

**T.C.
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ**

**SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
ASİSTANLARI VE 6. SINIF ÖĞRENCİLERİNİN ÜREME
SAĞLIĞI HAKKINDAKİ BİLGİLERİNİN İNCELENMESİ**

Dr. Sıtkı ARI

**TIPTA UZMANLIK TEZİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**DANIŞMAN
Doç. Dr. A. Nesimi KİŞİOĞLU**

ISPARTA - 2011

TEŞEKKÜR

Asistanlığım sırasında gerek eğitim, gerekse tez aşamasında ilgi ve desteğini esirgemeyen, bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği A.D Başkanı Prof. Dr. M. Tamer MUNGAN'a, İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Şef Yrd. Doç. Dr. Kurtuluş ÖNGEL'e

Tezimin tamamlanmasındaki katkılarından dolayı, Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D. Öğretim Üyesi Doç. Dr. A. Nesimi Kişioğlu'na ve Acil Servis A.D Öğretim üyesi Yrd. Doç. Dr. Gökben Beceren'e

Eğitimimiz süresince sevinçlerimizi ve üzüntülerimizi beraber yaşadığımız asistan arkadaşlarım; Dr. Bahriye KÜÇÜKKILIÇ, Dr. Turgut GÜRBÜZ, Dr. Hacer KAYACAN, Dr. Özge UÇMAN, Dr. Ayşegül ÖRMECİ, Dr. Çağrı BOCUTOĞLU, Dr. Selami KARA, Dr. Yasemin TÜRKER, Dr. Funda BAŞ ve Dr. Zeliha SALMAN'a

Rotasyonlarım sırasında bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım, İç Hastalıkları, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Genel Cerrahi, Psikiyatri, Göz ve Acil Tıp A.D'da görevli hocalarımıza ve asistan arkadaşlarıma,

Hiçbirşeyi esirgemedi bizleri yetiştiren, hakları ödemekle bitmez Annem Ayşe ARI ve Babam Ahmet ARI'ya, zor günlerimde yanımda olan fedakar Kardeşim Dr. Sinan ARI ve Eşi Dr. Derya ARI'ya,

Varlığı, desteği ve bu hayatı güzelleştirdiği için eşim Senem ARI'ya ve oğlum Ahmet ARI'ya sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Sıtkı ARI

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	ii
İÇİNDEKİLER	iii
KISALTMALAR DİZİNİ	v
TABLolar DİZİNİ	vi
ŞEKİLLER DİZİNİ	vii
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	6
2.1. Güvenli Annelik	6
2.1.1. Güvenli Annelik ve Anne Ölümleri	6
2.1.2. Gebelik Öncesi Bakım ve Danışma	6
2.1.3. Gebelik Öncesi Risk Değerlendirilmesi.....	8
2.1.4. Beslenme Durumunun Değerlendirilmesi.....	8
2.1.5. Genetik Danışma ve Testler	9
2.1.6. Prenatal Bakım	9
2.1.7. Gebelik Boyunca Uygulanan Rutin Prenatal Testler	10
2.1.8. Gebelikte Dikkat Edilecek Noktalar:	11
2.1.9. Doğum.....	14
2.1.10. Doğum sonrası Bakım.....	14
2.2. Acil Obstetrik Bakım	15
2.3. Aile Planlaması	15
2.3.1. Türkiye'nin Nüfus Politikaları ve Aile Planlaması	15
2.3.2. Aile Planlaması Hizmetleri Nerelerde Sunulmaktadır ?	17
2.3.3. Aile Planlamasının Faydaları	17
2.3.4. Kontraseptif Yöntemler.....	18
2.4. CYBE-HIV/AIDS	29
2.5. Gençlere Yönelik Üreme Sağlığı Hizmetleri	31
2.5.1. Gençlerin Toplam Nüfus İçindeki Payı	31
2.5.2. Adölesanlar ve Cinsellik	31
2.5.3. Adölesan Dönemde Fiziksel Büyüme ve Cinsel Gelişme	31
2.5.4. Puberte	32
2.5.5. Adölesan Dönemde Büyüme ve Gelişmenin İzlenmesi.....	35
2.5.6. Adölesan Dönemde Psikososyal Gelişme.....	36

2.5.7. Gençlerin Cinsel ve Üreme Sağlık Gereksinimleri.....	36
2.5.8. Gençlerle İletişim ve Danışma.....	37
3. MATERYAL-METOD	38
3.1. Araştırma Projesi.....	38
3.2. Araştırma Bölgesi.....	38
3.3. Araştırmanın Tipi.....	38
3.4. Araştırmanın Evreni ve Evrenin Tanıtılması	38
3.5. Örneklem ve Araştırmaya Katılım Oranları.....	39
3.6. Araştırmaya Kabul ve Red Kriterleri	40
3.7. Araştırmanın Veri Kaynakları ve Uygulama Şekli	40
3.8. İstatistiksel İncelemeler.....	42
3.9. Araştırmanın Süresi.....	42
3.10. Araştırma Sırasında Karşılaşılan Güçlükler	42
4. BULGULAR.....	43
5. TARTIŞMA ve SONUÇ	58
6. ÖNERİLER	62
ÖZET.....	63
SUMMARY	64
KAYNAKLAR	65
EKLER.....	70
EK-1: Üreme Sağlığı Anketi.....	70

KISALTMALAR DİZİNİ

AÇS	: Ana Çocuk Sağlığı
AÇS/AP	: Ana Çocuk Sağlığı /Aile Planlaması
AOB	: Acil Obstetrik Bakım
BMI	: Vücut Kitle İndeksi
CSÜS	: Cinsel Sağlık Üreme Sağlığı
CVS	: Koryon Villüs Örneklemesi
CYBE(H)	: Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar (Hastalıklar)
DÖB	: Doğum Öncesi Bakım
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
HBsAG	: Hepatit B Yüzey Antijeni
Hgb	: Hemoglobin
IUGG	: İntra Uterin Gelişme Geriliği
MSAFP	: Maternal Serum Alfa Protein
NTD	: Nöral Tüp Defekti
PİH	: Pelvik İnflamatuvar Hastalık
RPR	: Rapid Plasma Reagin
SAT	: Son Adet Tarihi
SDU	:Süleyman Demirel Üniversitesi
STS	: Serolojik Sfiliz Testi
TSH	: Temel Sağlık Hizmetleri
TUS	: Tıpta Uzmanlık Sınavı
UNFPA	: Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu
ÜS	: Üreme Sağlığı
VDRL	: Venereal Disease Research Laboratory

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. Tanner Evrelemesi	33
Tablo 2. Cronbach's Alpha Testi	41
Tablo 3. Araştırmaya katılan bireylerin eğitim durumu	43
Tablo 4. Araştırmaya katılan bireylerin cinsiyet dağılımı	43
Tablo 5. Araştırmaya katılan bireylerin, üreme sağlığı konuları hakkındaki bilgilerinin ortalama puanları	44
Tablo 6. Araştırmaya katılan bireylerin üreme sağlığı konularındaki ortalama puanı ile eğitim durumları arasındaki ilişkinin sonuçları	46
Tablo 7. Araştırmaya katılan asistan doktorların hastalarına üreme sağlığı eğitimi verme durumuna ait ilişkinin dağılımı	47
Tablo 8. Araştırmaya katılan ve hastalarına üreme sağlığı ile ilgili eğitim veren asistan doktorların, bu eğitimi hangi konularda verdiğine ait ilişkinin dağılımı	48
Tablo 9. Araştırmaya katılan asistan doktorların, tüm hekimlerin her fırsattı üreme sağlığı eğitimi için değerlendirmeli midir? sorusuna verdikleri cevaplar	48
Tablo 10. Araştırmaya katılan asistan doktorların, mezuniyet öncesi tıp eğitimi sırasında üreme sağlığı ile ilgili bilgi edinme durumu	49
Tablo 11. Araştırmaya katılan asistanların, asistanlık eğitimi sırasında üreme sağlığı ile ilgili yeterli bilgi veriliyor mu sorusuna verdikleri cevapların dağılımı ...	49
Tablo 12. Araştırmaya katılan asistanların, asistanlık eğitimi süresince üreme sağlığı ile ilgili bilgilenmenin sonraki çalışma yaşamında yararlı olacağına inanıyor musunuz sorusuna verdikleri cevapların dağılımı	50
Tablo 13. Araştırmaya katılan bireylerin, tüm hekimlerin üreme sağlığı konusunda ne kadar bilgiye sahip olması gerektiği durumu ile eğitim durumları arasındaki ilişkinin dağılımı	51
Tablo 14. Araştırmaya katılan bireylerin, üreme sağlığı ile ilgili eğitim kimlere verilmelidir sorusuna verdikleri cevaplar ile eğitim durumları arasındaki ilişkinin dağılımı	52
Tablo 15. Araştırmaya katılan bireylerin, üreme sağlığı konusunda hangi hekimlerin daha çok sorumluluğu vardır sorusuna verdikleri cevap ile eğitim durumları arasındaki ilişkinin dağılımı	53
Tablo 16. Araştırmaya katılan asistan doktorların üreme sağlığı konuları hakkındaki bilgileri ile anabilim dalları (preklinik, dahili, cerrahi) arasındaki ilişkinin anova testi sonuçları	55
Tablo 17. Araştırmaya katılan ve üreme sağlığı konusunda sorumlu olan branşlarda çalışan asistan doktorların, üreme sağlığı konularındaki ortalama puanları ile yeterlilik sınır puanı karşılaştırılması	57

ŞEKİLLER DİZİNİ

- Şekil 1.** Araştırmaya katılan bireylerin eğitim durumunun grafiksel gösterimi 43
- Şekil 2.** Araştırmaya katılan bireylerin cinsiyet durumunun grafiksel gösterimi 44

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Son yıllara kadar üremeye ilişkin sağlık sorunları geleneksel olarak Ana Çocuk Sağlığı kapsamında ele alınmıştır. Ancak son yirmi yıllık süreç içerisinde tüm dünya ülkelerinde meydana gelen önemli sosyodemografik değişiklikler nedeniyle mevcut AÇS yaklaşımı üreme sağlığı konusunda yer alan tüm sağlık sorunlarını karşılamaya yetmemiş, bu nedenle “üreme sağlığı” dünya ülkelerinin gündemine yeni bir kavram olarak girmiştir (1).

Üreme sağlığı kavramı, ilk kez 1994 Kahire Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı’nda belirtilmiş ve tüm dünyada kabul gören bir kavram olmuştur. Kahire Konferansı’nın en önemli işlevi üreme sağlığı, cinsellik ve cinsel sağlık kavramlarını temel bir çerçeveye yerleştirerek bu kavramları bir bütün olacak şekilde tanımlaması olmuştur.

Dünya Sağlık Örgütü’nün geliştirdiği ve Kahire’de onaylanan tanıma göre üreme sağlığı; “üreme sistemi, işlevleri ve süreci ile ilgili sadece hastalık ve sakatlığın olmaması değil, tüm bunlara ilişkin fiziksel, mental ve sosyal yönden tam bir iyilik halinin olmasıdır”.

Aynı zamanda üreme sağlığı “insanların tatmin edici ve güvenli bir cinsel yaşam ve üreme yeteneğine sahip olmaları demektir” (2,3,4).

Ülkemizin Cinsel sağlık/Üreme Sağlığı açısından öncelikli sorunlarının belirlenmesi için bu konudaki genel bilgilerimizden, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları’ndan ve geniş bir uzman grubunun nicel ve nitel yöntemlerle alınmış görüşlerinden faydalanılmıştır (5).

Cinsel sağlık/Üreme Sağlığı kümesinde kapsanan alanlar ve sorunlar incelendiğinde geniş bir müdahale sahası görülmektedir. Müdahale alanları arasında şunlar bulunmaktadır:

- Güvenli annelik (acil obstetrik hizmetler de dahil olmak üzere)
- Aile planlaması
- Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar (CYBE) ve HIV/AIDS
- Adölesan cinsel ve üreme sağlığı

- Erkeklerde Cinsel sağlık/Üreme Sağlığı ile ilişkili sorunlar
- İnfertilite
- Postmenapozal durumlar
- Yaşlılıkta Cinsel sağlık/Üreme Sağlığı
- Üreme sistemi kanserleri (meme ve serviks kanseri başta olmak üzere)
- Kadın ticareti / trafiği
- Cinsel taciz ve cinsel şiddet, cinsiyete dayalı şiddet
- Göçmen, mülteci, vb. gruplarda cinsel sağlık ve üreme sağlığı ve daha birçok alan...

Yapılan öncelik belirleme çalışması ‘Türkiye’nin Cinsel sağlık/Üreme Sağlığı açısından öncelikli sorunları nedir?’ sorusunun yanıtını vermeyi amaçlamış, dolayısıyla sonuçları müdahale alanlarından ziyade ‘sorunlar’ olarak ortaya konmuştur. Ülkemizin yapılan çalışmada tespit edilen, Cinsel sağlık/Üreme Sağlığı açısından öncelikli sorunları şunlardır:

- Anne ölümlerinin yüksek olması,
- İstenmeyen gebeliklerin fazla olması,
- CYBE/HIV/AIDS sıklığının artıyor olması,
- Gençlerin Cinsel sağlık/Üreme Sağlığı düzeylerinin düşük olması,
- Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Açısından Bölgeler ve Yerleşim Birimleri Arasındaki Eşitsizlikler

Bu sorunların her birinin mevcut durumu ile bölgeler ve yerleşim birimleri açısından öncelikleri değerlendirilmiş ve yapılan incelemede bu sorunlarla ilgili olarak bölgeler ve yerleşim birimleri arasında eşitsizliklerin ön plana çıkması, beşinci sorun tanımının eklenmesine yol açmıştır (6).

Üreme sağlığı kapsamında yer alan hizmetler, birinci basamak sağlık hizmetlerinin kapsamında mutlaka ele alınması gereken üreme sağlığı hizmetleridir. Bu hizmetler, mutlaka ikinci basamak, gerektiğinde de üçüncü basamak sağlık

hizmetleri ile desteklenmelidir. Bugün gelinen noktada; tüm ülkelerin, uygun yaştaki bireylere en kısa sürede, Temel Sağlık Hizmetleri (TSH) kapsamında ele alınmak koşuluyla, çok geniş bir hizmet alanı olarak “Üreme Sağlığı Hizmetleri”ni ulaşılabılır kılmaları önerilmektedir (33).

Üreme sağlığı hizmeti sunan sağlık personeli aşağıda yer almaktadır.

Birinci basamak sağlık kuruluşlarında;

*Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezlerinde: Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı-AÇS/AP, Çocuk sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı-AÇS/AP, Aile Hekimliği Uzmanı, Halk Sağlığı Uzmanı, Pratisyen Hekim, Diyetisyen, Psikolog, Çocuk Gelişim Uzmanı, Sosyal Hizmet Uzmanı, Tıbbi Teknolog, Hemşire, Ebe, Laboratuvar Teknisyeni.

*Aile Sağlığı Merkezi: Aile Hekimliği, Hemşire, Ebe, Laboratuvar Teknisyeni, Çevre Sağlık Teknisyeni, Sağlık Memuru.

*İkinci-Üçüncü Basamak Sağlık Kuruluşlarında: Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı-Hastane, Çocuk Hastalıkları Uzmanı-Hastane, Mikrobiyoloji Uzmanı, Üroloji Uzmanı, Anestezi Uzmanı, Aile Hekimliği Uzmanı, Pratisyen Hekim, Diyetisyen, Psikolog, Sosyal Hizmet Uzmanı, Hemşire, Ebe, Laboratuvar Teknisyeni, Anestezi Teknisyeni, Röntgen Teknisyeni, Tıbbi Sekreter (34).

Bu personelin bu hizmeti verirken takınacağı genel tutum; İnsan/ hasta haklarına saygılı, üreme haklarına saygılı, pozitif sağlığı ve sağlık bilincini destekleyici, cinsiyetler arası hakkaniyete dikkat eden, özenli, dikkatli, sorumluluk duyan, sabırlı, yargılayıcı/ hükmedici olmayan, ciddiye alan, başvuranın isteklerine saygı gösteren, aktif ve etkin dinleyici olan, bütüncül yaklaşım şeklinde olmalıdır.

Genç insanların cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetlerinin çoğunluğunun, topluma yakın ve çoğunlukla da birçok disiplini kapsayan birinci basamak kuruluşlarında verilmesi en uygunudur.

Türkiye Üreme Sağlığı Programı Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Hizmet

Çerçevesine göre;

Çerçeveye ilk şeklinin verilmesinde dikkate alınan ilkeler aşağıda sıralanan uluslararası en iyi uygulamalara göre belirlenmiştir:

Kullanımda kolaylık sağlamak üzere sadelik/netlik,

Hizmet alanların tamamı için mevcut olacak, gerekli minimum hizmetler/etkinliklerin yer alması (Hizmet sunanlar beklenen minimumu geçmekte serbesttir),

Etkinlikler gözlemlenebilir ve ölçülebilir olması,

Çerçevenin, çeşitli hizmet sunan gruplar için temel ya da en gerekli mesleki yeterlilikleri belirleyebilmesi için gerekli bilgi, beceri ve tutumu içermesi,

Birinci basamak hizmetlere ağırlık verilmesi.

