

T.C.
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

**EMZİRME DÖNEMİNDEKİ KADINLARDA KONTRASEPTİF
YÖNTEM SEÇİMİNİ ETKİLEYEN
DEMOGRAFİK VE SOSYOKÜLTÜREL FAKTÖRLER**

Dr. Funda YILDIRIM BAŞ

**TIPTA UZMANLIK TEZİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Mehmet GÜNEY**

ISPARTA - 2011

TEŞEKKÜR

Asistanlığımın ilk iki yılında eğitim ve teze başlama aşamasında ilgi ve desteğini esirgemeyen, bilgi ve deneyimlerinden yararlandığımız, bu süre içinde hocalıktan daha ziyade arkadaş, abi olarak gördüğümüz bölümümüzün eski hocası Doç.Dr. Kurtuluş Öngel'e;

Hocamızın ayrılmasıyla bölümümüze vekâlet eden hocalarımız Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Başkanı Prof. Dr. Tamer Mungan'a ve Prof. Dr. Baha Oral 'a;

Tez seçiminde ve tez boyunca desteklerini esirgemeyen Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümünün hocalarından Doç Dr. Mehmet Güney'e;

Asistanlık dönemimin bir bölümünde birlikte olduğum arkadaşlarım Dr. Hayriye Yolcu Uludağ'a, Dr. Turgut Gürbüz'e, Dr. Bahriye Küçükkılıç Aslan'a, Dr. Yasemin Türker'e, Dr. Hacer Kayacan'a;

Tüm asistanlığım boyunca birlikte olduğumuz arkadaşlarım Dr. Selami Kara'ya, Dr. Özge Tuncer'e, Dr. Sıtkı Arı'ya, Dr. Çağrı Bocutoğlu'na, son olarak bize katılan Dr. Ayşegül Örmeci'ye;

Tez sürem boyunca desteklerini esirgemeyen arkadaşlarım Dr. Selami Kara'ya, Dr. Özge Tuncer'e;

Rotasyonlarım sırasında ilgi ve bilgilerini esirgemeyen Dahiliye, Pediatri, Kadın hastalıkları ve Doğum, Genel Cerrahi, Acil, Psikiyatri bölüm hocalarına ve asistan arkadaşlara;

Tüm hayatım boyunca desteklerini esirgemeyen annem, babam ve kardeşlerime; her zaman olumlu düşünerek beni rahatlatan, her konuda yanımda olan eşim Dr. Ercan Baş'a, oğlum Ahmet Talha, kızım Elif Gökçe'ye sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Funda YILDIRIM BAŞ

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	ii
İÇİNDEKİLER	iii
TABLolar DİZİNİ	v
KISALTMALAR ve SİMGELER	vi
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Kontraseptif Yöntemlerin Tarihçesi	4
2.2. Kontraseptif Yöntemlerin Sınıflandırılması	6
2.3. Modern Olmayan Yöntemler	7
2.3.1. Menstrüel Siklusla İlgili Yöntemler	7
2.3.1.1. Takvim Yöntemi	8
2.3.1.2. Vücut ısısı Yöntemi.....	8
2.3.1.3. Servikal Mukus Yöntemi	9
2.3.1.4. Semptotermal Yöntem	9
2.3.1.5. Ovulasyon Günü Belirleme Kitleri	9
2.3.2. Emzirme (Laktasyonel Amenore Yöntemi-LAM)	10
2.3.3. Koitus İnterruptus	10
2.3.4. Vajinal Duş	11
2.4. Modern Yöntemler	11
2.4.1. Bariyer Yöntemler	11
2.4.1.1. Prezervatif (Kondom, Kılıf)	11
2.4.1.2. Spermidler	12
2.4.1.3. Diyafram	13
2.4.1.4. Servikal Başlık	13
2.4.1.5. Kadın Kondomu	13
2.4.2. Rahim İçi Araç (RİA)	13
2.4.3. Kombine Preparatlar	15
2.4.3.1. Kombine Oral Kontraseptifler (KOK)	15
2.4.3.2. Kombine Enjeksiyonlar.....	17
2.4.3.3. Kombine Cilt Preparatları	17
2.4.3.4. Kombine Vajinal Halka.....	18

2.4.4. Yalnız Progesteron İçeren Yöntemler	18
2.4.4.1. Mini Hap	19
2.4.4.2. Enjeksiyonlar.....	19
2.4.4.2.1. Depo-provera (DMPA).....	19
2.4.4.3. İmplantlar	20
2.4.4.3.1. Norplant.....	20
2.4.4.3.2. İmplanon.....	21
2.4.4.3.3. Jadelle	22
2.4.5. Geriye Dönüşümsüz Yöntemler	22
2.4.5.1. Kadın Sterilizasyonu (Tüp Ligasyonu)	23
2.4.5.2. Erkek Sterilizasyonu (Vazektomi)	24
2.5. Acil Kontrasepsiyon	24
2.5.1. Yuzpe Rejimi	25
2.5.2. Tek başına Levonorgestrel (Plan B)	25
2.5.3. RİA	25
2.5.4. Mifepriston (RU-486).....	25
2.5.4.1. Misoprostol, Gemeprost.....	26
2.5.5. Ertesi Gün Hapı (acil doğum kontrol kiti).....	26
2.6. Erkek Hormonal Kontrasepsiyonu	26
2.7. Aile Planlaması Hizmetlerinde Danışmanlık	27
3. MATERYAL METOD	29
3.1. Araştırma Projesi.....	29
3.2. Araştırma Bölgesi.....	29
3.3. Araştırmanın Tipi	29
3.4. Araştırmanın Evreni	29
3.5. Verilerin Toplanması.....	29
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi.....	30
4. BULGULAR.....	31
5. TARTIŞMA	45
SONUÇ ve ÖNERİLER.....	54
ÖZET.....	56
SUMMARY	57
KAYNAKLAR	58
ANKET	62

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1. Aile planlaması yöntemlerinin sınıflaması.....	7
Tablo 2. Tıp Fakültesi Pediatri Polikliniğine başvuran kadınların sosyodemografik özellikleri Isparta 2011.....	31
Tablo 3. Kadınların doğum özellikleri	35
Tablo 4. Kadınların son gebelik öncesi kullandıkları yöntemlerin özellikleri	36
Tablo 5. Kadınların emzirme döneminde kullandıkları yöntemlerin özellikleri.....	38

KISALTMALAR ve SİMGELER

A.B.D	Amerika Birlesik Devletleri
AD	Anabilim Dalı
AP	Aile Planlaması
AKH	Acil Kontrasepsiyon Hapları
CVA	Serebrovasküler Olay
CYBH	Cinsel Yolla Bulasan Hastalık
DMPA	Depo Medroksi Progesteron Asetat
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
EE	Etinil Estradiol
ES	Emekli Sandığı
FDA	Food and Drug Administration
GNRH	Gonodotropin Releasing Hormon
HBV	Hepatit B Virüs
HDL	Yüksek Dansiteli Lipoprotein
HIV	Human İmmundeficiency Virüs
KOK	Kombine Oral Kontraseptif
LAM	Laktasyonel Amenore Yöntemi
LH	Luteinizan Hormon
MI	Miyokard Enfarktüsü
MÖ	Milattan Önce
OKS	Oral Kontraseptif
PAP	Papanicalaou
PID	Pelvik İnflamatuar Hastalık
PO	Peroral
RIA	Rahim İçi Araç
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
SSK	Sosyal Sigortalar Kurumu
TE	Testosteron Enantat
TNSA	Türkiye Nüfus ve Sağlık Arastırması
WHO	World Health Organization
WONCA	World Organization for General Medicine

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Aile planlaması, ailelerin istedikleri zaman, bakabilecekleri sayıda çocuk sahibi olmalarıdır. Aile planlaması hizmetleri ailedeki kişi sayısını sınırlandırma anlamı taşımaz. Çocuk yapmada aileler tamamen serbest olup, kendi iradeleri ile istedikleri ve bakabilecekleri sayıda çocuk sahibi olabilirler (1,2). Aile planlaması, temel sağlık hizmetleri içerisinde önemli bir yere sahiptir. Gebeliği önleyici yöntemlerin yeterli düzeyde kullanılmadığı durumlarda, sağlıkla ilgili pek çok sorun beraberinde gelmektedir. Günümüzde var olan her on gebelikten üç tanesi istenmemektedir. İstenmeyen bu gebeliklerin önemli bir kısmı ise, isteyerek düşükle sonlanmaktadır. Türkiye’de 2008 TNSA verilerine göre her 100 gebelikten 10 tanesi isteyerek düşükle sonlanmaktadır. Düşüklerin de üçte biri sağlıklı olmayan koşullarda gerçekleşmekte ve yaklaşık her gün 500 anne adayı hayatını yitirmektedir (8). Aile planlaması yöntemleri sayesinde doğumların aralığının artması ve gerektiğinde sınırlandırılması kadınlar açısından da sağlığı koruyan başlıca faktörlerdendir (4).

Günümüzde aile planlaması çalışmaları kapsamında son derece güvenilir yöntemler kullanıma sunulmuş olsa da, dünyadaki ve ülkemizdeki çiftlerin önemli bir bölümü güvenilirliği düşük geleneksel yöntemler ile korunmaya devam etmektedirler (5). Gelişmekte olan ülkelerde, 300 milyon kadar çiftin çocuk istemedikleri halde herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanmadıkları hesaplanmaktadır. 2008 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması’nda (TNSA-2008) elde edilen sonuçlara göre; Türkiye’de aşırı doğurganlık hala önemli sağlık sorunlarından biridir. Türkiye’de toplam doğurganlık hızı 2,15 civarında iken istenilen doğurganlık sayısı 1,6’dır. Türkiye’deki evli kadınların % 73’ü herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanmaktadır, fakat kadınlarımızın yalnızca % 46’sı etkin yöntemle korunmaktadır (6,7,8,9).

Postpartum dönem; doğurganlığın bilinçli bir şekilde planlanması amacına yönelik olarak, bireylere hizmet sunmak için bir fırsat olarak düşünülebilir. Bu dönem, kadınların kontraseptif yöntem kullanma konusunda isteklerinin yüksek olduğu bir dönem olarak belirtilmektedir (10). Bugün birçok gelişmiş ülkede 1960’lı yıllardan beri postpartum aile planlaması hizmetleri ile ilgili özel programlar

uygulanmaktadır (11). Postpartum aile planlaması hizmetleri özellikle doğumlar arasındaki sürenin ve doğum sayısının bilinçli bir şekilde planlanmasını sağlayarak, anne ve çocukların sağlığını koruma ve geliştirmeye katkı sağlayabilecektir (12). Bunun için sağlık çalışanlarının, doğum yapan bireylerin postpartum aile planlamasıyla ilgili değişen ihtiyaçlarının ve beklentilerinin farkında olması gerekmektedir (13).

Postpartum dönemde gebelikten korunma diğer dönemlerden farklı bir özellik göstermektedir. Bunun en önemli nedeni, kadının emzirme durumudur. Doğumdan sonra doğurganlık; emzirmenin süresi, sıklığı, gece emzirme durumu ve annenin beslenmesi gibi birçok değişkene bağlı olarak bir süre baskılanır. Ancak bu sürenin uzunluğu tam olarak belirlenmemektedir. Emziren kadınların %18'inde postpartum 3. ayda, emzirmeyen kadınlarda ise en erken 25. günde, ortalama olarak 45. günde ovulasyonun olduğu belirtilmektedir (12,14,15). Adet görme çoğu zaman ovulasyonun başladığının bir belirtisi olarak alınmasına karşın, postpartum dönemde ilk sikluslar ovulasyonsuz olabilmektedir. Diğer taraftan ovulasyon ilk adetten önce de gerçekleşebilmektedir. Bu nedenle doğum yapan her kadının, emzirme ve adet görme durumu dikkate alınmaksızın involusyon sürecinin tamamlandığı 6. haftanın sonunda ya da cinsel ilişki başladığında, emzirmeyen kadınların ise postpartum 3. haftada etkili bir yöntemle gebelikten korunmaya başlaması gerekmektedir (12,16, 17,18,19).

Adet görmeyen kadının gebe kalmayacağı düşüncesine bağlı olarak, ya da emzirmenin etkisine güvenerek doğumdan sonra yeni bir gebeliğe karşı korunmama ya da etkisiz yöntemlerle korunma, kadınların doğum sonu erken dönemde tekrar gebe kalmalarına neden olabilmektedir. Ülkemizde yapılan bazı araştırmalar kadınların doğumdan sonra etkili yöntemlerle gebelikten korunma davranışlarının istenilen düzeyde olmadığını, kadınların doğumdan sonra gebelikten korunmama nedeni olarak emzirme ya da adet görmemeyi gösterdiğini ortaya koymaktadır (20). Bu sonuçlar kadınların doğum sonrası fertilité ve gebelikten korunma konularındaki bilgilerinin yetersiz ya da yanlış olduğunun bir göstergesi olabilir.

Bu çalışma ile emzirme dönemindeki kadınlarda kontraseptif yöntem seçimini etkileyen demografik ve sosyokültürel faktörlerin tespit edilmesi

amaçlanmıştır. Bu sayede; postpartum aile planlaması hizmetlerinin geliştirilmesi ve doğum yapan kadınların etkili yöntemlerle gebelikten korunmalarına yardımcı olunması hedeflenmiştir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kontraseptif Yöntemlerin Tarihçesi

Aile planlamasına ait bilgilerimiz milattan öncelere (M.Ö.) dayanmaktadır. M.Ö. 1850'de Mısır papiruslarında tampon olarak bal, sakız ve timsah dışkısı kullanıldığı yazılıdır. Tarihte vagen içine yerleştirilen yöntemler kültürlere göre farklılık gösterir. Japonlar bambudan yapılmış kağıtlar, müslüman kadınlar palmiye yaprakları, Pasifik adalarında yaşayan kadınlar deniz ürünlerini kullanmışlardır. En erken penis koruyucular Gabriello Fallopius tarafından 1564 yılında tanımlanmıştır. Ancak bu koruyucular enfeksiyondan korunmak amacı ile kullanılmaktaydı. Kondomun ilk başlangıcının 1600'lü yıllarda yaşayan Dr. Kondom ile olduğu fakat yaygın kullanımının 1800'lü yıllarda Avrupa'da gerçekleştiği bilinmektedir (21). Spermisit ajanların keşfi ve bu ajanlarla ilgili çalışmalar 1800'lü yılların başlarına rastlarken, 1950'lerde 90'dan fazla spermisit ilacın marketlerde pazarlanmakta olduğu görülmektedir (22).

Servikal kapak 1860 yılında New York'lu bir jinekolog olan E.B. Foote tarafından geliştirilmiştir. Diyafram kullanımı da bu döneme rastlamaktadır (21).

Tarihte, rahim içi araç (RIA)'nın ilk defa uzun seyahatlerde develerin gebe kalmaması için kervan sürücüleri tarafından develerin rahimlerine küçük taşlar yerleştirmek suretiyle kullanıldığı bilinir (23,24). 1800'lerde RIA öncüleri küçük düğme şeklinde araçlar olup, serviks ağzını tamamen kapladığı ve kanala uzanan ipleri olduğu bilinmektedir (25).

1902 yılında Alman Hollveg tarafından rahime yerleştirilen bir peserin doğum kontrolü amacı ile kullanıldığı, bu peserin kullanıcı tarafından yerleştirildiği, çok büyük boyutta olduğu ve enfeksiyona yol açtığı bilinmektedir (26).

1930 yılında Grafenberg'in gümüş, altın ve çelik kaplı yüzükleri denediği, 1934'te Japonya'da Otto'nun bu yüzüklerin ortasına destekleyici bir yapı koyduğu, 1960'larda polietilenden yapılan araçların geliştirildiği, bu araçlara X-ışınları ile çekilen radyografilerde görülebilmesi için baryum sülfat emdirildiği görülmektedir (21,27,28).

Lazer Marguiles'in 1960 yılında rahime yerleştirilen ve orada tekrar şekil alan ilk plastik aracı geliştirdiği, bu aracın büyük olduğu için kullanıcılarda fazla kanama ve kramp şikayetleri yaptığı, ayrıca sert plastikten olan kuyruğunun peniste irritasyona neden olduğu bilinmektedir (21).

Depo medroksi progesteron asetat (DMPA) gibi içinde yalnızca progesteron bulunan enjektabl formlar 1950'li yıllarda endometriozis, endometrial kanser, dismenore, hirsutizm ve kanama düzensizliklerinin tedavisi için kullanılmaya başlanmıştır. 1960'larda ise doğum kontrol yöntemi olarak gündeme gelmiştir (29). 1996 yılından beri de aile planlaması yöntemi olarak ülkemizde başarıyla uygulanmaktadır. İçinde östrojen ve progesteron komponenti bulunan Mesigyna 1960'lardan beri araştırılmakta olup, 1997 yılından beri de ülkemizde kullanılmaktadır.

DMPA ve Mesigyna kullanıma girmesinden sonra 1970'li yıllarda tek ince kuyruğu olan LippesLoop geliştirilmiştir. İlk bilinen bakırlı RIA Tantum- T'dir (T-Cu 200). Bir yıl süre ile koruma sağlayan ve yapısında progesteron bulunan Progestasert isimli rahim içi araçlar da, bakırlı rahim içi araçlarla aynı dönemlerde geliştirilmiştir ve 1976 yılından beri kullanım alanı bulmuştur (23).

Doğum kontrol hapları son 40 yıl içinde pek çok ülkede yaygın olarak kullanılmaktadır. 1900'lü yılların başında Avustralya'da Innsbruck Üniversitesi'nde fizyoloji profesörü olarak çalışan Ludwig Haberlandt, ağızdan verilen ovaryan özütlerin doğurganlığı önlediğini bildirmiştir. 1920'lerde Haberlandt ve Otfried Otto Fellner hayvanlara steroid özütler verilerek doğurganlığın baskılandığını belirtmişlerdir. 1931 yılında Haberlandt hormon replasmanı ile doğurganlığın baskılanabileceğinden bahsetmektedir. Infecundin isimli bir ilaç bu amaçla hazırlanmıştır; ancak 1932'de Haberlandt'ın erken ölümü nedeni ile kullanıma girememiş, böylece doğum kontrol haplarının kullanımı ertelenmiştir (30).

Doğum kontrol hapları ile ilk deneme 1956 yılında Porto Rico'da Edris Ricawiney tarafından yapılmıştır (31). 1960 yılında Amerika Birleşik Devletleri (A.B.D.)'de doğum kontrol haplarının onaylanmasından bu yana, yan etki ve risklerinin azaltılması amacıyla içerdikleri östrojen ve progestin miktarları azaltılmış

böylece doğum kontrol hapları güvenle kullanılabilir hale gelmiştir (23). Ülkemizde de 1965 yılından beri kullanılmaktadır.

Tıp dünyasında doğum kontrol yöntemi arayışlarının son ürünü olan ve kola yerleştirilen çubuklarla kadınları 3 yıl süreyle %100 gebelikten korunduğu bildirilen “Implant” yöntemi dünyada 1998’de, Türkiye’de 2002 yılında tıbbın hizmetine girmiştir (32).

