	-
	Ebe	1	11,1	4	44,4	1	11,1	1	11,1	2	22,2
	Hemşire	1	5,6	11	61,1	1	5,6	4	22,2	1	5,6
	Toplam	4	11,8	18	52,9	4	11,8	5	14,7	3	8,8
p=0,302											
1-5 yıl	Doktor	19	45,2	15	35,7	5	11,9	-	-	3	7,1
	Ebe	8	47,1	4	23,5	1	5,9	3	17,6	1	5,9
	Hemşire	3	12,0	14	56,0	3	12,0	3	12,0	2	8,0
	Toplam	30	35,7	33	39,3	9	10,7	6	7,1	6	7,1
p=0,049											
5 yıl ve üzeri	Doktor	1	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-
	Ebe	5	45,5	-	-	-	-	3	27,3	3	27,3
	Hemşire	7	43,8	4	25,0	-	-	-	-	5	31,3
	Toplam	13	46,4	4	14,3	-	-	3	10,7	8	28,6
p=0,196											

Tablo 16’da kullanılan kontraseptif yöntemlerin ne kadar süredir kullanıldığı verilmiştir. Buna göre en az süre ile (bir yıl) toplamda kondom %52,9 oranında tercih edilirken, en uzun süre kullanılan yöntem (5 yıl ve üzeri) toplamda %46,4 ile RİA’dır.

**Tablo 17. Kadınların kullandıkları kontraseptif yöntemi temin etme yeri.**

Veriler	Yöntem Yeri	Temin	RİA		Kondom		OKS		Geri çekme		Tübligasyon ve Diğer	
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Doğum evi	Doktor		1	50,0	-	-	1	50,0	-	-	-	-
	Ebe		1	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-
	Hemşire		3	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-
	Toplam		5	83,3	-	-	1	16,7	-	-	-	-
AÇSAP	Doktor		1	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-
	Ebe		7	70,0	1	10,0	2	20,0	-	-	-	-
	Hemşire		3	60,0	2	40,0	-	-	-	-	-	-
	Toplam		11	68,8	3	18,8	2	12,5	-	-	-	-
Sağlık ocağı	Doktor		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Ebe		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Hemşire		-	-	1	100,0	-	-	-	-	-	-
	Toplam		-	-	1	100,0	-	-	-	-	-	-
Eczane	Doktor		20	52,6	11	28,9	6	15,8	-	-	1	2,6
	Ebe		6	60,0	4	40,0	-	-	-	-	-	-
	Hemşire		5	20,0	14	56,0	4	16,0	-	-	2	8,0
	Toplam		31	42,5	29	39,7	10	13,7	-	-	3	4,1
Temin yeri gerektir meyen yerler	Doktor		1	33,3	-	-	-	-	-	-	2	66,7
	Ebe		-	-	-	-	-	-	7	53,8	6	46,2
	Hemşire		-	-	-	-	-	-	7	53,8	6	46,2
	Toplam		1	3,4	-	-	-	-	14	48,3	14	48,3
Market	Doktor		-	-	6	100,0	-	-	-	-	-	-
	Ebe		-	-	3	100,0	-	-	-	-	-	-
	Hemşire		-	-	12	100,0	-	-	-	-	-	-
	Toplam		-	-	21	100,0	-	-	-	-	-	-

p=0,000

Yöntem tercih yeri olarak sağlık personelinin, RİA'yı (31 kişi), kondomu (29 kişi) ve OKS'yi (10 kişi) en fazla eczaneden temin ettikleri bulunmuştur.

**Tablo 18. Kadınların kullandığı kontraseptif yöntemi temin etme yerini tercih etme nedeni.**

Veriler	RİA		Kondom		OKS		Geri çekme		Tübligasyon ve Diğer		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
<b>Temin Etme Yerini Tercih Etme Nedeni</b>											
Ulaşım	Doktor	7	46,7	5	33,3	3	20,0	-	-	-	-
	Ebe	3	37,5	5	62,5			-	-	-	-
	Hemşire	4	19,0	14	66,7	1	4,8	-	-	2	9,5
	Toplam	14	31,8	24	54,5	4	9,1	-	-	2	4,5
p=0,147											
Maliyet	Doktor	2	22,2	6	66,7	1	11,1	-	-	-	-
	Ebe	3	50,0	1	16,7	2	33,3	-	-	-	-
	Hemşire	2	16,7	9	75,0	1	8,3	-	-	-	-
	Toplam	7	25,9	16	59,3	4	14,8	-	-	-	-
p=0,102											
Hizmet	Doktor	13	56,5	6	26,1	3	13,0	-	-	1	4,3
	Ebe	8	80,0	2	20,0	-	-	-	-	-	-
	Hemşire	5	38,5	6	46,2	2	15,4	-	-	-	-
	Toplam	26	56,5	14	30,4	5	10,9	-	-	1	2,2
p=0,451											

Tablo 18'e bakıldığında sağlık personeli kontraseptif yöntem olarak kondomu; ulaşımı kolay (%54,5) ve maliyeti daha düşük olduğu için (%59,3) tercih etmişlerdir.

**Tablo 19. Kadınların yöntem öncesi muayene ve danışmanlık hizmetini tercih etmeleri ve yöntem ile ilgili bilgi durumlarının incelenmesi.**

Veriler	Doktor		Ebe		Hemşire		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Yöntem Öncesi Muayene Oldu mu?</b>								
Evet	29	58,0	20	54,1	22	37,3	71	48,6
Hayır	21	42,0	17	45,9	37	62,7	75	51,4
p=0,073								
<b>Yöntem Öncesi Danışmanlık Hizmeti Oldu mu?</b>								
Evet	15	30,0	20	54,1	26	44,1	61	41,8
Hayır	35	70,0	17	45,9	33	55,9	85	58,2
p=0,072								
<b>Yan Etki Bilginiz Var mı?</b>								
Evet	50	100,0	33	89,2	50	84,7	133	91,1
Hayır	-	-	4	10,8	9	15,3	13	8,9
p=0,018								

Araştırmaya katılan sağlık personelinin %48,6'sı yöntem öncesi muayene olup, %41,8'i danışmanlık hizmeti aldığını belirtmişlerdir. Sağlık personelinin tamamına yakını (%91,1) kontraseptif yöntemler hakkında yan etki bilgisine sahiptirler.