Mevcut bağlamda Çerçeve'nin amacı, hem birinci hem de ikinci basamak sağlık kuruluşlarında hizmet sunanların, yürütebilecek yeterlilikte olmaları gereken kapsamlı bakım sunumu ve yönetim görevlerinin tanımlanmasıdır (kural koymak yerine). Çerçevenin ağırlıklı noktası hizmet sunanların aşağıdaki hizmetleri verebilecek yeterlilikte olmasının sağlanmasıdır:

Toplum ve hizmet alan bireyler için hizmet gereksinimlerinin belirlenmesi,

Kaliteli CSÜS hizmetlerinin planlanması ve uygulanması,

Hizmetinin değerlendirilmesi,

Etkili kişiler arası ilişkilerinin kurulması,

Sağlığın iyileştirilmesinin aktif şekilde teşvik edilmesi,

Güvenli bir ortam sağlanması (örn. enfeksiyonun önlenmesi),

Hizmet kalitesinin geliştirilmesi ve kaliteli hizmet sunumu.

Çerçeve, başlangıç olarak öncelikli beş müdahale alanını kapsamaktadır;

Güvenli annelik,

Acil obstetrik bakım,

Aile planlaması,

CYBE-HIV/AIDS,

Adölesan üreme sağlığı,

ÜS programı kapsamında öncelikli alanlarda sonuçlar elde edilmeye başlandıktan sonra diğer alanlarda da gerekli çalışmalar yapılacaktır. Sağlık Bakanlığı öncelikli alanlara ağırlık verilirken, ikincil öneme sahip alanlarda verilmekte olan hizmetlerin ihmal edilmesinden endişe etmektedir. Bu alanlar arasında menopoş sonrası dönem hizmetleri, üreme organları kanserleri, infertilite ve kadına karşı şiddettir (7).

Cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmet çerçevesine göre hizmet sunanların hizmet kalitesinin geliştirilmesi ve kaliteli hizmet sunumu kapsamında, hizmet sunanların öncelikle bu beş konu olan; güvenli annelik, acil obstetrik bakım, aile planlaması, CYBH-HIV/AIDS ve adölesan üreme sağlığı hakkındaki bilgilerinin ve tutumlarının ölçülmesi düşünülmektedir. S.D.Ü Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde eğitim gören asistan ve intern doktorların öncelikle bu konular hakkındaki bilgi ve tutumlarını ölçmek çalışmanın temel amacıdır. Çalışmanın bir diğer amacı da buradan çıkacak sonuçların tıp fakülteleri ve Sağlık Bakanlığına bağlı birimlerce değerlendirilip, hizmet ve eğitim yönünün ona göre şekillendirilmesidir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Güvenli Annelik

2.1.1. Güvenli Annelik ve Anne Ölümleri

Yüksek maternal morbidite ve mortaliteyi azaltmak için, 1987 yılında Nairobi’de düzenlenen konferansta; Dünya Bankası, DSÖ, UNFPA ve 55’den fazla ülkenin ilgili kuruluşlarının desteği ile bir “Güvenlik Annelik Girişimi” başlatılmıştır. Anneliği güvenli yapmak demek; istenmeyen ve yüksek riskli gebelik sayısının azaltılması, obstetrik komplikasyonların azaltılması ve komplikasyon gelişen kadınlarda ölüm riskinin azaltılmasıdır (8,9).

Bu programla; annenin sağlıklı beslenmesinden, sürekli ve uygun DÖB, komplikasyonların önlenmesi, oluşan komplikasyonların etkin tedavisi amaçlanmıştır. Böylelikle yenidoğan ve annenin fiziksel ve duygusal destek alabileceği olumlu bir ortam, sağlıklı doğum sonrası periyod ve gereksiz müdahaleler olmaksızın gebeliğin termde sonuçlandırılması gerçekleşmiş olacaktır (10).

2.1.2. Gebelik Öncesi Bakım ve Danışma

Diabetes mellitus ve hipertansiyon gibi erken müdahaleden fayda görebilecek problemleri olan kadınları ayırt etmeye dolayısıyla doğumla ilişkili problemleri azaltmaya olanak tanınması açısından önemlidir. Gebelik öncesi danışma ve eğitim, üreme çağındaki kadınlara herhangi bir zamanda verilebilir. Müstekbal anne ve baba adayları ile görüşülmesi gereken konular şöyle sıralanabilir:

2.1.2.1. Reprodüktif Öykü

Uterin malformasyonlar, maternal otoimmün hastalıklar ve genital enfeksiyonlar gibi durumların tanı ve tedavisinin yapılması tekrarlayan gebelik kaybı riskini azaltabilir. Gebe olmayan bir kadında obstetrik anamnezin gözden geçirilmesi anne baba adaylarının korkularının, endişelerinin ve sorularının gündeme getirilmesine olanak sağlayabilir. Menstrüel anemnezin sorgulanması bir kadının menstrüel fizyolojisi hakkında ne kadar bilgili olduğunun anlaşılmasını sağlar ve bu

konu hakkındaki bilgilerinin gebelik planlamasında kullanabilmesi için yönlendirme yapma fırsatı verir (11).

2.1.2.2. Aile Öyküsü

Gebelik öncesinde genetik riskler açısından aile öyküsünün sorgulanmasının birçok faydası vardır (11).

2.1.2.3. Taşıyıcılık Taraması

Çiftin, aile öyküsü veya etnik alt yapısının değerlendirilmesi sayesinde olası bir problemlili gebelik öncesinde çifte gereken danışmanlığın verilmesini sağlar. Gebelik öncesinde taşıyıcılık durumunun anlaşılması kadınlara ve eşlerine otozomal resesif hastalıklar hakkında gebeliğin duygusal koşulları oluşmadan değerlendirme yapabileme şansı verir. Taşıyıcılık halinin bilinmesi aynı zamanda gebelik için bilgilendirilmiş olarak karar alabilmeyi ve gebelik ortaya çıktığında gerekli testlerin planlanabilmesine de olanak tanır. Bu hastalıkların bazıları ise Tay-Sachs, Canavan Hastalığı, Beta-Talasemi, Alfa-Talasemi, Orak Hücre Anemisi ve Kistik Fibroz'dur (11).

2.1.2.4. Diğer Genetik Hastalıklar

Aile öyküsü; musküler distrofi, fragil X sendromu veya Down sendromu gibi danışma verilmesi gereken diğer genetik hastalıklar açısından risk içerebilir. Bu çiftlere CVS veya amniosentez gibi uygun tanı yöntemleri hakkında bilgi verilebilir. Bazı durumlarda, genetik danışma sonucunda çift gebelikten vazgeçebilir veya riskten kaçınmak için yardımcı üreme yöntemlerini kullanmaya karar verebilir (11).

2.1.2.5. Tıbbi Değerlendirme

Ciddi tıbbi sorunları bulunan kadınlar için gebelik öncesi bakım sadece fetüsle ilgili olası risklerin değil, gebeliğin ortaya çıkması halinde annenin karşılaşacağı tehlikelerin de değerlendirilmesini içermelidir. Uygun yaklaşım için diğer uzmanlık dalları ile işbirliğine gidilmelidir. Risk değerlendirilmesinde göz önüne alınması gerekenler şunlardır: Enfeksiyon Hastalıkları ve İlaç Kullanımının değerlendirilmesidir.

İlaç kullanımı hem reçetesiz hem de reçeteli satılan ilaçlar kapsamalıdır. İlaç kullanımı öyküsü kesinleştirilmeli ve güvenli seçeneklerle ilgili bilgi verilmelidir. Bir genetik danışmanın da katkısı olacaktır (11).

2.1.3. Gebelik Öncesi Risk Değerlendirilmesi

Tüm Kadınlara Önerilen Laboratuvar Testleri aşağıda yer almaktadır.

- Hemoglobın ve Hematokrit Düzeyleri
- Rh faktörü
- Rubella taraması
- İdrarda protein ve Şeker (dipstick yöntemiyle)
- Pap Testi (serviks kanseri için)
- Gonokok/Klamidya Testi
- Sfiliz Testi
- Hepatit B virüsü taraması
- HIV taraması
- Yasadışı madde kullanımı (öneri) (11).

2.1.4. Beslenme Durumunun Değerlendirilmesi

i) Vücut Kitle İndeksi (BMI); kilogram cinsinden ağırlık/metre cinsinden boyun karesi olarak tanımlanır ve beslenme durumunu değerlendirilmesi için tercih edilen bir göstergedir. Çok yüksek kilolu veya çok düşük kilolu kadınlarda gebelik sonunda kötü sonuçların ortaya çıkma riski artmıştır. Bulimiya veya Anoreksiya öyküsü olan kadınlar psikolojik destek ve diyet açısından danışma alabilirler (11).

ii) Yeme alışkanlıkları örneğin; oruç tutma, pıca, yeme bozuklukları ve megavitamin desteği kullanımı tartışmalıdır. Multivitamin preparatlarının kullanımından kaçınılmalıdır. A vitamini, günlük 20 000 ile 50 000 IU. dozlarının üzerinde alındığında, sentetik bir türevi olan izotretinoine benzer şekilde, fetal malformasyonlara yol açabilir (11).

iii) Folik asitin gebelik öncesinde ve gebeliğin erken dönemlerinde kullanımı nöral tüp defektlerini (NTD) azaltır. ABD Toplum Sağlığı Servisi gebe kalma ihtimali olan tüm kadınların günlük 0,4 mg folik asit almasını önermektedir (11).

2.1.5. Genetik Danışma ve Testler

Genetik danışma ve testler ile risk değerlendirmesi yapılmalı, biyolojik annenin ve babanın aile öyküleri, maternal yaş, etnik köken, ilaç ve çevresel faktörlere maruziyet, tıbbi ve obstetrik anamnez göz önüne alınarak girişimler planlanmalıdır. Doğumsal defektler, mental retardasyon, kistik fibroz, duchenne musküler distrofisi, hemofili, frajil X sendromu, down sendromu gibi genetik hastalıklar ve ölüm nedenlerine ait bilgiyi en sağlıklı şekilde almak için 3 nesillik soyağaçları kullanılabilir (11).

2.1.6. Prenatal Bakım

Doğum öncesi bakım; anne ve fetusun tüm gebelik boyunca düzenli aralıklarla gerekli muayene ve önerilerde bulunularak, eğitimli bir sağlık personeli tarafından izlenmesidir (12).

Temel amaç, annelerin sağlıklı bir gebelik geçirmelerini, sağlıklı bebeklerin doğmasını sağlamaktır. Bu amaca yönelik olarak; annede gebelikten önce var olan hastalıklar ve riskli gebelikler saptanır, gebelik komplikasyonları olarak ortaya çıkabilecek hastalıkların erken tanı ve tedavisi, gerekirse sevki sağlanır. Fetüs intrauterin izlenir, anne tetanoza karşı bağışıklanır, doğumun nerede, nasıl ve kim tarafından yapılacağına karar verilir. Anneye beslenme, gebelik hijyeni, doğum, doğum sonu bakım, bebek bakımı ve doğum sonu kullanabileceği aile planlaması yöntemleri konusunda eğitim verilir (13).

Gebeliğin hem anne hem de bebek için sağlıklı devam etmesi gebeliğin başlangıcından sonuna kadar tıbbi kontrolleri gerektirir. Normal gebelerde doğum öncesi kontroller 28. gebelik haftasına kadar ayda 1 kez, 28-36. haftalar arasında 15 günde 1 kez, bundan sonra doğuma kadar haftada 1 kez yapılmalıdır. Sağlık Bakanlığı'nın yaklaşımında her gebenin, gebeliğin başlangıcından itibaren saptanarak en az 6 kez izlenmesi hedef alınmıştır (14).

Gebelerin doğum öncesi bakım almalarını ve bakım sıklıklarını etkileyen başlıca faktörler; annenin öğrenim durumu, gelir getiren bir işte çalışması, ilk gebeliğinin olmaması, ailenin ekonomik durumu ve daha önceki gebeliklerde annede veya bebekte sağlık sorunu bulunmasıdır (16).

2.1.7. Gebelik Boyunca Uygulanan Rutin Prenatal Testler

*İlk Gebelik Muayenesinde: Kan grubu, Rh faktörü, Antikor taraması, Hemogram, Rubella, VDRL/STS/RPR, HBsAG, HIV, Hgb elektroforezi, İdrar kültürü ve antibiyogramı, Vajinal smear, Gonore ve Klamidya testi, Gebelik yaşı şüpheli ise tarihlendirme için USG,

16-18.hafta (15-20 hafta arası): MSAFP/Üçlü tarama,

16-20. hafta: Anomali taraması için USG,

28. hafta: Kan grubu, Rh faktörü, Antikor taraması, Hemogram, Rubella, VDRL/STS/RPR, Glukoz düzeyi, Yüksek riskli hastalarda tekrar HBsAG, HIV, Gonore ve Klamidya kültürü,

36. haftada: Grup B Streptokok Kültürü Testleri yapılmalıdır (11).

Prenatal Takipte Gebelik Yaşının Hesaplanması 2 Şekilde Olur:

Klinik Tarihlendirme:

Normal insan gebeliği son adet tarihinden itibaren (SAT) ortalama 280 gün sürer. 40 haftalık gestasyon süresi 28 günlük bir siklusun 14.gününde ovulasyon ve konsepsiyon olduğu varsayılarak, menstrüasyondan (konsepsiyondan değil) itibaren hesaplanır.

Gestasyonel yaşı en güvenilir klinik göstergesi doğru SAT'tır. Naegele kuralı kullanılarak, SAT'ın birinci gününden 3 ay çıkarılıp 1 hafta eklenerek tahmini doğum tarihi bulunur.

Doppler USG cihazları ile fetal kalp atımları 11-12. gebelik haftalarından itibaren saptanabilir

Feteskop ile kalp sesleri 19-20. haftalardan itibaren duyulabilir.

Fetal hareketler ilk gebelikte genellikle 19. haftadan itibaren hissedilirken, sonraki gebeliklerde 2 hafta önce fark edilir.

Uterus 20. haftada umblikusa ulaşır (11).

Ultrasonografik Tarihlendirme:

Gebeliğin 7 ile 11+ 6/7 haftaları arasında en güvenilir sonuçları verir. Eğer SAT ile ultrasonografide hesaplanan yaş ultrasonografi için kabul edilen aralıklar dahilinde uyumluysa, tahmini doğum aralığı SAT ile hesaplanır; eğer SAT ile ultrasonografi uyumlu değilse ultrasonografide saptanan tarih esas alınır (11).

2.1.8. Gebelikte Dikkat Edilecek Noktalar:

i) Beslenme ve Kilo alımı:

Gebe kadınlar toksoplazmosis riski nedeniyle çiğ etten uzak durmalıdır (11).

Gebenin artan besin gereksinimlerine paralel olarak beslenme şekli ve miktarı değişmektedir. Bu konuda yapılan araştırmalar gebelikte yanlış ve eksik beslenmenin anne ve fetus üzerine zararlı olduğunu vurgulamaktadır.

Normal bir kadının yaklaşık günlük kalori gereksinimi 2100 kalori iken bu miktar gebelikte 2300, laktasyonda ise 3100 kalori olur. Gebeliğin ilk aylarında bazı yiyecek gruplarına karşı isteksizlik duyulabilir. Daha sonraki dönemde ise iştah artma gözlenir. Gebe bir kadının temel besin gruplarından dengeli ve yeterli almasını gebenin beslenme bilgisi ve anlayışı, yeme alışkanlıkları, kültürel ve sosyoekonomik durum etkiler (15,16,17).

Birçok mineral ve vitamin için günlük ihtiyaç gebelikte artar. Tüm bu besin öğeleri, demir dışında, dengeli bir diyetle yeterince bulunur. Fetus ve kan hacmi artan anne için daha fazla demir gereklidir.

Bu nedenle, demir içeren besinlerin alınmasına dikkat edilmelidir. Demir karaciğerde, kırmızı ette, yumurtada, kuru fasulyede, yapraklı yeşil sebzelerde, kepekli buğdaydan yapılan ekmek ve unlu mamullerde ve kurutulmuş meyvelerde bolca bulunur. Bazı hekimler gebe kadınlara günde 30 mg elemental ferröz demir preparatları vermeyi uygun bulmaktadır. Demiri öğün aralarında aç karnına veya

portakal suyu ile almak demirin emilimini arttırır. Prenatal dönemdeki günlük kalsiyum ihtiyacı 1200 mg civarındadır.

Gebelikte önerilen toplam kilo alımı, gebelik öncesi vücut kitle indeksine bağlıdır. Gebelik öncesi kilosu normal sınırlarda olan gebelerde önerilen kilo alımı 12-16 kilo arasındadır. Düşük kilolu kadınlar 18 kiloya kadar alabilirken, aşırı kilolu kadınların kilo alımını 12 kilonun altında tutması gerekir. Obez bir kadında kilo alımı 7 kiloya kadar düşebilir, ancak 7 kilonun altında kilo alımı plazma hacmi artışında bir yetersizlik ve IUGG riskinde artış anlamına gelir (11).

ii) Bulantı, kusma:

Erken gebelikte bulantı ve kusmayı kontrol için tavsiye edilen non – farmakolojik çözümler şöyledir:

Yağlı ve baharatlı yiyeceklerden kaçınılmalıdır.

Sık sık ve küçük öğünler halinde yemek yemek suretiyle mide boş bırakılmamalıdır.