2.2. Kontraseptif Yöntemlerin Sınıflandırılması

Aile planlaması yöntemlerine genel olarak bakıldığında Modern Olmayan ve Modern Yöntemler olarak 2 gruba ayrıldığı görülmektedir. Modern Olmayan Yöntemler; menstrüel siklusla ilgili olanlar, laktasyonel amenore metodu, koitus interruptus ve vajinal duş olarak sınıflandırılmaktadır. Modern Yöntemler ise bariyer yöntemler, rahim içi araç ve kombine oral kontraseptifler (KOK), enjeksiyonlar, cilt preparatları ve halkalar, yalnız progesteron içeren yöntemler (mini hap, enjeksiyonlar “depo-provera”, implantlar “norplant, implanon, jadelle”, geriye dönüşümsüz yöntemlerden (kadın ve erkek sterilizasyonu) oluşmaktadır. Acil kontrasepsiyon (yüzpe rejimi, tek başına levonorgestrel, RIA, mifepriston, misoprostol, gemeprost, ertesi gün hapı) ve erkek hormonal kontrasepsiyon yöntemleri literatür de bazı kaynaklarda modern yöntemler adı altında sınıflandırılmasına rağmen bizim çalışmamızda ayrı birer kategori olarak incelenmiştir. Klasik sınıflama Tablo-1’de gösterilmiştir (33).

Tablo 1. Aile planlaması yöntemlerinin sınıflaması

Modern Olmayan Yöntemler	Modern Yöntemler
Fertilizasyon Günleriyle İlgili Yöntemler	Bariyer Yöntemler
Emzirme	Rahim İçi Araç
Geri Çekme	Kombine Oral Kontraseptifler, Kombine Enjeksiyonlar, Kombine TTS, Kombine vajinal ring
Vajinal Duş	Yalnız Progesteron İçeren Yöntemler
	Geriye Dönüşsüz Yöntemler
	Acil Kontrasepsiyon
	Erkek Hormonal Kontrasepsiyonu

(Aydn S.Aile Planlaması ve Yöntemleri-1 Aile Hekimliği Dergisi. 2007, Cilt 1, Sayı 3)

2.3. Modern Olmayan Yöntemler

2.3.1. Menstrüel Siklusla İlgili Yöntemler

Bu yöntemlerde çiftler kadın siklusunun fertil döneminde istemli olarak cinsel ilişkiden kaçınırlar. Bu yöntem diğer metodları kullanmayan, adetleri düzenli olan dini ve filozofik inanışları nedeniyle başka kontraseptif yöntemleri kullanmak istemeyen kadınlar tarafından tercih edilmektedir.

Fiziksel bir yan etkisi yoktur. Ekonomiktir ve bırakılmasıyla fertil yetenek hızla geri kazanılır. Yüksek başarısızlık oranı vardır. Gebe kalma oranı her yıl için 100 kadında 10 ila 30 kadardır. Hepatit B ve HIV gibi cinsel temasla geçen hastalıklara karşı koruyuculuğu yoktur ve ayrıca cinsel ilişkinin doğal sürecini engellemektedir (34).

2.3.1.1. Takvim Yöntemi

Menstrüel siklusun fertil ve infertil günlerini hesaplamak için 6 ay – 1 yıllık gözlem süresi sonunda en az sekiz siklus izlenerek fertil günler saptanır. Siklusun her zaman aynı olduğu farz edilerek yaklaşık 7 günlük bir fertil devre, kesin bir doğrulukla belirlenebilir. Potansiyel fertil evre; son 12 siklusta, en kısa siklustan 19 çıkarılarak fertil evrenin ilk günü, en uzun siklustan 11 çıkarılarak da fertil evrenin son günü bulunarak hesaplanır (35). Ancak siklus uzunluklarının birçok nedenle değişebilmesi yüzünden güvenilir bir yöntem değildir. Takvim yönteminde sorun, bazı kadınların düzenli siklusları olmaması ve plansız gebeliklerin meydana gelmesidir. Özellikle eğitim seviyesi düşük ve fazla istekli olmayan kişilerde uyum zordur. Dolayısıyla takvim metodu, tek fertilité indeksi olarak tutarsız, güvensiz ve sıklıkla yetersiz olmuş, kullanımını sınırlı kalmıştır (36).

2.3.1.2. Vücut ısısı Yöntemi

Bazal vücut ısısı, gece uyuyarak tam bir istirahat yapan kişinin, yemek dahil normal aktivitelere başlamadan önce ölçülen vücut sıcaklığıdır. Termojenik etkisi olan progesteronun siklusun postovulatuvar döneminde salgılanması arttığından bazal vücut sıcaklığında 0,6-0,8 derecelik artış olur (37) .

En az üç ay boyunca, her sabah kalktığı zaman kadın, hep aynı yerden vücut ısını ölçerek bazal vücut ısını saptar. Bundan sonraki üç gün fertil durumdadır. Dördüncü günden sonraki günler infertil diye düşünülür ve güvenlidir. Ancak ölçüm hatası, stres, hastalık gibi durumlarda farklı çıkacağından güvenilir değildir ve tek başına kullanılması önerilmez. En az ilk üç siklus yöntemin öğretilmesi ve sonrasında da yine takip önerilmektedir.

Ateş ölçme işlemi; özel, geniş ölçekli civalı termometre (fertilité termometresi) kullanılarak, tercihen sabah yataktan kalkmadan önce, ortalama aynı saatlerde oral, rektal ya da vajinal olarak ölçülüp, küçük değişikliklerin rahatça işlenebileceği kartlara işlenmelidir (38).

2.3.1.3. Servikal Mukus Yöntemi

Menstruasyondan sonraki ilk birkaç gün mukus pek salgılanmaz. Menstruasyondan hemen sonra kadının dolaşımındaki östrojen ve progesteron düzeyleri çok düşüktür ve çok az mukus mevcuttur. Eğer kadının vulvasında görülebilecek kadar mukus varsa bile, çok kalın, vizköz, opak ve gerilince hemen kopan karakterdedir. Bu günlerden sonra servikal bezler çok az miktarda ve hafif yapışkan bir mukus salgılar. Seksüel temasın konsepsiyonla sonuçlanmayacağı, infertil evreyi ifade eder. Foliküler gelişim sürüp, östrojen miktarı arttıkça, mukus miktarı artar ve gittikçe daha ince, daha esnek, şeffaf ve sulu olur. Ovulasyondan önceki birkaç günde mukus çok artar ve kaygan bir kıvama gelir. Ovulasyon döneminde mukus yapışkan ve azdır. Bu yöntemde kadın vajinasını hergün kontrol ederek mukusun özelliklerine göre hangi günde olduğunu belirler. Yaklaşık üç siklusta yöntem öğretilbilir ve sonrasında da kontrolü gereklidir (37). Dikkatle uygulansa bile gebelik oranı %10/yıl kadardır.

2.3.1.4. Semptotermal Yöntem

Yukarıda anlatılan yöntemlerin birlikte kullanılmasıyla uygulanır. Ayrıca serviksin infertil dönemde aşağı inip sertleşmesinin palpasyonunu da dikkate alır. Kadın çömelmiş ya da ayaktayken (her defasında aynı konumda olmalı) kendi kendine palpasyonla serviksteki değişiklikleri tanımlayıp yorumlaması esasına dayanır. İnfertil dönemde serviks serttir, eksternal os kapalıdır ve servikse kolay ulaşılır. Ovulasyona doğru, östrojen hormonu yükseldikçe serviks yumuşar, pelvis içinde yükselir ve servikal os açılır. Palpasyonla servikse daha zor ulaşılır. Ovulasyonu izleyen günlerde serviks yeniden sertleşir, aşağı iner ve os kapanır. Ovulasyonun olabileceği günlerde ilişkinin yasaklanması esasına dayanır.

2.3.1.5. Ovulasyon Günü Belirleme Kitleri

İdrar ve tükürük testleri mevcuttur. İdrardaki luteinizan hormon (LH) düzeyi kandakiyle yaklaşık eşit miktardadır. LH düzeyinin ovulasyondan 12-24 saat önce pik yapması esasına dayanır (Ticari adları OvaQuick ve Clearplan ovulasyon

testidir). Tükürük testleri ise ovulasyon dönemine yakın dönemde eğreltiotu manzarası görülmesi esasına dayanmaktadır (Ticari adı May Be Baby testidir) (39).

2.3.2. Emzirme (Laktasyonel Amenore Yöntemi-LAM)

Emzirme bebek açısından hem beslenme hem de infeksiyonlardan korunma sağlaması nedeniyle çok önemlidir. Bunun dışında anne ile bebek arasında yakınlaşmayı arttırmaktadır. Anne sağlığı açısından da, uterusun kısa sürede eski halini almasını sağlaması, meme, endometriyum ve over kanserinden koruması açısından önem taşımaktadır. Doğum yapan kadına doğumdan hemen sonra emzirmeye başlaması önerilmeli, doğru emzirme tekniğinin uygulanması sağlanmalı, mümkün olduğunca emzirmeye devam etmesi teşvik edilmelidir (2 yıl). Ülkemizde anne sütü vermenin yaygın olduğu düşünülse de, ilk iki aydaki bebeklerin sadece %44'ü anne sütüyle beslenmektedir (40). Emzirme döneminde gebelik ihtimali, ancak doğum sonrası ilk 6 hafta içinde olup adet görmeyen ve en fazla 4 saatte bir emziren, anne sütünden başka bir şey vermeyen annelerde düşüktür. Doğumdan hemen sonra Prolaktin hormonu yükselmeye başlar ve kadın eğer emzirmeye devam eder ise yüksek kalır. Bu yüksek seviye ovulasyonu inhibe eder. Bu inhibisyon, anne bebeğini su dâhil hiçbir ek besin vermeksizin sık sık (gece dâhil) ve her defasında uzun süre emziriyorsa ilk 6 ay için geçerlidir. Annenin adet kanaması görmemiş olması gerekir. Adet olmadan da ovulasyon olabileceğinden ek gıdaya başlanırsa ek kontraseptif yöntem de başlanmalıdır. Sağılıp verilen anne sütü de ek gıda gibi düşünülmelidir. Tanımlanan koşulların tam olarak varlığında ilk 6 ay için emziren annenin gebe kalma riski sadece %2'dir (41).

2.3.3. Koitus Interruptus

Ejakulatın vajinanın dışına atılmasına dayanmaktadır. Ancak ejakulat öncesi salgılanan sıvıda da birkaç adet sperm olabileceği ve bunlarla fertilizasyon gerçekleşebileceği mutlaka kişiye açıklanmalıdır.

Dünyada, çiftler arasında kısa süreli kullanımda en sık tercih edilen kontrasepsiyon yöntemlerinden biri de, geri çekme yöntemidir (42). Bilinen en eski kontraseptif metoddur. Gelişmekte olan diğer ülkeler ile karşılaştırıldığında, geri çekme yöntemi Türkiye'de daha sık olarak tercih edilmektedir (43). Günümüzde

kadınların %34,5'i modern kontrasepsiyon metodlarından birini kullanırken, %28,1'i halen geleneksel korunma yöntemlerini tercih etmektedir (44). Geri çekme yöntemi, eşler arasında uyum, disiplin ve motivasyon gerektiren bir yöntemdir. Herhangi bir kontrasepsiyon yöntemi kullanırken gebe kalan olgulardan %58,7-60,6'nın geri çekme yöntemini kullandıkları bildirilmiştir (45). Türkiye'de geri çekme yönteminin kullanım oranları arasında önemli farklılıklar gözlenmekte olup; Türkiye Nüfus Sağlığı Araştırmaları (TNSA) verilerinde, bu yöntemin kullanım oranı 1983'de %30,1, 1998'de ise %24,4 olarak bildirilmiştir (46). Kişisel özelliklere bağımlı bir yöntemdir. Cinsel yolla bulaşan hastalık (CYBH)'lara karşı koruyucu olmadığı unutulmamalıdır. Bu yöntemin %25 başarısızlık oranı vardır ve ayrıca psikolojik yan etkileri de bulunmaktadır.

2.3.4. Vajinal Duş

Etkisi olmayan, geleneksel yöntemlerdendir. Koitustan hemen sonra kadının vajenini su, sirke veya bir takım temizlik ürünleri ile yıkaması esasına dayanır. Kullanılan maddenin cinsine göre değişik türde vajinit oluşabilir. Özellikle hijyen açısından sağlıksız bir yöntemdir. Kadında ve erkekte cinsel doyumsuzluğa yol açabilir. Koitus sırasında spermier ejakulasyondan 15 saniye sonra servikal kanala penetre olduğundan ineffectif bir yöntemdir ve önerilmemektedir. Eğer ilişki esnasında spermisit de kullanılmış ise duş sonrası gebelik riski artar (47) .

2.4. Modern Yöntemler

2.4.1. Bariyer Yöntemler

Spermin ovuma ulaşmasını engelleyerek fertilizasyonun engellendiği yöntemlerdir. Kondom, diyafram ve servikal başlık fiziksel bariyer iken, spermisidler kimyasal bariyerdir (48). Bu yöntemleri inceleyecek olursak:

2.4.1.1. Prezervatif (Kondom, Kılıf)

Aile planlamasına erkeklerin de katılımını sağlamaktadır. İlk koitusta ve daha sonrası için kondom kullanımı; 1970'lerden sonra artarak günümüzde 9 milyonun üzerinde kadının kontrasepsiyon veya CYBH'lara karşı koruma için kondom

kullanımına erişilmiştir. Kondomlar ucuzdur, kullanımları kolaydır ve reçetesiz satın alınabilir. Ucuz olduğu için en çok latexten yapılanlar kullanılır. Buna karşı alerji varsa daha pahalı olan poliüretandan yapılanlar tercih edilir. Vücut ısısını iletmediğinden poliüretan olanlar haz duymaya daha fazla olanak sağlayabilir. Her ikisi de CYBH'lardan korur. Doğal zarlardan yapılmış (koyun barsağı gibi) kondomlar da mevcuttur ancak CYBH'lara karşı aynı derecede korumazlar. Çiftlerin kondomu doğru ve sürekli kullanma oranları çok değiştiği için başarısızlık oranları da oldukça değişiktir. Birinci yılın sonunda istenmeyen gebelik oranları, kusursuz kullanımda %3'ten tipik kullanımda %14'e çıkar (49).

Diğer olumlu özellikleri, tıbbi izlem gerektirmemesi, erken boşalmayı önlemesi, güvenli olması, hormonal yan etkisinin olmaması, ucuz olması ve kolay bulunmasıdır. Bazı erkeklerde duyarlılığı azaltabileceği ve ilişkiyi kesintiye uğratabileceğinden ereksiyonu güçleştirebilir. Ancak doğru kullanıldığında son derece emin bir yöntemdir. Bir kez kullanılıp atılmalıdır. Yağ bazlı maddelerle kayganlaştırılmamalıdır. Tıbbi açıdan gebelik kesin olarak kontrendikeyse daha güvenilir bir yöntemge geçilmesi önerilir (50).

2.4.1.2. Spermisidler

Kondomla birlikte veya tek başına kullanılabilir. Aktif maddesi nonoxynol 9 dur. Bu kimyasal ajan sperm hücre zarını öldüren bir surfaktandır. Koitustan yaklaşık yarım saat önce vajene yerleştirilmelidir. Etkileri genellikle bir saat sürer. Uygulamadan sonraki 8 saat süresince vajen yıkanmamalıdır. Penis ve vajende irritasyon meydana gelebilir. Tek başlarına kullanıldıklarında etki daha düşük olduğundan kondom, diyafram gibi diğer yöntemlerle birlikte kullanılması önerilmektedir. Gonore, genital herpes, trikomoniasis ve sifilize karşı koruyucu olduğu bildirilmiştir. Tedavi edilmesi gereken servikal kanser ve yüksek HIV riskinde kullanılması önerilmez. Ayrıca içerdiği maddelerden herhangi birine karşı alerjisi olanlarda ve gebeliğe karşı kesin kontrendikasyon varsa kullanılmamalıdır (48). Toksik şok sendromu riski hakkında endişeler varsa da istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

2.4.1.3. Diyafram

Bükülebilir kenarları olan kubbe şeklinde lastik bir kılıftır. Spermisidlerle birlikte kullanımı önerilmektedir. Çeşitli boyutlarda olabilir. Hem serviksi tam kapatmalı, hem de rahatsızlık vermemelidir. Koitus öncesi yerleştirilir, 6 saat sonrasına kadar yerinde tutulur. Kauçuk alerjisi olanlarda kullanmak uygun değildir. Doğru olarak kullanılırsa çok güvenilir bir yöntemdir. Serviks kanserini önleyebilir ve CYBH'lara karşı bir miktar koruyuculuğu mevcuttur. Ayrıca sistemik bir yan etkisinin olmaması da avantajdır. Nadir de olsa toksik şok sendromu görülebileceğinden 6 saatten fazla yerinde bırakılmamalıdır (48). Diyafram kullanımı için eğitim veren ölçü alabilen ve reçete edebilen bir sağlık personeli ile görüşmek gerekir (49).

2.4.1.4. Servikal Başlık

Serviks üzerine sıkıca oturan latexten yapılmış yumuşak ve derin bir lastik tekkedir. Kubbesine koitus öncesinde spermisid konur ve başlık çıkarılıncaya kadar servikse yapışık kalır (38). Etkinliği diyaframa yakındır. Yine diyafram gibi, içine spermisid sürülerek kullanımı uygundur. Koitustan 6 saat sonrasına kadar yerinde kalmalıdır. 48 saate kadar da yerinde bırakılabilir. Takılmasından önce ve üç ay sonra Papanicolaou (PAP) smear almak uygun olacaktır. Adet sırasında kullanılmaması hatırlatılmalıdır (48).

2.4.1.5. Kadın Kondomu

Poliüretandan yapılan ve vajen için üretilen bu ince ve yumuşak kılıfın her iki ucu birer halka içerir. Erkek kondomu gibi sadece bir kez kullanılır (51).

2.4.2. Rahim İçi Araç (RİA)

Tüm dünyada en sık tercih edilen geridönüşümlü yöntem olan rahim içi araçlar yaklaşık 100 milyon kadın tarafından kullanılmaktadır (49). Ülkemizde de modern yöntemler içinde en sık kullanılanıdır. Tercihen siklusun ilk 7 gününde takılır ve yine çıkarılması gerekirse ilk 7 günde çıkarılır. Şu anda Food And Drug Administration (FDA) tarafından 3 cins RİA kabul görmektedir. Türkiye'de

genellikle uygulanan RİA tipi Copper-T-380A (paragard)'dır. Dikey ve yatay kollarına bakır sarılmış polietilenden yapılmıştır. 10 yıl kullanılabilir. Progesteron salan T şeklinde bir RİA olan Progestasert 38 mg progesteron içeren etilen vinasetat kopolimerinden oluşur. 1 yıl kullanımı vardır. En yeni RİA, levonorgestrel (Mirena) içerir ve günde 20 mg levonorgestrel salan polietilen sistem 5 yıl süre ile kullanılabilir. Ayrıca yeni geliştirilen çatısız RİA'lar da (FlexiGard, GineFix) 5 yıl koruyuculuğa sahiptir. Bu RİA'lar rahim içi implant sistemi olarak da adlandırılmaktadır (52).

Kontrasepsiyonu nasıl sağladığı tam olarak bilinmemekle birlikte, intrauterin olarak inflamatuvar bir reaksiyon oluşturduğu düşünülmektedir (53). Spermin transportunu, fertilize ovumun ise implantasyonunu önler. Hormonlu RİA'ların ovulasyon inhibisyonu yapması ve servikal mukusun özelliğini değiştirmesi söz konusudur. Emziren kadınlarda kullanılabilmesi, fertilitenin yöntem bırakılınca hemen geri dönmesi, cinsel ilişkiden bağımsız olması ve çok etkin olması olumlu özellikleridir.