**Tablo 20. Kullanılan kontraseptif yöntem sırasında karşılaşılan gebelik ile ilgili sorunların incelenmesi.**

Veriler	Doktor		Ebe		Hemşire		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Kontraseptif Yöntem Sırasında Gebe Kaldınız mı?</b>								
Evet	4	6,6	3	7,3	3	4,3	10	5,8
Hayır	57	93,4	38	92,7	66	95,7	161	94,2
p=0,779								
<b>Bu Gebelik İstenen Bir Gebelik miydi?</b>								
Evet	3	75,0	2	66,7	1	33,3	6	60,0
Hayır	1	25,0	1	33,3	2	66,7	4	40,0
p=0,517								
<b>Bu Gebelik Nasıl Sonuçlandı?</b>								
Doğum	3	75,0	2	66,7	3	100,0	8	80,0
Küretaj	1	25,0	1	33,3	-	-	2	20,0
p=0,564								
<b>Bu Yönteme Karşı Güveninizi Nasıl Etkiledi?</b>								
Yöntemi Bıraktım	2	50,0	-	-	2	66,7	4	40,0
Devam Ettim	2	50,0	3	100,0	1	33,3	6	60,0
p=0,217								

Araştırmaya katılan sağlık personelinin sadece %5,8'i kontraseptif yöntem kullanırken gebe kalmış ve %60,0'ı bu gebeliğin istenen bir gebelik olduğunu belirtmişlerdir. Kontraseptif yöntem kullanırken gebe kalan sağlık personelinin gebelikleri %80,0 doğum ile sonuçlanmış ve %60,0'ı aynı yöntemle korunmaya devam etmişlerdir.

## 5. TARTIŞMA

Çok genç yaşta, ileri yaşta ve sık aralıklarla yapılan doğumlar ülkemizde anne ölümlerinin başında gelmektedir. Bu nedenlerden dolayı kontraseptif seçimi önemli bir karardır. Etkili olmayan yöntemler, istenmeyen gebeliğe yol açabilirken; güvenilir olmayan yöntem kullanan bireylerde ciddi tıbbi yan etkiler oluşabilir.

Dünya çapında doğurgan kadınların %51'inin bir kontraseptif yöntemi kullandıkları bilinmektedir.

Ülkemizde yapılan son nüfus ve sağlık araştırmasına göre 15-49 yaş arası evli kadınların %37,7'si etkili bir aile planlaması yöntemi, %25,5'i geleneksel (etkisi sınırlı) bir yöntem kullanırken, %36,8'i hiçbir yöntem kullanmamaktadır. Türkiye Demografi ve Sağlık Araştırması 1998 verilerine göre doğurganlık hızı son 10-20 yılda oldukça hızlı bir düşüş göstermiş ve kadın başına 2,6 düzeyine inmiştir. Doğurganlık ve ölüm hızları, bazı Avrupa ülkeleri ile benzer seviyelerde olsa bile etkili aile planlaması yöntemlerine başvurma oranının düşüklüğü hala bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu nedenle eğitim düzeyinin artmasıyla kişilerin kendilerine uygun yöntemi seçmesi ve uygulaması kolaylaşacaktır (60).

TNSA verilerine göre, ülkemizde doğurganlık hızı 2,2 olarak belirlenmiştir. Doğurganlık hızı yüksek olmamakla birlikte, bölgeler arasında belirgin farklılıklar bulunmaktadır. Örneğin, Doğu bölgesinde doğurganlık hızı 3,7 iken, Batı bölgesinde 1,9'dur. Aynı zamanda kırsal alanda yaşayan kadınlar ortalama 2,7, kentsel alanda yaşayan kadınlar ise ortalama 2,1 çocuk sahibi olmaktadır. Çocuk sahibi olma oranları, kadınların eğitim düzeyinden etkilenmektedir. Doğurganlık hızı, eğitim düzeyi yüksek olan kadınlarda 1,4 iken, eğitim düzeyi düşük olan kadınlarda 3,7'ye yükselmektedir (53).

Dünder ve ark.'larının, çalışan evli ebelerde yapmış olduğu araştırmada, ebelerin ortalama gebelik sayısı  $2,1 \pm 0,9$ , ortalama canlı doğum sayısı  $1,8 \pm 0,7$ 'dir. Yaşayan çocuk sayısı ise  $1,8 \pm 0,6$ 'dır (61).

Bizim çalışmamızda toplamda, ortalama gebelik hızı  $1,7 \pm 1,1$ , ortalama canlı doğum sayısı ve ortalama yaşayan çocuk sayısı  $1,3 \pm 0,8$  olarak bulunmuştur.

Araştırmamıza katılan kadınların %83'ünde düşük olmadığı, %11,7'sinde bir düşük ve %5,3'ünde iki düşük olduğu görülmektedir. Buna göre en fazla düşük yapan meslek grubu doktorlar olup %16,4 ile bir düşük, %4,9 ile iki düşük yapmışlardır.

Sağlık personelinin %86,5'inde kürtaj olmadığı, %11,1'inde bir kürtaj ve %2,3'ünde iki kürtaj olduğu saptanmıştır. Buna göre kürtaj oranı en yüksek meslek grubu hemşirelerdir (%17,3).