Gece ara öğünde protein alınmalıdır. Sabah kalkmadan yenmek üzere yatak başında kraker bulundurulmalıdır (11).

iii) Gebelikte Alkol Kullanımı:

Alkolün kalorisi yüksek buna karşın besin değeri düşüktür. Likör, bira, şarap gibi alkolü az olan içkilerin aşırı olmamak şartıyla kullanılmasında sakınca yoktur. Alkol alan gebelerin bebeklerinde kongenital anomali, mental yetersizlik, büyüme ve gelişme geriliği ve düşük doğum ağırlıklı bebeklere sık rastlanmaktadır (18,19,20).

iv) Gebelikte Sigara Kullanımı:

Gebelik boyunca sigara içen annelerin çocuklarında hiperaktivite, dikkat süresi kısalığı, imla ve okuma testlerinde düşük skorlar gibi davranışsal anormalliklere rastlanmaktadır (21).

v) Gebelik ve Cinsellik:

Genellikle gebelerde cinsel aktiviteyi kısıtlamak gerekmez (11). Sexüel ilişkinin yasaklandığı durumlar ise şunlardır: Membran rüptürü, servikal yetmezlik,

kanama, önceki gebeliklerinde düşük ve erken doğum öyküsü olanlarda ilk ve son trimesterde koitus yasaklanır (22,23,20).

vi) Gebelik ve Egzersiz:

Açık havada yapılan egzersizler kasları güçlendirir, sinir sistemini rahatlatır, iştahı açar, iyi bir uyku sağlar. Temiz ve güneşli havada yürüyüş her gebe kadın için önerilebilir. Gebelik öncesi sporla uğraşan bayanlar yorucu olmamak koşulu ile bu alışkanlıklarını sürdürebilir. Örneğin; yüzme, tenis gibi sporların sürdürülmesinde genellikle sakınca yoktur. Ata binme, kayak, dalma gibi sporlar sakıncalıdır (4,12,24).

Gebelikte egzersizin kontrendike olduğu durumlar ise gestasyonel hipertansiyon, preterm membran rüptürü, daha önceki bir gebelikte veya bu gebelikte preterm eylem geçirmiş olmak, servikal yetmezlik veya serklaj, devam eden ikinci veya üçüncü trimester kanaması ve IUGG sayılabilir (11).

vii) Gebelikte Seyahat:

Gebe kadın, uzun ya da yorucu tatil planı yapması konusunda dikkatli olmalıdır. Uzun süre oturmak zorunda kalmak, dolaşım problemi yaratır ve ödeme yol açar. Özel araba ile yapılan yolculuklarda 2-3 saatte bir 20 dakika ara verip yürüyüş yaparak dolaşımın düzenlenmesi sağlanmalıdır (20,23,25,26).

viii) Gebelik Döneminde Aşılama:

Gebelik döneminde canlı aşılarda (kızamık, kızamıkçık, kabakulak, su çiçeği) kontrendikedir. İlk trimesterde diğer tüm ilaçlar gibi aşılarından da kaçınılır; ilk trimesterden sonra gereken inaktif aşılarda uygulanabilir. Kızamıkçık (Rubella) aşısı yapılanlarda 3.aydan sonra gebe kalınabilir önerisi, son dönemlerde 28 güne indirilmiştir. Polio ve Sarı Humma riski yüksekse bu aşılarda uygulanabilir. Tetanoz-difteri toksoid aşısı (Td) daha önce aşılanmamış gebelere doğum öncesi 2 doz verilir. Bu uygulama neonatal tetanoz riskini minimale indirir. (2. doz doğumdan en az 3 hafta önce yapılmalıdır; 3. doz ise doğum sonrası uygulanır). Td 10 yılda bir uygulanmaya (rapel) devam edilir.

İnaktive aşılarda risksizdir; ama annenin ateşlenmesi fetüs için riskli olduğundan elden geldiğince bu aşılarından kaçınılır. Gerektiğinde İnfluenza

(gebeliğin 14. haftası ve sonrasında) ve riskli kişilere HBV, HAV, Pnömonokok ve Meningokok aşılı uygulanabilir. Gebelikte immunglobulinler verilebilir. Emziren anneye canlı veya inaktif aşılı uygulanabilir (27).

2.1.9. Doğum

Doğum en az 28 haftalık bir gebelik sürecinden sonra bebeğin rahim dışına çıkması olarak tanımlanır. Daha erken doğmuşsa, rahim dışında yaşama yeteneğini kazanmamış olduğu için bu durum düşük olarak adlandırılır.

Normal doğum 38-42 gebelik haftaları arasında, kendiliğinden başlayan rahim kasılmalarıyla, başla gelen tek bir bebeğin anne ve bebeğe zarar vermeden vajinal yolla canlı olarak doğmasıdır. Normal doğumda, bebek doğduktan en geç otuz dakika sonra plasenta ve zarları da kendiliğinden rahimden dışarı atılır. Normal bir doğumda yaklaşık 300 ml kadar kan kaybı olur. Doğum için geçen süre 24 saatten daha azdır. Sağlıklı bir doğum eylemi güç olmayan fizyolojik bir olaydır.

Gebelerin beklenen doğum tarihini içine alan hafta doğum yapma olasılığı % 80'dir. Normal miadında doğum 38 - 42. haftalar arasında herhangi bir zamanda gerçekleşebilir (28).

2.1.10. Doğum sonrası Bakım

Doğumun tamamlanmasından sonraki 6 haftalık (42 gün) süre, loğusalık dönemi olarak tanımlanır (29). Anne ölüm zamanlarına bakıldığında; doğum sonrası 42 gün içinde olan ölümlerin oranı anne ölümlerinin % 54'ünü oluşturmaktadır (30). Loğusalık döneminde anne, doğumdan sonraki 24 saat içinde 1 kez, daha sonra ise 2. ve 4. haftalarda birer kez olmak üzere toplam 3 kez izlenmelidir. Bu dönemde annenin bebeği emzirmesi sağlanmalı ve meme bakımı öğretilmelidir (12).

Anne ve yenidoğan ölümlerinin 2/3'ü doğumdan sonraki ilk 2 gün içinde gerçekleşmektedir. Bu nedenle doğum sonrası dönem hem anne hem de yenidoğan sağlığı bakımından son derece önemlidir (31).

2.2. Acil Obstetrik Bakım

Anne Sağlığı, kadının gebelik süresini, doğumu, doğum sonrası devreyi ve gebeliğe bağlı tüm sağlık durumunu içeren fiziki, mental ve sosyal tam iyilik halidir. Bu süre, gebeliğin başlangıcından doğum ile sonlanması ve sonraki ilk 42 günlük devreyi kapsar. Bu süre içinde meydana gelen, tüm anne ve fetus yaşamını tehdit eden, acil müdahale gerektiren durumda verilen hizmetler bütünü Acil Obstetrik Bakım (AOB)'dır.

AOB hizmetleriyle ilgili iki ekip olmalıdır;

Kurumsal Ekip: Kurumu acil duruma hazırlayan ekiptir. Bu ekip içinde AOB hastasıyla ya da acil hizmetlerle direk bağlantısı olmasa da kapı görevlisi, danışma memuru, kayıt memuru, laboratuvar teknisyeni, temizlik personeli, şoför, hemşire, ebe ve doktorları da kapsayan klinik ve destek personeli yer almaktadır.

Acil Hizmet Ekibi: Obstetrik ve yenidoğan ile ilgili acil durum olduğu zaman harekete geçen şoför, hemşire, ebe, doktor, sağlık memuru, anestezi uzmanı, laboratuvar teknisyeni ve ilgili diğer kişileri kapsayan klinik ve destek personelinin oluşan ekiptir. Acil hizmet birimi, kurumsal ekibin alt grubu olarak hizmet görür.

Hazır olan kaynaklar ne olursa olsun, AOB hastasının gereksinimlerini etkin olarak karşılayabilmek için; uygun işlemleri bilen, uygun becerilere sahip personelin bir ekip olarak birlikte çalışması gerekir (32).

2.3. Aile Planlaması

2.3.1. Türkiye'nin Nüfus Politikaları ve Aile Planlaması

Türkiye 1923'den sonra doğurganlığı özendirici (pronatalist) bir politika izlemiştir. 1955-1960 yılları arasında doğum hızı artmaya başlamış ve ürkütücü olmaya başlamıştır.

Nüfus artış hızının %3'e ulaşması, isteyerek yapılan düşüklerin artışı ve anne ölümlerindeki artışı da getirmiştir.

Özellikle isteyerek - kişilerin kendileri tarafından başlatılan - düşüklere bağlı anne ölümlerinin artması, anne ölümlerini de azaltabilmek için nüfus politikalarının doğurganlığın azaltılması yönünde değiştirilmesi gereğini ortaya koymuştur.

1965 yılında Türkiye Büyük Millet Meclisindeki uzun tartışmalardan sonra doğurganlığın azaltılması yönünde (antinatalist) bir politika benimsenmiş ve 557 no'lu ilk nüfus planlaması yasası kabul edilmiştir. Bu yasaya göre aşağıda sayılanlar ülkede yasal hale gelmiştir:

Gebeliği önleyici yöntemlerle ilgili bilgi ve eğitim verilmesi,

Cerrahi sterilizasyon yöntemleri hariç tüm gebeliği önleyici yöntemlerin sunulması,

Yalnızca tıbbi nedenleri isteyerek düşüklere ve cerrahi sterilizasyona izin verilmesi.

Bu yasa temelinde Türkiye'de yıllar boyu sağlanan aile planlaması hizmetleri ancak belli bir düzeye ulaşabilmiştir. Bu yasadan sonra kontraseptif yöntem kullanımı artmıştır.

Ancak yasal olmamasına karşın isteyerek düşüklere giderek arttığı görülmüştür. Provoke düşüklere bağlı anne ölümleri görülmeye devam etmiştir. 1981 yılında 450 bin kadının düşük yaptığı ve bunun neredeyse 300 bininin isteyerek düşük olduğu tahmin edilmektedir. Bu da 1965'de yürürlüğe giren yasanın Türkiye'de isteyerek düşüğü önlemekte yetersiz kaldığını göstermektedir. 1983'de 2827 no'lu ikinci Nüfus Planlaması Yasası kabul edilmiş, ancak uygulamaya 1984'de geçirilebilmiştir. Halen günümüzde bu yasa geçerlidir.

Bu yeni yasa ile birlikte;

- 10 haftaya kadar olan gebelikler isteğe bağlı olarak sona erdirilebilir.
- 10 haftanın üzerindeki gebelikler tıbbi nedenlerle sona erdirilebilir.
- Hastanelerde ve AÇSAP Merkezlerinde kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarının denetimi altında eğitilmiş genel pratisyenler menstrüel regülasyon hizmeti verebilirler.
- Erkek ve kadınlara gönüllü cerrahi sterilizasyon uygulanabilir.

- Eğitimli doktor, hemşire ve ebeler RIA gibi etkili gebeliği önleyici yöntemleri uygulayabilirler.

Yasada, aile planlaması konusunda sektörler arası işbirliği sağlanması da vurgulanmaktadır (24).

2.3.2. Aile Planlaması Hizmetleri Nerelerde Sunulmaktadır ?

Sağlık Evleri, Aile Sağlığı Merkezleri, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezleri bu hizmetlerin halka ulaştırılmasında kilit rol oynamaktadır. Eczaneler de bazı gebeliği önleyici yöntemlerin (kondom, KOK, spermisit) halka ulaştırılmasında rol alır. Kliniğe dayalı hizmetlerin yanı sıra topluma dayalı hizmetlerden birisi olan ev ziyaretlerinde, ebe ve hemşireler aile planlaması hizmetlerinin sunumunda danışman, eğitici, uygulayıcı ve araştırmacı rollerde görev alır. Devlet hastanelerinin ve doğum evlerinin aile planlaması kliniklerinde de yaygın olarak hizmet sunulmaktadır (24).

2.3.3. Aile Planlamasının Faydaları

Aşırı doğurganlığın önlenmesiyle, annede oluşabilecek tükenme sendromu adı verilen kötü beslenme, anemi, guatr ve vitamin eksikliğine bağlı hastalıklar azalır. Bebek ve çocuk ölümleri azalır. Erken doğumlar ve düşük doğum ağırlıklı bebek sayıları da azalır. İleri yaşlarda doğum yapma olasılığı azalacağından bebeklerde doğuştan olma sakatlıklar azalır.

Ülkede sağlıklı anne ve çocukların sayısı azalır. Hızlı nüfus artışının aile ve ülke ekonomisi üzerindeki olumsuz etkisi azalır. Ailenin ve toplumun; beslenme, sağlık, eğitim, konut ve çevre koşullarının iyileştirilmesi sağlanır. Bütün bunların sonunda refah ve sağlık düzeyi yüksek, huzurlu ve sağlıklı bir toplum oluşur (36, 37, 38).

2.3.4. Kontraseptif Yöntemler

2.3.4.1. Hormonal Kontraseptifler

i) Kombine Oral Kontraseptifler (KOK):

KOK'lar sentetik östrojen (Ethinyl estradiol veya Mestranol) ve çeşitli progestinlerden (norethindrone, norethindrone acetate, norgesterel, levonorgesterel, desogesterel, norgestimete) birini içerir. Günümüzde 30-35 mikrogram Östrojen içeren düşük dozlu haplar kullanılmaktadır. Ülkemizde bulunan tüm KOK'ların içinde Ethinil estradiol vardır ve dozu 20-50 mikrogramdır (39).

Etkinlik:

Etkinliği %99.9 olup teorik olarak başarısızlık oranı % 0'a yakındır. Ancak olağan kullanım başarısızlık oranı %0.1 iken tipik kullanım başarısızlık oranı %0.3'e yükselir (40).

Bir hap unutulduysa; hatırlandığı an alınmalı ek korunmaya gerek yok. İki hap unutulduysa; iki gün üst üste ikişer hap alınmalı, ek bir korunmaya gerek olmamasına rağmen genel konsensus takip eden 7 gün boyunca ek bir kontrasepsiyon yöntemi kullanılmalıdır. Üç hap unutulduysa; hemen başka bir yöntemle korunulmaya başlanır, paket atılıp hemen yenisine başlanır (39).

İlaçların; her gün hap alımının hatırlanması, bazı kadınlarda kilo alımı, bazen ara kanaması ve lekelenme, bazı ilaçlarla (barbituratlar, fenitoin, fenilbutazon, rifampisin ve bazı antibiyotiklerle) etkileşimi vardır. Çok nadiren, özellikle sigara içen kadınlarda dolaşım bozukluklarına neden olabilir. Kan basıncını yükseltebilir. Klamidya enfeksiyonu riskini artırır (39,41).

Nedeni bilinmeyen vajinal kanama, meme kanseri ve hikayesi, tromboembolik yada serebro-vasküler hastalık ve hikayesi, genital malignensi, kalp hastalığı, koroner tıkanıklık hikayesi ve predispozisyonu, akut karaciğer hastalığı ilaçların kontraendike olduğu durumlardır (39,42,43).

ii) Mini Haplar:

Yalnız progestin içerirler ve ara vermeden her gün aynı saatte alınırlar.

Etki Mekanizması:

Servikal mukusu kalınlaştırır, %40-60 ovulasyonu engeller, tubal motiliteyi etkiler ve endometriumu inceltirerek, implantasyonu engelleyerek gebeliği önler.

Emzirenlerde %98.5, emzirmeyenlerde %96 korur. Başarısızlık ilk yıl %1.1 - 9.6 arasındadır (39, 45). Başarısızlık genç kadınlarda %3.1 iken, 40 yaş üstü kadınlarda %0.3'dür (44,46).

Kullanımı:

Adetin 1. günü başlanıp her gün aynı saatte devamlı alınır, ilk 7 gün ek bir korunma yöntemi kullanılır. Kadına son 7 gün adet görebileceği hatırlatılmalıdır. Bununla birlikte adet görsün ya da görmesin, paketteki haplar bitince ara vermeden yeni bir pakete başlanmalıdır. Kadın bir hap almayı unuttuysa ya da 3 saatten fazla geciktirdiyse, hapı hatırlar hatırlamaz almalı ve 48 saat süreyle ek koruma yöntemi kullanılmalıdır. 2 ya da daha fazla hap unutuldu ise, iki gün süre ile ikişer hap almalı ve daha sonra birer hap almaya devam etmelidir. Bu durumda bir hafta süre ile ek bir korunma yöntemi uygulanmalıdır (39,43).

Her gün düzenli kullanılması gerekir (hap unutulduğunda gebelik riski yüksektir). Bu nedenle her gün aynı saatte hap alabilecek durumda olmayanlar için uygun bir kontraseptif yöntem değildir. Düzensiz kanama yapar. Amenore görülebilir. Emzirme azaldıkça ya da sona erince etkisi azalır. CYBH'lere karşı koruyuculuğu yoktur (47,48).

iii) Postkoital Kontrasepsiyon (Acil Kontrasepsiyon):

Kondom yırtılması, diyaframın yer değiştirmesi, RİA'nın düşmesi, hap alımının unutulması veya cinsel tecavüz gibi durumlarda acil kontrasepsiyon gerekir (39).

Tek bir korunmasız ilişkide siklusun ovülasyon dönemine yakınlığına bağlı olmak üzere %25'lere varan yüksek gebelik riskine neden olabileceği bildirilmektedir. Çiftler korunma konusunda bilinçli ve istekli olsalar bile planladıkları bir cinsel ilişki nedeniyle gebelik riski ile karşı karşıya kalabilirler (49,50).