En sık görülen yan etkilerinden olan adet düzensizlikleri ve ağrılı adet yüzünden kullananların %11-15'i yöntemi bırakmaktadır (36,40). Yönteme başlamak ve bırakmak için sağlık personeline ve kuruluşuna ihtiyaç vardır. Her kadın uygulamadan 4-6 hafta sonra ve her yıl yılda bir kez muayene edilmelidir. İplerin durumu, bu muayenelerde ve ayrıca kadın tarafından düzenli olarak kontrol edilmelidir. Eğer ipler görülemiyor veya fark edilemiyorsa atılma veya perforasyon söz konusu olabilir. Atılma oranı, ilk yıl için %10-20 olarak bildirilmektedir (54). Perforasyon genellikle asemptomatiktir, bu nedenle RİA uygulandıktan sonra mutlaka kontrole çağrılmalıdır. Perforasyon tanısında genellikle röntgen ve ultrasonografi kullanılır. Perforasyon saptanırsa RİA laparoskopi ile çıkarılmalıdır. RİA iplerini atılmaya karşı düzenli olarak kontrol eden kadınlarda birinci yılın sonunda gebelik oranları Paragard için %0.6, Progestasert için %1.5 ve Mirena için %0.1'dir (49). RİA'sı olmayan kadınlarda ektopik gebelik riski %1.9 iken RİA'sı olanlarda bu oran %3-5'dir (36). RİA varken gebelik oluştuysa, 13 haftanın altındaki gebeliklerde RİA çıkarılabilirken 13 haftanın üstünde bırakılabilir (36,52). RİA yerinde bırakıldığında ikinci trimesterde septik abortus ve erken doğum riski mevcuttur. İnfeksiyon ise genellikle uygulamayı izleyen 20. günde olur (55). Bu

günden sonra gelişebilecek infeksiyonlar açısından RİA' sı olan veya olmayan kişiler arasında fark yoktur. Yine de birden çok cinsel eşi olanlarda kullanılmaması daha uygundur. Uygulama sırasında profilaktik antibiyotik kullanımının pelvik inflamatuvar hastalık (PID) riskini azalttığı gösterilememiştir (49). Gebelik şüphesi varsa, halen devam eden pelvik infeksiyon, yakın zamana ait PID öyküsü veya pürülan servisit durumlarında kullanılmamalıdır. Pelvik malignansi veya açıklanamayan vajinal kanamalarda da uygulama yapılmaz (34).

Doğum sonrası ilk 2 günde veya 8. haftadan sonra takılabilir. Hiç doğum yapmamış olanlara uygulanmaz. Sezeryan uygulananlarda sezeryanı takiben 6 haftalık bir sürenin geçmesi gerekir. Abortus sonrası hemen veya 2-4 hafta içinde uygulanabilir. Hala gebelik riski olduğundan postmenopozal dönemde son adetten 1 yıl sonrasına kadar RİA çıkarılmamalıdır (54).

2.4.3. Kombine Preparatlar

2.4.3.1.Kombine Oral Kontraseptifler (KOK)

Dünyada 100 milyondan fazla kadın hormonal kontrasepsiyon kullanmaktadır. 2000 yılı oral kontraseptif kullanımının 4. dekadı olarak kayıtlara geçmiştir. Düşük dozlu kombine oral kontraseptiflerin (<50 mg etinil estradiol) geliştirilmesi birçok kadının son derece etkili, güvenilir ve kabul edilebilir bir kontraseptif yöntem kullanabilmesini sağlamıştır.

KOK'ler gonodotropin releasing hormon (GnRH) salınımını azaltarak ve LH yükselmesini önleyerek ovulasyonu baskılar. Aynı zamanda servikal mukusun kıvamını arttırır, endometriyal kalınlaşmayı ve tubal transportu etkiler. KOK'lerin antiovlutuar etkisi genellikle progestin komponentine bağlıdır. Östrojen dozu sürekli antiovlutuar etki oluşturmaya yeterli değildir. KOK'ler doğru şekilde kullanıldığında ve sürekli alındığında %99'dan daha fazla oranda gebelikten korurlar.

KOK'lerde en sık kullanılan östrojen etinil estradiol (EE) olup, dozu 20 ile 35 mg arasında değişir. Östrojen dozunu 20 mg'a indirmek östrojene bağlı yan etkilerin azalmasına yol açmakla birlikte, kırılma kanamalarının artmasına da yol açar.

KOK formüllerinde kullanılan progestinler çok çeşitlidir. En sık kullanılan progestinler norgestrel, levonorgestrel ve noretindron'dur. Spironolakton derivesi olan drospirenon Mayıs 2001'de piyasaya çıkan ve FDA onayı alan en yeni progestindir. EE ile kombinasyon şeklindeki ticari preparatı ülkemizde kullanılmaktadır. Drospirenon diğer progestinlerden hafif antimineralokortikoid etkinliği ile ayrılmaktadır (49).

Kombine oral kontraseptifler özellikle anemi öyküsü, dismenore, menoraji, metroraji ve ektopik gebelik geçirmiş kadınlar için uygundur.

Kombine oral kontraseptifler over ve endometriyum kanserlerinin yanı sıra PID'ye karşı kısmi korunma sağlar. Periyodlar daha az, kısa ve düzenlidir. Menstruasyon sırasında daha az krampla birlikte'dir. Bening meme hastalıkları, ektopik gebelik ve demir eksikliği anemisi sıklığı da azalır. Buna karşı Hepatit B Virüs (HBV) , Human İmmundeficiency Virüs (HIV) veya diğer CYBH'lara karşı koruma sağlamazlar. Rifampin, karbamezepin, fenitoin, barbitüratlar gibi bazı ilaçlarla alınması durumunda kontraseptif etki azalır. Hapların her gün düzenli alınması gerekir.

Bilinen gebelik, 35 yaş üzerinde çok sigara içenler, tromboembolik veya vasküler bozukluk öyküsü, derin venöz tromboflebit, pulmoner emboli, koroner arter hastalığı, anjina, konjestif kalp yetmezliği, enfarktüs, meme kanseri öyküsü, sarılık, akut karaciğer hastalığı ve benign veya malign karaciğer tümörü olanlarda KOK kullanılmamalıdır. Risk faktörlerinden 35 yaş üzeri, sigara içilmesi, hipertansiyon (kan basıncı>160/90 mmHg) diyabetes mellitus, birinci derece yakınlarında 50 yaşından önce myokard enfarktüsü (MI) veya serebrovasküler olay (CVA) öyküsünün varlığı önemli olup, iki tanesinin bulunması durumunda bu metodu kullanmaktan kaçınılmalıdır.

Yan etki olasılığına karşı, şiddetli karın ağrısı, şiddetli göğüs ağrısı, nefes darlığı, şiddetli baş ağrısı, baş dönmesi, kuvvet veya duyu kaybı, şiddetli bacak ağrısı, depresyon, sarılık, gebelik olasılığı, memede kitle, ani görme kaybı ya da bulanık görme oluşursa derhal hekime başvurması mutlaka belirtilmelidir (56).

KOK'lere adetin ilk 5 günü içinde başlanır, 21 gün kullanılır ve 7 gün ara verilip sonrasında tekrar yeni bir kutu başlanır. Hap kullanımı ile ilgili pratikte en sık

karşılaşılan sorun hapların unutulmasıdır. Hap alınması unutulduğunda; eğer bir hap unutulmuşsa hatırlanınca hemen alınır, o günün hapi da normal zamanında alınır. İlk iki hafta içinde iki hap unutulmuşsa, üst üste iki gün ikişer hap alınır. Üçüncü haftada iki hap alınması unutulmuşsa paket atılarak yeni bir pakete başlanır ve bu arada ek yöntem kullanılır. Üç hap unutulursa aynı gün yeni pakete başlanmalı ve yine ek yöntem kullanılmalıdır (54,56).

2.4.3.2. Kombine Enjeksiyonlar

Aylık veya 3 aylık olarak uygulanabilirler. Adetin ilk 5 günü içinde uygulanmalıdır. Etkisini kadında hipotalamo-hipofizer sistem üzerinden ovulasyonu önleyerek gösterir. Enjeksiyonlar bırakıldıktan sonra fertilitenin geriye dönmesi için geçen süre 9 aydır. Aylık uygulanan ve 5 mg. Estradiol ile 50 mg. Noretisteron içeren enjeksiyon şeklinde kombine kontraseptif de mevcuttur. Ayrıca medroksiprogesterone asetat 25 mg. ve estradiol cypionate 5 mg. içeren bir preparat da bulunmaktadır (57). Yan etki, endikasyon ve kontrendikasyonlar kombine oral kontraseptifler gibidir. Anne sütünün miktarını ve yapısını değiştirdiğinden emziren kadınlarda uygulanmamalıdır.

2.4.3.3. Kombine Cilt Preparatları

Norgestimat'ın etkin metaboliti olan norelgestromin ve EE içeren preparat yapıştırılarak transdermal kullanılan bir kontraseptiftir. Bu sistem periferik dolaşıma günde 150 mg norelgestromin ve 20 mg EE salınmasını sağlar. Tedavi şekli her siklus için 7'şer günlük 3 yama (21 gün) ve çekilme kanamasının oluşabilmesi için 1 haftalık aradan oluşur. Yamalar bedende 4 bölgeden birine uygulanabilir; karın, kalça, üst kol dış yüzeyi ve gövde (meme hariç). Etkinliği KOK'lere benzer. Yamaya uyum ise KOK'ten daha iyidir ve buna bağlı olarak daha az istenmeyen gebelik oluşmaktadır. Ancak 100 kg'ın üzerindeki kadınlarda istenmeyen gebelik oranı daha yüksektir. Kırılma kanaması, lekelenme ve meme gerginliği KOK'lere göre ilk 2 ayda daha fazla görülür ancak sonraki sikluslarda bu oranlar hemen hemen aynıdır. Amenore yama kullananların sadece %0.1' inde görülür. Kadınların %2-3'ünde yamaya bağlı lokal reaksiyonlara rastlanır.

Yamanın başlangıç günü KOK'ler gibidir. Kadınlar yamayı menstruel siklusün ilk gününde uygular. Kullanımın ilk 7 gününde ek bir kontraseptif yöntem kullanmak gerekir (49).

2.4.3.4. Kombine Vajinal Halka

54 milimetrelik etilenvinil asetat kopolimer halkadan EE ve etonogestrel salgılar. Bunda da etki mekanizması ovulasyon inhibisyonu şeklindedir (50). Günlük 120 mikrogram etonogestrel ile 15 microgram EE salgılar (57). Kadın vajinal halkayı (Nuvaring) kendisi yerleştirir, 3 hafta kullanır ve sonra çıkartarak atar. Çekilme kanamasının görüleceği 1 haftalık aradan sonra yeni bir halka yerleştirilir.

KOK kullanıcılarına göre %60-70 daha düşük olan EE ve etonogestrel serum konsantrasyonları uygulandıktan 1 hafta sonra maksimuma ulaşır. Bu nedenle başka bir hormonal kontraseptif yöntemden Nuvaring'e geçiş yapıldığında 1 hafta süreyle ek bir kontraseptif yöntem kullanılması önerilmektedir.

Nuvaring'in gebelikten koruma mekanizması KOK'ler ile aynıdır. Gebelik oranları 100 kadın yılı için 1- 2 dolayındadır. Yan etkileri KOK'lere benzer. En sık görülen yan etki kanama düzensizlikleridir. Nuvaring için kontrendikasyonlar da KOK'lerle aynıdır. Vajinal halka irritasyonu olan kadınlarda veya vajinal stenoz, servikal prolapsus, sistosel veya rektosel gibi halkanın atılma olasılığı yüksek olan durumlarda kullanılmamalıdır (49).

2.4.4. Yalnız Progesteron İçeren Yöntemler

Kullanımları özellikle emziren kadınlarda ve östrojene kontrendikasyonu olanlarda yaygındır. İki değişik formül vardır: norgestrel içerenler ve noretindron içerenler.

Bu tür yöntemler servikal mukusu kalınlaştırarak, ovulasyonu baskılayarak fertilize ovumun implantasyonunu engelleyerek etki ederler (54). Trombotik olaylara neden olmaması ve anne sütünü ve dolayısıyla emzirmeyi etkilememesi olumlu yönleridir. Ayrıca adet sırasında kanamayı ve premenstrüel semptomları azaltırlar. Ancak bazı karaciğer enzim induksiyonu yapan ilaçlarla kullanılırsa etkileri azalabilir (54,58). World Health Organization (WHO), bu kontraseptif yöntemi

özgeçmişinde venöz tromboembolizm, akciğer embolisi, diyabet, obezite veya hipertansiyon olan kadınların da kullanabileceğini açıklamıştır. Vasküler hastalık kullanım için artık bir kontrendikasyon olarak kabul edilmemektedir.

En sık yan etkiler menstuel siklus düzensizlikleri ve kırılma kanamalarıdır. Sarılık, pelvik ağrı ve göğüs ağrısı olursa aktif karaciğer hastalığı, ektopik gebelik ve kardiyovasküler yan etkiler açısından dikkat edilmelidir (58).

2.4.4.1. Mini Hap

Oldukça güvenilir bir yöntemdir. Düşük doz progesteron içerir. Mini hap kullanırken gebelik oluşmuşsa dış gebelik olup olmadığı kontrol edilmelidir. Adetin ilk gününde başlanarak ara vermeden sürekli alınır. İlk yedi gün için ek yöntem kullanılması gerekir. KOK gibi hergün aynı saatte alınmalı ve unutulursa KOK için geçerli olan kurallar uygulanmalıdır. Bırakılınca fertilité hemen geri döner. Ara kanamaları görülebilir. Emziren kadınlarda, estrojen kullanamayanlarda ve yaşlılarda uygun bir seçenektir. Adet kanamalarının miktarını ve krampları azaltması önemli bir özelliktir. Üçer aylık aralarla izlem uygundur. Obezler, sigara içenler, cerrahi girişim geçirenlerde rahatlıkla kullanılabilir (54).

2.4.4.2. Enjeksiyonlar

Enjektabl uzun etkili kontrasepsiyon, kullanıcılara cerrahi sterilizasyon kadar etkili, güvenilir ve geri dönebilen bir koruma sağlar.

2.4.4.2.1. Depo-provera (DMPA)

150 miligram medroksiprogesteron asetat içerir. Üç ayda bir intramuskuler olarak uygulanır. İki ayda bir uygulanan ve 200 miligram noretisteron asetat içeren bir preparatı da vardır (54). Ana etki mekanizması ovulasyonun baskılanmasıdır. Ayrıca servikal mukusu kalınlaştırma, endometriumu inceltme etkileri de mevcuttur. İleri yaştaki kadınlar, emziren kadınlar ve estrojen kullanamayan kadınlarda tercih edilebilir. Tipik kullanımda başarısızlık oranı 100 kadın yılı için 0,3'tür.

İlk enjeksiyon menstuel siklusün veya birinci trimester düşüğün ilk 5 gününde uygulanmalıdır. Emziren kadınlarda postpartum 6. haftaya kadar

kullanılmamalıdır. KOK'ten geçiş yaparken ilk enjeksiyon hap kullanımının herhangi bir gününde veya hap bittikten sonraki ilk 7 gün içinde yapılmalıdır. Sonraki enjeksiyonlar her 12 haftada bir yapılır. Eğer kullanıcı 13 hafta veya daha sonra gelirse yeniden enjeksiyon yapılmadan önce gebelik kuşkusu giderilmelidir.

Depo medroksiprogesteron asetat kullanımının doğurganlık üzerine kalıcı bir etkisi yoktur, ancak fertilitenin geri dönüşü kullanım bırakıldıktan sonra gecikebilir. DMPA kullanan kadınların %50'si bıraktıktan sonraki ilk 10 ay içinde gebe kalır. Kadınların küçük bir oranında doğurganlık 18. aya kadar gecikebilir.

En sık görülen yan etki menstruel düzen değişikliğidir. DMPA kullanan kadınların %75'inde birinci yılın sonunda amenore, diğerlerinde de düzensiz kanama veya lekelenme görülür. DMPA'nın diğer yan etkileri arasında kilo değişiklikleri, duygudurumda dalgalanmalar, libidoda azalma, başağrıları ve azalmış kemik yoğunluğu sayılabilir (49). Yüksek dansiteli lipoproteini (HDL) düşürme, nöbet geçirme sıklığında artış gibi etkileri olabilir (54). Uzun süren, aşırı miktarda adet kanaması, sarılık, şiddetli karın ve baş ağrısı ile görme bulanıklığında hekime başvurulması hatırlatılmalıdır (58).

2.4.4.3. İmplantlar

Derialtı implantlarıyla ilgili çalışmalar 1960'lardan beri sürmektedir. Çeşitli tiplerde implantlarla denemeler yapılmaktadır; bunlar arasında uzun süre önce geniş çapta kullanıma sunulan ve en yaygın olarak kullanılan implant Norplanttır.

2.4.4.3.1. Norplant

Norplant beş yıl süreyle korunma sağlayan etkili, uzun süreli ve geri dönüşlü bir kontraseptiftir. Sentetik hormon içeren 6 ince ve esnek kapsülden oluşan bir kontraseptiftir. Kapsüllerin her biri 3,4 cm uzunluğunda, 2,4 mm çapındadır ve ortalama 36 mg kristalize levonorgestrol içerir. Küçük bir cerrahi girişimle, üst kolun iç kısmına, derinin hemen altına yerleştirilir. Sentetik bir progestin olan levonorgestrol, KOK'lerde ve yalnız progestin içeren minihaplarda uzun yıllardır kullanılan ve bu nedenle etki ve yan etkileri iyi bilinen bir hormondur. Silastik tüpler ise 1950'lerden beri cerrahi uygulamalarda kullanılmaktadır; yan etkisi

bildirilmemiştir. Norplanttaki yenilik, kontraseptifin vücuda verilmiş biçimidir. Progestin, kapsüllerin duvarlarından sürekli olarak ve düşük dozlar halinde vücuda geçer. Progestin ovülasyonu baskılayarak ve servikal mukusu, sperm geçişini engelleyecek biçimde kalınlaştırıp azaltarak gebeliği önler. Norplant mevcut kontraseptiflerin en etkililerinden biridir. Beş yıllık bir sürede yıllık ortalama gebelik hızı %1'den azdır.

Norplant yerleştirmek için en uygun zamanlar menstrüasyon sırasında (başlangıcını izleyen 7 gün içinde), düşükten sonra (hemen veya ilk 7 gün içinde), emzirme döneminde (doğumdan sonra 6 hafta geçtiyse) olmaktadır. Her ne kadar Norplant yerleştirilmesi için en uygun zamanlar yukarıda sıralananlar ise de gebelik olmadığından emin olduğunda siklusun herhangi bir döneminde Norplant kapsüllerinin yerleştirilmesi mümkündür.

İlk yıl salgılanan levonorgestrel düzeyi yüksek olduğundan amenore gözlenebilir. Giderek düzey düştükçe adetler düzelir. Estrojen kullanma kontrendikasyonu olanlarda, ileri yaş kadınlarda, emzirenlerde, etkin ve uzun süreli bir kontrasepsiyon yöntemi isteyen kadınlarda tercih edilebilir. Son derece etkilidir. Kullanımının kolay olması, bir kez uygulandıktan sonra kadının kliniğe sadece izlem ya da implantın çıkarılması için gelmesi, 5 yıl süreyle koruması, günlük aktiviteyi, cinsel isteği ve ilişkiyi etkilememesi, geri dönüşlü olması olumlu yönleridir. Buna karşılık eğitilmiş personel gerektirmesi, küçük cerrahi girişimlerde görülebilecek enfeksiyon, kanama, hematoma gibi riskler taşıması, derinin altında fark edilmesi, kullanıcının yöntemi kendi kendine bırakmaması ve CYBH'lara karşı koruyuculuğunun olmaması olumsuz yönleridir (59).