2003 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması'na göre, evli kadınların %42,5'i etkili, %28,5'i geleneksel bir yöntem olmak üzere %71'i herhangi bir yöntem kullanmaktadır. En fazla kullanılan geleneksel yöntem geri çekmedir (%26,4). En fazla kullanılan etkili yöntem rahim içi araçtır (%20,2) (7).

Oltuluoğlu'nun, 15-49 yaş arası bayanlarda yapmış olduğu araştırmada, kadınların %62,3'ü modern, %37,8'i geleneksel yöntem kullanmaktadır (1).

Araştırmamıza katılan sağlık personelinin %86'sının kontraseptif yöntem kullandığı, %14'ünün kontraseptif yöntem kullanmadığı saptanmıştır. Buna göre kadınların %9,5'i geleneksel yöntem, %90,5'i modern yöntem kullanmaktadır. En fazla kullanılan geleneksel yöntem geri çekme (%9,5) ve en fazla kullanılan etkili yöntem kondom (%37,4) bulunmuştur.

Araştırmaya katılan kadınların kontraseptif kullanmama nedenlerinden, sırasıyla en yüksek oranda %62,5 ile "çocuk istiyorum" bulunmuştur. %8,3 ile emzirenler ve %4,2 ile eşi istemeyenler bu sırayı takip etmektedir.

Tokuç ve ark.'nın, 15-49 yaş arası evli kadınlarda yaptığı bir çalışmada, yöntem kullanmayanların, kullanmama nedenleri arasında da ilk sırada çocuk isteğinden (%33,3), sonra sağlık kaygısı (%26,6) ve yöntemi nereden elde edilebileceğini bilmemek (%8,3) gelmektedir. Yöntem kullanmayan kadınların %6,6'sı ise yöntem kullanımına karşıdır (62).

Araştırmamızdaki bayanların bütününde kullanılan kontraseptif yöntemlerin %37,4 ile kondom 1. sırada, %32,7 ile RİA 2. sırada, %9,5 ile geri çekme ve tüpligasyonun 3. sırada yer aldığı bulunmuştur. Doktorlar %4,0 ile RİA'yı tercih ederken, ebelerin %36,8'i ve hemşirelerin %49,2 ile kondomu tercih ettikleri bulunmuştur.



Ersin ve ark.'nın, Şanlıurfa'da evli kadınlar da yapmış olduğu çalışmada en çok kullanılan yöntem RİA olmakla birlikte (%43), hap %28,5, kondom %19,2, enjeksiyon %8,8, spermisit %5,8, tüpligasyon %4,1 ve 2 eşinde vazektomi yaptırdığı belirlenmiştir (19).

Tanrıverdi ve ark.'larının, Çanakkale'de yaptığı bir çalışmada, kadınların %32,8'i RİA, %24,1'i kondom, %20,6'sı geri çekme, %11,8'i hap ve %10,7' si diğer yöntemleri kullandıkları ortaya çıkmıştır (63).

Dündar ve ark.'larının, yaptığı çalışmada ebelerin en sık kullandığı yöntem %39,6 ile kondom, %31,7 ile RİA, %11,9 ile tüpligasyon, %8,9 ile geri çekme %5,9 ile KOK ve %2,0 ile takvim yöntemi olduğu bulunmuştur (61).

Özkan ve ark.'ları, kadın sağlık personelinin kullandığı ilk üç yöntemi kondom, RİA ve KOK olarak saptamışlardır. Uygur ve ark.'nın çalışmasında ise sıralama RİA, kondom ve geleneksel yöntem bulunmuştur (61).

Takkar ve ark.'nın, Hindistan'da çalışan kadınlarda yaptığı araştırma da, en çok kullanılan yöntem %57,8 ile kondom ve %24,7 ile RİA bulunmuştur (37).

Sağlık personelinin diğer çalışan veya yüksek öğrenimli kadınlardan farklı olarak etkin aile planlaması yöntemlerini daha yüksek sıklıkta kullandıkları görülmektedir.

Araştırmamıza katılan kadınlardan lise eğitimi almış olan ebe ve hemşirelerin %39,1'i geri çekme yöntemini kullanırken, yüksekokul mezunu olan sağlık personelinin çoğunluğu %42,7 ile kondomu tercih ettiği saptanmıştır. Bu durum bize, kadınların eğitim durumu yükseldikçe etkin kontraseptif yöntem kullanımının arttığını göstermektedir.

Kadınların eş eğitim durumu incelendiğinde, eşi lise mezunu olan kadınların %32,1'i RİA, %21,4'ü kondom ve geri çekme yöntemini aynı yüzde ile tercih ettiklerini belirtmişlerdir. Eşi yüksekokul mezunu olan kadınların ise %41,2 ile kondom, %32,8 ile RİA'yı kullandıkları bulunmuştur. Eş eğitim durumu yükseldikçe, etkin yöntem kullanımının arttığı görülmektedir.

Araştırmamıza katılan kadınlar arasında, gelir düzeyi düşük olanlarda (%39,6), gelir düzeyi yüksek olanlarda (%50,0) kondomu tercih ettikleri belirlenmiştir.

Şimşek'in, çalışan ve çalışmayan kadınlarda yapmış olduğu çalışmada, gelir düzeyi yüksek olanlar %46,8 ile kondomu tercih ederken gelir düzeyi düşük olanlar %49,2 ile geri çekme ve diğer (tüpligasyon) yöntemleri kullandıkları bulunmuştur (4).

Schoemaker'in, Endonezya'da yaptığı çalışmasında, fakir kadınların %43'ü, orta düzeyde olanların %53'ü ve zengin kadınların %59'u modern kontraseptif yöntemler kullanmaktadır (64).