Yöntem kullanmayı unutma ya da doğru kullanmama yöntem başarısızlığına neden olabilir. Daha da önemlisi cinsel bir saldırı, kadını hiç istemediği bir gebelik riski ile karşı karşıya bırakabilir. Korunmasız cinsel ilişkiden sonra kadının bir sonraki adetini endişeyle beklemesine neden olan, olası bir gebeliği önleyen bir seçenektir. Acil kontraseptifler gebeliği önleyici yöntem olarak kabul edilmemelidir (48).

Güvenlidir. Kullanım süresi kısadır. Her yaştaki kadınlarda kullanılabilir. Ucuzdur. Korunmasız cinsel ilişkiden ya da kontraseptif kullanımı sırasında olabilecek kazalardan sonra, istenmeyen gebeliklerin daha oluşmadan önlenmesi için fırsat vardır (47). Acil olarak en fazla 3 gün içinde kullanılması gerekir. Tekrar kullanımında kontraseptif etkililiği azalır. Kullanmadan sonra yeni bir korunmasız ilişki ya da kontraseptif yöntem hatası olursa korumaz. CYBH'lardan korumaz (47).

Postkoital Haplar:

Korunmasız coitusu izleyen ilk 72 saat içinde (Ethinyl Estradiol 50mcg+Norgesterol 1mg içeren) KOK'den 2 adet alınıp 12 saat sonra dozun tekrarı şeklindedir (Aşırı bulantı yapabilir) (39).

Postkoital RİA Uygulaması:

Korunmasız coitusun olduğu sıklısta ovulasyonu izleyen 5-7 gün içerisinde RİA uygulaması gebeliği engellemede çok etkilidir. Ancak pratik değildir (39).

iv) Yalnız Progestin İçeren Enjekte Edilen Kontraseptifler:

Depo medroksi progesteron asetat (DMPA); 3 ayda bir 150 mg im. uygulanır. Ülkemizde ruhsatlıdır. Noretisteron enantat (NET-EN); 2 ayda bir 200 mg im. uygulanır. Etkinlikleri cerrahi sterilizasyondaki gibidir (51). Başarısızlık % 0.1'den düşüktür.

Kullanımı:

Efektif kontrasepsiyon sağlanması için ilk enjeksiyon adet kanamasının ilk 5 günü içinde yapılmalıdır. Bu dönemde yapılmamış ise 2 hafta süre ile ek korunma yöntemi kullanılmalıdır. Bir sonraki enjeksiyon DMPA kullanımı için 3 ay, Noretisterat'ta ise 2 ay sonradır. Doğum sonrası kadın emziriyorsa ilk enjeksiyon 6. hafta sonunda yapılmalıdır, emzirmiyorsa ilk enjeksiyon doğumdan 3-4 hafta sonra

yapılabilir. Düşükten hemen sonra yada ilk 7 gün içinde enjeksiyon yapılabilir. Gebelik isteği ile yöntemi bırakan kadınlardaki gebe kalma hızları, yöntem kullanmayan kadınlarla aynı sınırlardadır (52).

DMPA kullanımının pelvik muayene gerektirmemesi birçok kültürdeki kadın için önemli bir tercih nedeni olabilir. Ayrıca bazı kültürel gruplar enjeksiyonu daha etkili bir tedavi yöntemi olarak görmektedir, bu da bu gruplarda enjekte edilen kontraseptiflerin kabul edilirliliğini arttırabilir (47,53).

Enjeksiyonlar için kliniğe gelmek gerekir. CYBH'lere karşı koruyuculuğu yoktur (47,53).

v) Kombine Enjekte Edilen Kontraseptifler:

Östrojen ve progesteronu birlikte içeren preparatlarıdır. Estradiol valerate 5mg + Noretisteron enantat 50mg; 4 haftada bir im. uygulanır. DMPA 25mg+ Estradiol Cypionat 5mg; 4 haftada bir im. uygulanır. Başarısızlık oranı %0.1- 0.2 arasındadır (39,43).

Kombine enjekte kontraseptifleri tercih eden kadınlarda yöntemi ilk uygulama; adet gören kadınlarda adetin ilk 7 günü içinde olmalıdır. Doğum sonrası dönemde eğer kadın emziriyorsa doğum sonrası 6 aydan sonra eğer emzirmiyorsa doğum sonrası 3-4. haftalarda uygulanabilir. Düşük sonrası hemen yada ilk 7 gün içinde ilk enjeksiyon yapılmalıdır. Sonraki enjeksiyon kanamanın durumuna bakılmaksızın ilk enjeksiyondan 30 gün sonra uygulanmalıdır. İkinci ve daha sonraki enjeksiyonlar daha önceden saptanan enjeksiyon tarihinden 3 gün önce ya da 3 gün sonra yapılabilir. Enjeksiyondan sonra kullanıcıya bir sonraki enjeksiyon tarihi mutlaka hatırlatılmalıdır (43).

Enjeksiyonlar için kliniğe gelmek gerekir. CYBH'lere karşı koruyuculuğu yoktur. Emziren anneler, doğumdan sonraki ilk 6 ayda kullanamaz. Kilo artışına neden olabilir. Östrojene bağlı komplikasyonlar açısından risk grubunda olan kadınlar kullanamaz (47).

vi) Deri Altı İmplantları:

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 içermektedir. Küçük bir cerrahi girişimle, üst kolun iç kısmına, deri altına yerleştirilir.

Norplant mevcut kontraseptiflerin en etkililerinden biridir. Beş yıllık bir sürede yıllık ortalama gebelik hızı %1'den azdır. 5 yıl süre ile yüksek kontraseptif etki sağlayan deri altı kontraseptif implantlar, kolun üst iç bölgesine basit cerrahi insizyonla deri altına yerleştirilen çubuklardır. İstendiği zaman kapsüller çıkarılabilir (38,47,54,55, 56).

Emziren anneler, doğumdan sonraki ilk 6 ayda kullanamaz. Kilo artışına neden olabilir. Östrojene bağlı komplikasyonlar açısından risk grubunda olan kadınlar kullanamaz (47). Kontraseptif etki implantın çıkarılması ile hemen sona erer. Östrojen içermediği için östrojene bağlı yan etkisi yoktur (46,47).

Eğitilmiş personel gerektirir. Küçük bir cerrahi işlemle yerleştirilir ve çıkarılır. Küçük cerrahi girişimlerde görülebilecek enfeksiyon, kanama, hematom gibi riskler taşır. Derinin altında fark edilebilir. Kullanıcı yöntemi kendi kendine bırakmaz. CYBH'lere karşı koruyuculuğu yoktur (46,47,57).

vii) Hormon İçeren RİA'lar:

a) Progestasert:

Gövdesinde 38 mg progesteron içerir ve 1 yıl etkinliği vardır. Servikal mukusu kalınlaştırır ve spermlerin rahime geçmesine engel olurlar. Progestasertin ektopik gebeliğe karşı etkinliği son derece azdır (39).

b) LNg-20 RİA:

52mg Levonorgestrel içerirler ve 5 yıl etkili olan sistemlerdir. Kısmen yumurtalıklarda folikül gelişimini ve ovulasyonu da engelleyebilir, ayrıca yabancı cisim reaksiyonu oluştururlar. Ülkemizde 'Mirena' ticari ismi ile kullanıma sunulmuştur (39).

viii) Vajinal Halkalar (RİNG):

Halkalar vajinaya yerleştirilerek, salınan hormonun özelliğine ve miktarına bağlı olarak kontraseptif etkinlik sağlanır. Diyaframın aksine, halkaların yerleşim açısından sorunu yoktur, yalnızca konfor ve atılma olasılığı açısından büyüklük

önemlidir. Ana koşul halkanın dış kenarının vajen duvarıyla temas halinde olmasıdır. Halkalar silastik yapıdadır. 2 değişik tip halka geliştirilmiştir: Birincisi 150-180 hızında estradiol ve 250-300 mgr/gün hızında levonorgestrelin salındığı östrojen ve progestajen içeren karışık tiptir. Bu halkalar özellikle 3 hafta içerde, 1 hafta dışarıda tutulduklarından, ovulasyon düzenini oluşturmaya yöneliktirler. İkinci tip genellikle 20 mgr/gün levonorgestrelin salındığı yalnızca progestajen içeren tiptir. Bu halkalar sürekli kullanılarak ve ovulasyon inhibisyonu yapmayacak şekilde dizayn edilmişlerdir ve kullananların %50'sinde ovulasyon olmuştur. Antifertilite etkilerini düşük doz progestajen etkisiyle sağlarlar (39).

2.3.4.2. Rahim İçi Araçlar (RİA)

RİA pek çok ülkede en çok kullanılan, etkin kontrasepsiyon sağlayan, güvenilir, uygulaması kolay, seksüel yaşamı bozmayan, ucuz ve geri dönüşümlü kontrasepsiyon yöntemidir. Ülkemizde kontrasepsiyonda geri çekmeden sonra en çok tercih edilen spiral (RiA); rahim içine yerleştirilen, genellikle bakır yada hormon içeren küçük plastik bir araçtır. Günümüzde dünya çapında kullanılan üç tip RiA vardır: İnert (katkısız) RiA'lar: Polietilen (Lippes Loop) veya paslanmaz çelikten (Çin'de kullanılan ringler) yapılmışlardır. Bakırlı RiA'lar: TCu – 380 A, TCu – 380S, TCu – 200, TCu – 200B, Multiload (ML Cu 250 ve 375) ve Nova T gibi. Hormon içeren RİA'lar: Progestasert, Levonova (Mirena) gibi.

RİA; uzun bir süre gebe kalmak istemeyen, ancak daha sonrası için gebeliği düşünen herhangi bir yaş ya da paritede olan kadınlar, artık gebeliği kesinlikle düşünmeyen ancak sterilizasyonu kabul etmeyen ya da yaptırmayan kadınlar, her gün ya da her cinsel ilişkiden önce hazırlanması gereken yöntem istemeyenler, emziren kadınlar, içerdikleri östrojen nedeniyle hap kullanmayanlar, genital yol enfeksiyonları (GYE) ya da CYBH riski düşük olan kadınlar için uygundur (58,59). Sorun olmadığı sürece yılda bir kez kontrolü yeterlidir (39,42). Cinsel yolla bulaşan hastalık riski bulunanlar için uygun bir yöntem değildir. Genel olarak doğurmuş bir kadında ilk seçenek olabilir de, hiç doğum yapmamışlara uygulanmamalıdır (39,43).

Kadının gebe olmadığından emin ve uygulamanın kolay olduğu, adetinin 3-10. günleri arasında uygulanır. Yeni doğum yapan kadınlara hemen 12 saat sonra

uygulanabileceği gibi en uygun zaman 4-6 hafta arasındadır. Düşük yapan kadınlara herhangi bir zamanda uygulanabilir, ama düşük ve kürtajı izleyen 2-3 hafta içinde uygulanması en idealidir (38,44,54,55).

RİA Uygulamaya Engel Durumlar:

Hiç gebe kalmamış olanlar, adet düzensizliği (sık ya da devamlı kanaması) olanlar, adetlerinde fazla miktarda kanaması olanlar, fazla ve devamlı akıntısı olanlar, cinsel temastan sonra kanaması olanlar, aşırı ağrılı adet görenler, gebelik şüphesi olanlar, kasıklarında devamlı şiddetli ağrısı olanlar, son doğumunu sezaryanla yapanlar için 6 ay geçmemişse RiA uygulanamaz (56).

2.3.4.3. Bariyer Yöntemler

i) Kondom (Kaput):

Kondom belki de en eski doğum kontrol yöntemidir. Kontraseptif yöntemler arasında, hala kabul edilerek, yerini koruyan bir yöntemdir. Cinsel ilişkiden önce ereksiyon halindeki penise geçirilen latex kauçuktan bir kılıftır (39).

Bazı çiftlerde (özellikle erkekte) duyarlılığı azaltabilir. Cinsel ilişkiyi kesintiye uğratabilir (47). AIDS ve diğer CYBH'lere karşı koruma sağlar. Erken boşalmanın önlenmesine yardımcı olabilir. Aile planlamasına erkeklerin katılımını sağlar (47,60).

Kondomu kayganlaştırmak için mineral, yemek, bebek yağları ve benzer maddeler veya vazelin kullanılmamalıdır. Bu maddeler birkaç saniye içinde kondomun bozulmasına neden olur. Gerekiyorsa, su bazlı kayganlaştırıcılar, tükürük ya da vajinal salgılar kullanılır. Yedek kondom bulundurulmalıdır. İlişki sırasında kayıp çıkmamasına dikkat edilmelidir. Kondomun yırtılması halinde postkoital korunma için hemen spermisit uygulanmalı veya diğer bir postkoital yöntem (ertesi gün hapı, RİA) için kliniğe başvurulmalıdır (38,47,54,55).

Kondom Kullanım Endikasyonları:

Seyrek olarak ya da beklenmedik bir zamanda korunma gereksinimi olanlar, bir süre çocuk istemeyen çiftler, yeni evliler (diğer yöntemlerden hemen faydalanılmadığından), seyahat vs. gibi zamanlarda, diğer yöntemlerin yan

etkilerinden kaygı duyan çiftler, birden fazla cinsel eşi bulunanlar, kondom kullanmaya ya da doğum kontrolünün erkeğin de sorumluluğu olduğuna birlikte karar veren çiftler, AIDS dahil cinsel yolla bulaşan hastalığı yada bulaşma riski bulunan kişiler, gebe olduğu için korunmaya gerek duymayan ancak cinsel yolla bulaşan hastalığı olan ya da bu riski taşıyan kadınlardır (38,47,54,55,60).

ii) Diyafram:

Serviksi mekanik olarak kapatan kubbe biçiminde ince, kauçuktan yapılmış kontraseptif yöntemdir. Koitustan önce kubbe kısmına spermisit konularak uygulanır. Vajinaya doğru yerleştirilen diyafram, simfizis pubisin arkası ile vajen arka forniksi arasında durur. Böylece ön vajen duvarı ve serviksi kapatır.

Bu yöntemin popülaritesi giderek azalmıştır. Bunda en büyük etki; diyaframın neden olduğu şikayetleri yapmayan, KOK'ların ve RiA'nın bulunmasıdır (39).

CYBH'lere karşı az da olsa koruyuculuğu vardır. Başka bir yöntemin kullanımı ertelenmişse iyi bir ara yöntemdir (47,48,60).

Uygun boy diyaframın belirlenmesi için pelvik muayene gerekir. Yerleştirilmesini öğrenmek zaman alabilir. Cinsel ilişkiden sonra en az 6 saat yerinde bırakılması gerekir.

Her cinsel ilişkiden önce kullanılması gereken spermisit krem ya da jel, maliyeti arttırır (47,48,60).

iii) Servikal Başlık (Cap):

Cap, bir zamanlar Avrupa'da diyafram kadar popülerdi, fakat şimdi çok az kullanılan bir yöntemdir. Diyaframa oranla daha sert, yüksek kubbeli ve daha küçüktür. Serviks üzerine oturtulur, kıvrılabilen kenarları ile vakum oluşturarak serviks ya da üst vajinal duvara oturur. Etkinliği diyaframa yakındır. 1 yılda gebelik oranı %8,4 ile %19,6 arasında değişir (39).

iv) Spermidler:

Koitustan 10-15 dk. önce vajinaya uygulanıp sperm hareketlerini önleyen ve spermlerin ölümünü sağlayan kimyasal ajanlardır. Aerosol, krem, jel, macun,

suppozituar, köpük, tablet, film ve sünger gibi türleri vardır. Temel etkili madde; Nonoxynol-9, Octoxynol-9 ve Menfegol'dür. Spermisidler, etkili olabilmeleri için bazı kurallara uyarak kullanılmalıdır.

Spermisid, servikse olabildiğince yakın yerleştirilmelidir. Serviks ve üst vajene dağılması için, koitten önce, önerilen süre kadar beklenilmelidir. Her koit için bir miktar daha spermisid uygulanmalıdır. Koitten en az 6 saat sonrasına kadar duş alınmamalıdır (39).

2.3.4.4. Cerrahi Kontrasepsiyon

Gönüllü cerrahi sterilizasyon (kadında tüp ligasyonu ve erkeklerde vazektomi) bütün dünyada kabul edilen ve giderek yaygınlaşan bir aile planlaması yöntemidir. Başka çocuk istemeyen ve doğurganlıklarını sona erdirmek isteyen çiftler için en güvenli yöntemlerden biridir (47).

i) Kadında Cerrahi Sterilizasyon (Tüp Ligasyonu):

Tüp ligasyonunda her iki tüp mekanik yolla kapatılır (47). Böylece sperm ve yumurtanın birleşmesi engellenmiş olur. Fallop tüplerinin kapatılması laparoskopi, minilaparotomi, sezeryan veya başka bir ameliyat için yapılan laparotomi kesisi ile yapılır (61).

Kalıcı bir yöntemdir. Gebeliği önleme etkisi hemen başlar. Başarısızlık oranı düşüktür. Kısa sürede ve kolay uygulanabilir. Çok etkin ve güvenlidir. CYBH'lere karşı koruyuculuğu yoktur. Uygulama bedeli yapıldığı an için yüksektir, ancak giderler zaman içinde bölündüğünde ucuz bir uygulamadır (47,61).

ii) Erkeklerde Cerrahi Sterilizasyon (Vazektomi):

Vas deferenslerin bağlanıp kesilmesi sonucu spermlerin geçişini engelleyen bir yöntemdir (47).