Tanı konmamış anormal vajinal kanama, gebelik, karaciğer hastalığı, orak hücreli anemi, diyabet, hipertansiyon, migrende dikkatli kullanılmalıdır. Sigara içenler, obezler, cerrahi müdahaleler sırasında ve endometriyum ya da over kanserli hastalarda kullanılabilir (58).

2.4.4.3.2. İmplanon

Tek çubuklu bir implant olan İmplanon etilen vinasetil membranı içinde dezogestrolin aktif metaboliti olan etonogestrel içerir. Kullanım süresi 3 yıldır.

70000 sıklısta İmplanon'a ait hiç gebelik görülmemiş olup kadınların %82'si İmplanon'u en az 2 yıl kullanmaktadır. İmplanon'u bırakan kadınların çoğu kanama düzensizlikleri ve kilo artışı nedeniyle bırakmaktadır. Sistemin tek çubuktan oluşması nedeniyle uygulaması ve çıkarılması çok kolaylaşmıştır. Adetin ilk beş gününde yerleştirilir. Anestezi gerektirmez. Ovulasyon inhibisyonu etkisi mevcuttur. Emziren kadınlarda da uygulanabilir. Çıkarıldığında fertilitate hemen geri döner.

2.4.4.3.3. Jadelle

75 gr levonorgestrel içeren iki çubuktan oluşur. 5 yıllık koruma sağlar. Fertilitenin hemen geri dönmesi iyi bir özelliğidir. Ayrıca etkinliği yüksektir. Ovulasyon inhibisyonu özelliği Norplant'a benzer (50).

2.4.5. Geriye Dönüşümsüz Yöntemler

Tüm dünyada yaygın olarak kullanılan ve en güvenilir yöntemlerden biridir. Hamile kalmaması zorunluluğu olan kadınlar ve artık çocuk istemeyen çiftler için uygundur. Cerrahi işlemler olduğu için, kişilerin cerrahi öncesi değerlendirilmesinin iyi yapılması ve geri dönülmesi çok zor olduğundan yönetime özel danışmanlığın verilmesi çok önemlidir (60).

Geriye dönüşümsüz yöntemler güvenli ve etkin bir biçimde sunulursa kabul görür. Bunu sağlayabilmek için hizmeti sunarken birbirini tamamlayan konulara dikkat etmek gerekir: Adayların ameliyat öncesi değerlendirmesiyle yöntemin uygun olup olmadığı gözden geçirilir, adayın gönüllü ve bilinçli bir seçim yapıp yapmadığı cerrahi işlem için sağlık riskleri olup olmadığı belirlenir (78).

Cerrahi sterilizasyon yapılan herkese, işlemden sonra yapması gerekenler yazılı olarak verilmeli; ayrıca klinikten ayrılmadan önce de anlaşılır bir dille sözlü olarak anlatılmalıdır (78).

Ülkemizde 1983 yılında kabul edilen 2827 sayılı yasaya göre, 18 yaşını tamamlamış olan herkese kendi isteğiyle, evliyse eşinin de onayı alınarak, sterilizasyon işlemi yapılabilir. Kliniklerin ya da tek tek sağlık çalışanlarının, kendi değer yargılarına göre kısıtlamalar getirmeleri (ikiden az çocuğu olanlara, 35 yaşın altındakilere yapılmaması gibi) hem yasaya uygun değildir, hem de bireylerin seçim

hakkını ihlal eder. Her bireyin ya da çiftin gereksinimleri ve koşulları farklıdır. Doğru olan, bireylerin durumlarını iyi inceleyerek bilinçli seçim yapmalarına yardımcı olmaktır (61).

2.4.5.1. Kadın Sterilizasyonu (Tüp Ligasyonu)

Tüp ligasyonu, başka çocuk istemeyen ve doğurganlığını sona erdirmek isteyen çiftler için en güvenli yöntemlerden biridir. Cinsel işlev ve tatminde bir değişiklik yapmayacağı gibi, vücudun diğer işlevlerini de etkilemez.

Tüp ligasyonunda her iki tüp mekanik yolla kapatılır. Bu işlem iki şekilde yapılabilir:

Minilaparotomi: Klasik laparotominin basitleştirilmiş bir şeklidir.

Laparoskopi: Tüplerin laparoskop kullanılarak bağlanmasıdır.

Her iki tuba üçte bir proksimalden kesilir, bağlanır veya kliplenir. Amaç overlerle tubalar arasındaki transport mekanizmasının bozularak ovumla spermin birleşiminin engellenmesidir. Oldukça güvenilir bir yöntemdir. Ortalama yarım saat süren, anestezi gerektiren kısa süreli bir işlemdir. Hasta aynı gün evine gidebilir (57).

Tüp ligasyonu en etkili kontraseptif yöntemlerden biridir. Oral kontraseptifler, RİA ve enjekte edilen kontraseptiflerden çok daha etkilidir; başarısızlık oranı yalnızca 1000'de 1 kadardır. Gebeliği önleme etkisi hemen başlar. Başarısızlık oranının düşük olması, eşlerin kontrasepsiyon sorununu ortadan kaldırması, cinsel ilişkiyi etkilememesi, ileri dönemlerde ortaya çıkan yan etkisinin olmaması olumlu etkileridir. Operasyon sırasında ya da sonrasında kanama ve infeksiyon riski vardır ancak cerrahi tekniğin doğru ve titizlikle uygulanması bu komplikasyonların oluşmasını önler. Operasyonu izleyen birkaç gün kesi yerinde ve alt karında ağrı olur. Geri dönüşü zordur ve garanti edilemez. Düşük bir oranda da olsa dış gebelik olasılığı vardır. CYBH'lara karşı koruyuculuğu yoktur (61).

2.4.5.2. Erkek Sterilizasyonu (Vazektomi)

Vazektomi, en etkili kontraseptif yöntemlerden biridir. Vaz deferenslerin bağlanıp kesilmesi sonucu spermlerin meniye geçişini engelleyen bir yöntemdir. Oral kontraseptif, RİA, enjekte edilen kontraseptif ya da kondomdan daha etkilidir; başarısızlık oranı 1000'de 1 kadardır. Kadın sterilizasyonuna göre daha basit ve daha az komplikasyon içeren bir işlemdir. Hematom, enfeksiyon gibi ciddi komplikasyonlar çok nadir görülür. Hastanede yatmayı gerektirmez. Cinsel işlevi etkilememesi önemli bir özelliğidir. İşlem sonrası yirmi ejakulasyon kadar, hala sperm üretimi devam edeceğinden ek yöntem kullanılması uygun olacaktır (61).

2.5. Acil Kontrasepsiyon

DSÖ'ne göre her yıl, istenmeyen gebeliklerin neden olduğu en az 20 milyon güvenli olmayan düşük gözlenmekte ve bunların 80.000'i kadınların ölümü ile sonuçlanmaktadır. Acil kontrasepsiyonun istemli düşükleri de %60 oranında azaltma potansiyeli vardır (62). Tecavüz sonrası veya korunmasız cinsel ilişki gibi zorunlu durumlarda kullanılması gereken yöntemlerdir. Koitus sonrası kullanılan ilaç veya araçları kapsar. Bir sonraki kullanımda etkinlikleri azalmaktadır. Sürekli kontrasepsiyon amaçlı kullanılmamalıdır (58). KOK, sadece progestin içeren haplar ve RİA şeklinde uygulanabilen acil kontrasepsiyon yöntemleri güvenilir ve etkilidir. Önerildiği gibi alındığında acil kontrasepsiyon hapları (AKH) korunmasız bir ilişki sonrası oluşabilecek gebeliği %75-89 oranında, bakırlı RİA'lar ise koitus sonrası ilk 5 gün içinde yerleştirildiğinde %99 oranında önler. Acil kontrasepsiyona hiç kontrasepsiyon kullanılmadığında ya da kullanılan yöntem başarısız olduğunda başvurulabilir. AKH'ları sadece kısa süreli hormon içerdiğinden güvenle kullanılabilir. Venöz tromboembolizm, felç, miyokart enfarktüsü ve diğer kardiyovasküler olayları arttırdıkları gösterilmemiştir. Tam etki mekanizmasının bilinmemesine karşın ovulasyonu inhibe ettikleri ve fertilizasyon ve/veya implantasyonu engelledikleri düşünülmektedir. CYBH'lara karşı koruma sağlamazlar. Endikasyonları korunmasız cinsel ilişki, kontraseptif kullanımında yapılan hatalar, yakın zamanda teratojenlere maruz kalma ve tecavüzdür. Tek kontrendikasyonu gebeliktir. Adetin gecikmesi (dört hafta içinde olmaması),

beklenenden az kanama, ektopik gebelik olasılığı ve cinsel yolla bulaşan hastalık belirtileri söz konusu ise kişinin bir sağlık kuruluşuna başvurması önerilmelidir (60).

2.5.1. Yuzpe Rejimi

Acil kontrasepsiyon için KOK kullanılması sıklıkla yuzpe rejimi olarak bilinir. On iki saat arayla 100 mikrogram etinil estradiol ile 0.5 miligram levonorgestrelin iki kez verilmesinden oluşur. Koitus sonrası ilk 12-24 saat sonrası başlanırsa etkilidir. 72. saatten sonra etkisizdir. En sık kullanılan acil kontrasepsiyon yöntemidir. Doğru kullanıldığında Yuzpe yöntemi istenmeyen gebelikten %75 oranında korur. Sık rastlanan yan etkiler bulantı (%50) ve kusmadır (%20). Her dozdan 30-60 dakika önce alınan antiemetikler bu belirtileri en aza indirir. Diğer yan etkiler arasında menstruasyon gecikmesi veya erken menstruasyon vardır (49,60).

2.5.2. Tek başına Levonorgestrel (Plan B)

Sadece progestin içeren haplar acil kontrasepsiyon için kullanıldığında korunulmayan cinsel ilişkiden sonraki ilk 72 saat içinde ilk doz 0.75 mg levonorgestrel alınır ve 12 saat sonra bu doz yinelenir. Bu protokol B planı ticari ismi altında üretilmektedir. B planı yoksa sadece progestin içeren haplarda kullanılabilir. Sadece progestin içeren protokol bir çalışmaya göre %85 oranında gebelikten korur ve Yuzpe yöntemine göre daha etkilidir. Bulantı hastalarının sadece %25'inde görülür (49).

2.5.3. RİA

İlk 72 saat içinde gelemeyen veya hormon kullanımının mümkün olmadığı kadınlarda ovulasyon sonrası 5-7 güne kadar bakırlı RİA yerleştirilirse gebelik önlenir. Çok etkilidir. RİA'lar CYBH riski olanlarda, ektopik gebelik riski taşıyanlarda ve uzun süreli kontrasepsiyon istemeyenlerde kullanılmamalıdır. RİA etkili acil kontrasepsiyon yöntemi olup, başarısızlık %1'in altındadır (49,60).

2.5.4. Mifepriston (RU-486)

“Düşük hapı” olarak da bilinmektedir. Antiprogesteron etki gösteren sentetik bir ilaçtır ve FDA tarafından 2000 yılında onay verilmiştir. Progesteron

reseptörlerine bağlanarak bunları bloke eder, ovulasyonu ve endometriyum gelişimini engeller. 600 mg (10 mg/kg) peroral (PO), tek doz uygulamada tama yakın başarı bildirilmektedir. Yapılan son araştırmalarda 50 mg. tek doz uygulamanın bile yeterli olduğu gösterilmiştir. Daha az yan etkisinin olması ve diğer hormonal yöntemlere kıyasla daha az küretaj gerektirmesi üstünlükleridir. Mifepristonun postkoital kontrasepsiyonda lüteal fazda kullanılması önerilmektedir. Bazı kliniklerde adet 27. günü verilmektedir. Yuzpe rejimine göre daha az yan etkisi olmasına rağmen etkinliği aynıdır (60).

2.5.4.1. Misoprostol, Gemeprost

Prostaglandin analogudur ve genellikle 200 miligram mifepristonla birlikte 0,5-1 miligram uygulanır (63). 56 günden küçük gebeliklerde başarı sağlamaktadır (62). Oral olarak 12-24 saat önce veya vajinal olarak 4-6 saat önce uygulanırsa serviksi yumuşatır ve dilatasyon sağlar.

2.5.5. Ertesi Gün Hapı (acil doğum kontrol kiti)

KOK'lerin ilk 72 saat içinde kullanılması şeklinde uygulanmaktadır. 50 mikrogram EE içerenlerden iki, 30 mikrogram EE içerenlerden üç adet KOK preparatı alınıp 12 saat sonra aynı doz tekrarlanmalıdır (60).

2.6. Erkek Hormonal Kontrasepsiyonu

Normal bir spermatogenez için uygun miktarda testosteron salgılanması gerekmektedir. Testosteron da, Leyding hücrelerinin LH tarafından uyarılmasıyla salgılanmaktadır. FSH bu aşamalardaki görevi tam olarak anlaşılamamaktaysa da, bu hormonun kalitatif ve kantitatif olarak normal bir spermatogenez için gerekli olduğu düşünülmektedir. Dolayısıyla bu yöntem, LH ve FSH'nin baskılanmasına ve böylece spermatogenezin azalmasına dayanmaktadır. Bu amaçla tek başına androjenler (Testosteron Enantat-TE) veya androjen-progesteron kombinasyonları (TE+ Siproteron Asetat veya Levonorgestrel) kullanılmaktadır. Androjen ve/veya progesterin reseptör modülatörleri ve peptid olmayan gonadotropin releasing hormon antagonistleri üzerinde de çalışılmaktadır. Bilinen yan etkiler arasında akne oluşması, libido ve duygudurum değişiklikleri, depresyon ve erektil disfonksiyon sayılabilir.

Yavaş salınan depo testosteron enjeksiyonların kas içi uygulamasının da 12 haftaya kadar yeterli testosteron düzeyini sağladığı belirtilmektedir. Testosteron ile desogestrel/etonogestrel kombinasyonlarının pratik kullanıma en uygun kombinasyonlar olduğu düşünülmektedir.

Diğer araştırılmakta olan yöntemlerden testosteron implantlarının (üç ayda bir 800-1200 mg) spermatogenezi baskılamada etkili olduğu, ancak Tip 2 5 α -Redüktaz inhibitörlerinin etkisinin olmadığı savunulmaktadır (64,65,66).

2.7. Aile Planlaması Hizmetlerinde Danışmanlık

Danışmanlık aile planlaması hizmetlerinin kalbidir. Başarılı bir aile planlaması uygulaması için danışmanlık esastır ve aile hekimlerinin en önemli görevlerinden biridir. Danışmanlık hizmeti aile planlaması uygulamaya karar veren bir kişinin kendisi için en uygun yöntemi seçmesinde ve seçtiği bu yöntemi sürekli olarak kullanmasında yol gösterici bir uygulamadır. En uygun yöntemin iki özelliği vardır: Kullanıcı için güvenli olması ve bu yöntemin kullanıcı tarafından gerçekten kullanılmak istenmesidir (78).

Aile planlaması hizmetlerinin başarılı olabilmesi ve annelerin sağlık düzeylerinde yer alması beklenen gelişmeyi ortaya çıkarabilmesi için, sadece bu hizmetlerin herkese ulaşılabilir olması, kolay elde edilebilir olması, ücretsiz olması ve bu hizmetlerle ilgili olarak kişilerin bilgilendirilmiş olmaları yetmez. Aile planlaması hizmetlerinin başarısının altın anahtarı danışmanlıktır. Çünkü sonuçta karar verecek ve bu kararı uygulayacak kişileri yönlendirmede etkili olacak ve gerekli davranış değişikliğini yaratacak şey danışmanlık hizmetlerinin niteliği ve niceliğidir. O nedenle de danışmanlık hizmeti aile planlaması uygulamalarının ayrılmaz bir parçasıdır (67).

Danışmanlık adımları, üreme sağlığı hizmetlerinin sunumunda, sağlık personelinin bir başvuran ile görüşmesini eksiksiz sürdürmesinde, atlamadan, unutmadan görüşmeyi tamamlayabilmesinde yol göstericidir. Ancak burada asıl önemli olan adımlar değil “başvuranın kendisi”dir. Danışmanlığın amacı, her bir başvuranın farklı olduğunun bilinciyle, başvuranın ihtiyacının ne olduğunun tanımlanması ve o ihtiyacı karşılayacak sağlık hizmetinin sunulmasıdır. Üreme

sağlığı hizmetlerine başvuranlar genellikle özel bir sorunları olunca gelirler. Örneğin aile planlamasına ihtiyaçları olabilir, cinsel yolla bulaşan hastalıklarla ilgili sorunları olabilir, düşük için destek aramakta olabilirler v.b. Fakat bunlara çözüm ararlarken asıl temelinde yatan sorunlarını, ihtiyaçlarını dile getirmekten kaçınırlar, utanabilirler. Sağlık personelinin görevi uygun bir yaklaşımla, başvuranın üreme sağlığı ihtiyaçlarını ortaya çıkarıp, bunların farkına varmasına ve çözüm bulmasına yardımcı olmak, yol göstermektir (68).

3. MATERYAL METOD

3.1. Araştırma Projesi

“Emzirme Dönemindeki Kadınlarda Kontraseptif Yöntem Seçimini Etkileyen Demografik ve Sosyokültürel Faktörler” isimli araştırma projesi 06/10/2010 tarih,15 sayılı 3 no.’lu karar ile etik kurul tarafından uygun görülmüş; Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Akademik Kurulu tarafından uzmanlık tezi olarak belirlenmiştir. Bu çalışma; 2-18 ay arası bebeği olup emziren, sosyoekonomik ve sosyokültürel özellikleri birbirinden farklı 440 kadında aile planlaması yöntem kullanım sıklığı ve ilişkili faktörlerin saptanması amacıyla planlanmıştır.

3.2. Araştırma Bölgesi

Çalışma, Isparta ili Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Pediatri Polikliniğine başvuran, emzirme döneminde bulunan kadınlar üzerinde yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Tipi

Çalışma Isparta il Merkezi’ne bağlı tıp fakültesi hastanesinde yürütülmüş olan, kesitsel ve tanımlayıcı tipte bir araştırmadır.

3.4. Araştırmanın Evreni

Araştırmaya Mart 2011 ile Haziran 2011 tarihleri arasında 3 aylık dönemde Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Pediatri Polikliniği’ne başvuran 2-18 ay arası bebeği olan ve bebeklerini emziren ankete katılmayı kabul eden, 440 gönüllü kadın alınmıştır.

3.5. Verilerin Toplanması

Veri toplanmasında araştırmacı tarafından hazırlanan 37 soruluk anket formu kullanılmıştır. Anket formunda: kadınların sosyodemografik özellikleri (yaş, eğitim durumu, meslek, kardeş sayısı, aile tipi, hastalık öyküsü, sigara kullanıp kullanmadıkları, eşlerinin yaşı, eğitim durumu, kardeş sayısı, nerede oturdukları,

gelir durumları, sosyal güvenceleri, ilk gebelik evliliğin kaçınıcı yılında olduğu, bebek yaşı) doğurganlık özellikleri (canlı doğum sayısı, doğum şekli, istemli düşük sayısı, istemsiz düşük sayısı, ölü doğum sayısı, yaşayan çocuk sayısı, ilk gebelik yaşı), evlenme yaşları, başka çocuk istemi olup olmadığı, danışmanlık hizmeti alıp almadıkları, gebelikten önce ve emzirme döneminde hangi aile planlaması yönteminin kullanıldığı ve bu seçimi neyin etkilediği, kullanılan yöntemin güvenilirliğine inanıp inanılmadığı, doğum sonrasında ne zaman korunmaya başlanıldığı, doğum sonrası kaçınıcı ayda adet gördükleri ve emzirme döneminde cinsel isteksizlik olup olmadığı sorgulandı. Anket ayrı bir odada, yüzyüze araştırmacı tarafından yapıldı. Anketteki soruları yanıtlamak için kişilere en az 25 dakika zaman ayrıldı. Çalışma sonrasında emziren kadınlara yöntemlerle ilgili bilgi verildi, yanlışları düzeltildi.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma sonucunda elde edilen veriler bilgisayar ortamında (SPSS 15.0) istatistik paket programına aktarıldı. Anket formlarındaki verilerin istatistiki değerlendirilmesinde frekans dağılımı ve ki-kare testi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık için $p < 0,05$ anlamlı olarak kabul edildi.