Kadınların gebelik durumuna göre kontraseptif yöntem tercihi incelendiğinde; en az bir gebelik geçirmiş kadınlar; toplamda en fazla %59,1 ile kondomu (en fazla grup doktorlar %62,5), iki gebelik geçirip toplamda en fazla %53,7 ile RİA'yı (en fazla %68,8 ile doktorlar) ve üç ve üzeri gebelik geçirip toplamda en fazla yine RİA'yı (%40,0) tercih etmişlerdir (en fazla %70,0 ile doktorlar).

Sağlık personelinin doğum şekline göre kontraseptif yöntem tercihi incelendiğinde, normal vajinal yolla doğum yapan kadınlar en fazla %40,8 ile RİA'yı, sezeryan doğum yapan kadınların ise en fazla %34,2 ile hem RİA'yı hem de kondomu tercih ettikleri bulunmuştur.

Kadınların kontraseptif yöntemleri kullanma sürelerine bakıldığında en az süre ile (bir yıl) kondom %52,9 oranında tercih edilirken, en uzun süre kullanılan yöntem (5 yıl ve üzeri) toplamda %46,4 ile RİA'dır.

Balcı ve ark.'larının, 15-49 yaş arası kadınlarda yapmış olduğu çalışmada ortalama kullanım süresi RİA için  $4.03 \pm 3.54$  yıl, OKS için  $2.85 \pm 3.06$  yıl, kondom için  $3.50 \pm 3.88$  yıl ve geri çekme için  $4.60 \pm 3.68$  yıl olarak bulunmuştur (65).

Araştırmamızda kontraseptif yöntem olarak RİA kullanan kadınların %64'ü "Kullanımı Rahat" olduğu için bu yöntemi tercih ederken, %35'i RİA'yı "Güvenilir" bulduğu için ve "Uzun Süre Çocuk İstemediği" için yöntemi kullandıklarını belirtmişlerdir. Kondom kullanan kadınların %34'ü kondomu "Güvenilir" ve "Diğerlerinin Yan Etkisi" olduğu için, %22'si "Temin Etmesi Kolay" olduğu için bu yöntemi kullandıklarını belirtmişlerdir. OKS kullanan kadınlardan %46'sı "Kullanımı Rahat" olduğu için bu yöntemi tercih ederken, %76'sı OKS'yi "Güvenilir" bulduğu için kullandıklarını belirtmişlerdir. Kadınların %71'i geri çekme yöntemini "eşlerinin tercihi" olduğu için ve %28'i "Diğer" nedenlerden ötürü tercih ettiklerini belirtmişlerdir.

Tanrıverdi'nin yapmış olduğu çalışmada RİA kullanan kadınların %60,6'sı bu yöntemi güvenilir, risksiz buldukları için, %29,8'i kullanımı kolay olduğu için ve %9,6'sı ise hiçbir problem yaşamadığı için bu yöntemi tercih ettikleri bulunmuştur.

Eşi kondom kullanan kadınların %43,4'ü bu yöntemi güvenilir bulduğu için, %30,1'i kullanımı rahat olduğu için, %16,9'u daha uygun bir yöntem olmadığı için ve %9,6'sı ise eşi tercih ettiği için kondom kullanmaya devam ettiklerini belirtmişler. Hap kullanan kadınların %36,6'sı güvenilir olduğu için, %34,1'i kullanımı rahat olduğu için, %24,4'ü doktor istemi ve %4,9'u eşi istediği için bu yöntemi kullanmaya devam ettiklerini belirtmişlerdir. Kadınların %39,4'ü geri çekme yöntemini eşlerinin tercihi olduğu için, %38,0'ı güvenli buldukları için, %11,3'ü başka bir yöntemi bilmediği için, %5,6'sı ekonomik olduğu için ve %55,6'sı yeni doğum /düşük yaptığı için kullandıklarını belirtmişlerdir (63).

Sağlık personelinin önceki kontraseptif yöntemi bırakma nedenlerine bakıldığında kontraseptif yöntem olarak RİA'yı kullananların %61'i "Çocuk İstemi" nedeniyle, kondom kullananların %83'ü ve OKS kullananların %60'ı yine "Çocuk İstemi" nedeniyle kullandıkları kontraseptif yöntemini bırakmışlardır.

Dündar'ın yapmış olduğu çalışmada RİA en fazla çocuk isteminden dolayı (%57,9), OKS en çok yan etkisinden dolayı (%64,2), kondom en fazla yine çocuk istemi nedeniyle (%41,9) ve geri çekme (%36,4) en fazla etkin yöntem istedikleri için bırakılan yöntem olarak bulunmuştur (61).

Uskun ve ark.'larının, çalışan kadınlar üzerinde yapmış olduğu çalışmada ise RİA en fazla yan etkisinden dolayı (%33,3), OKS en çok (%72,7) çocuk isteminden dolayı, kondom en fazla (%40,0) eş istemediği için ve geri çekme yine en fazla (%43,8) çocuk isteminden dolayı bırakılan yöntem olarak bulunmuştur (66).

2003 TNSA'ya göre geçmişte kullanıp en sık bırakılan yöntemler sırasıyla geri çekme, RİA ve OKS'dir. Bırakma nedenleri de gebe kalmak isteme, yöntem kullanırken gebe kalma ve kullanılan yöntemin yan etkisi olarak sıralanmıştır. Bu da kadınların yaklaşık olarak 1/5'inin yöntemden kaynaklanan nedenlerle yöntem değiştirme yoluna gittiğini, ancak AP yöntemini tamamen terk etmediklerini göstermektedir (7).