Erkekler bu küçük cerrahi işlemten sonra da semen üretmeye, aynı cinsel işlev, arzu ve heyecanları yaşamaya devam eder, görünüm ve duygu bakımından aynı kalırlar. Başarısızlık oranı binde bir kadardır. Gebelikler genellikle vazektomiden hemen sonra görülür. Bu yüzden yöntemi seçenlerin 20 boşalma boyunca ek bir yöntemle korunması gerekir (47,61).

Çok etkin bir yöntemdir. Güvenli bir işlemdir. Çift bir daha asla gebelik kaygısı taşımaz. Cinsel ilişkiyi kesintiye uğratmaz. Hemen CYBH'lere karşı korumaz (47,61).

2.3.4.5. Doğal Aile Planlaması

Eşlerin menstrüel siklusun fertil ve infertil dönemlerini, doğal olarak görülen belirtilerle saptayarak fertil dönemde cinsel ilişkide bulunmamalarını tanımlayan bir deyimdir (43).

i) Bazal Vücut Isısı Takibi:

Ovulasyondan sonra korpus luteumdan salgılanan progesteron hormonu, termojenik veya ısı arttırıcıdır. Vücut ısısını 0,2 °C ile 0,5°C arasında yükseltir ve bir sonraki menstrüasyona kadar yüksek ısıda tutar; termal kayma denilen bu yükseliş, bazal vücut ısısı yönteminin temelini oluşturmaktadır (47,62).

Ovulasyon dönemi, vücut ısısını izleyerek, saptanabilir. Bazal vücut ısısı sabahları alınmalı ve kaydedilmelidir. Menstrüel kanamanın ilk gününden, ısı artışının saptanması 3. günün sonuna dek sürdürülmelidir. Siklus boyunca kadın yataktan kalkmadan önce, her sabah ortalama aynı saatte, oral olarak vücut ısısı ölçülmelidir. Menstrüel siklusun ilk 10 gününde ölçülen normal ısıların en yükseği belirlenmelidir.

Belirlenen en yüksek değerin 0,1°C üzerinden bir çizgi çekilir. Bu çizgiye ısı çizgisi denir. İnfertil dönem, ısı çizgisi üzerinde ardarda gelen üçüncü yüksek ısının kaydedilişinin akşamında başlar (63,47).

ii) Servikal Mukus Takibi:

Servikal mukustan, fertil günlerin başlangıcı ve sonu belirlenebilir. Fertil olan her kadın menstrüel siklus süresince servikal mukus niteliğinde değişiklikler hisseder. Servikal mukus yöntemi bu değişikliklerin izlenmesi ve kaydedilmesi temeline dayanır (47,50,63).

iii) Servikal Palpasyon Yöntemi:

Servikal değişiklikler, kadına fertil günlerin başlangıcı ve bitişi konusunda ek bilgi sağlayabilir. Kadının kendi kendini muayenesi ile serviksin kıvamındaki değişiklikleri izlemesi temeline dayanır (50,63).

iv) Takvim Yöntemi:

Takvim yöntemi, menstrüel siklusun fertil ve infertil günlerini hesaplamak için matematiksel formüllere dayanan, geleneksel bir yöntemdir. Fertil günlerde çiftin cinsel ilişkiden kaçınılması temeline dayanır (63).

v) Geri Çekme:

Halk arasında bu yöntem 'Dikkatli olma', 'Dışarı Boşalma' ve 'Azil' gibi pek çok isim verilmiştir. Cinsel ilişki sırasında erkeğin cinsel organını, ejakülatın gelmesinden önce vajinadan çıkararak meninin vajina dışına boşaltılmasına dayanan bir yöntemdir (63).

Geri çekme % 26.2 ile Türkiye'de en yaygın kullanılan gebelikten korunma yöntemidir (63,62,64).

vi) Vajinal Yıkama:

Pek çok kadın, vajina duvar ve kanaldaki spermleri yıkayıp atma düşüncesi ile cinsel ilişkiden hemen sonra vajinayı su ile yıkamanın gebeliği önlediğine inanmaktadır. Bu yöntem kontraseptif bir yöntem olarak tamamen etkisizdir çünkü spermler birkaç saniye içinde servikal mukusu geçebilir (47,63).

2.3.4.6. Emzirme İle Gebeliğin Önlenmesi

Her ne kadar kadınlar yüzyıllardır emzirmenin koruyucu bir etkisi olduğunu bilseler de, aile planlaması birimleri emzirmenin bu özelliğini son yıllarda öne çıkarmaya başlamışlardır. Aile planlaması uzmanları İtalya'da Bellagio'da emzirme konusunda yapılan toplantıda Laktasyonel Amenore Metodu olarak adlandırılan bu metoda ilişkin direktifler geliştirmişlerdir. Bu direktiflere bağlılık; menstruasyonun yeniden başlamasına, bebeğin anne sütü dışındaki diğer besinlere geçmesine ya da postpartum 6 aya kadar gebeliğe karşı etkin koruma sağlamaktadır. Emzirme sırasında oluşan meme stimülasyonu ovulasyonun baskılanması için yeterlidir.

Spermin, kadının vajinal kanalı veya uterusunda yalnızca 24-72 saat canlı kalabileceği varsayımına dayanır.

Fertil dönemin hesaplanması için daha önceki altı menstrüel siklus süresinin bilinmesi gerekir. Altı aylık dönemde kaydedilen en kısa sikludan 18, en uzun sikludan ise 11 çıkartılarak fertil günler belirlenir. Güvenli bir yöntem değildir. Stres ve hastalık gibi nedenlerle kadının siklus uzunluğunu etkileyebilecek faktörler, yapılan hesapların duyarlılığını azaltır (47,63).

2.4. CYBE-HIV/AIDS

Cinsel yolla bulaşan hastalıklar (CYBH), genellikle akut semptom ve bulgularla başlayıp sıklıkla kronikleşen, oldukça sık rastlanan enfeksiyon hastalıklarıdır. Tarih boyunca insanoğluna verdikleri fiziksel, psikolojik ve ekonomik önemli zararlar nedeniyle enfeksiyon hastalıkları arasında önemli bir yer tutarlar (65).

CYBH, sadece bireylerin sağlığını değil, tüm dünya sağlığını ciddi boyutlarda tehdit eden başlıca sağlık sorunlarından birisi olup, gündemdeki yerini sürekli olarak korumaktadır.

Dünya’da sadece bir günde 100 milyonun üzerinde cinsel birleşmenin olup, bunların 910 bininin gebelik ve 356 bininin cinsel yolla bulaşan hastalıklarla sonuçlanması da, üreme sağlığı kapsamında yer alan CYBH’nin önemini vurgulamaktadır. DSÖ’nün 2000 yılındaki bulgularına göre; Dünya’da 15-49 yaşları arasındaki kişiler arasında her yıl yaklaşık 333 milyon tedavi edilebilir CYBH vakası meydana gelmekte ve günde bir milyon yeni vaka da bu hastalıklara eklenmektedir (66).

Dünyada en sık görülen CYBE’ler: Klamidya, Human Papilloma Virüs (HPV), Gonore, Sifiliz ve HIV/AIDS olduğu bilinmektedir. Bunların içinde ise Türkiye’de Sifiliz, HIV/AIDS, Akut Viral Hepatit ve Gonore bildirim zorunlu hastalıklardır. Bildirimi zorunlu bu hastalıklar ile ilgili tüm bilgiler Sağlık Bakanlığı tarafından toplanmaktadır.

Bildirimi zorunlu hastalıklarla ilgili yapılan araştırmaların sonuçlarına göre Sifiliz ve HIV/AIDS enfeksiyonu sıklığının artış eğilimi içinde olduğu tahmin

edilmektedir. Klamidya enfeksiyonları ise Gonore enfeksiyonlarına benzer bir dağılım izlemekte ve infertilite açısından önem taşımaktadır (67).

Türkiye’de Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlarda (CYBE) Genel Durum:

Ülkemizde CYBE-HIV/AIDS konusunda yapılan çalışmalar belirli gruplarda, sınırlı sayıda gruplara uygulanmıştır. Bakılan hastalıklar arasında Sifiliz, Hepatit B, HIV/AIDS, Klamidya, Genital herpes, Genital papilloma, Trikomoniyaz ve Kandidiyaz ön sıralarda yer almaktadır (68). Bu hastalıklar ayrıca HIV ile enfeksiyonun geçişinde önemli bir risk olarak karşımıza çıkmaktadır (69,70).

Cinsel yolla bulaşan hastalıkların büyük bir bölümünü genital yol enfeksiyonları (GYE) oluşturur. Ancak genital yol enfeksiyonları cinsel yolla bulaşan hastalıklar içinde ayrı bir kavramdır; çünkü Bakteriyel Vajinozis ve Genital Kandidiyaz gibi genital yol enfeksiyonlarının cinsel yolla bulaşması gerekmez. Benzer şekilde Hepatit B ve AIDS, cinsel yolla bulaşabilen enfeksiyonlar olduğu halde, vücutta sadece genital sistemi tutmaz, diğer sistemleri de etkiler (71).

Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Etkene Göre Yedi Gruba Ayrılmaktadır:

Bakterilerin yol açtığı hastalıklar: Sifiliz, Gonorrhoea, Granuloma inguinale (Donovanozis), Şankroid (Yumusak şankr), Bakteriyel Vajinozis

Klamidyaların yol açtığı hastalıklar: Non-spesifik üretrit, Lenfogradülozom Venereum (LGV)

Mikoplazmaların yol açtığı hastalıklar: Non-Spesifik Üretrit

Virüslerin yol açtığı hastalıklar: Genital Herpes, Genital Siğil, Molluskum Kontagiosum, Hbs Ag(+) Viral Hepatit, AIDS

Mantarların yol açtığı hastalıklar: Kandida Vajiniti (Mantar)

Protozoaların yol açtığı hastalıklar: Trichomonas Vajiniti, Giardiassis, Amöbosis

Arthropodların yol açtığı hastalıklar: Genital Scabies, Pediculosis Pubis (72,73,74).

2.5. Gençlere Yönelik Üreme Sağlığı Hizmetleri

2.5.1. Gençlerin Toplam Nüfus İçindeki Payı

Türkiye Devlet İstatistik Enstitüsü tarafından yapılan 2000 Yılı Nüfus Sayımı sonuçlarına göre toplam ülke nüfusu 67 803 927 olup, 10-19 yaş grubunun nüfusu 7 599 131 ve 20-24 yaş grubunun nüfusu 6 690 147 ve toplam 10-24 yaş grubunun nüfusu 14 289 278'dir. 10-24 yaş grubunun toplam nüfus içindeki payı %21,1'dir. Yani her beş kişiden birisi gençlik yaş grubundadır (75).

2.5.2. Adölesanlar ve Cinsellik

Genç insanların, ergenlik çağının başlarında cinselliklerinin farkına varmaya başladığına inanılır. Cinsellik bu dönemde farklı anlamlar taşımaya başlar. Daha karmaşık hale gelir çünkü bir oyun olarak görülemez veya tecrübe edilemez olur. Bu dönemde genç insanlar cinselliği ve cinsel davranışı kendileri için bir şey olarak tanımlamaya hazırdır. Sosyal olarak gençlerin cinsel davranışı da yetişkinlerin yükledikleri anlamlara göre tanımlanır.

Fakat bu cinsel varlıklar olarak, özellikle kızların, kabul edilecekleri anlamına gelmez. Aslında gençler, yaşamlarının birçok yönüne ilişkin gerçeklere dayalı bilgileri alırken cinsellik göz ardı edilir (75).

2.5.3. Adölesan Dönemde Fiziksel Büyüme ve Cinsel Gelişme

Adölesan dönemi, bireyin fiziksel, cinsel, bilişsel ve psikososyal çocukluktan erişkinliğe geçiş sürecidir. Bu dönemde görülen fiziksel ve cinsel gelişim ergenlik olarak adlandırılır. Temel fiziksel ve cinsel değişiklikler; birincil cinsel özelliklerin olgunlaşması, ikincil cinsel özelliklerin ortaya çıkması (seksüel kıllanma, kızlarda meme gelişimi, erkeklerde ses kalınlaşması), vücut yağ dağılımının değişmesi, iskelet gelişimi ve boy uzaması ile kızlarda menstruasyonun, erkeklerde spermatogenezin başlamasıdır (76,77,78).

Gelişmenin başlama yaşı genetik ve çevre faktörlerinden etkilenir ve kişiler arası farklılık gösterir. Beslenme, genel sağlık ve yaşam koşullarının değişmesi, gelişme sürecini daha erken yaşlara kaymasına neden olmuştur (75).

a) Boy Uzama Atağı: Adölesan dönemde boyca uzama atağı üç dönemde gözlenir. İlk dönemde lineer büyüme hızı giderek artar. İkinci dönemde büyüme hızı doruğa ulaşır ve üçüncü dönemde büyüme hızı azalarak büyüme tamamlanır (75).

b) Ağırlık Artışı: Büyüme atağı döneminde, erişkin hayattaki vücut ağırlığının yaklaşık yarısı kazanılmaktadır (75).

c) Vücut Yapısında Farklılıklar:

Adölesan dönemde erkek ve kızların vücut yapısında farklılaşmalar olur. Adölesan dönemde erkeklerde kas dokuda artış kızlara göre daha fazladır. Erkeklerde boy uzama atağı sırasında adale dokuda artış da en üst seviyeye ulaşır. Kızlarda menarş sırasında kas dokuda artış en üst seviyeye ulaşır. Pubertenin ilk yılında cilt altı dokuda yağ dokuda azalma olur ve boyca uzama atağı sırasında yağ doku azalma hızı en üst düzeye erişir. Bundan sonra kızlarda daha fazla olmak üzere her iki cinsiyette de yağ kitlesinde artış olur (75).

2.5.4. Puberte

Puberte bir insanın fizyolojik olarak üreme kapasitesine ulaşma durumu olarak tanımlanır. Pubertal değişiklikler, kızlarda sekiz ve erkeklerde dokuz yaşından önce ise erken puberte; kızlarda 13 ve erkeklerde 14 yaşında halen değişimler başlamadıysa gecikmiş puberte tanısı konur (75).

i) Puberte Döneminde Cinsel Gelişmenin Değerlendirilmesi:

Erkekler ve kızlar için puberte de beş temel değişim tanımlanmaktadır (Tablo:1,Tanner Evreleri). Her iki cinsiyette de cinsel gelişme genellikle belirli bir sıra takip etmektedir. Kızlar için iki temel fiziksel değişime bakılmaktadır:

-Meme gelişmesi

-Pubik bölgede kıllanma

Kızlarda cinsel gelişmenin ilk belirtisi memelerin büyümesidir, daha sonra boy uzama atağı görülmektedir. Kısa bir süre sonra pubik bölgede ve koltuk altında kıllanma oluşur.

Memelerin gelişmesi (telarş) 11 yaşlarında başlarken, menarş bundan yaklaşık iki yıl sonradır. Son yıllarda genç kızlarda telarş yaşında daha erken yaşlara

kayma olduğu bildirilmektedir. Memelerin büyümesi ve pubik bölgede kıllanmanın değerlendirilmesi Tanner Evreleri ile değerlendirilir (75).

Kızlarda meme gelişimi (telarş) ile başlayan ikincil cinsel özellikler; pubik kıllanma (pubarş), aksiler kıllanma (aksillarş) ve ilk menstruasyon (menarş) sırasıyla devam eder. Türk kızlarında meme gelişiminin başlangıç yaşı 10,35-10,99 yaş, erişkin evreye ulaşma yaşı ise 15-15,5 yaş olarak bulunmuştur. Pubarş genellikle meme gelişimini izleyen 6 ay içinde başlar. Bazen pubertenin ilk bulgusu olabilir. Apokrin bezlerin gelişmesi (vücut ter kokusu), aksiler kıllanma ve akne oluşumu da aynı dönemde gerçekleşir. Türk kızlarında pubik kıllanmanın başlangıç yaşı 10,35-10,99 yaş, erişkin evreye ulaşma yaşı ise 13,1-13,9 yaş olarak belirlenmiştir. Menarş, telarşın başlamasından yaklaşık 2-2,5 yıl sonra başlar. Türk kızlarında ortalama menarş yaşı 12,5 yaş olarak bulunmuştur. Kızlarda pubertede izlenen diğer değişiklikler vulva, vajen ve himen mukozasında kalınlaşma, vajinal sekresyonun asidik özellik kazanması, mons pubiste yağlanma ve klitoriste hafif büyümedir (76).