4. BULGULAR

Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Pediatri Polikliniği'ne Mart-Haziran 2011 tarihleri arasında başvuran, emzirme döneminde olup bebeğini emziren ve ankete katılmayı gönüllü olarak kabul eden 440 kadın çalışmaya dâhil edilmiştir. 37 sorudan oluşan demografik ve sosyokültürel özellikleri ve doğum bilgilerini içeren anket kadınlara uygulanmıştır. Kadınların sosyodemografik özellikleri TABLO 2'de özetlenmiştir.

Tablo 2. Tıp Fakültesi Pediatri Polikliniğine başvuran kadınların sosyodemografik özellikleri Isparta 2011.

	Sayı	%
YAŞ		
18-25	156	35,5
26-32	218	48,5
33-41	58	14,2
>42	8	1,8
YAŞ ORTALAMASI	28,2±5,07	
EĞTİM DÜZEYİ		
Okur-Yazar değil	6	1,4
Okur-Yazar	4	0,9
İlkokul	170	38,6
Ortaokul	68	15,5
Lise	110	25,0
Üniversite	82	18,6
MESLEK		
Çalışmayan	358	81,4
Doktor	20	4,5
Hemşire	18	4,1
Öğretmen	24	5,5
Diğer çalışan kadınlar	20	4,5
KARDEŞ SAYISI		
1-2	105	23,9
3-4	209	47,5
5 üzeri	126	28,6
KARDEŞ ORT	3,7±1,6	
AİLE TİPİ		
Çekirdek aile	316	71,8
Geniş aile	124	28,2
ÖZGEÇMİŞ		

Hastalık var	54	12,3
Hastalık yok	386	87,7
SİGARA		
Evet	34	7,7
Hayır	406	92,3
EŞ YAŞ ORT		
	31±5,2	
18-25	38	8,6
3 6-33	258	58,6
34-41	122	27,8
42 üzeri	22	5,0
EŞ EĞİTİM DURUMU		
Okur-Yazar değil	2	0,5
Okur-Yazar	4	0,9
İlkokul	120	27,3
Ortaokul	60	13,6
Lise	146	33,2
Üniversite ve üzeri	108	24,5
EŞ KARDEŞ SAYISI		
1-2	110	25,0
3-4	192	43,6
5 üzeri	138	31,4
EŞ KARDEŞ ORT		
	3,8±1,8	
YERLEŞİM YERİ		
Kent	246	55,9
Kırsal	194	44,1
GELİR SEVİYESİ		
0-500 TL/ay	42	9,5
500-1000 TL/ay	202	45,9
1000-1500 TL/ay	68	15,5
1500-2000 TL/ay	54	12,3
2000 üzeri TL/ay	74	16,8
SOSYAL GÜVENÇE		
Ssk	262	59,5
Es	112	25,5
Bağkur	42	9,6
Yeşilkart	12	2,7
Güvencesi yok	12	2,7
EVLENME YAŞ ORT		
	21,1±3,7	
EŞ EVLENME YAŞ ORT		
	24,6±3,9	
İLK GEBELİK YIL ORT		
	1,4±1,0	

Çalışmaya katılan kadınların yaş ortalaması 28, 2±5,07 (min:18, max:42) yaş olarak tespit edildi.

Çalışmaya katılan 440 kişinin 6'sı (%1,4) okur-yazar değil, 4'ü (%0,9) okur-yazar, 170'i (%38,6) ilkokul mezunu, 68'i (%15,5) ortaokul mezunu, 110'u (%25,0) lise mezunu, 82'si (%18,6) üniversite ve üstü mezunuydu.

Çalışmaya katılan kişilerin 358'i (%81,4) ev hanımı, 20'si (%4,5) doktor, 18'i (%4,1) hemşire, 24'ü (%5,5) öğretmen, 20'si (%4,5) diğer meslek grubundan olarak tespit edildi.

Araştırmaya dâhil edilen kadınların kardeş sayı ortalaması 3,7±1,6 (min:1, max:8) kardeş olarak saptandı.

Aile tiplerine göre 316'sının (%71,8) eşi ve çocuklarıyla çekirdek aile şeklinde yaşarken, 124'ünün (%28,2) en az bir aile büyüğü ile birlikte geniş aile olarak yaşamakta oldukları tespit edildi.

Çalışmadaki kişilerden 54'ü (%12,3) hipertansiyon, kalple ilgili hastalıklar, hiperlipidemi, DM, akciğerle ilgili hastalıklar, karaciğer veya safra kesesiyle ilgili hastalıklar, böbreklerle ilgili hastalıklar, tiroid ile ilgili hastalıklar ve migren gibi hastalıklardan herhangi birine sahip iken, kişilerin 386'sının (%87,7) sağlıklı olduğu tespit edildi.

Çalışmaya katılan bayanların 34'ü (%7,7) sigara kullanıyorken, 406'sı (%92,3) sigara tüketmemekte idi.

Kadınların eşlerinin yaş ortalaması 31,7±5,02 (min:19, max:50) idi.

Bayanların eşlerinin 2'si (%0,5) okur-yazar değil, 4'ü (%0,9) okur-yazar, 120'si (%27,3) ilkokul mezunu, 60'ı (%13,6) ortaokul mezunu, 146'sı (33,2) lise mezunu, 108'i (%24,5) ise üniversite ve üstü mezunuydu.

Eşlerin kardeş sayı ortalaması 3,8±1,8 (min:1,max:10) idi.

Çalışmaya katılanları yerleşim yerlerine göre değerlendirecek olursak; 246'sı (%55, 9) kentlerde yaşamaktayken, 194 kişi (%44,1) kırsalda yani ilçe ve köylerde yaşamakta oldukları görüldü.

Çalışmaya katılanlardan; aylık geliri 0-500 TL arası 42 kişi (%9,5), 500-1.000 TL arası 202 kişi (%45,9), 1.000-1.500 TL arası 68 kişi (%15,5), 1.500-2.000 TL arası 54 kişi (%12,3), 2.000 TL ve üzeri 74 kişi (%16,8) olarak tespit edildi.

Araştırılan kadınların; 262'si (%59,5) SSK'lı, 112'si (%25,5) Emekli Sandığı'na (ES) bağlı, 42'si (%9,6) Bağkur'lu, 12'si (%2,7) yeşilkartlı, 12'sinin (%2,7) ise herhangi bir güvencesinin olmadığı gözlemlendi.

Çalışmadaki kadınların evlenme yaşı ortalaması $21,1 \pm 3,7$ (min:15,max:32) eşlerinin evlenme yaşı ortalaması $24,6 \pm 3,9$ (min:17,max:40) idi.

Kadınların ilk gebelik yaş ortalaması $22,3 \pm 4,2$ (min 15,max:35) idi.

Kadınların ilk gebe kalma sürelerinin ortalaması $1,4 \pm 1,0$ yıl (min:1,max:8) idi.

Çalışma kapsamındaki kadınların gebelikle ilişkili özellikleri ve son gebelik öncesi kullandıkları yöntemlerin özellikleri aşağıda özetlenmiştir (tablo 3,tablo 4).

Tablo 3. Kadınların doğum özellikleri

GEBELİK-DOĞUM	S	%
CANLI DOĞUM SAYISI		
1	160	36,4
2	200	45,5
3	74	16,8
4 üzeri	6	1,3
DOĞUM ŞEKLİ		
Normal	158	35,9
Sezeryan	282	64,1
İSTEMLİ DÜŞÜK SAYISI		
1	20	4,5
2	6	1,4
İSTEMSİZ DÜŞÜK SAYISI		
1	82	18,6
2	14	3,2
3	8	1,8
ÖLÜ DOĞUM		
1	2	0,5
2	2	0,5
BAŞKA ÇOCUK İSTEMİ		
Var	224	50,9
Yok	216	49,1
DANIŞMANLIK		
Almış	290	65,9
Almamış	150	34,1
DOĞUM SONRASI ADET GÖRME SÜRE ORT	4,3±1,9 ay	
DOĞUM SONRASI KORUNMAYA BAŞLAMA SÜRE ORT	2,1±0,8 ay	

Tablo 4. Kadınların son gebelik öncesi kullandıkları yöntemlerin özellikleri

YÖNTEM KULLANIMI	S	%
SON GEBELİK ÖNCESİ YÖNTEM		
kullanan	330	73,6
kullanmayan	110	26,4
KULLANILAN YÖNTEM		
Doğal	130	29,2
Modern	200	44,4
YÖNTEM ŞEKLİ		
takvim yöntemi	6	1,4
geri çekme	122	27,8
Ria	60	13,1
oks	32	6,8
Kondom	108	24,0
aylık iğne	2	0,5
YÖNTEMİ TERCİH SEBEBİ		
kullanım rahatlığı	190	43,0
eş isteği	120	27,3
diğer yöntemleri bilmiyor	20	3,3

Çalışmaya katılan 440 kişiden 160'nın (%36,4) 1 canlı doğumu, 200'ünün (%45,5) 2 canlı doğumu, 74'ünün (%16,8) 3 canlı doğumu olduğu ve 6 kişinin (%1,3) ise 4 canlı doğumu olduğu tespit edildi.

Canlı doğum sayısı ortalaması $1,8 \pm 0,7$ (min:1,max:2) idi.

Araştırmadaki kişilerin emzirdikleri bebeklerinin doğum şekli sorgulandığında; 282 kişinin (%64,1) sezeryan ile 158 kişinin (%35,9) normal spontan vajinal yolla doğum yapmış olduğu tespit edildi.

Çalışma dahilinde olan 440 kişiden 20 kişinin (%4,5) 1 defa istemli düşük yapmış olduğu, 6 kişinin (%1,4) 2 defa istemli düşük yapmış olduğu, 414 kişinin (%94,1) ise istemli düşük yapmadığı tespit edildi.

İstemli düşük sayı ortalaması $1,2 \pm 0,4$ idi.

Çalışmaya katılan kişilerden, 82 kişinin (%18,6) 1 defa, 14 kişinin (%3,2) 2 defa, 8 kişinin (%1,8) 3 defa istemsiz düşük yapmış olduğu, 336 (%76,4) kişinin ise istemsiz düşük yapmadığı tespit edildi.

İstemsiz düşük sayı ortalaması $1,2 \pm 0,6$ idi.

Araştırmadaki kişilerden, 2 kişinin (%0,5) 1 ölü doğum, 2 kişinin (%0,5) 2 ölü doğum yaptığı bulunurken, 436 kişide (%99,0) ölü doğum öyküsüne rastlanmadı.

Ölü doğum sayısı ortalaması $1,5 \pm 0,5$ idi.

Çalışmaya katılan kadınların 224'ünün (%50,9) başka çocuk isteği varken 216 kişinin (%49,1) başka çocuk isteği yoktu.

Bayanların 290 kişisi (%65,9) hayatlarının herhangi bir döneminde korunma yolları ile ilgili danışmanlık hizmeti almışken, 150 kişinin (%34,1) danışmanlık hizmeti almadıkları öğrenildi.

Doğum sonrası adet görme sürelerinin ortalaması $4,3 \pm 1,9$ ay (min:2, max:12) ve doğum sonrasında korunmaya başladıkları süre ortalaması $2,1 \pm 0,8$ ay (min:0,max:8) olarak tespit edildi.

Çalışmadaki kadınların kendi ifadelerine göre son gebelikleri öncesinde 330'unun (%73,6) korunma yollarından herhangi birini tercih ettiği, 110'unun (%26,4) ise hiçbir yöntemle korunmadığı; bayanların 130'unun (%29,2) doğal aile planlaması yöntemlerini, 200'ünün (%44,4) modern aile planlaması yöntemlerini seçtiği öğrenildi.

Doğal yöntemlerden; Takvim yöntemini 6 kişi (%1,4), geri çekme yöntemini 122 kişi (%27,8) kullanırken, modern yöntemlerden; RIA uygulamasını 60 kişinin (%13,1), OKS kullanımını 32 kişinin (%6,8), kondom kullanımını 108 kişinin (%24,0) , aylık enjeksiyonları 2 kişinin (%0,5) tercih etmekte olduğu tespit edildi.

Çalışmadaki bayanların 190 kişisinin (%43,0) kullanım rahatlığından dolayı, 120 kişisinin (%27,3) eşlerinin isteği olduğu için, 20 kişinin (%3,3) diğer yöntemler hakkında bilgisinin olmadığı için yöntemleri tercih ettikleri görüldü.

Tablo 5. Kadınların emzirme döneminde kullandıkları yöntemlerin özellikleri

EMZİRME DÖNEMİNDE	S	%
KULLANILAN YÖNTEM		
Doğal	176	40,0
Modern	264	60,0
YÖNTEM ŞEKLİ		
laktasyonel amenore	52	11,8
takvim yöntemi	6	1,4
geri çekme	118	26,8
Ria	62	14,0
Kondom	178	40,5
cerrahi yöntem	22	5,0
3 aylık iğne	2	0,5
DİĞERYÖNTEMLERİ TERCİH ETMEME SEBEBİ		
yan etkisi olabilir	206	46,8
kullanım zorluğu	58	13,2
eş isteği	62	14,0
güvenmediği için	46	10,5
Bilmiyor	68	15,5
YÖNTEMDENEMİN Mİ		
Evet	208	47,3
Hayır	182	41,3
Bilmiyor	50	11,4
YÖNTEMDENMEMNUN MU		
Evet	392	89,1
Hayır	48	10,9
CİNSEL İSTEKSİZLİK		
evet	176	40,0
hayır	264	60,0

Araştırmaya katılan bayanların tümünün emzirme dönemlerinde herhangi bir aile planlaması yöntemi ile korundukları tespit edildi. Bunların; 176'sı (%40,0) doğal aile planlaması yöntemlerini tercih ederken, 264'ü (%60,0) modern yöntemleri kullanmaktaydı. Yöntemleri teker teker ele alacak olursak; 52 kişi (%11,8) laktasyonel amenore metodunu, 6 kişi (%1,4) takvim yöntemini, 118 kişi (%26,8) geri çekme metodunu, 62 kişi RİA (%14,0) metodunu, 2 kişi (%0,5) progesteronlu üç aylık iğne kullanımını, 178 kişi (%40,5) kondom kullanımını 22 kişi (%5,0) tüp ligasyon yöntemini tercih etmekteydi.

Çalışmadaki bayanların korunma yöntemi tercihleri değerlendirildiğinde; 206 kişi (%46,8) diğer yöntemleri seçmeme nedeni olarak diğer yöntemlerin kendilerine ve daha çok da bebeğe yan etkisi olabileceğini, 58 kişi (13,2) diğer

yöntemlerin kullanımının zor olmasından, 62 kişi (%14,0) eşlerinin diğer yöntemleri seçmelerini istemediklerinden, 46'sı (%10,5) diğer yöntemleri güvensiz bulduklarından, 68 kişi ise (%15,5) yöntemler hakkında bilgilerinin olmadığından dolayı şu anda kullandıkları yöntemleri tercih ettiklerini belirtmişlerdir.

Araştırmadaki kadınların 208 kişisinin (%47,3) kullandıkları korunma yönteminden emin oldukları, 182 kişinin (%41,3) yeterince etkisinden emin olmadıkları, 50 kişinin (%11,4) ise kullandıkları yöntemin güvenilirliği konusunda bilgiye sahip olmadıkları gözlemlendi.

392 kişi (%89,1) kullandığı korunma yönteminden memnun iken, 48 kişinin (10,9) kullandığı yöntemden memnun olmadığı tespit edildi.

Araştırmaya dahil edilen kadınların verdikleri cevaplara göre; hayatlarının herhangi bir döneminde, 142 kişinin (%32,3) istemedikleri halde gebe kaldıkları, 298 kişinin ise (%67,7) istemsiz gebelik yaşamadığı tespit edildi.

Kadınların 176'sının (%40,0) cinsel isteksizlik yaşadıkları, 264 kişinin (%60,0) ise bu durumdan etkilenmediği görüldü.

Emzirme döneminde 18-25 yaş grubunda 58 kişi (%33,0) doğal yöntemlerle korunmayı tercih ederken, 98 kişinin (%37,0) modern yöntemleri tercih ettiği, 26-33 yaş grubunda 94 kişinin (%53,4) doğal yöntemleri, 124 kişinin (%47,1) modern yöntemleri tercih ettiği, 34-41 yaş grubunda 24 kişinin (%13,6) doğal yöntemlerle korunurken, 34 kişinin (%12,9) modern yöntemlerle korunduğu, 42 ve üzerinde ise hiçbir bayanın doğal yöntemi kullanmadığı, 8 kişinin (%3,0) modern yöntemleri tercih ettiği tespit edildi. Emzirme döneminde kullanılan yöntemler ile (doğal ya da modern yöntem kullanımı) yaş arasında istatistiksel anlamlı ilişki gözlenmedi ($p=0,20$).

Emzirme döneminde tercih edilen yöntemleri değerlendirecek olursak; doğal yöntemlerden; en çok 118 kişi (%26,8) tarafından geri çekme yöntemi, modern yöntemlerden de 178 kişi (%40,5) tarafından kondom tercih edilmekteydi. Laktasyonel amenore metodu 28 kişi ile en çok 26-33 yaşları arasında tercih edilirken, cerrahi olarak tüp ligasyon metodunun 34 yaş sonrasında daha yaygın kullanıldığı öğrenildi. Yaş değişikliği ile yöntem seçimi arasında istatistiksel anlamlı ilişki olduğu görüldü ($p=0.0001$).

Emzirme dönemindeki kullanılan yöntemleri eğitim seviyeleriyle karşılaştırsak; ortaokul ve altında eğitim seviyesinde olanların 118'i (% 67,0) doğal yöntemleri tercih ederken, 130'unun (%49,0) modern yöntemleri tercih ettikleri, lise ve üzeri eğitim alanların ise 58'i (%33,0) doğal yöntemleri kullanırken, 134 kişinin (%51,0) modern yöntemleri tercih ettiği gözlemlendi. Eğitim seviyesiyle yöntem seçimi arasında istatistiksel anlamlı ilişki olduğu tespit edildi ($p=0.001$).

Ortaokul ve altı eğitim seviyesinde olanlardan 76 kişinin (%30,6) en çok tercih ettiği yöntem geri çekme yöntemi iken, lise ve üzerinde en çok tercih edilen 112 kişi (%58,3) ile kondomdu. Laktasyonel amenore yöntemi, RİA kullanımı ve cerrahi yöntemler ortaokul ve altında daha çok tercih edilirken; kondomun lise ve üzeri eğitim alanlarda daha yaygın kullanıldığı tespit edildi.