Türkiye'de AP hizmetleri çeşitli kurumlarca verilmektedir. Sağlık Bakanlığı kapsamında sağlık ocakları, sağlık evleri, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması

merkezleri (AÇS-AP), doğumevlerinin AP poliklinikleri tarafından, Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) Hastaneleri ve dispanserlerince, üniversite hastaneleri ve özel kurumlarca hizmet verilmektedir. Danışmanlık yanında sağlık ocakları ve AÇS-AP'larda hap ve kondom dağıtılmakta ve RİA uygulanmaktadır (2,4). Bu hizmetlerin dışında doğumevlerinde tüp ligasyonu, vazektomi ve deri altı implantları uygulanmaktadır (6).

Çalışmamıza katılan bayanlar yöntem tercih yeri olarak RİA'yı (%42,5), kondomu (%39,7) ve OKS'yi (%13,7) en fazla eczaneden temin ettiklerini belirtmişlerdir. Kontraseptif yöntemi temin etme yerini tercih etme nedenleri arasında kadınlar kondomu ulaşımı daha kolay ve maliyeti daha düşük olduğu için cevabını vermişlerdir.

Kaya ve ark., 15-49 yaş arası kadınlarda yaptığı bir çalışmada, etkili yöntem kullanan kadınların %55,7'si yöntemi kamu sektöründen, %3,7'si özel sektörden temin ettiklerini belirtmişlerdir. TNSA 2003'e göre ise etkili aile planlaması yöntemi kullananların %58'i kamu sektöründen, %40'ı da özel sektörden temin ettikleri sonucu saptanmıştır (42).

Araştırmaya katılan sağlık personelinin %48,6'sı yöntem öncesi muayene olup, %41,8'i danışmanlık hizmeti aldığını belirtmişlerdir. Sağlık personelinin tamamına yakını (%91,1) kontraseptif yöntemler hakkında yan etki bilgisine sahiptirler.

Balcı ve ark., yapmış olduğu çalışmada kadınların herhangi bir muayeneden geçtiğini belirtenlerin oranı %48,8, herhangi bir sağlık personelinden danışmanlık bilgisi alanların oranı %66,1 ve yan etkilerle ilgili bilgisinin olduğunu ifade edenlerin oranı ise %64,8 olarak bulunmuştur (65).

Araştırmaya katılan sağlık personelinin sadece %5,8'i kontraseptif yöntem kullanırken gebe kalmış ve %60,0'ı bu gebeliğin istenen bir gebelik olduğunu belirtmişlerdir. Kontraseptif yöntem kullanırken gebe kalan sağlık personelinin gebelikleri %80,0 ile doğum ile sonuçlanmış ve %60,0'ı aynı yöntemle korunmaya devam etmişlerdir.

## 6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu araştırma sağlık personelinin kontraseptif kullanımı ve etki eden faktörleri değerlendirmek amacı ile yapılmıştır ve aşağıdaki sonuç elde edilmiştir.

Araştırma grubumuzdaki kadınların herhangi bir yöntemle ve etkili bir yöntemle korunma durumlarının Türkiye genelinden yüksek olduğu belirlendi. Bu durum araştırmamıza katılan kadınların çalışma hayatı içinde bulunması, dolayısı ile sosyal statüleri ve eğitim durumlarının ülke genelinden daha yüksek olması ile açıklanabilir. Sonuç olarak kadınların eğitim durumlarının ve sosyal statülerinin yükseltilmesi ile AP yöntemlerinin kullanımı artacak, bu durum anne ve çocuk sağlığını doğrudan etkileyerek sağlıklı toplumları da beraberinde getirecektir.

### ÖNERİLER:

- Verilen AP danışmanlığı ve hizmetlerin kalitesinin artırılması,
- Yöntem önerilen kadınların periyodik izleniminin devamlılığı,
- Hastanelerde sağlık personeline verilen hizmet içi eğitimlerin artırılması ve kapsamlı aile planlaması hizmetleri verilebilecek birimler kurulması gerektiği kanısına varılmıştır.

## 7. KAYNAKLAR

1. Oltuluoğlu H., (2008) “Malatya İl Merkezinde Aile Planlaması Kullanan 15-49 Yaş Grubu Evli Kadınlarda Kullanılan Yöntem ve Yöntem Seçimini Etkileyen Faktörler” Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Erciyes Üniversitesi, Kayseri.
2. Doğan G., (2008) “Kontrasepsiyon Amaçlı Başvuran Kadınların Erkek Kontrasepsiyonuna Bakış Açısı”. Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi, Afyonkarahisar.
3. Bektaş M.S., Demir N., Koç A., Yüksel A., (2001) “Obstetrik Maternal – Fetal Tıp & Perinatoloji”. Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul, 1540-1591.
4. Şimşek B., (2008) “15-49 Yaş Çalışan ve Çalışmayan Kadınlarda Kontraseptif Kullanımı ve Etki Eden Faktörlerin Değerlendirilmesi”. Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi, Afyonkarahisar.
5. Aydın S., (2007) “Aile Planlaması ve Yöntemleri-1”. Aile Hekimliği Dergisi, 1(3): 84-90.
6. Giray H., Keskinoglu P., (2006) “Işıkent Sağlık Ocağına Başvuran 15-49 Yaş Evli Kadınların Etkili Aile Planlaması Yöntemi Kullanımı ve Etkileyen Etmenler”. Sted 15(2): 23-27.
7. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2004, Hacettepe Üniversitesi, Nüfus Etütleri Enstitüsü. Ankara, 61-87.
8. Çiftçioğlu S., (2006) “Geri Çekmenin Aile Planlaması Yöntemi Olarak Kullanılma Nedenleri”. Hemşirelik Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi, Erzurum.
9. Yücesoy İ., Çalışkan E., (2006) “Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi”. Güneş Kitapevi, Ankara, 789-805.
10. Kaynar B. ve ark., (2008) “Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Kullanmayı Düşündükleri Aile Planlaması Yöntemleri ve Yöntem Seçimini Etkileyen Faktörler”. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 3(8): 22-24.
11. Arviş M.H., (2008) “Aydın Doğumevine Aile Planlaması İçin Başvuran Kişilerin Kontraseptif Yöntem Tercihleri ve Etkileyen Faktörler”. Uzmanlık Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Aydın.