Tablo 1. Tanner Evrelemesi (76)

Evre	Kızlar		Erkekler	
	Meme Gelişimi	Pubik kıllanma	Genital gelişim	Pubik kıllanma
1 Preadolesan	İnfanıl, gelişme yok	Kaba pubik kıllanma yok, ince tüysü kıllar var	İnfanıl	Kaba pubik kıllanma yok, ince tüysü kıllar var
2 Erken adolesan	Meme ve papillanın tek bir tepecik halinde kabarması, areola çapının genişlemesi	Labia majörünün medialinde seyrek, hafif kıvrık tüyler	Peniste ve testislerde hafif büyüme, skrotum derisinde pigmentasyon	Penis lükünde seyrek hafif pigmente, düz veya kıvrık uzunca tüyler
3 Orta adolesan	Meme ve areola belirgin olarak büyümüş, areola ve papilla sınırı belirgin değil	Koyu renkte, kaba, kıvrık kıllanma, seyrek olarak mons pubise yayılmış	Penis boyunda uzama, testisler ve skrotumda büyüme	Kıllanma daha belirgin ve yaygın, kıllar koyu renkte ve kıvrık
4 Geç adolesan	Areola ve papillanın kebararak ayrı bir kontur oluşturacak şekilde ikincisi bir tepecik yapması	Kaba, kıvrık, miktar olarak erişkinden daha az kıllanma	Peniste enine büyüme, testis ve skrotumda büyüme, skrotum derisinde koyulaşma	Kıllanmanın dağılımı erişkin benzer, miktar olarak erişkinden daha az
5 Erişkin	Sadece meme ucunun ileri doğru uzaması ile oluşan olgun erişkin form	Erişkin kadın tipi çöğen şeklinde bacakların medialine de yayılmış kıllanma	Penis, testis ve skrotumun erişkindeki şekil ve ölçüye ulaşması	Erişkinin erkek tipi bacakların medial kısmına da yayılmış kıllanma

Aile Hekiminin Rolü:

Adölesanların başlıca mortalite ve morbidite nedenleri arasında, yönlendirme ve belirli beceriler kazandırma yoluyla azaltılabilecek ve önlenilecek, bu çağa özgü riskli davranışlarla doğrudan ilişkili sorunlar vardır. Risk alma davranışının boy gösterdiği en önemli gelişimsel alanlardan birisi de cinselliktir. Aile hekimi bu

alanda hem aile hem de adölesana kapsamlı sağlık hizmeti vermelidir. Çocukluk ile erişkinlik arasında bocalayan adölesanlar ve onların ebeveynleri, normal ile anormali ayırt etme anksiyetesi yaşarlar. Bir aile hekimi için can alıcı olan, doğal gelişim süreci hakkında her iki tarafı da bilgilendirmek ve bu konuda evde açık iletişimi desteklemektir. Ebeveynlere verilecek el broşürleri ile onların evde cinsellik konusunu açmaları kolaylaştırılabilir. Eğer konu evde konuşulamıyorsa aile hekimi bu görevi kendisi yerine getirmelidir. Hekim, cinsellik konusunun açılabilmesi ve konuşulması için uygun ortamı hazırlamalı, hem adölesana hem de anne-babaya yol gösterici olmalı ve gerektiğinde danışmanlık vermelidir (79).

Ülkemizde erken yaşta yapılan evliliklerin sayısı yüksek, doğurganlık yaşı düşüktür. Aile hekimi, özellikle aileye ve genci, adölesan yaşta yapılan evliliklerin ve gebeliklerinin sakıncaları ve tehlikeleri hakkında bilgilendirmelidir. Bu hizmetlerin yanısıra, adölesana yönelik yapılması gereken bazı periyodik sağlık muayeneleri vardır. Bunlar aşağıda sıralanmıştır:

Yılda bir kez, fiziksel büyüme ile psikoseksüel gelişmeleri ve kendi sağlıkları konusunda aktif rol almalarının önemi ile ilgili, sağlık danışmanlığı verilmelidir.

Yılda bir kez, sorumlu cinsel davranışlar konusunda danışmanlık verilmelidir. Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlardan korunmak için kondom, istenmeyen gebeliklerden korunmak için ise uygun yöntemler, kullanım açıklamaları ile birlikte adölesanların ulaşabileceği şekilde bulundurulmalıdır.

Yılda bir kez, gebeliğe ve HIV dahil CYBE'lere neden olabilecek cinsel davranışının olup olmadığı sorulmalıdır.

Cinsel aktif adölesanlar, CYBE'ler açısından taranmalıdır.

25 yaşından küçük cinsel aktif kadınlar klamidy enfeksiyonu açısından taranmalıdır.

18 yaşından büyük ve cinsel aktif olanlar, yılda bir kez, servikal kanser için Papanicolaou testi ile taranmalıdır.

Yılda bir kez, duygusal, fiziksel, cinsel ve ekonomik istismar öyküsü alınmalıdır (80).

ii) Puberte Dönemi Erkeklerde Olan Değişimler:

Erkek gelişiminin özellikleri 9-13 yaşları arasında, kadın gelişiminin özellikleri ise 8-13 yaşları arasında başlar. Kızlarda meme gelişiminin başlaması, erkeklerde testis hacminde artış, pubertenin en erken bulguları olarak kabul edilir. Tanner, cinsiyet gelişimini preadölesan dönemden erişkinliğe kadar beş gelişimsel evreye ayırmıştır (Tablo 1). Adölesanların sağlık hizmeti gereksinimlerinin ve gelişimsel sorunlarının tanımlanmasında, gelişimsel evreleme kronolojik yaşa göre daha yararlıdır (76,77,78).

Erkeklerde ikincil cinsel özellikler, testis hacminin artması ile başlar. Pubarş, aksillarş ve spermarş sırası ile gözlenir. Testis hacminin 4 ml'yi veya çapının 2,5 cm'yi aşması pubertenin ilk bulgusu olarak kabul edilir. Ölçüm Prader orşidometresi ile yapılır. Türk çocuklarında testis hacminin 4 ml'den büyük olarak saptanma yaşının $11,1 \pm 2,1$ yaş olduğu saptanmıştır (76).

Erkekler için puberte döneminde cinsel gelişmenin değerlendirilmesinde;

Erkekler için cinsel gelişim için:

*Testislerin büyüklüğü

*Penisin uzunluğu

*Pubik bölgede kıllanma değerlendirilir (75).

2.5.5. Adölesan Dönemde Büyüme ve Gelişimin İzlenmesi

Adölesan döneme giriş, belirli evrelere ulaşma, büyüme ve cinsel gelişimin tamamlanma yaşları gerek cinsiyetler gerekse aynı cinsiyetteki bireyler arasında değişkenlik göstermektedir. Bu değişkenlikte en önemli etken biyolojik matürasyonun, takvim yaşına göre büyümemesidir. Biyolojik maturasyonu belirlemede en güvenilir yöntem kemik yaşı tayinleridir.

Vücut ağırlığı ve boy uzunluğu ölçümlerinin değerlendirilmesinde standart ölçüm tabloları kullanılmalıdır (75).

2.5.6. Adölesan Dönemde Psikososyal Gelişme

Her adölesan için aynı şekilde bir adölesan psikososyal gelişimi tanımlamak olası değildir. Adölesanlar; homojen bir grup olmayıp, biyolojik ve duygusal olarak çok farklılık göstermektedir.

Adölesan dönem üçe ayrılmaktadır: Erken adölesan dönem (10–13 yaş), Orta adölesan dönem (14–16 yaş), Geç adölesan dönem (17–19 yaş) (75).

i) Erken Adölesan Dönem:

Erken adölesan dönemde, pubertenin başlaması ile oluşan fiziksel değişimler ve bu değişimlerle birlikte psikososyal değişimler gözlenmektedir. Adölesan bu dönemde temel olarak fiziksel değişimleri özümsemeye ve bağımsızlık için mücadele etmeye çalışır. Puberte ile birlikte, ancak kızlarda erkeklere göre bir iki yıl önce psikososyal ve duygusal değişimler ortaya çıkar (75).

ii) Orta Adölesan Dönem:

Orta adölesan dönemde daha yoğun duygular, büyük bir amaç belirlenir ve akranların etkisi önemlidir (75).

iii) Geç Adölesan Dönem:

Geç adölesan dönem, kişiliğin mücadele edinilen ve ayrılık dönemidir. Eğer erken ve orta adölesanda destekleyici bir aile ve arkadaş grubunda bulduysa, bu dönemi de başarı ile geçirecek ve erişkin dönem için sorumluluklarını üstlenebilecektir (75).

2.5.7. Gençlerin Cinsel ve Üreme Sağlık Gereksinimleri

Dünyada ve ülkelerde, gençlerin cinsel sağlık/üreme sağlığı gereksinimleri kültürel ve coğrafik farklılıklara bağlı olarak büyük farklılıklar göstermektedir. Erken evlilik, erken yaşta cinsel ilişki, istenmeyen gebelikler, erken yaşta çocuk doğurma, HIV/AIDS yayılımı ve diğer cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar ve kadın sünneti bu konular arasında yer almaktadır.

Birçok adölesan, cinsel olarak aktif ve istenmeyen gebeliklerden etkilenmektedir. Adölesanlar cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar açısından erişkinlerden daha fazla risk altındadır (75).

Kadınlar ve Genç Kızlar:

Birçok toplumda kadınların durumları ve toplumsal cinsiyet rolleri, adölesan kızların sağlık risklerini ve gereksinimlerini önemli ölçüde etkilemektedir. HIV enfeksiyon hızı genç kadınlarda daha fazladır; bunun önemli kısmı kadınların fizyolojisine bağlıdır. Fakat diğer kısmı ise kesinlikle sosyo-kültürel yapısına, kadının güçsüzlüğüne bağlıdır (75).

2.5.8. Gençlerle İletişim ve Danışma

Gençler sağlık kuruluşlarına geldiklerinde genellikle gergindirler. Sağlık personelinin sorularına cevap verecek becerileri olmayabilir. Sağlık personelinin (anlaşılması zor ve tıbbi) diline alışık olmayabilir ve huzursuz hissedebilirler. Bu konular, gençlere danışmanlığa başlamadan önce değerlendirilmesi gereken temel konulardır (75).

Danışmanlık; kişiden kişiye konuşmalarda birinin diğerine yardım etmesidir. Hizmet alıcısına yardım edildiğinde, bir sorunun/durumun üzerine karar veriliyor ve danışmanlık yapılıyor. Gençlere danışmanlık verecek sağlık personelinin sahip olması gereken özellikler şunlardır:

- Açık,
- Esnek,
- Basit,
- Doğrudan yanıt veren,
- Güvenilir,
- Gizliliği vurgulayan,
- Yaklaşımçı,
- Saygılı,
- Sabırlı (75).

3. MATERYAL-METOD

3.1. Araştırma Projesi

‘SDÜ Tıp Fakültesi Asistanları ve 6.Sınıf Öğrencilerinin Üreme Sağlığı Hakkındaki Bilgilerinin İncelenmesi’ isimli araştırma projesi 12.01.2011 tarih ve XIX sayılı toplantıda 06 karar numarası ile BAPDAK kurulu tarafından uygun görülmüştür.

Bu çalışma, SDÜ Tıp Fakültesi Asistanları ve 6.Sınıf Öğrencilerinin Üreme Sağlığı Hakkındaki Bilgilerinin İncelenmesi amacıyla planlanmıştır.

3.2. Araştırma Bölgesi

Çalışma, S.D.Ü Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi bünyesinde yapılmıştır. Araştırma kapsamına, S.D.Ü Tıp Fakültesi’nde araştırma görevlisi olarak çalışan preklinik, dahili ve cerrahi branşlarda eğitim alan asistan doktorlar ile S.D.Ü Tıp Fakültesi son sınıf öğrencileri alınmıştır. Çalışma için S.D.Ü Tıp Fakültesi Dekanlığından izin alınmıştır. İzinle birlikte çalışmanın yürütüleceği kliniklere gidilip, kliniklerdeki asistan ve intern doktorlar ile konuşulmuş ve çalışma kapsamında yer aldıkları için kendilerine bilgi verilmiştir. Çalışma kapsamındaki asistan ve intern doktorlara bilgi verilmesi katılım oranını arttırıp, çalışmamızın daha güvenilir olmasına neden olacaktır.

3.3. Araştırmanın Tipi

Çalışma, S.D.Ü Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yürütülecek kesitsel tipte bir anket araştırmasıdır.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Evrenin Tanıtılması

Çalışmanın evrenini, Isparta S.D.Ü Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde çalışan asistan doktorlar ile intern doktorlar oluşturmaktadır. Asistan doktorların sayısı ve bölümlerine ait bilgi S.D.Ü Tıp Fakültesi Personel İşleri’nden alınmıştır. Intern doktorların sayısı ve çalıştıkları klinik bilgisi S.D.Ü Tıp Fakültesi Öğrenci İşleri’nden alınmıştır. Buna göre S.D.Ü Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma

Hastanesi'nde preklinik, dahili ve cerrahi branşlarda toplam 41 anabilim dalı mevcuttur.

Preklinik branşlarda; tıp eğitimi ve bilişimi, tıbbi biyoloji, histoloji ve embriyoloji, anatomi, fizyoloji, tıbbi biyokimya, tıbbi mikrobiyoloji ve biyofizik olmak üzere toplam 8 anabilim dalı mevcuttur.

Dahili branşlarda ise; adli tıp, tıbbi farmakoloji, iç hastalıkları, çocuk sağlığı ve hastalıkları, çocuk psikiyatrisi, kardiyoloji, psikiyatri, halk sağlığı, nükleer tıp, nöroloji, dermatoloji, fizik tedavi ve rehabilitasyon, göğüs hastalıkları, enfeksiyon hastalıkları, radyoloji, aile hekimliği, tıbbi genetik ve radyasyon onkolojisi olmak üzere toplam 18 anabilim dalı mevcuttur.

Cerrahi branşlar ise; anestezi ve reanimasyon, beyin ve sinir cerrahisi, genel cerrahi, tıbbi patoloji, göğüs cerrahisi, plastik cerrahisi, kadın ve doğum hastalıkları, kulak-burun-boğaz hastalıkları, göz hastalıkları, üroloji, ortopedi ve travmatoloji, spor hekimliği, acil tıp, çocuk cerrahisi ve kalp ve damar cerrahisi olmak üzere toplam 15 anabilim dalı mevcuttur (81).

Bu kapsamda, toplam asistan doktor sayısı Şubat 2011 tarihi itibarıyla 240 olup; preklinik branşlarda çalışanların sayısı 13, dahili branşlarda çalışanların sayısı 136 ve cerrahi branşlarda çalışanların sayısı 91 kişidir. Ayrıca Şubat 2011 tarihi itibarıyla S.D.Ü Tıp Fakültesi intern doktor sayısı ise 74 kişidir.

3.5. Örneklem ve Araştırmaya Katılım Oranları

Çalışmamızın örnekleme kapsamında S.D.Ü Tıp Fakültesi bünyesinde yer alan asistan ve intern doktorların tamamına ulaşılması hedeflenmiştir. Bunun için S.D.Ü Tıp Fakültesinde çalışan doktorların, çalıştıkları kliniklere gidilmiş olup hepsine tek tek anket uygulanmıştır. Ancak çalışmaya 240 (%100) asistan doktordan 185'i (%77,0) ve 74 (%100) intern doktordan 71'i (%96) katılmış olup, 55 (%23) asistan doktor ve 3 (%4) intern doktor çalışmaya katılmayı istememiştir. 55 asistan doktor içinde, kendim de tezi hazırladığım için bulunmaktayım.

Preklinik branşlardan; tıp eğitimi ve bilişimi, tıbbi biyoloji, biyofizik ve tıbbi genetik ana bilim dallarında araştırma görevlisi hekim olmadığı için, bu 4 branş çalışma kapsamı dışında tutulmuştur. Ayrıca fizyoloji ana bilim dalında çalışan 1

araştırma görevlisi hekim, çalışmaya katılmak istemediğini belirtmiştir. Dahili branşlardan da tıbbi farmakoloji bölümünde asistan hekim olmadığı için bu branş çalışma dışında tutulmuştur. Cerrahi branşlarda çalışan asistan doktorlar ise en az bir kişi olmak üzere çalışmaya katılmışlardır. Asistan ve intern doktorların toplam çalışmaya katılım oranı %81.5'dir. Sonuç olarak üniversitemizde prekliniik branşlardan 6'sı, dahili branşlardan biri çalışma dışında bırakılmıştır. Çalışmamız, SDÜ Tıp Fakültesi bünyesinde yer alan 35 anabilimda çalışmakta olan asistan doktorlara ve tıp fakültesi 6. sınıf öğrencilerine anket yoluyla uygulanmıştır.

3.6. Araştırmaya Kabul ve Red Kriterleri

Araştırmaya, Isparta SDÜ Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde çalışan asistan ve intern doktorlar dahil edilmiştir.

Çalışmanın kabul kriteri: Tez anketini dolduran SDÜ Tıp Fakültesi 6. sınıf öğrencileri ile TUS (tıpta uzmanlık sınavı) sonucunda S.D.Ü Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde uzmanlık eğitimi almaya hak kazanan ve anketi dolduran asistan doktorlar oluşturmaktadır.

Çalışmanın red kriterlerini ise; anketi doldurmak istemeyen asistan ve intern doktorlar ile anabilim dallarında tıp doktoru ünvanına sahip olmayan yüksek lisans ve doktora öğrencileri oluşturmaktadır.

3.7. Araştırmanın Veri Kaynakları ve Uygulama Şekli

Çalışmamızda veri kaynağı olarak anket yöntemi seçilmiş olup, anketimiz toplam 40 sorudan oluşmaktadır. Anketimizin ilk 6 sorusu sosyodemografik özellikleri ölçmeye yönelik olup; 7,8,10 ve 12. sorular güvenli annelik konusunda bilgiyi ölçmeye yönelik; 11,13,14,15,16 ve 17.sorular ise acil obstetrik bakım konusunda bilgiyi ölçmeye yönelik; 9,18,19,20 ve 21.sorular ise aile planlaması bilgisini ölçmeye yönelik; 22-26. sorular ise cinsel yolla bulaşan hastalık ve AIDS bilgisini ölçmeye yönelik; 27-31. sorular ise gençlerde üreme sağlığı hizmetleri hakkındaki bilgileri ölçmeye yönelik hazırlanmış olup, 32-40 arasındaki sorular ise hekimlerin üreme sağlığı hakkındaki düşüncelerini ölçmeye yönelik hazırlanmıştır.