Emzirme döneminde kullanılan yöntemleri çalışma durumlarına göre karşılaştıracak olursak; çalışmayan ev hanımlarınının 46'sı (%12,8) laktasyon amenore yöntemini, 4'ü (%1,1) takvim yöntemini, 98'i (%27,4) geri çekme yöntemini, 58'i (%16,2) RİA, 2'si (%0,6) progesteronlu üç aylık iğne, 128'i (%35,8) kondom, 22'si (%6,1) cerrahi yöntem tercih etmekteydi. Çalışan kadınlarda ise 6'sı (%7,3) laktasyon amenore yöntemini, 2'si (%2,4) takvim yöntemini, 20'si (%24,4) geri çekme yöntemini, 4'ü (%4,9) RİA, 50'si (%61,0) kondomla korunmayı tercih ettiği çalışan kadınlardan hiçbirinin aylık iğne ya da cerrahi yöntemi tercih etmediği tespit edildi. Emzirme döneminde olan ev hanımı kadınların 148'i (%41,3) doğal yöntemleri tercih ederken 210 kişinin (%58,7) modern yöntemlerle korundukları gözlemlendi. Çalışan kadınların 28'i (%34,1) doğal yöntemleri tercih ederken 54'ü (%65,9) modern yöntemlerle korundukları görüldü. Çalışma durumuyla kullanılan yöntem karşılaştırıldığında; yöntem seçimi ile çalışma durumu arasındaki ilişkinin istatistiksel anlamlı olmadığı tespit edildi ($p=0.42$).

Çalışmaya katılan kadınların kardeş sayılarıyla emzirme döneminde kullandıkları yöntemler karşılaştırıldığında, kardeş sayısı ile yöntem tercihleri arasında anlamlı fark izlenmedi. Tüm gruplarda modern yöntem kullanımı daha fazla olduğu tespit edildi.

Çalışmaya alınan kadınların aile tipleri değerlendirildiğinde çekirdek tipte aileye sahip bayanların 198'i (%62,7) modern yöntemleri tercih ederken, geniş tipte

aile yapısında olan bayanların 66'sının (%52,4) modern yöntemleri tercih ettikleri gözlenirken, aile yapısıyla emzirme döneminde kullanılan yöntem tipi arasında anlamlı ilişki bulundu ($p=0,04$).

Çalışmaya dahil edilen kadınların emzirme dönemindeki yöntem seçimine özgeçmişlerinde hastalıklarının bulup bulunmaması ve sigara kullanıp kullanmamaları açısından bakıldığında; aralarında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmadı.

Eşlerinin yaş gruplarına göre yöntem tercihleri değerlendirildiğinde; yaş grupları ile doğal ya da modern yöntem tercihi seçimi arasında anlamlı ilişki bulunmadı.

Eşlerin eğitim durumları ile bayanların kullandığı yöntem rasındaki ilişki değerlendirildiğinde; modern yöntem seçiminin 188 kişi (%56,9) tarafından tercih edildiği, 142 (%43,1) kişinin ise doğal yöntemi tercih ettiği ve istatistiksel açıdan anlamlı fark olmadığı tespit edildi.

Eşlerin kardeş sayı ortalaması $3,8\pm 1,8$ kardeş idi.

Eşlerin kardeş sayılarına göre yöntem tercihi arasında anlamlı ilişki tespit edilmedi ($p=0,06$).

Çalışmaya katılan kadınlardan; kırsal kesimde oturanların 86'sı (%44,3) doğal yöntemleri kullanırken, 108'i (%55,7) modern yöntemle korunmakta, ilde oturanların ise 90'ı (%36,6) doğal yöntemle, 156'sı (%63,4) modern yöntemle korunmaktaydı. Kırsal kesimde oturanlar doğal yöntemleri daha çok tercih ederken, il merkezinde modern yöntem kullanımının daha fazla olduğu fakat istatistik olarak anlamlı fark olmadığı tespit edildi.

Çalışmaya katılan bayanların gelir seviyelerine göre emzirme döneminde kullandıkları korunma yöntemi değerlendirildiğinde; gelir seviyeleri arttıkça kadınların modern yöntemi tercih etme durumlarının arttığı ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu gözlemlendi ($p=0,04$).

Kadınlar, sosyal güvencelerine göre değerlendirildiğinde; sosyal güvencesi olanların modern yöntemi, güvencesi olmayanların doğal yöntemi daha çok tercih ettikleri fakat aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmediği görüldü.

Araştırmadaki bayanların hem kendi evlenme yaşlarıyla, hem de eşlerinin evlenme yaşlarıyla yöntem tercihleri arasında anlamlı fark izlenmedi.

Canlı doğum sayılarına bakıldığında 2 ve daha az çocuk sahibi olan bayanlarla 3 ve daha fazla çocuk sahibi olan bayanlar arasında doğal ya da modern korunma yöntemi tercihinde anlamlı fark bulunamadı. Canlı doğum sayılarıyla doğal ya da modern yöntem seçimi arasında istatistiksel anlamda fark yoktu ($p=0,52$).

Çalışmaya katılan kadınların doğum şekilleri ile emzirme dönemindeki korunma yöntemi tercihleri karşılaştırıldığında; sezeryanla doğum yapanların 104'ü (%36,9) doğal yollarla korunmayı tercih ederken, 178'i (%63,1) modern yöntemleri seçmekteydi. Normal doğum yapanların 72'si (%45,6) doğal yöntemleri seçerken, 86'sı ise (%54,4) modern yöntemleri tercih etmekteydi. Doğum şekliyle kadınların emzirme dönemindeki korunma yöntemleri arasında istatistiksel anlamlı ilişkiye rastlanılmadı ($p=0,161$).

Çalışmaya katılan bayanların istemli düşük sayılarına göre emzirme döneminde kullandıkları yönteme bakıldığında; 1 ya da 2 düşük yapanlar yöntem farklılığı açısından karşılaştırıldığında aralarında anlamlı ilişki saptanmadı. Her iki gruptaki annelerin %53,8'i modern yöntem tercih ederken, %46,2'si doğal yöntemlerin kullanmaktaydı.

Başka çocuk isteme durumuna göre incelendiğinde; çocuk isteme durumu olanların %59,8'i modern yöntemleri tercih ederken, başka çocuk istemi olmayanların %60,2'sinin modern yöntemleri tercih ettiği; çocuk isteme durumu ile yöntem kullanma tercihi arasında istatistiksel anlamlı fark olmadığı saptandı.

Danışmanlık hizmeti alanların 110'u (%37,9) doğal yöntemleri tercih ederken, 180'inin (%62,1) modern yöntem tercih ettiği; danışmanlık hizmeti almayanların, 66'sı (%44,0) doğal yöntemleri tercih ederken, 84'ünün (%56,0) modern yöntemleri kullandığı tespit edildi. Çalışma kapsamındaki kadınların korunma yöntemleri hakkında danışmanlık hizmeti alma durumları ile korunma yöntemi tercihleri karşılaştırıldığında; aralarında istatistiksel anlamlı fark bulunmadı.

Çalışmaya dahil edilen kadınların son gebelik sonrası adet görme süreleriyle, korunma yöntemleri karşılaştırıldığında; altıncı aya kadar adet görenlerde modern

yöntemler daha fazla kullanılırken; 7. aydan itibaren doğal yöntem tercihinin daha fazla olduğu fakat istatistik olarak anlamlı olmadığı tespit edildi.

Araştırma kapsamındaki bayanların emzirme döneminde kullandıkları yöntemleri tercih etme sebepleri de incelendi. Buna göre 206 kişinin (%46,8) diğer yöntemlerin bebeğe yan etkisi olacağı düşüncesiyle tercih etmedikleri, 58 kişinin (%13,2) diğer yöntemlerin (özellikle RIA'nın) kullanım zorluklarından dolayı, 62 kişinin (%14,0) eşinin diğer yöntemleri kullanmasını istemediği için, 46 kişinin (%10,5) diğer yöntemleri güvensiz buldukları için, 68 kişinin (%15,5) ise diğer yöntemleri bilmedikleri için kullanmadıkları tespit edildi.

Emzirme döneminde doğal yöntem tercih edenlerin 57'sinin (%32,4) yöntemlerinden emin oldukları, 100'ünün (%56,8) emin olmadıkları, 19'unun (%10,8) güvenli olup olmadığını bilmedikleri gözlemlendi. Modern yöntem tercih edenlerin ise 152'sinin (%57,4) yöntemlerinden emin oldukları, 82'sinin (%31,2) yöntemlerinden emin olmadıkları, 30'nun (%11,4) yönteminin güvenilirliği hakkında bilgi sahibi olmadığı görüldü. Modern yöntem kullananların; istatistiksel anlamlı olarak yöntemlerinden daha emin oldukları gözlemlendi ($p=0,01$).

Emzirme döneminde kullanılan yöntemlerden doğal ve modern yöntemi tercih edenlerde cinsel isteksizlik olma durumu benzer görülürken; modern yöntemleri tercih edenlerde cinsel isteksizlik olmama durumu anlamlı şekilde yüksek olduğu izlendi ($p=0,04$). Emzirme döneminde modern yöntem kullananların cinsel isteksizlik daha az yaşadıkları ve yöntemlerine daha çok güvendikleri istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,04$). Doğal yöntemlerden en çok geri çekme yöntemini, modern yöntemlerden ise kondom kullananlarda cinsel isteksizlik yaşandığı tespit edildi.

Araştırmaya katılan bayanların kullandıkları aile planlaması yöntemine rağmen istemsiz gebelik yaşayıp yaşamadıkları araştırıldığında; doğal yöntemleri tercih edenlerin 72'si (%50,7) istemsiz gebelik yaşamışken, modern yöntem kullananlardan 70 kişinin (%49,3) istemsiz gebelikle karşılaştığı görüldü. Doğal yöntem kullananların 104'ü (%34,9) istemsiz gebelik yaşamazken, modern yöntem kullananların 194'ünün (%65,1) istemsiz gebelik yaşamadığı tespit edildi. Modern

yöntem kullanımını tercih edenlerde istemsiz gebelik görülme sıklığının istatistiksel anlamlı olarak daha az olduğu saptandı ($p=0,01$).

Çalışmada son gebelik öncesi doğum kontrol yöntemi kullandığını söyleyen 330 kişi incelendiğinde; gebelik öncesi 200 kişi (%60,6) modern yolla korunurken, 130 kişinin (%39,4) doğal yolla korunduğu, emzirme döneminde; 134 kişinin (40,6) doğal yolla korunulurken, 196 kişinin (%59,4) modern yöntemle korunduğu tespit edildi. Gebelik öncesi ve sonrası korunma yöntemi arasında modern yöntemi tercih etme istatistiksel anlamlı olarak daha fazla oranda olduğu tespit edildi ($p=0,05$).

5. TARTIŞMA

Doğum sonrası dönemde kadınların çoğunluğu, ya çocuk istememekte ya da çocuk büyüdükten sonra tekrar gebelik düşünmektedir. Fakat kadınlar genel olarak bu dönemde korunma yöntem seçiminde kararsız kalmakta, etkili kontraseptif yöntem kullanamadıkları için de kısa sürede tekrar gebelikler ortaya çıkmaktadır. Bu durumun; emzirmenin halk arasında korunma yöntemi olarak bilinmesi, aile planlamasının eşler tarafından yeterince önemsenmemesi, temel sağlık hizmetlerinin yeterince ve etkili uygulanmaması, kadınlara doğum sonrasında aile planlamasına yönelik yeterli danışmanlık verilmemesinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Doğumdan önceki dönemde doğum sonrası kullanılacak kontraseptif yöntemler ile ilgili aile planlaması eğitimi hem kadınlara hem de eşlerine verilerek; istemsiz, sık aralıklı riskli gebelikler önlenmektedir.

Günümüzde aile planlaması çalışmaları kapsamında son derece güvenilir yöntemler kullanıma sunulmuş olsa da, dünyadaki ve ülkemizdeki çiftlerin önemli bir bölümü güvenilirliği düşük geleneksel yöntemler ile korunmaya devam etmektedirler. Gelişmekte olan ülkelerde, 300 milyon kadar çiftin çocuk istemedikleri halde herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanmadıkları tahmin edilmektedir. 2008 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması'nda (TNSA-2008) elde edilen sonuçlara göre, Türkiye'de aşırı doğurganlık hala önemli sağlık sorunlarından biridir (8). Türkiye'de istenilen doğurganlık hızı 1,6 iken, toplam doğurganlık hızı 2,2 civarındadır. Türkiye'deki evli kadınların %73'ü herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanmaktadır; fakat kadınlarımızın yalnızca %46'sı etkin yöntemle korunmaktadır (75).

Araştırmamızda emzirme dönemindeki ve son gebelik öncesi dönemde uygulanan yöntemleri etkileyen sosyodemografik, kültürel ve doğurganlıkla ilgili faktörlere bakıldığında iki dönem arasında anlamlı farklılıkların olmadığı tespit edilmiştir. Fakat emzirme döneminde, son gebelik öncesi döneme göre modern yöntem kullanımında anlamlı artış olduğu bulunmuştur ($p=0,05$).

Çalışmada son gebelik öncesi kadınların 330'unun (%73,6) herhangi bir doğum kontrol yöntemi kullanırken, 110'unun (%26,4) korunmadığı tespit edildi. Doğum kontrol yöntemi kullanan 330 kadının 200'ünün (%44,4) TNSA-2008

verilerine benzer şekilde etkin modern yöntemle korunduğu, 130'unun (%29,2) ise doğal yöntemlerle korunduğu bulunmuştur.

Emzirme dönemindeki yöntemlere bakacak olursak kadınların tamamının her hangi bir korunma yöntemiyle korundukları bulunmuştur. Bunun nedenin erken dönemde gebe kalma endişesi olduğu düşünülmektedir. Fakat kadınların 176'sının (%40,0) etkinliği kısıtlı olan doğal yöntemlerle korunmayı tercih ettikleri görülmüştür. Gebelik öncesi dönemde doğal yöntemlerden; en çok kullanılan yöntemin geri çekme yöntemi olduğu, 122 kişinin (%27,8) bu yöntemle korunmayı tercih ettiği, emzirme döneminde de benzer şekilde 118 kişi (%26,8) ile en çok tercih edilen yöntemin geri çekme yöntemi olduğu bulunmuştur. Modern yöntemlerden ise %40,5 ile kondom tercihi ilk sıradadır. Kadınlara kullandıkları yöntem dışında bir yöntemi neden tercih etmedikleri sorulduğunda %46,8'i bebeğe yan etkileri olabileceğinden, %14,0'ı eşinin diğer yöntemleri kullanımını istememesinden, %13,2'si diğer yöntemlerin kullanımını zor bulduklarından %15,5'inin diğer yöntemler hakkında yeterli bilgiye sahip olmadıkları için kullanmadıkları tespit edilmiştir.

Tamamen eşlere bağlı yöntemlerin sık kullanımı, ayrıca yöntem tercihlerinde eşlerin etkisinin oldukça fazla olması sebebiyle özellikle eşlere, yöntemler konusunda hala yeterli bilgiye sahip olmadıkları için kadınlara gebelik öncesi ya da en geç doğumdan hemen sonrasında yeterli düzeyde aile planlaması (AP) hizmetlerinin verilmesi konusu gündeme gelmektedir.

Laktasyonel amenore metodu en çok 26-33 yaşlarda, tekrar gebeliğin olmasında sorun olmayacak yaşlarda tercih edilirken, cerrahi yöntemlerin 34 yaş sonrası dönemde daha fazla tercih edildiği, bu nedenle yaşın yöntem seçiminde etkili olabileceği düşünülmüştür. TNSA 2008 verilerine göre 40-44 yaş grubunda %31,8 ile geri çekme yönteminin en sık tercih edildiği görülürken, RIA kullanımının %23 ile 35-39 yaş grubunda en fazla tercih edildiği görülmektedir (8).

Gebelik öncesi dönemde, Güngör ve arkadaşları da, yaşın yöntem seçiminde etkili bir faktör olduğu düşüncesinde idi. Çalışmalarına göre genç yaşta kondom ve OKS tercih edilirken, ileri yaşlarda RIA daha çok tercih edilmekteydi (75). Gölbaşı ve arkadaşlarına göre de yaş kontrasepsiyon yöntemi seçimini etkilemektedir (69).

Tokuç tarafından Edirne’de yapılan araştırmada ise yaşla yöntem seçimi arasında anlamlı fark bulunmamış, modern yöntem kullanımının en çok 25-29 yaşlarda %24,8 oranında olduğu bulunmuştur (71).

Laktasyonel amenore metodu çalışmamızda %11,8 olarak tespit edildi, Türk ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada oran %34,0 idi (73). Toku ve arkadaşlarının çalışmasında ise laktasyonel amenore metodunu kullanma oranı %20,7 olarak bulunmuştur (71).

Laktasyonel amenore yöntemi (halk arasında emzirme ya da diğer değişle süt korur) belli kriterler sağlandığında, belli süre etkili kontrasepsiyon sağlamaktadır. Sabit bir süresi olmadığı gibi kişinin ovulasyon fizyolojisine, emzirme miktarına emzirme süresine, bebeğin yaşına, kişinin adet görme süresine göre kişiden kişiye değişmektedir. Emzirmenin etkili bir koruma sağlaması için bebeğin 6 aydan kk olması, bebeğin ek gıda verilmeden günde en az 65 dakika emzirilmesi, emzirmenin en az 4 dakika sürmesi ve kadının menstruasyon görmemesi gerekmektedir (73).

Gelişmekte olan diğer ülkeler ile karşılaştırıldığında geri çekme yöntemi Türkiye’de daha sık olarak tercih edilmektedir (75). Türkiye’de TNSA 2008 verilerine göre kadınların %28’inin geri çekme yöntemini kullandığı görülmüştür (8). Herhangi bir kontrasepsiyon yöntemi kullanırken gebe kalan olgulardan %35’inin geri çekme yöntemini kullandıkları bildirilmiştir (8). Çalışmamızda istemli düşük sayılarına bakıldığında kürtaj olan bayanların %38,5’inin geri çekme yöntemi kullanırken istemsiz gebelik yaşadığı tespit edilmiştir. Güngör ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da %68,6 ile en çok tercih edilen yöntem geriekmedir. Bu yöntemi kullanırken gebe kalma oranı %35,1 olarak bulunmuştur (75). Tekiner ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da istemsiz gebelik %39,0 geri çekme yöntemiyle görülürken, %15 kondom, %2 RIA kullanımı sırasında olmaktadır (70).

Geri ekme yöntemi ile ilgili dünyanın farklı ülkelerinde %1 ile %29 arasında değişim gösteren kullanım oranları bildirilmiştir (75). Çalışmamızda son gebelik öncesi geri çekme yöntemini kullanım oranı %27,3 tür.

Çalışmamızda modern yöntemlerden; kondom kullanımını 108 kişi (%24,0) ile ilk sırada, RIA uygulamasını 60 kişi (%13,1) ile ikinci sırada, OKS kullanımını 32 kişi (%6,8) ile nc sırada olduğu bulundu. Malatya’da Oltuoğlu’nun yaptığı

çalışmada benzer şekilde modern yöntem uygulaması fazla görülürken, doğal yöntem tercihi daha az bulundu (74). Oltuoğlu'nun çalışmasında ve Türkiye genelinde ilk sırada geri çekme, ikinci RİA, üçüncü sırada kondom uygulaması olduğu görülürken, çalışmamızda kondom ikinci, RİA kullanımının üçüncü sırada yer aldığı bulunmuştur. Gölbaşı ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da geri çekme, kondom ve RİA'nın ilk planda kullanıldığı saptanmıştır (69).