12. Taşkın L., (2005) “Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği”. Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara, 449-520.
13. Kolsuz A., (2007) “Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Planlaması Eğitim ve Uygulama Merkezi Hizmetlerinin Değerlendirilmesi”. Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, İstanbul.
14. Toker S., (2005) “Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Aile Planlaması Hakkında Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi”. Aile ve Toplum Dergisi, 8(2): 16-18.
15. Atasü T., Şahma S., (2001) “Aile Planlaması ve Kontrasepsiyon Jinekoloji”. Ankara, 675-693.
16. Özvarış Ş., Akın A., (2001) “Aile Planlaması Hizmet Sunumunda Yeni Yaklaşımlar”. 1. Ulusal Ana Çocuk Sağlığı Kongre Kitabı, Ankara Üniversitesi, Ankara, 3-50.
17. Karagüzel N., (2006) “Fertil Çağdaki Kadınlarda Kontraseptif Yöntemler ve Anemi İlişkisi”. Uzmanlık Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
18. Senger R., (2007) “Menstrüel Regülasyon Sonrası Seçilen Kontraseptif Yöntemin Bir Yıl Sonraki Devamlılığı”. Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı Uzmanlık Tezi, İstanbul.
19. Ersin F. ve ark., (2003) “Bir Sağlık Ocağı Bölgesinde Evli Kadınların Aile Planlaması Yöntemi Kullanma Durumları ve Yöntem Bırakma Nedenleri”. HEMAR-G, 5(1): 30-37.
20. Akın A., (1998) “Uluslararası Kararlar Panelinde Üreme Sağlığı Konusunda Türkiye' deki Uygulamalar”. Sağlık ve Toplum, 8(3-4): 16-22.
21. Timur S., (2003) “Kadınların Aile Planlaması Yöntemi Kullanımı İle Öz-Bakım Gücü Düzeyi Arasındaki İlişki”. Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi, Sivas.
22. Akın A., Aslan D., (1998) “Cumhuriyet ve Kadın”. Toplum ve Sağlık, 8(3-4): 5-10.
23. Özdemir O., Ocaktan E., Çalışkan D. ve ark., (2004) “Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı Aile Planlaması Ünitesine 1999-2002 Arasında Yapılan Başvuruların Değerlendirilmesi”. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, 57(4): 48-54.

24. Açıkalın İ., (2001) "Türkiye' de Ana Sağlığı ve Aile Planlaması". *Sted* 10(5): 176-179.
25. Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi (2000). *Aile Planlaması ve Üreme Sağlığı*. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Ankara, Cilt 2.
26. Özvarış Ş., Tomruk D., (2002) "Aile Planlamasında Temel Bilgiler". *Damla Matbaacılık*, 5-189.
27. Katırcı E., (2003) "Isparta İl Merkezindeki Kadınlarda Kontraseptif Kullanımında Etkili Demografik ve Sosyo Kültürel Faktörler". *Uzmanlık Tezi*, Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, Isparta.
28. Akın A., (2008) "Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi". *Güneş Tıp Kitapevleri*, Ankara, 109-135.
29. Gürbay A. ve ark., (1997) "Kombine Oral Kontraseptifler: Riskleri ve Yararları". *T Klin Tıp Bilimleri*, 1-14.
30. Phillip G.Stubblefield., (2004) "Novak Jinekoloji". *Nobel Tıp Kitapevleri*, İstanbul, 231-283.
31. Uğur S., Işık Ç., (2001) "Obstetrik ve Jinekoloji". *Nobel Tıp Kitapevleri*, Ankara, 447-455.
32. Keith L., Berger G., Moss W., (1975) "Prevalances of Gonorrhoea Among Women Using Various Methods of Contraception". *Br J Venereal Dis*, 51-307.
33. Günalp S., Tuncer S., (2004) "Kadın Hastalıkları ve Doğum Tanı ve Tedavi". *Pelikan Yayınları*, Ankara, 603-629.
34. Kahraman K., (2005) "Nevşehir Özkonak Kasabasında Yaşayan 15-49 Yaş Grubu Kadınların Aile Planlaması Uygulamaları". *Hemşirelik Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi*, Erciyes Üniversitesi, Kayseri.
35. FFPRHC Guidance (October 2003) "First Prescription of Combined Oral Contraception, *Cournal of Family Planing and Reproductive Health Care*". 29(4): 209-223.
36. World Health Organization (WHO) (2002) "Selected Practice Recommendations for Contraceptive Use". Geneva. Switzerland: WHO.