Anketimizde toplam 40 soru yer almaktadır. Anketimizde yer alan 2, 8, 10, 12, 19, 24, 27, 28, 31 ve 40. sorular altında ek sorular yer almaktadır. Böylece çalışmamız toplam 76 sorudan oluşmaktadır.

Anketin güvenilirlik çalışması yapılmış olup, Alpha-Cronbach's sayısının 0,657 olduğu görüldü. Bu değere göre anketimiz oldukça güvenilir olarak saptandı.

Tablo 2. Cronbach's Alpha Testi

Cronbach's Alpha	N of Items
,657	76

Cronbach Alpha sayısı;

0.0 ile 0.4 arasında ise ölçek 'güvenilir değildir'

0.4 ile 0.6 arasında ise ölçek 'Düşük derecede güvenilirdir'

0.6 ile 0.8 arasında ise ölçek 'Oldukça güvenilirdir'

0.8 ile 1 arasında ise ölçek 'Yüksek derecede güvenilirdir'(87-90).

Çalışmamız %95 güven aralığında ve +/-% 2.6 hata payı ile yapılmıştır.

Anket soruları hazırlanırken Johns Hopkins jinekoloji ve El Kitabı 3. Baskı, UTS Kadın Hastalıkları ve Doğum 5. Baskı ve Çıkmış TUS sorularından yararlanılmıştır. Çalışmaya katılan kişilerin üreme sağlığı kapsamında sorulan sorulara verdikleri her doğru cevaplar için 1 puan, yanlış ve yorum yok cevapları için ise 0 (sıfır) puan verilmiş olup, çalışmaya katılan kişilerin bilgi düzeyleri çan eğrisi metoduna göre değerlendirilmiştir. Böylece çalışmaya katılanların aldıkları ortalama puan değerinden, negatif (-) std. deviasyon puanı çıkarılarak elde edilen değerden, düşük alanlar yetersiz bilgi düzeyine sahip kişiler olarak değerlendirilirken; yüksek alanlar ise yeterli bilgi düzeyine sahip kişiler olarak değerlendirildi.

Buna göre çalışmaya katılan kişilerin;

Güvenli annelik bilgisi yeterlilik sınır puanı 10,06

Acil obstetrik bakım bilgisi yeterlilik sınır puanı 3,10

Aile planlaması bilgisi yeterlilik sınır puanı 3,15

Cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve AIDS bilgisi yeterlilik sınır puanı 3,10

Gençlere yönelik üreme sağlığı hizmetleri bilgisi yeterlilik sınır puanı ise 9,94 olarak saptanmıştır.

Tamamlanan anket, çalışma grubuna uygulanmadan önce pretestten geçirilmiş ve gerekli düzeltmeler yapılmıştır.

Çalışmamızda veri kaynağı olarak kullanılan anket formlarının doldurulması için çalışma grubumuzda yer alan hekimlerin çalıştıkları kliniklere gidilmiştir. Anketimiz yüzyüze görüşme yöntemiyle 15 Şubat 2011- 10 Mart 2011 tarihleri arasında çalışma grubuna uygulanmıştır.

3.8. İstatistiksel İncelemeler

Araştırmalar sonucunda elde edilen veriler bilgisayar ortamında (SPSS 15.0) istatistik paket programına aktarılmıştır. İstatistiksel anlamlılık için $p < 0.05$ kabul edilmiştir. Çalışmamızda frekans dağılım ve betimsel analiz, ki-kare testi, one-way anova testi uygulanmış olup, gruplar arasındaki farklılığın kaynağı ise Tukey testi ile belirlenmiştir.

3.9. Araştırmanın Süresi

Araştırma, Ocak 2010 - Mayıs 2011 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

3.10. Araştırma Sırasında Karşılaşılan Güçlükler

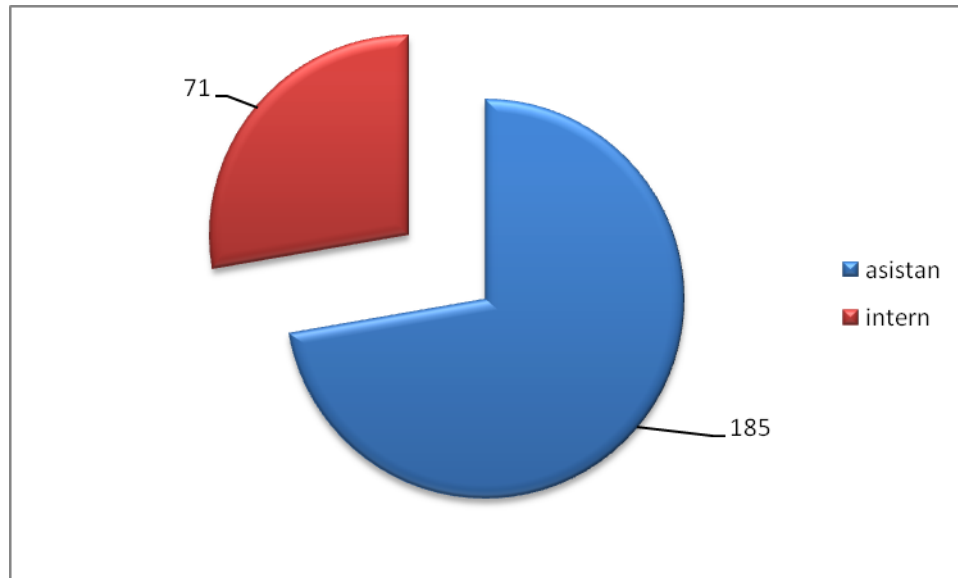
İlk başta anketin soru sayısı 84'tü. Bu sayı, pretestte ankete katılanlar tarafından çok bulunduğu için soru sayısı 40'a indirildi. Bu sorun aşıldı. Ancak bazı asistan arkadaşlar yoğun çalışma temposuna sahip olduğu için zamansızlıktan anketi dolduramadılar, daha sonraki vizitlerde onlar da kısmen ankete katıldılar. Anketi uygularken, aynı klinikte çalışan asistan ve intern doktorlar arasında bilgi paylaşımı olmaması için anket tek tek uygulanmıştır.

4. BULGULAR

Araştırmaya katılan toplam 256 (%100) kişinin; 185'inin (%72,3) asistan doktor, 71'nin (%27,7) ise intern doktor olduğu saptanmıştır (tablo 3).

Tablo 3. Araştırmaya katılan bireylerin eğitim durumu

Eğitim Durumu	N	%
Asistan	185	72,3
İntern	71	27,7
Toplam	256	100,0



Şekil 1. Araştırmaya katılan bireylerin eğitim durumunun grafiksel gösterimi

Araştırmaya katılan toplam 256 (%100) bireyin; 143'ünün (%55,9) erkek, 113'ünün (%44,1) ise kadın olduğu saptanmıştır (tablo 4).

Tablo 4. Araştırmaya katılan bireylerin cinsiyet dağılımı

Cinsiyet	N	%
Erkek	143	55,9
Kadın	113	44,1
Toplam	256	100,0



Şekil 2. Araştırmaya katılan bireylerin cinsiyet durumunun grafiksel gösterimi

Araştırmaya katılan bireylerin üreme sağlığı konularına göre ortalama puanları incelendiğinde;

Araştırmaya katılan toplam 256 (%100) kişinin; güvenli annelik konusundaki bilgi ortalamasının $9,91 \pm 2,45$ olduğu, acil obstetık bakım konusundaki bilgi ortalamasının $4,09 \pm 0,99$ olduğu, aile planlaması konusundaki bilgi ortalamasının $4,24 \pm 1,32$ olduğu, cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve AIDS konusundaki için bilgi ortalamasının $4,11 \pm 1,19$ olduğu, gençlere yönelik üreme sağlığı hizmetleri konusundaki bilgi ortalamasının $9,72 \pm 2,16$ olduğu saptanmıştır (tablo 5).

Tablo 5. Araştırmaya katılan bireylerin, üreme sağlığı konuları hakkındaki bilgilerinin ortalama puanları

	N	Ortalama± std.sapma	Yeterlilik sınır puanı
Güvenli annelik konusu	256	$9,91 \pm 2,45$	10,06
Acil obstetık bakım konusu	256	$4,09 \pm 0,99$	3,10
Aile planlaması konusu	256	$4,24 \pm 1,32$	3,15
Cinsel yol ile bulaşan hastalıklar ve AIDS konusu	256	$4,11 \pm 1,19$	3,10
Gençlere yönelik üreme sağlığı hizmetleri konusu	256	$9,72 \pm 2,16$	9,94

Araştırmaya katılan toplam 256 (%100) kişinin üreme sağlığı konularındaki ortalama puanı ile eğitim durumları arasındaki ilişkinin indepedent t testi sonuçları incelendiğinde;

Güvenli annelik konusundaki ortalama puanı ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0,05$). İntern ve asistan doktorların verdikleri cevapların birbirine yakın olduğu saptanmıştır.

Acil obstetrik bakım konusundaki ortalama puanı ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0,05$). İntern ve asistan doktorların verdikleri cevapların birbirine yakın olduğu saptanmıştır.

Aile planlaması konusundaki ortalama puanı ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0,05$). İntern ve asistan doktorların verdikleri cevapların birbirine yakın olduğu saptanmıştır.

Cinsel yol ile bulaşan hastalıklar ve AIDS konusundaki ortalama puanı ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($p<0,05$). İntern doktorların, asistan doktora göre ortalama puanının daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Gençlere yönelik üreme sağlığı hizmetleri konusundaki ortalama puanı ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($p<0,05$). İntern doktorların, asistan doktora göre ortalama puanının daha yüksek olduğu saptanmıştır (tablo 6).

Tablo 6. Araştırmaya katılan bireylerin üreme sağlığı konularındaki ortalama puanı ile eğitim durumları arasındaki ilişkinin sonuçları

	Eğitim durumu	N	Ortalama± Std. sapma	Sommer's d	P
Güvenli annelik konusu	Asistan	185	9,97±2,29	0,194	0,346
	İntern	71	9,67±2,13		
Acil obstetrik bakım konusu	Asistan	185	4,22±1,02	0,252	0,622
	İntern	71	4,02±1,20		
Aile planlaması konusu	Asistan	185	4,26±1,49	0,399	0,519
	İntern	71	4,28±1,54		
Cinsel yol ile bulaşan hastalıklar ve AIDS konusu	Asistan	185	3,51±1,59	-0,137	0,000*
	İntern	71	4,25±1,55		
Gençlere yönelik üreme sağlığı hizmetleri konusu	Asistan	185	9,25±2,47	-0,417	0,000*
	İntern	71	9,94±2,38		

*p<0,05

Araştırmaya katılan toplam 185 (%100) asistan doktorun, hastalarına üreme sağlığı eğitimi verme durumu incelendiğinde;

Üreme sağlığı ile ilgili her zaman bilgi veren asistan doktor sayısı 18 (%9,7) olarak, üreme sağlığı ile ilgili bilgileri gerekli gördüğünde veren asistan doktor sayısının 39 (%21,0) olarak, üreme sağlığı ile ilgili bilgileri hastanın isteği doğrultusunda veren asistan doktor sayısı 22 (%11,9) olarak, üreme sağlığı eğitimi vermeyen asistan doktor sayısı 106 (%57,4) olarak saptanmıştır (tablo 7).

Tablo 7. Araştırmaya katılan asistan doktorların hastalarına üreme sağlığı eğitimi verme durumuna ait ilişkinin dağılımı

	Eğitim durumu	
	Asistan	
	N	%
Evet her zaman veririm	18	9,7
Evet ben gerekli görürsem veririm	39	21,0
Evet isterlerse veririm	22	11,9
Hayır	106	57,4
Toplam	185	100

Araştırmaya katılan ve hastalarına üreme sağlığı eğitimi veren asistan doktorların (n:79, %100), bu eğitimi hangi konularda verdiğine ait ilişkinin dağılımı;

Asistan doktorların 4'ü (%5,4) doğum konusunda, 27'si (%35,1) kontrasepsiyon konusunda, 7'si (%9,2) gebelik konusunda, 6'sı (%8,1) meme konusunda, 35'inin ise (%42,2) cinsel yolla bulaşan hastalıklar konusunda eğitim verdikleri saptanmıştır (tablo 8).

Tablo 8. Araştırmaya katılan ve hastalarına üreme sağlığı ile ilgili eğitim veren asistan doktorların, bu eğitimi hangi konularda verdiğiine ait ilişkinin dağılımı

	Eğitim durumu	
	Asistan	
	N	%
Doğum	4	5,4
Kontrasepsiyon	27	35,1
Gebelik	7	9,2
Meme	6	8,1
Cinsel yolla bulaşan hastalıklar	35	42,2
Toplam	79	100

Araştırmaya katılan toplam 185 (%100) asistan doktorun, tüm hekimlerin her fırsatı üreme sağlığı eğitimi için değerlendirmeli midir? sorusuna verdikleri cevaplar incelendiğinde;

185 (%100) asistan doktorun, 102'sinin (%55,2) bu soruya olumlu yanıt verdiği; 83'ünün (%44,8) ise olumsuz yanıt verdiği saptanmıştır (tablo 9).

Tablo 9. Araştırmaya katılan asistan doktorların, tüm hekimlerin her fırsattı üreme sağlığı eğitimi için değerlendirmeli midir? sorusuna verdikleri cevaplar

	Eğitim durumu	
	Asistan	
	N	%
Hayır	83	44,8
Evet	102	55,2
Toplam	185	100

Araştırmaya katılan toplam 185 (%100) asistan doktorun, mezuniyet öncesi tıp eğitimi sırasında üreme sağlığı ile ilgili bilgi edinme durumu incelendiğinde;

Mezuniyet öncesi tıp eğitimi sırasında üreme sağlığı ile ilgili bilgi edinen asistan doktor sayısının 138 (%74,5), bilgi edinmeyen asistan doktor sayısının ise 47 (%25,5) olduğu saptanmıştır (tablo 10).

Araştırmaya katılan asistan doktorların çoğu mezuniyet öncesinde üreme sağlığı ile ilgili bilgi edindiğini ifade etmiştir.

Tablo 10. Araştırmaya katılan asistan doktorların, mezuniyet öncesi tıp eğitimi sırasında üreme sağlığı ile ilgili bilgi edinme durumu

	Eğitim durumu	
	Asistan	
	N	%
Evet	138	74,5
Hayır	47	25,5
Toplam	185	100

Araştırmaya katılan toplam 185 (%100) asistan doktorun, asistanlık eğitimi sırasında üreme sağlığı ile ilgili yeterli bilgi veriliyor mu sorusuna verdikleri cevapların dağılımı incelendiğinde;

Asistanlık eğitimi sırasında üreme sağlığı ile ilgili yeterli bilgi verilmediğini belirten asistan doktor sayısı 135 (%73,7) iken yeterli bilgi verildiğini söyleyenlerin sayısı 49 (%26,3) olarak saptanmıştır (tablo 11).

Buna göre asistan doktorların çoğu asistanlık eğitimi sırasında üreme sağlığı ile ilgili yeterli bilgi verilmediğini belirtmiştir.

Tablo 11. Araştırmaya katılan asistanların, asistanlık eğitimi sırasında üreme sağlığı ile ilgili yeterli bilgi veriliyor mu sorusuna verdikleri cevapların dağılımı

	Eğitim durumu	
	Asistan	
	N	%
Evet	49	26,3
Hayır	135	73,7
Toplam	185	100,0

Araştırmaya katılan toplam 185 asistan doktorun, asistanlık eğitimi süresince üreme sağlığı ile ilgili bilgilenmenin sonraki çalışma yaşamında yararlı olacağını inaniyor musunuz sorusuna verdikleri cevapların dağılımı incelendiğinde;

Asistanlık eğitimi süresince, üreme sağlığı ile ilgili bilgilenmenin sonraki çalışma yaşamında yararlı olacağını düşünenlerin sayısı 120 (%64,9) iken yararlı olmayacağını düşünenlerin sayısı 65 (%35,1) olarak saptanmıştır (tablo 12).

Buna göre asistan doktorların çoğu, asistanlık eğitimi süresince üreme sağlığı ile ilgili bilgilenmenin sonraki çalışma yaşamında yararlı olacağına inandıklarını belirtmiştir.

Tablo 12. Araştırmaya katılan asistanların, asistanlık eğitimi süresince üreme sağlığı ile ilgili bilgilenmenin sonraki çalışma yaşamında yararlı olacağına inanıyor musunuz sorusuna verdikleri cevapların dağılımı

	Eğitim durumu	
	Asistan	
	N	%
Hayır	65	35,1
Evet	120	64,9
Toplam	185	100,0

Araştırmaya katılan toplam 256 kişinin, tüm hekimlerin üreme sağlığı konusunda ne kadar bilgiye sahip olması gerektiği durumu ile eğitim durumları arasındaki ilişki incelendiğinde;

Hastaları doğru yönlendirecek kadar bilgiye sahip olmaları gerekli olduğunu belirten asistan doktor sayısının 127 (%49,6) intern doktor sayısının 43 (%16,7) olduğu; hastaların gereksinimini anlayacak kadar bilgiye sahip olunmasının gerekli olduğunu belirten asistan doktor sayısının 13 (%5,0) intern doktor sayısının 7 (%2,7) olduğu; hastayı ilgili kişiye göndermesi gerekip gerekmediğine karar verecek kadar bilgiye sahip olunmasının gerekli olduğunu belirten asistan doktor sayısının 39 (%15,2) intern doktor sayısının 16 (%6,2) olduğu; tüm hekimlerin üreme sağlığı konusunda bilgiye sahip olmasının gerekmediğini söyleyen asistan doktor sayısının 6 (%2,5) intern doktor sayısının ise 5 (%2,1) kişi olduğu saptanmıştır (Tablo 13).