Çalışmadaki bayanların 190 kişinin (%43,0) kullanım rahatlığından dolayı, 120 kişinin (%27,3) eşlerinin isteği olduğu için, 20 kişinin (%3,3) diğer yöntemler hakkında bilgisinin olmadığı için mevcut doğum kontrol yöntemini tercih ettikleri saptandı. Yöntem seçiminde eşlerin kararı önemsenecek derecede fazla olduğu görülmüştür. AP hizmetlerinin verilmesinde eşlerde uygulamaya alınarak eşlerin bilgilendirilmesiyle daha etkili kontrasepsiyon sağlanacağı düşünülmektedir.

Postpartum dönem; doğurganlığın bilinçli bir şekilde planlanması amacına yönelik olarak, bireylere hizmet sunmak için bir fırsat olarak düşünülebilir. Bu dönem, kadınların kontraseptif yöntem kullanma konusunda isteklerinin yüksek olduğu bir dönem olarak belirtilmektedir (10). Bugün birçok gelişmiş ülkede 1960'lı yıllardan beri postpartum aile planlaması hizmetleri ile ilgili özel programlar uygulanmaktadır (11). Postpartum aile planlaması hizmetleri özellikle doğumlar arasındaki sürenin ve doğum sayısının bilinçli bir şekilde planlanmasını sağlayarak, anne ve çocukların sağlığını koruma ve geliştirmeye katkı verebilecektir (12). Bunun için sağlık çalışanlarının, doğum yapan bireylerin postpartum aile planlamasıyla ilgili değişen ihtiyaçlarının ve beklentilerinin farkında olması gerekmektedir (13).

Postpartum dönemde gebelikten korunma diğer dönemlerden farklı bir özellik göstermektedir. Bunun en önemli nedeni, kadının emzirme durumudur. Doğumdan sonra doğurganlık; emzirmenin süresi, sıklığı, gece emzirme durumu ve annenin beslenmesi gibi birçok değişkene bağlı olarak bir süre baskılanır. Ancak bu sürenin uzunluğu tam olarak belirlenememektedir. Emziren kadınların %18'inde postpartum 3. ayda, emzirmeyen kadınlarda ise en erken 25. günde, ortalama olarak 45. günde ovulasyonun olduğu belirtilmektedir (12,14,15). Adet görme çoğu zaman ovulasyonun başladığının bir belirtisi olarak alınmasına karşın, postpartum dönemde

ilk sikluslar ovulasyonsuz olabilmektedir. Diğer taraftan ovulasyon ilk adetten önce de gerçekleşebilmektedir. Bu nedenle doğum yapan her kadının, emzirme ve adet görme durumu dikkate alınmaksızın involusyon sürecinin tamamlandığı 6. haftanın sonunda ya da cinsel ilişki başladığında, emzirmeyen kadınların ise postpartum 3. haftada etkili bir yöntemle gebelikten korunmaya başlaması gerekmektedir (14,17,18,19).

Çalışmamızda doğum sonrası adet görme sürelerinin ortalaması $4,3 \pm 1,9$ ay (min:2 , max:12) ve doğum sonrasında korunmaya başladıkları süre ortalaması $2,1 \pm 0,8$ ay (min:0 , max:8) olduğu bulunmuştur. Adet görmeyen kadının gebe kalmayacağı düşüncesine bağlı olarak, ya da emzirmenin etkisine güvenerek doğumdan sonra yeni bir gebeliğe karşı korunmama ya da etkisiz yöntemlerle korunma, kadınların doğum sonu erken dönemde tekrar gebe kalmalarına neden olabilmektedir. Ülkemizde yapılan bazı araştırmalar kadınların doğumdan sonra etkili yöntemlerle gebelikten korunma davranışlarının istenilen düzeyde olmadığını, kadınların doğumdan sonra gebelikten korunmama nedeni olarak emzirme ya da adet görmemeyi gösterdiğini ortaya koymaktadır (20,21). Bu sonuçlar kadınların doğum sonrası fertilitate ve gebelikten korunma konularındaki bilgilerinin yetersiz ya da yanlış olduğunun bir göstergesi olabilir.

Çalışmaya dâhil edilen kadınların son gebelik sonrası adet görme süreleriyle, korunma yöntemleri karşılaştırıldığında; adet süreleriyle yöntem arasında anlamlı ilişki bulunmadı. Altıncı aya kadar adet görenlerde modern yöntemler daha fazla kullanılırken, 7. aydan itibaren doğal yöntem tercihinin daha fazla olduğu fakat istatistik olarak anlamlı olmadığı gözlemlendi. Araştırmaya katılan bayanların tamamının herhangi bir kontrasepsiyon yöntemiyle korundukları tespit edildi. Kişilerin 176'sı (%40,0) doğal aile planlaması yöntemlerini tercih ederken, 264'ünün (%60,0) modern yöntemleri kullandıkları görüldü. Yöntemleri ele alacak olursak; 52 kişi (%11,8) laktasyonel amenore metodunu, 6 kişi (%1,4) takvim yöntemini, 118 kişi (%26,8) geri çekme metodunu, 62 kişi (%14,0) RİA metodunu, 178 kişi (%40,5) kondom kullanımını, 22 kişinin (%5,0) tüp ligasyon yöntemini, 2 kişi (%0,5) progesteron içeren üç aylık iğne kullanımını tercih ediyordu. Tüp ligasyon yöntemi 34 yaş üzerinde daha fazla tercih edilmekteydi. TNSA 2008 verilerine göre kadınların %8,3'ü tüp ligasyon yöntemiyle korunmaktadır Progesteron içeren hap ya

da enjeksiyonların kullanımı yok denecek kadar azdır. Sebebi, kadınların bu yöntemin koruyuculuğu ve yan etkileri konusunda yeterli bilgilerinin olmaması olarak düşünülebilir. Gölbaşı ve arkadaşlarının çalışmalarında da benzer şekilde progesteron içeren yöntem tercihinin çok az olduğu bulunmuştur (69).

Çalışmadaki bayanlara, mevcut kullandıkları doğum kontrol yöntemi dışındaki yöntemleri tercih etmeme nedenleri sorgulandığında; 206 kişi (%46,8) diğer yöntemleri seçmeme nedeni olarak yan etkisi olduklarını, 58 kişi (%13,2) diğer yöntemlerin kullanımının zor olmasını, 62 kişi (%14,0) eşlerinin diğer yöntemleri seçmelerini istememelerini, 46 kişi (%10,5) diğer yöntemleri güvensiz bulduklarını, 68 kişi (%15,5) ise yöntemler hakkında bilgilerinin olmadığı için kullanmadıklarını belirtti.

Emzirme dönemindeki yöntemlerin eğitimle ilişkisine bakıldığında ortaokul ve altında doğal yöntemlerden geri çekme yöntemi %30,6 ile ilk sıradayken lise ve üzerinde %58,3 ile kondom kullanımının ilk sırada olduğu saptanmıştır. Kişinin ve eşlerinin eğitim seviyelerinin artmasıyla etkin yöntem kullanımının arttığı düşünülmektedir. Malatya'da Oltuoğlu'nun, Nevşehir'de Kahraman'ın, Aydın'da Çayan ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmalarda eğitimin yöntem seçimini olumlu etkilediği görülmüştür (74,76,77). Gölbaşı'nın Sivas'ta yaptığı çalışmaya benzer şekilde Tokuç ve arkadaşlarının yaptığı çalışmalarda da eğitimle yöntem tercihi arasında anlamlı fark bulunmamıştır (69,71). Bizim çalışmamıza göre eğitim seviyesi arttıkça bireyler daha güvenilir, yan etkileri az olan yeni modern yöntemleri seçmektedir.

Emzirme döneminde kentlerde oturanların %63,4'ü modern yöntemleri seçerken, kırsalda oturanların %55,7'sinin modern yöntemleri tercih ettiği; benzer şekilde gebelik öncesi dönemde de kentlerde oturanların modern yöntem tercihlerinin daha fazla olduğu gözlemlendi. Bu durumun kırsalda aile planlaması hizmetlerinin yetersiz olmasından, aile planlaması uygulamalarına daha zor ulaşılmışından, eşlerin kırsalda doğal yöntemleri tercih etme konusunda daha baskın tutum içinde olmalarından kaynaklandığı düşünüldü.

Türkiye'de kentleşmeyle birlikte çekirdek aile yapısının artmasına rağmen kırsal alanda geleneksel aile yapısı hâkimdir. Geleneksel aile yapısı çocuk sayısı,

evlenme yaşı ve kontraseptif yöntem kullanımına karar verirken etken role sahip olmaktadır (76). Çalışmamızda çekirdek tipte aile yapısında olanların %62,7'si modern yöntem kullanımını tercih ederken, geniş aile yapısında olanların %52,4'ünün modern yöntem kullanmakta oldukları bulunmuştur. Gölbaşı, Kahraman ve arkadaşlarının bulgularıyla benzer olarak çekirdek aile yapısında olmak, aile planlaması konusunda modern yöntem seçimini olumlu etkilemektedir (69,76). Bu durumda geniş aile yapısında olan kişilerde yöntem seçiminin etkilendiğini vurgulamaktadır. Bu durum AP hizmetlerinin kadın, erkek, genç, yaşlı, tüm halkın tüm kurumlarla işbirliği içinde eğitilmesi gerektiğini göstermesi bakımından önemlidir.

Gelir seviyesi de kadınların modern yöntem seçimini destekleyen bir durumdur. Gelir seviyesinin artması modern yöntemlere kolay ulaşmayı ve kullanmayı etkileyecektir. Çalışmamızda gelir seviyesi arttıkça etkin yöntem kullanımının arttığı gözlenmiştir. Kahraman ve arkadaşlarının çalışması da bu görüşü desteklemektedir (76).

Çalışmamızda canlı doğum sayı ortalaması $1,8 \pm 0,7$ doğumdur. Doğum sayısı az olan ya da sahip olmak istediği çocuk sayısı fazla olan kişilerde aile planlaması yöntemlerini kullanma konusunda umursamaz olmaları beklenen bir durumdur. Fakat emzirme döneminde seçilen yöntemle canlı doğum sayıları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Çocuk sayısı ile ilişkisiz olarak modern yöntem tercihlerinin daha fazla olduğu saptanmıştır. Nacar ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da canlı doğum sayılarıyla yöntem kullanımı arasında anlamlı fark bulunmamıştır (72). Gölbaşı ve arkadaşlarına göre ise çocuk sayısı yöntem seçimini etkileyen faktörlerdendir (69).

İstenmeyen gebeliklerin oluşması durumunda kadınlar ya istemedikleri halde çocuğu doğurmakta ya da istemli düşüğe başvurmaktadır (72). DSÖ, AP ve üreme sağlığı hizmetlerinin, istenmeyen ve yüksek riskli gebeliklerin sayısını azaltarak binlerce ölümü ve sakat bırakan hastalığın engellediğini bildirmektedir (72). Çalışmamızda istemli düşük sayı ortalaması $1,2 \pm 0,4$ çocuk olarak bulunmuştur. Türkiye ortalaması ise TNSA 2003 verilerine göre 23,9 iken, 2008'de 22,1 dir. Her 100 gebelikten 10'u istemli olarak düşükle sonlanmaktadır (8). İstemli düşük

sayısıyla yöntem seçimi arasında yöntem seçimi açısından fark olması beklenirken çalışmamızda benzer sonuçlar olduğu tespit edilmiştir.

Çalışmaya katılan kadınların tekrar çocuk isteme durumlarına göre yöntem tercihleri değerlendirildiğinde; çocuk istemi olanların %59,8'i modern yöntemi tercih ederken çocuk istemi olmayanların %60,2'si modern yöntem kullanmaktadır. Gölbaşı'na, Nacar ve arkadaşlarına göre de benzer şekilde her iki durumda da anlamlı fark olmadığı belirtilmiştir (69,72). Türkiye genelinde başka çocuk istemeyenlerin ortalaması %58,7 iken çalışmamızda %49,1 oranında kadının çocuk istemi olmadığı tespit edilmiş olup; bu durum çalışmanın genç doğurgan yaşta olan kadınlara yapılmış olmasına ve çocuk isteminin henüz tamamlanmamış olmasına bağlanmıştır. Bu bulgulara dayanarak doğum yapan kadınların tamamının doğum sonu dönemde etkili bir yöntemle gebelikten korunma gereksinimleri olduğu söylenebilir (72).

İstenmeyen gebelik ve kürtajın önlenmesi için, kadınlara AP yöntemleri konusunda danışmanlık hizmeti verilmesi gerekmektedir. Çalışmamızda bayanların %65,9'u herhangi bir kontrasepsiyon yöntemiyle ilgili danışmanlık hizmeti almıştır. Çalışmamızda gebelik öncesi ya da gebelik sonrasında danışmanlık hizmeti alanların %62'si modern yöntemleri kullanırken, danışmanlık hizmeti almayanların %56'sı modern yöntemle korunmayı tercih etmektedir. Gebelik sonrasında Nacar ve arkadaşlarının çalışmasında görüldüğü gibi danışmanlık hizmeti alanın modern yöntem kullanımı açısından etkili olduğu gözlenmişken, Gölbaşı ve arkadaşlarına göre danışmanlık hizmeti alanlarla danışmanlık almayanlar arasında yöntem seçimi arasında fark olmadığı tespit edilmiştir. Bunun nedeni olarak danışmanlık alanların yöntemleri etkili şekilde kullanmadıkları düşünülmüştür (69,72).

Evlilik yaşının yükselmesi, ilk gebelik yaşının da yükselmesine neden olmaktadır. Türkiye'de evlenme yaşları 2003'te 20 iken, 2008'de 20,8 dir. Çalışma ortalaması ise 21,1 olarak bulunmuştur; ilk doğum yaşları 1993'te 20,8, 2003'te 21,3, 2008'de 22,3, çalışmamızın ortalaması ise $22,3 \pm 4,2$ yaş olarak bulunmuştur. İlk gebelik yaşlarının yükselmesi etkili kontraseptif yöntem kullanımıyla kadınların istedikleri sayıda ve istedikleri aralıklarla gebe kalmayı gerektirmektedir. Bu

durumun ileri yaş gebeliklerini böylece riskli, sağlıksız gebelik oluşumunu önleyeceği düşünülmektedir.

Doğum şekillerine göre yöntem seçimine bakıldığında TNSA 2008 verilerine göre doğumların % 42'si sezeryanla olmaktadır (8). Araştırmaya katılan kadınların ise %64,1'inin sezeryanla doğum yaptığı tespit edilmiştir. Emzirme dönemlerinde normal yolla doğum yapanların %36,9'u doğal yöntem kullanmayı tercih ederken, sezeryanla doğum yapanların %45,6'sı doğal yöntemleri kullanmışlardır. Bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı gözlenmiştir. Gölbaşı ve arkadaşlarına göre de emzirme döneminde yöntem seçiminin, doğum şekliyle ilişkisinin olmadığı düşünülmüştür (69).

SONUÇ ve ÖNERİLER

- Kadınların gebelik öncesinde ve emzirme dönemlerinde benzer şekilde modern yöntemleri daha çok tercih ettikleri, emzirme dönemiyle gebelik öncesi dönemde yöntem seçimini etkileyen faktörlerle ilişkili istatistiksel olarak anlamlı ölçüde fark tespit edilmemiştir.
- En çok kullanılan yöntem geri çekme, kondom ve RIA'dır.
- Yaşın emzirme döneminde yöntem tercihlerini etkilediği; genç yaşta koruyuculuğu daha az olan yöntemler tercih edilirken, ileri yaşta etkin yöntemler daha çok kullanıldığı gözlenmiştir.
- Eğitim düzeyi, gelir düzeyi arttıkça etkin yöntem tercihi artmaktadır.
- Çekirdek aile yapısında, kadının bireysel tercihi ön plana çıkararak, modern etkin yöntem seçimi artmaktadır.
- Kentlerde oturanlarda etkin yöntem kullanımı fazladır.
- Emzirme döneminde yöntem seçimini etkileyen en önemli faktör yöntemin bebeğe verebileceği yan etki düşüncesidir.
- Danışmanlık alımı modern yöntem tercihinin artırmakta fakat yetersiz kalmaktadır.
- Modern yöntem kullanan kadınlar yöntemlerine daha çok güvenmektedirler. Cerrahi yöntemlerden sonra en çok güvenilen yöntem RIA'dır.
- Gebelik sonrasında modern yöntem seçimi, gebelik öncesine oranla fazladır
- Sadece progesteron içeren haplar ve enjeksiyonlar konusunda toplum bilgisiz kalmıştır. Modern etkin yöntemlerin tanıtılmasına özen gösterilerek geleneksel yöntemlerden uzaklaştırılmaları eğitimler verilerek sağlanmalıdır.
- İstenmeyen gebeliklere bağlı düşükler en çok geri çekme yöntemi kullanımında görülmektedir.
- AP hizmetlerine gereksinimi olan yüksek riskli kişiler, özellikle sosyoekonomik durumu kötü olanlar ve eğitimsiz olanlardır. Eğitim seviyeleri ve gelir seviyeleri arttıkça modern yöntem kullanımının yaygınlaşacağı görülmektedir.

- Kadınlara ve eşlerine AP yöntemleri, uygulama şekilleri, uygulama süreleri, yan etkileri korunmaya katkı yüzdeleri, vb hakkında yaşları ne olursa olsun, eğitim seviyeleri nasıl olursa olsun kapsamlı bir şekilde danışmanlık hizmeti verilmesi gerekmektedir. Danışmanlık hizmeti verirken, sadece erkek faktörüne dayanan geri çekme ve kondom kullanımı yaygın olduğu için erkekler daha ön plana alınmalıdır.
- AP danışmanlık hizmetinin doğum öncesi dönemde doktor kontrolleri sırasında, eğer verilmemiş ise doğum olduktan sonra ilk kontrolde, kadınlara eşleriyle birlikte verilmesi sağlanarak gebelik sonrası erken dönemde istenmeyen gebelik oluşumları engellenmelidir. Sağlık ocaklarında ve hastanelerde kapsamlı aile planlaması hizmetleri verebilecek birimler kurulmalı ve doğum kontrol yöntemleri uygulamaları kesintisiz sağlanmalıdır
- Kırsal bölgelerde oturan kadınların AP hizmetlerine ulaşması, ücretsiz olarak dağıtımı sağlık personelleri tarafından sağlanmalıdır.
- Aile planlamasında sektörler arası işbirliği zorunludur, nitekim bu gereksinimler 1983 yılında kabul edilen 2827 sayılı yasada da tanımlanmaktadır. Üniversiteler, gönüllü kuruluşlar, Milli Eğitim Bakanlığı ve Diyanet İşleri Başkanlığı halkın bilinçlenmesi için işbirliği ve iletişim içinde çalışmalıdır.

ÖZET

Emzirme Dönemindeki Kadınlarda Kontraseptif Yöntem Seçimini Etkileyen Sosyodemografik ve Kültürel Faktörler

Bu tanımlayıcı araştırma doğum sonrasında kadınların kontraseptif yöntem tercihlerini ve ilişkili faktörleri ortaya koymak amacıyla yapılmıştır. Çalışma evreni 03-2011 ile 06-2011 tarihlerinde SDÜ Tıp Fakültesi Pediatri Kliniğine başvuran ve 2-18 aylık emzirme döneminde olan 440 kadından oluşmaktadır. Veriler araştırmacı tarafından geliştirilen anket formuyla elde edilmiştir. Anket yüz yüze görüşme tekniğiyle uygulanmıştır. İstatistiksel analizler için frekans oranları ve ki kare testi uygulanmıştır.