37. Takkar N., Goel P., Saha PK., et al. (2005) "Contraceptive Practices and awareness of emergency contraception in educated working women". *Indian J MED Sci. Apr*; 59(4): 149-9.
38. Speroff L., Fritz M.A., (2007) "Klinik Jinekolojik Endokrinoloji ve İnfertinite". Güneş Tıp Kitapevleri, Ankara.
39. Cates W Jr., Stone KM., (1992) "Family Planing Sexually Transmitted Diseases and Contraceptive Choice". *A Literature Update Part II. Family Planing Respect*, 24: 122.
40. Gökmen O., Çiçek N., (2001) "Günümüzde Kontrasepsiyon". Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul, 319.
41. Kayhan Ö., (2008) "15-49 Yaş Bayanların Acil Kongsasepsiyon Hakkındaki Bilgi ve Tutumları". *Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi*, Afyon Kocatepe Üniversitesi, Afyonkarahisar.
42. Kaya H., Tatlı H., Açık Y. ve Ark., (2008) "Bingöl İli Uydukent Sağlık Ocağı Bölgesindeki 15-49 Yaş Kadınların Aile Planlaması Yöntemi Kullanım Düzeyinin Belirlenmesi. *Fırat Üniversitesi.*" 22(4): 185-191.
43. Aydın S., (2007) "Aile Planlaması ve Yöntemleri-2". *Aile Hekimliği Dergisi*, 1(4): 66-69.
44. Beksaç M.S., Demir N., Tuncer Z.S., (2006) "Üreme Endokrinolojisi & İnfertilite Jinekolojik Onkoloji". *Öncü Basım Evi*, Ankara, Cilt 1, 720-755.
45. Lowdermilk P., *Family Planing.*, (2006) "In: *Maternity Nursing.*" (Seventh Edition)" *Mosby Elsever*, Canada, 135-157.
46. Akın A., Özvarış Ş., (2000) "Halk Sağlığı Temel Bilgiler". Güneş Kitapevi, Ankara, 119-155.
47. Leifer Gloria., *Family Planing.*, (2003) "In: *Maternity & Pediatric Nursing.*" (Fourth Edition). *Elsever Science Usa*, 261-269.
48. Göl K., (1998) "Kadın Hastalıkları ve Doğum". *Atlas Kitapçılık*, Ankara, 3. Baskı 93-111.
49. Geoffrey Chamberlain., Diana Hamilton-Fairley., (2005) "Obstetrik ve Jinekoloji". Nobel Tıp Kitapevi, İstanbul, 40-52.
50. Alexander F., Burnett, M.D., (2001) "Kontrasepsiyon, Sterilizasyon ve Abortus". 2(4): 254-264.

51. Dirican R., Bilgel N., (1993) “Halk Sağlığı Toplum Hekimliği”.2. Baskı, Uludağ Üniversitesi Basımevi, 361-393.
52. Mckinney Emily Slon., Ashwill Jean Weiler., Murray Sharon Smith., et al., (2000) “Family Planing. In: Maternal-Child Nursing”. W.B. Saunders Company, 191-207.
53. Türk R., (2006) “2-6 Aylık Bebeği Olan Annelerin Emzirmeyi Aile Planlaması Yöntemi Olarak Kullanma Durumları ve Etkileyen Faktörler”. Hemşirelik Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
54. Saygılı P., (2006) “Aile Planlaması Hizmetlerinde Hemşirenin Rolü”. Jinekoloji Obstetrik Dergisi, 2(13): 1.
55. Yağmur Y., (1996) “İstanbul İli Devlet Hastanelerindeki Aile Planlaması Polikliniklerine Kontrasepsiyon Amacıyla Başvuran Kadınların Kullandıkları Kontraseptif Yöntemler ve Tercihlerini Etkileyen Faktörler”. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
56. Saygılı P., “Üreme Sağlığı Danışmanlığı Neleri Kapsar”. 5. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongre Kitabı, Ankara, 19-22 Nisan 2007: 132.
57. Turan H., “Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında Üreme Sağlığı Danışmanlığı”. 4. Uluslar arası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongre Kitabı, Ankara, 20-23 Nisan 2005: 51-52.
58. Pınar G. ve ark., (2005) “Sağlık Personelinin Acil Kontrasepsiyona İlişkin Bilgi Görüş ve Uygulamaları”. Başkent Üniversitesi, 2(3): 204-209.
59. Çoşkun A., “Üreme Sağlığı Danışmanlığı”. 5. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi, Ankara, 19-22 Nisan 2007: 140-142.
60. Sak M.E. ve ark., (2008) “Konrtasepsiyon Yöntemlerinin Etkinliği ve Kadınların Eğitim Düzeyi”. Dicle Tıp Dergisi, 35(4): 265-270.
61. Dündar C. ve ark., (2005) “Samsun İli Merkez Sağlık Ocaklarında Çalışan Evli Ebelerin Aile Planlaması Yöntemi Kullanma Durumları”. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 12(4): 243-246.
62. Tokuç B. ve ark., (2005) “Edirne Merkezinde 15-49 Yaş Evli Kadınların Aile Planlaması Yöntemleri Konusundaki Bilgi Düzeyleri ve Yöntem Kullanım Oranları”. Sted 14(1): 8-14.

63. Tanrıverdi G. ve ark., (2008) “Çanakkale' deki Kadınların Aile Planlaması Yöntemlerini Tercih Nedenleri”. Fırat Tıp Dergisi, 13(4): 251-254.
64. Schoemaker J., (2005) “Contraceptive Use Among The Poor İn Indonesia”. International Family Planning Perspectives, 31(3): 106-114.
65. Balcı E. ve ark., (2008) “Kayseri İli Talas İlçesindeki 15-49 Kadınlarda Kullanılan Aile Planlaması Yöntemi İle İlgili Şikayetlerin Değerlendirilmesi”. Sağlık Bilimleri Dergisi, 17(1): 54-62.
66. Uskun E. ve ark., (2001) “İsparta' da Çalışan Kadınların Kontraseptif Kullanımı ve Bu Durumu Etkileyen Faktörler”. Sağlık ve Toplum Dergisi, Sayı 4, 56-61.

**8. EKLER****ANKET FORMU**

Sayın katılımcı;

Bu araştırma, sağlık personelinin (doktor, ebe, hemşire) doğurganlık özellikleri, kontraseptif kullanımını belirlemek, birbirleriyle karşılaştırmak ve etki eden faktörleri değerlendirmek amacıyla yapılmaktadır. Kendinize uygun seçeneği işaretleyiniz. Katılımınız için teşekkür ederim.