Emzirme dönemi ile kontraseptif yöntem arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunan değişkenler yaş, eğitim durumu, gelir seviyesi, aile yapısı, oturma yerleridir. Bu sonuçlara göre aile hizmetlerinin sunumunda kadınların geleneksel yöntem kullanımına ilave olarak yaş yerleşim yeri, sosyoekonomik yapı, eğitim ve erkeğin katılımının da dikkate alınması ile modern yöntemlerin kullanımı geliştirilebilir.

Çalışmaya göre kadınların tamamı doğum sonrası dönemde kontraseptif yöntem kullanmakta ve ilk sırada kullanılan metodlar geri çekme, kondom ve RİA'dır. Türkiye' de olduğu gibi çalışmamızda da geriçekme geleneksel metodlar arasında, kondom modern yöntemler arasında önemli yere sahiptir.

Bu nedenle aile planaması danışmanlığı kadınların eğitim düzeyi ne olursa olsun, özellikle eşleriyle birlikte sağlık bakımının her döneminde verilmelidir.

Anahtar kelimeler: Emzirme dönemi, kontraseptif yöntemler, sosyodemografik faktörler

SUMMARY

Affecting Contraceptif Method Choice in breastfeeding women Sociodemographic and Cultural Factor

This descriptive research was carried out to reveal contraceptive behaviour of women and related factors in postpartum period. The universe is working was consist of 440 women attending SDÜ medical faculty pediatrics clinical in Isparta between 03-2011 and 06-2011 dates, around 2-18 month after birth. Data were obtained by question form that was developed by researcher. Question form was applied to women using face to face technics. For the statistical analysis frequency poission and X2 test was used to evaluate the data.

A statistical significant relation was found between breastfeeding period and contraceptif method such variables age, educational state, level of income, family structure, place of residence. These results suggest that the use of modern contraceptive methods can be improved by taking into account in the presentation of family planning services the factors of age, place of residence, socioecenomic structure and husband's participation, in addition to the use of traditional methods by women.

According to data it was determined that all of women was using a contraceptive methods in postpartum period and withdrawal, kondom and RIA were first of all using methods. Withdrawal method among traditional methods and use of male kondom as a modern method have great importance in our study as have though Turkey.

For this reason at every step of healt care, family planning counseling should be given to women preferably with their husbands whatever the couples education is.

Key Words: breastfeeding period, contraceptive methods, sociodemografic factors

KAYNAKLAR

1. Elçioğlu ÖŞ, Ünlüoğlu İ, Özalp S. Aile planlaması danışmanlık hizmetleri ve kalite. Sağlık ve Toplum 2000; 10: 3-7.
2. Toker SO. Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin aile planlaması hakkında bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi. Aile ve Toplum 2005; 2: 101-110.
3. Bayık A: Aile Planlaması Eğitim Kitapçığı. İzmir: E.Ü. Hemşirelik Y.O. ve Karşıyaka Belediyesi ortak yayını, 1991;1-2.
4. Özvarış ŞB. Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması, Aile Planlamasında Temel Bilgiler Kitabı, İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı Yayınları, 1997;1-4
5. Saraç İ, Yalçın ÖT, Özalp S, Hassa H. Bir üniversite hastanesinde rahim içi araç uygulamaları. Sağlık ve Toplum 1999; 9: 29-31.
6. The State of the World's Children 2003. A publication of the United Nations Children's New York, USA.
7. A publication of Population Action Int. Family Care Int. And International Planned Parenthood Federation, Eason Associates Inc. Washington, DC – USA, 2004.
8. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü yayını, Ankara, 2008.
9. Ege E, Timur S, Zincir H. Ebelik son sınıf öğrencilerinin aile planlaması eğitimi etkinliğinin değerlendirilmesi. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 2005; 14: 202-20
10. Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, IV. Baskı, Ankara, Sistem Ofset; 2000; 1-10.
11. Dilek U. Postpartum Kontrasepsiyon. 4. Uluslar Arası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi Kitabı. Ankara: 20-23 Nisan 2005;77.
12. Smith KB, Spuy ZM, Cheng L, Elton R, Glasier AF. Is postpartum contraceptive advice given antenatally of value? Contraception 2002; 65: 237-243.
13. Mungan T. Laktasyonda Kontrasepsiyon. 3. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi Kitabı. Ankara: 20-23 Nisan 2005; 151-152.
14. Cwiak C, Gellasch T and Zieman M. Peripartum contraceptive attitudes and practices. Contraception 2004; 70: 383-386.
15. Durmuşoğlu F, Yıldırım A. Özel Donem ve Durumlarda Kontrasepsiyon. İn: İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı, Aile Planlamasında Temel Bilgiler. İstanbul, 1997; 195-199.
16. Ozek B. Emzirme ve Gebeliğin Önlenmesi. Aile Planlamasında Temel Bilgiler, İstanbul,1998.
17. Associatin of Reproductive Health Professionals. Postpartum Counseling: A Quick Reference Guide for Clinicians. <http://www.arhp.org/files/postpartumguide.pdf> Erişim Tarihi: 5 Mayıs 2011.
18. Gorrie TM, Mckinney ES, Murray SS. Foundations of Maternal-Newborn. Nursing 2 nd Edition, Philadelphia: W. B. Saunders Company; 1998.
19. Phillips CR. Family-Centered Maternity and Newborn Care. 4nd Edition. St. Louis Missouri Mosby Year Book: 1996.

20. Bulut A, Turan JM. Postpartum family planning and health needs of women of low income in Istanbul. *Studies in Family Planning* 1995; 26(2): 88-100.
21. Daş Z, Sezgin A. Kadınlarda doğum sonu dönemde verilen aile planlaması eğitiminin etkin yöntem kullanımlarına etkisi. *Sağlık ve Toplum* 2001.
22. Senanayake p.Potts M. An Atlas of Contraception New York, London, The Parthenon Publishing Group. 1994; 33-89.
23. Schwartz B, Gaventa S, Broome CV, AL, Hukla BS, Reingold AL, Hightower AW, Perlman JA, Wolf PH; Nonmenstruel toxic shock syndrome associated with barrier contraceptives, report of case study *Dis 11 (suppl 1): 543*, 1989.
24. Özalp S S.Cerrahi Tıp Bilimleri Jinekoloji Obstetrik 2.Ankara, Türkiye Klinikleri, 2006; 1-60
25. www.ssk.adanadogumevi.gov.tr//aileplanlamasi.htm erişim Tarihi: 14/06/2011
26. Huber SC, Piatrow pt, Orlans B,Dommer G; Intrauterine devices, *Popul Reports, Series B, No.2*, 1975.
27. Richter R. Ein mittel zur Verhütung der Konzeption, *Deutsche Med wochenschr* 1909;35: 1525.
28. Grafenberg E; An intrauterine contraceptive method, in Sanger M, Stone HM, editors, *The Praticce of Contraception: Proceedings of the 7th International Birth Control Conference, Zurich, Switzerland, Williams&Wilkins, Baltimore, Maryland, 1930, 33-47.*
29. Ota T. Study on birth control with an intrauterine instrument, *Jpn J Obstet Gynecol.* 1934; 17: 210.
30. Gökmen O, Çiçek N. Günümüzde Kontrasepsiyon, *Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2001, 319.*
31. Hatch RA et al. *Contaceptive Technology 16th revised edition.* New york; Irrington Publishers, 1994.
32. Golziher JW, *Pharmacology of Contraceptive steroids.* Shoupe D, Haseltire FP (eds). *Contraception New York; Springer Verlag, 1999.*
33. *Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi (Cilt II), Bölüm 11-18, 3. Basım, Cilt II.* Ankara, Damla Matbaacılık, Reklamcılık ve Yayıncılık Tic. Ltd. Şirketi, 311- 561.
34. Aydın S.Aile Planlaması ve Yöntemleri-1. *Aile Hekimliği Dergisi.* 2007; 1(3)
35. *Jonh Hopkins Manuel of Gnecology, 2000, 1(1): 209-212*
36. Farr G. Rivera R; Interaction between IUD use and breast-feeding status at time of IUD insetion analysis of T Cu-380 A acceptors in developing countries. *Am J Obstet Gynecol.* 1992; 167: 144.
37. Günalp, T. Kontrasepsiyon. *Kadın hastalıkları ve Doğum Tanı ve Tedavi*, Ed. Günalp S, Tuncer ZS. *Pelikan yayınları.* Ankara 2004; 603-629.
38. Beck W.W.Aile Planlaması: Kontrasepsiyon ve Komplikasyonları, *National Medical Series For Independent Study (NMS),Çeviri Editörü: Asena U.* 1998;241-248
39. Darney PD, Klaisle CM, Taner ST, Alvarado AM; Sustained release contraceptives. *Curr Prob Obstet Gynecol Fertil.* 1990; 13: 87.

40. Doğurganlık Bilinci ve Aile Planlaması. Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Yayını. Ankara, 2000:326-327
41. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü yayını. Ankara, 2003.
42. Doğurganlık bilinci ve aile planlaması. Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Yayını. Ankara, 2000:326-327.
43. Mc Laren A. A history of contraception: from antiquity to the present day. Oxford: Basil Blackwell Press 1990
44. Levels and trends in contraceptive use as assessed in 1998. New York: United Nations. Department of Economic and Social Affairs. 2000.
45. AA. Operational research for an effective information and training approach for surgical contraception knowledge and attitude in Turkey. Nüfus Bilim Dergisi 1996; 17-18: 41-53
46. İnce N. Özyıldırım BA. Gebelikten korunmada geri çekme yöntemi. Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi 2003; 17: 180-182.
47. Akın A. Enünlü T. Türkiyede isteyerek düşükler. Türkiye'de ana sağlığı aile planlaması hizmetleri ve isteyerek düşükler. Türkiye Nüfus ve Sağlık araştırması yayını, Ankara,1998 .
48. Sanger M, Stone HM, Grafenberg E. An intrauterine contraceptive method, The Practice of Contraception. Maryland,1930; 33-47.
49. 1984 Uluslararası Nüfus Konferansı Raporu.
<http://www.findarticles.com>. Erişim Tarihi: 25.06.2011
50. Jeannette E.S, Samuel C.M, Evely L.L. Current Aile Hekimliği. Çev.ed. Kut A. Tokalak İ. Eminsoy M.G. Öncü basımevi, Ankara. 2007.
51. Grewal M, Burkman RT. Contraception and family planning. Current Obstetric and Gynecologic Diagnosis and Treatment,9th Edition. New York, 2003; 631-650.
52. Bariyer yöntemler. Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Yayını. Ankara, 2000;345-367
53. Rahim içi araçlar. Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Yayını. Ankara, 2000; 453-521.
54. MacKay T. Contraception. Current Medical Diagnosis and Treatment, Forty-Third Edition içinde. Ed. Tierney LM, McPhee SJ, Papadakis MA. McGraw-Hill Company. New York 2004; 716-724.
55. Günalp T. Kontrasepsiyon, Pelikan Yayınları 2004; 603-629
56. Masters T, Everett S. Intrauterin and barrier contraception. Current Obstetrics and Gynaecology 2005;15:31-37.
57. Oral Kontraseptifler. Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Yayını. Ankara, 2000;367
58. Medical eligibility criteria for contraceptive use. <http://www.who.int/reproductive-health/publications/mec/mec.pdf> Erişim tarihi: 05/05/2011
59. Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Damla yayıncılık 2000;1 (3).

60. Deri Altı İmplantları. Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Yayını. Ankara, 2000; 432
61. Aydın S. Aile Planlaması ve Yöntemleri-1. Aile Hekimliği Dergisi. 2007; 1(4)
62. Gönüllü cerrahi sterilizasyon. Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Yayını. Ankara, 2000; 521
63. Tokuç B, Eskiocak M, Saltık A. Acil Kontrasepsiyon. Sted 2002;11(3) :97
64. DePineres T. Reproductive health 2002: Update on contraception and medical abortion from the ARHP Annual Meeting. Medscape Ob/Gyn & Women's Health 2002; 7(2)
65. Perheentupa A, Huhtaniemi I. Male contraception-quo vadis? Acta Obstet Gynecol Scand 2004; 83: 131-137
66. Wang C, Swerdlof RS, Bilgel N. Male hormonal contraception. Am J Obs Gyne 2004; 190: 60-82.
67. Aile Hekimliği Medikal Tıp 2006; (1) 691
68. Üreme sağlığına giriş. Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Yayını. Ankara, 2000;61
69. Gölbaşı Z, Tumay H.S, Koç D , Hilal Yıldız. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2005; 29
70. Tekiner A.S, Çetin F, Ceyhun A.G, Kafkaslı A. Planlanmamış gebelikler ile kontraseptif yöntemler arasındaki ilişki Dirim Tıp Gazetesi 2010; 85: 65-71.
71. Tokuç B, Eskiocak M, Ekuklu G, Saltık A, Edirne'de 15-49 yaş evli kadınların aile planlaması yöntemleri konusundaki bilgi düzeyleri ve yöntem kullanım oranları 2005; 14: 9.
72. Nacar M. Doğum Sonrası Dönemde Verilen Aile Planlaması Eğitiminin Yöntem Kullanmaya Etkisi. Erciyes Üniversitesi Halk Sağlığı ABD Uzmanlık Tezi.
73. Türk R. 2-6 Aylık Bebeği Olan Annelerin Emzirmeyi Aile Planlaması Yöntemi Olarak Kullanma Durumları ve Etkileyen Faktörler .Hacettepe üniversitesi Sağlık bilimleri enstitüsü Yüksek Lisans Tezi. Ankara, 2006.
74. Oltuoğlu H. Malatya İl Merkezinde Aile Planlaması Kullanan 15-49 Yaş Grubu Evli Kadınlarda Kullanılan Yöntem ve Yöntem Seçimini Etkileyen Faktörler. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi. Kayseri, 2008.
75. Güngör S, Başer İ, Göktolga U, Özkömür E, Keskin U, et al. Koitus İnterruptus Yönteminin Etkinliği ve Eğitim Seviyesinin Önemi. Gülhane Tıp Dergisi 2006; 48: 8-10.
76. Kahraman K. Nevşehir Özkonak Kasabasında Yaşayan 15-49 Yaş Grubu Kadınların Aile planlaması Uygulamaları. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. Kayseri, 2005.
77. Çayan A. 15-49 yaş evli kadınların Aile Planlaması Yöntemlerine İlişkin Tutumlarının Kullandıkları Kontraseptif Yöntemler ile ilişkisi. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi. Aydın, 2009.
78. Katırcı E. Isparta İl Merkezindeki Kadınlarda Kontraseptif Kullanımında Etkili Demografik Ve Sosyokültürel Faktörler. Süleyman Demirel Üniversitesi Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi. Isparta, 2008.

ANKET

S.D.Ü. TIP FAKÜLTESİ AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI Dr. Funda Yıldırım Baş, emzirme döneminde aile planlaması yöntemi seçimini etkileyen faktörleri araştırmak, yöntemler hakkında bilgi vermek ve en doğru yöntemi seçmenizi sağlamak amacıyla, sonuçlarını uzmanlık tezimde sunmayı düşündüğüm anket sorularını, izninizle size yöneltmek istiyorum.

Ankete katılmak zorunda değilsiniz, ancak katılırsanız çalışmamı desteklemiş olacaksınız. Sonuçlar araştırma makalesi için kullanılacak ve kişisel bilgileriniz kesinlikle saklı tutulacaktır. Onayınızın olması durumunda aşağıya imzanızı atmanızı rica ederim. Teşekkür ederim.

İmza :

Tarih :

1. YAŞINIZ:.....
2. EĞİTİM DURUMUNUZ: Okuryazar Değil () Okur Yazar() İlkokul () Ortaokul() Lise ()
Üniversite ve Üstü ()
3. MESLEĞİNİZ:.....
4. KARDEŞ SAYINIZ:..... Çekirdek Aile () Geniş Aile ()
5. ÖZGEÇMİŞİNİZ: Hastalık Var() Hastalık Yok()
6. SİGARA KULLANIYORMUSUNUZ? Evet () → (Ne Kadar?) Hayır ()
7. EŞİNİZİN YAŞI:.....
8. EĞİTİM DURUMU: Okuryazar Değil() Okur Yazar() İlkokul () Ortaokul() Lise ()
Üniversite ve Üstü ()
9. EŞİNİZİN KARDEŞ SAYISI?.....
11. NEREDE OTURUYORSUNUZ? Kent () Kırsal ()
12. AYLIK GELİR SEVİYESİ? 0-500() 500-1000TL () 1000-1500() 1500-2000()
2000ve Üzeri()
13. SOSYAL GÜVENCENİZ VARMI ? Var() Yok()
14. İLK GEBELİĞİNİZ EVLİLİĞİNİZİN KAÇINCI YILINDA OLDU?.....
15. BEBEK KAÇ AYLIK? 0 -6 Ay () 6-12 Ay () 12-18 Ay ()
16. CANLI DOĞUM SAYISI:.....
17. DOĞUM ŞEKLİ: Normal Doğum() Sezeryan()
18. İSTEMLİ DÜŞÜK (Kürtaj) SAYISI:.....
19. İSTEMSİZ DÜŞÜK SAYISI:
20. ÖLÜ DOĞUM SAYISI:.....
21. YAŞAYAN ÇOCUK:.....
22. İLK GEBELİK YAŞI: 15-25 () 26-35 () 36-40() > 40 ()
23. EVLENME YAŞINIZ:..... EŞİNİZİN EVLENME YAŞI:.....
24. BAŞKA ÇOCUK İSTEĞİ VARMI? Var() Yok()
25. YÖNTEMLER HAKKINDA DANIŞMANLIK ALDINIZMI?: Evet () Hayır()
26. GEBELİK ÖNCESİ KORUNUYORMUYDUNUZ?: Evet() Hayır()

27. GEBELİK ÖNCESİ KULLANDIĞINIZ AİLE PLANLAMASI YÖNTEMİ:

Doğal Yöntemler() Modern Yöntemler() Takvim Yönt() Geri Çekme () Vucut Isısı Takibi() Ria ()
Oks () Kondom () Aylık İğne() Cerrahi Yön()

28. SEBEBİ: Kullanım Rahatlığı () Eş İsteği () Bilmiyorum ()

29. KAÇINCI AYDA ADET GÖRDÜNÜZ? 40 Gün-2 Ay () 3. Ayda () 4. Ayda () 5. Ayda ()
6 Ay 1 Yıl ()

30. DOĞUM SONRASI NE ZAMAN KORUNMAYA BAŞLADINIZ?

31. EMZİRME DÖNEMİNDE KORUNUYORMUSUNUZ: Evet () Hayır()

32. EMZİRME DÖNEMİNDE HANGİ YÖNTEMİ KULLANIYORSUNUZ? Doğal Yöntem ()
Modern Yöntem() Laktasyon () Takvim Yöntem () Geri Çekme () RİA () OKS () Kondom ()
Aylık İğne () Cerrahi Yöntem()

33. DİĞER YÖNTEMLERİ HANGİ NEDENDEN DOLAYI TERCİH ETMİYORSUNUZ?

Yan Etkisi () Kullanım Zorluğu () Eşim İstemiyor () Güvensiz Buluyorum () Bilmiyorum ()

34. YÖNTEMİNİZİN GÜVENLİ OLDUĞUNDAN EMİN MİSİNİZ? Evet () Hayır () Bilmiyorum ()

35. YÖNTEMDEN MEMNUN MUSUNUZ ? Evet() Hayır()

36. KULLANDIĞINIZ YÖNTEME RAĞMEN GEBE KALDIĞINIZ OLDU MU? Evet () Hayır ()

37. EMZİRME DÖNEMİNDE GEBE KALMAKTAN KORKTUĞUNUZ İÇİN CİNSEL İSTEKSİZLİK YAŞIYOR MUSUNUZ? Evet() Hayır()