Özlem ÇİFTÇİ ÖZTÜRK  
AKÜ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**1) Yaşınız?****2) Eğitim durumunuz?**

1.İlkokul 2.Ortaokul 3.Lise 4.Yüksekokul 5.Diğer

**3) Mesleğiniz?**

1.Doktor 2.Ebe 3.Hemşire

**4) Sağlık güvenceniz var mı?**

1. Yok 2. SSK 3.Emekli Sandığı 4.Bağ kur 5.Yeşil kart

**5) Toplam aylık geliriniz?**

1.1000 TL 2.1000 TL- 2000 TL 3.2000 TL-4000 TL 4.5000 TL ↑

**6) Eşinizin öğrenim durumu?**

1.İlkokul 2.Ortaokul 3.Lise 4.Yüksekokul 5.Diğer...

**7) Aile tipiniz?**

1.Çekirdek aile 2. Geniş aile

**8) Gebelik sayısı ( G ):** Canlı doğum sayısı( P ): Yaşayan ( Y ):

Düşük ( A ): Küretaj ( K ):

**9) Son doğum şekliniz?**

1. Normal doğum 2. Sezeryan

**10) Sistemik bir hastalığınız var mı?**

1.Evet 2. Hayır

**11) Sistemik bir hastalığınız var ise nedir?**

1.Diabet 2.HT 3.Kalp rahatsızlığı 4.Diğer...

**12) Kontraseptif bir yöntem kullanıyor musunuz?**

1.Evet 2.Hayır

**13) Kontraseptif bir yöntem kullanmıyorsanız nedeni nedir?**

1.Gebelik 2.Emzirme 3.Eş istemiyor  
4.Çocuk sahibi olma isteği 5.Sağlığıma zarar veriyor

**14) Kontraseptif bir yöntem kullanıyorsanız hangi yöntemi kullanıyorsunuz?**

1.RİA 2.Kondom 3.OKS 4.Geri çekme 5.İmplant 6.Enjeksiyon  
7.Tüpligasyon 8.Diğer...

**15) Kontraseptif yöntemlerden hangisini kullanıyorsanız kullanma nedeniniz?**

1.RİA: a) Güvenilir riski yok b) Kullanımının rahat olması  
c) Eş istiyor d) Diğer yöntemlerin yan etkisi  
e) Uzun süre çocuk istememek  
f) Diğer ...

2.Kondom: a) Güvenilir b) Kullanımı rahat  
c) Temin etmesi kolay d) Eş istiyor  
e) Diğer yöntemlerin yan etkisi  
f) Diğer...

3.OKS: a) Güvenilir b) Kullanımı rahat  
c) Eş istiyor d) Doktor istemi  
e) Diğer...

4.Geri çekme: a) Güvenilir b) Eş istiyor  
c) Diğer...

5.Tüpligasyon: a) Güvenilir riski yok b) Bir daha çocuk istememek  
c) Eş istiyor d) Diğer yöntemlerin yan etkisi  
e) Diğer...

6.Diğer yöntemler ve kullanma nedenleri?

**16) Bu yöntemi ne kadar süredir kullanıyorsunuz?**

1.1 yıl 2. 1-3 yıl 3. 3-5 yıl 4. 5 yıl ↑ 5. Diğer...

**17) Kontraseptif yöntemi tavsiye eden kişi?**

1.Doktor 2.Ebe 3.Hemşire 4.Diğer

**18) Yöntem öncesi muayene oldunuz mu?**

1.Evet 2. Hayır

**19) Yöntem öncesi danışmanlık hizmeti aldınız mı?**

1.Evet 2.Hayır

**20) Yönteme dair yan etki bilginiz var mı?**

1.Evet 2.Hayır

**21) Kontraseptif yöntemi nereden temin ediyorsunuz?**1.Doğumevi 2.AÇSAP Merkezi 3.Sağlık ocağı  
4.Eczane 5.Temin yeri gerektirmeyenler 6. Market**22) Kontraseptif yöntemi temin etme yerini tercih etme nedeniniz?**1.Ulaşım kolaylığı 2.Düşük maliyet 3.Hizmet daha iyi  
4.Diğer...**23) Daha önceki kullandığınız kontraseptif yöntemi bırakma nedeniniz?**1.RİA: a) Yan etkileri b) Çocuk isteme c) Yöntem başarısızlığı  
d) Eş istemiyor e) Etkili yöntem isteme  
e) Diğer ...2.Kondom: a) Alerji ve kaşıntı b) Hamilelik korkusu ve güvenmeme  
c) Çocuk isteme d) Yöntem başarısızlığı  
e) Eş istemiyor f) Etkili yöntem isteme  
g) Diğer...3.OKS: a) Yan etkileri b) Çocuk isteme c) Yöntem başarısızlığı  
d) Eş istemiyor e) Etkili yöntem isteme  
f) Diğer ...4. Geri çekme: a) Çocuk isteme b) Yöntem başarısızlığı  
c) Eş istemiyor d) Etkili yöntem isteme  
e) Hamilelik korkusu ve güvenmeme  
f) Diğer...

5. Diğer yöntemler ve bırakma nedenleriniz?

**24) Kullandığınız kontraseptif yöntemi sırasında gebe kaldınız mı?**

1.Evet 2.Hayır

(24. soruya evet diyenler 25-26-27. soruyu yanıtlayacak)

**25) Bu gebelik istenen bir gebelik miydi?**

1. Evet 2.Hayır

**26) Bu gebelik nasıl sonuçlandı?**

1. Doğum 2. Küretaj

**27) Bu gebelik kontrasepsiyon yöntemine güveninizi nasıl etkiledi?**

1. Yöntemi bıraktım 2. Aynı yöntemle devam ettim

3. Diğer...