Araştırmaya katılan bireylerin, tüm hekimlerin üreme sağlığı konusunda ne kadar bilgiye sahip olması gerektiği durumu ile kendi eğitim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0,05$).

Tablo 13. Araştırmaya katılan bireylerin, tüm hekimlerin üreme sağlığı konusunda ne kadar bilgiye sahip olması gerektiği durumu ile eğitim durumları arasındaki ilişkinin dağılımı

	Eğitim durumu				Toplam	
	Asistan		İntern		N	%
	N	%	N	%		
Hastaları doğru yönlendirecek kadar bilgiye sahip olmaları gereklidir	127	49,6	43	16,7	170	66,3
Hastaların gereksinimini anlayacak kadar bilgiye sahip olmaları gereklidir	13	5,0	7	2,7	20	7,7
Hastayı ilgili kişiye göndermesi gerekip gerekmediğine karar verecek kadar bilgiye sahip olmaları gereklidir	39	15,2	16	6,2	55	21,4
Gerekli değildir.	6	2,5	5	2,1	11	4,6
Toplam	185	72,3	71	27,7	256	100,0

Kikare: 2,806; p: 0,423

Araştırmaya katılan toplam 256 (%100) kişinin, üreme sağlığı ile ilgili eğitim kimlere verilmelidir sorusuna verdikleri cevaplar incelendiğinde;

Sadece erkek diyen asistan doktor sayısı 2 (%0,8), intern doktor sayısı ise 3 (%1,2) olup; aynı soruya erkek ve kadın cevabını veren asistan doktor sayısı 183 (%71,5), intern doktor sayısı ise 68 (%25,9) olarak saptanmıştır. Çalışmaya katılanların hiçbiri bu soruya kadın cevabı vermemiştir (N:0, %0,0) (tablo 14).

Araştırmaya katılan bireylerin, üreme sağlığı ile ilgili eğitim kimlere verilmelidir sorusuna verdikleri cevaplar ile kendi eğitim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0,05$).

Tablo 14. Araştırmaya katılan bireylerin, üreme sağlığı ile ilgili eğitim kimlere verilmelidir sorusuna verdikleri cevaplar ile eğitim durumları arasındaki ilişkinin dağılımı

	Eğitim durumu			
	Asistan		İntern	
	N	%	N	%
Erkek	2	0,8	3	1,2
Kadın	0	0,0	0	0,0
Erkek+kadın	183	71,5	68	25,9
Toplam	185	72,3	71	27,7

Kikare: 2,649; p: 0,132

Araştırmaya katılan toplam 256 (%100) kişinin, üreme sağlığı konusunda hangi hekimlerin daha çok sorumluluğu vardır sorusuna verdikleri cevap ile eğitim durumları arasındaki ilişki incelendiğinde;

Araştırmaya katılan bireylerin eğitim durumu ile üreme sağlığı konusunda hangi hekimlerin daha çok sorumluluğu vardır sorusuna verdikleri cevaplar arasında aile hekimliği cevabı hariç istatistiksel fark yoktur ($p>0,05$) (tablo 15).

Araştırmaya katılan bireylerin, üreme sağlığı eğitiminin Aile Hekimleri tarafından verilmesi ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($p<0,05$). Asistan doktorlar, üreme sağlığı eğitiminin Aile Hekimlerince verilmesi gerektiğine, intern doktorlara göre daha çok ifade etmiştir.

Tablo 15. Araştırmaya katılan bireylerin, üreme sağlığı konusunda hangi hekimlerin daha çok sorumluluğu vardır sorusuna verdikleri cevap ile eğitim durumları arasındaki ilişkinin dağılımı

Hekimlik branşı		Eğitim durumu				Toplam		Somers d's d	P
		Asistan		İntern					
		N	%	N	%	N	%		
		185	72,3	71	27,7	256	100		
Kadın hastalıkları ve doğum	D	146	57,0	51	19,5	197	76,5	0,115	0,122
	Y	0	0,0	0	0,0	0	0,0		
	Y.Y	5	1,9	7	2,7	12	4,6		
Pediatri	D	37	14,4	20	7,8	57	22,2	0,214	0,169
	Y	1	0,5	1	0,5	2	1,0		
	Y.Y	95	37,1	28	10,9	123	48,0		
Psikiyatri	D	40	15,6	20	7,8	60	23,4	0,213	0,275
	Y	1	0,5	1	0,5	2	1		
	Y.Y	95	37,1	29	11,3	124	48,4		
Aile hekimliği	D	138	53,9	44	14,0	182	67,9	-0,115	0,021 *
	Y	0	0,0	1	0,5	1	0,5		
	Y.Y	13	5,0	11	4,3	24	9,3		
Üroloji	D	133	51,9	47	18,3	180	70,2	0,112	0,240
	Y	0	0,0	0	0,0	0	0,0		
	Y.Y	16	6,2	10	3,9	26	10,1		
Halk sağlığı	D	74	28,9	29	11,3	103	40,2	0,126	0,743
	Y	0	0,0	00	0,0	0	0,0		
	Y.Y	65	25,4	22	8,5	87	33,9		
Mikrobiyoloji	D	31	12,1	11	4,3	42	16,4	0,136	0,404
	Y	0	0,0	00	0,0	0	0,0		
	Y.Y	104	40,6	46	17,9	150	58,5		
Anestezi ve Reanimasyon	D	34	13,2	13	5,1	47	18,3	0,195	0,523
	Y	0	0,0	00	0,0	0	0,0		
	Y.Y	95	37,1	42	16,3	137	53,5		
Tüm hekimler	D	81	31,6	34	13,2	115	44,8	0,125	0,366
	Y	0	0,0	00	0,0	0	0,0		
	Y.Y	84	32,8	26	10,1	110	42,9		

D:Doğru, Y:Yanlış, Y.Y:Yorum yok

Araştırmaya katılan toplam 185 (%100) asistan doktorun, üreme sağlığı konuları hakkındaki bilgileri ile anabilim dalları arasındaki ilişkinin anova testi sonuçları incelendiğinde;

Güvenli annelik konusunda bilgi sahibi olma durumu ile anabilim dalları durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0,05$).

Acil obstetrik bakım bilgi durumu ile anabilim dalları durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0,05$).

Aile planlaması bilgi durumu ile anabilim dalları durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0,05$).

Cinsel yol ile bulaşan hastalıklar ve AIDS bilgi durumu ile anabilim dalları durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0,05$).

Gençlere yönelik üreme sağlığı hizmetleri hakkındaki bilgi durumu ile anabilim dalları durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0,05$) (tablo 16).

Tablo 16. Araştırmaya katılan doktorların üreme sağlığı konuları hakkındaki bilgileri ile anabilim dalları (preklinik, dahili, cerrahi) arasındaki ilişkinin anova testi sonuçları

	Varyansın kaynağı (yaş)	Kareler toplam	sd	Kareler ortalaması	F	P
Güvenli annelik bilgi durumu	Between Groups	0,008	2	0,004	0,224	0,800
	Within Groups	3,129	183	0,017		
Acil obstetrik bakım bilgi durumu	Between Groups	0,016	2	0,008	0,317	0,729
	Within Groups	4,745	183	0,026		
Aile planlaması bilgi durumu	Between Groups	0,167	2	0,083	2,257	0,108
	Within Groups	6,770	183			
Cinsel yol ile bulaşan hastalıklar ve AIDS bilgi durumu	Between Groups	0,084	2	0,042	1,723	0,181
	Within Groups	4,445	183			
Gençlere yönelik üreme sağlığı hizmetleri bilgi durumu	Between Groups	0,046	2	0,023	1,316	0,271
	Within Groups	3,176	183			

Araştırmaya katılan ve üreme sağlığından sorumlu olan branşlarda eğitim alan toplam 68 (%N:%100) asistan doktorun, üreme sağlığı konularından aldıkları ortalama puanlar ile üreme sağlığı konuları yeterlilik puanları karşılaştırıldığında;

Güvenli annelik konusunda en yüksek ortalama puanı (12,95); Kadın Hastalıkları ve Doğum asistanlarının aldığı, en az ortalama puanı (11,05) ise Anestezi ve Reanimasyon asistanlarının aldığı;

Acil obstetrik bakım konusunda en yüksek ortalama puanı (4,12); Kadın Hastalıkları ve Doğum asistanlarının aldığı, en az ortalama puanı (3,21) ise Aile Hekimliği asistanlarının aldığı;

Aile planlaması konusunda en yüksek ortalama puanı (3,98); Kadın Hastalıkları ve Doğum asistanlarının aldığı, en az ortalama puanı (3,32) ise Anestezi ve Reanimasyon asistanlarının aldığı;

Cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve AIDS konusunda en yüksek ortalama puanı (4,02); Halk Sağlığı asistanının aldığı, en az ortalama puanı (3,41) ise Anestezi ve Reanimasyon asistanlarının aldığı;

Gençlere yönelik üreme sağlığı hizmeti konusunda en yüksek ortalama puanı (11,95); Kadın Hastalıkları ve Doğum asistanının aldığı, en az ortalama puanı (10,94) ise Üroloji asistanlarının aldığı saptanmıştır (tablo 17).

Üreme sağlığından sorumlu hekimlerin tamamı, üreme sağlığı konuları için saptanan yeterlilik sınır puanının üzerinde puan almıştır.

Tablo 17. Araştırmaya katılan ve üreme sağlığı konusunda sorumlu olan branşlarda çalışan asistan doktorların, üreme sağlığı konularındaki ortalama puanları ile yeterlilik sınır puanı karşılaştırılması

	Üro. N:7	A.H N:7	K.H.D N:9	Mikr. N:4	Anes. N:11	Psik. N:7	Ped. N:22	H.S N:1
Yeterlilik Sınır puanı								
G.A	12,30	12,85	12,95	11,30	11,05	12,85	11,80	12,75
A.O.B	3,50	3,21	4,12	4,10	3,40	4,09	3,52	4,05
A.P	3,96	3,92	3,98	3,46	3,32	3,54	3,62	3,94
CYBH VE AİDS	3,80	3,52	3,90	3,70	3,41	3,80	3,86	4,02
G.Y.Ü.S.H	10,94	11,92	11,95	11,94	11,15	11,04	11,25	11,90

G.A: Güvenli Annelik, A.O.B: Acil Obstetrik Bakım, A.P: Aile Planlaması, CYBH VE AİDS:Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar ve AİDS, G.Y.Ü.S.H: Gençlere Yönelik Üreme Sağlığı Hizmeti, Üro: üroloji, A.H.: Aile Hekimliği, K.H.D.U: Kadın Hastalıkları ve Doğum, Mikr: Mikrobiyoloji, Anes: Anestezi ve Reanimasyon, Psik: Psikiyatri, Pedi: Pediyatri, H.S: Halk Sağlığı

5. TARTIŞMA ve SONUÇ

Bu çalışmada, cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmet çerçevesine göre; hizmet sunanların hizmet kalitesinin geliştirilmesi ve kaliteli hizmet sunumu kapsamında, hizmet sunanların öncelikle beş konu olan; güvenli annelik, acil obstetrik bakım, aile planlaması, CYBH-HIV/AİDS ve adölesan üreme sağlığı hakkındaki bilgilerinin incelenmesi amaçlanmıştır. S.D.Ü Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde eğitim gören asistan ve intern doktorların öncelikle bu konular hakkındaki bilgileri incelenmiştir.

Araştırmaya katılan toplam 256 (%100) kişinin; 185'inin (%72,3) asistan doktor olduğu, 71'nin (%27,7) ise intern doktor olduğu saptanmıştır.

Araştırmaya katılan toplam 256 (%100) bireyin 143'ünün (%55,9) erkek, 113'ünün (%44,1) ise kadın olduğu saptanmıştır. Alpua'nın üreme sağlığı ile ilgili yaptığı araştırma kapsamına alınan bireylerin %41,8'i kadın, %58,2'si erkek bireylerden oluştuğu belirlenmiştir (82). Alpua'nın yaptığı bu çalışmanın sonuçları bizim yaptığımız çalışmamızla, cinsiyet yönünden paralellik göstermektedir.

Çalışmamıza katılan toplam 256 (%100) kişinin, üreme sağlığı kapsamında yer alan güvenli annelik, acil obstetrik bakım, aile planlaması, cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve gençlere yönelik üreme sağlığı hizmetleri konularındaki bilgi düzeyleri incelendiğinde; çalışmaya katılanların güvenlik annelik konusunda bilgi sahibi olma düzeyinin düşük olduğu, acil obstetrik bakım konusunda bilgi sahibi olma düzeyinin yüksek olduğu, aile planlaması konusunda bilgi sahibi olma düzeyinin yüksek olduğu, cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve AİDS konusunda bilgi sahibi olma düzeyinin yüksek olduğu, gençlere yönelik üreme sağlığı hizmetleri konusunda bilgi sahibi olma düzeyinin ise düşük olduğu belirlenmiştir.

Hacettepe ve Dicle üniversitesi öğrencilerine yapılan çalışmada (cinsel /üreme sağlığını etkileyen faktörler adlı çalışmada) sağlıklı cinsellik/üreme hakkında bilgi sahibi oldukları belirlenmiştir (83).

Alpua'nın yaptığı çalışmada ise çalışma kapsamına alınan bireylerin cinsel sağlık ve üreme organlarının sağlığı konusunda bilgi sahibi oldukları belirlenmiştir (82).

Dilorio ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, bireylerin %91'inin cinsellik ve üreme sağlığı ile ilgili olarak bilgi sahibi oldukları belirlenmiştir (84).

Clark ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, gençlerin %97'sinin üreme sağlığı konusunda bilgi aldığı belirlenmiştir (85).

Cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve AIDS ile gençlere yönelik üreme sağlığı hizmetleri ortalama bilgi puanı ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($p < 0,05$). İntern doktorların, asistanlara göre ortalamasının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi 2010-2011 eğitim-öğretim yılı ders programına göre intern doktorların 6.sınıfta ve 4. sınıfta kadın hastalıkları ve doğum stajında cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve PİH dersi almış olması, ayrıca 5. sınıfta enfeksiyon hastalıkları stajında AIDS dersi almış olması ve cildiye stajında Sifiliz ve sfiliz dışı veneryen hastalıklar dersi almış olması ve yine 5. sınıfta üroloji stajında üriner enfeksiyonlar ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar dersi almış olmasından dolayı, intern doktorların bilgileri taze olup cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve AIDS ortalama bilgi puanı, asistan doktorlardan daha yüksek olması bu şekilde açıklanabilir. Yine intern doktorların 3.sınıfta aldıkları halk sağlığı ve aile hekimliği stajında adölesan sağlığı konusunda eğitim almış olup bilgileri tazedir. Gençlere yönelik üreme sağlığı hizmetleri ortalama bilgi puanı, asistan doktorlardan daha yüksek saptanmış olması bu şekilde açıklanabilir (35).

Araştırmaya katılan asistan doktorların (n:185, %100) hastalarına üreme sağlığı ile ilgili eğitim veriyor musunuz? sorusuna verdikleri cevaplar incelendiğinde; asistan doktorların çoğunluğu (n:106, %57,4) hayır cevabı vermiştir. Bunu; üreme sağlığı ile ilgili branşlarda, üreme sağlığı eğitimi verme oranı oldukça yüksekken, çalışma kapsamında yer alan tüm branşlar dahil edildiğinde oran düşmüştür şeklinde açıklayabiliriz.

Araştırmaya katılan ve üreme sağlığı eğitimi veren asistan doktorların(n:79, %100) ise en sık eğitim verdiği 2 konu sırasıyla cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve AIDS (n:35, %42,2) ile kontrasepsiyon (n:27, %35,1) olarak saptanmıştır. Avrupa birliği tarafından finanse edilen, Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Üreme Sağlığı Programı kapsamında desteklenen proje çerçevesinde bir kamuoyu araştırması gerçekleştirilmiş olup, araştırmaya göre Türk Halkının; cinsel yolla

bulaşan hastalıklar, genital kanserler ve doğum kontrol yöntemleri konusunda toplumda haberdarlık oranı yüksek olmasına karşın, uygulama oranlarının çok düşük olduğu dikkati çekmektedir (91). Buna göre asistan doktorlardan üreme sağlığı eğitimi verenlerin, bu eğitimi en sık olarak cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve AIDS ile kontrasepsiyon konusunda vermesi beklenen bir durumdur.

Asistanlık eğitimi sırasında üreme sağlığı ile ilgili yeterli bilgi verilmediğini belirten asistan doktor sayısı 135 (%73,7) iken, yeterli bilgi verildiğini söyleyenlerin sayısı 49 (%26,3) olarak saptanmıştır. Asistan doktorların çoğunluğu olumsuz yanıt vermiş olup, bu durum fakültemizin üreme sağlığı konusundaki tutumuyla açıklanabilir.

Araştırmaya katılan toplam 185 (%100) asistan doktordan, asistanlık eğitimi süresince üreme sağlığı ile ilgili bilgilenmenin sonraki çalışma yaşamında yararlı olacağını düşünenlerin sayısı 120 (%64,9) iken, yararlı olmayacağını düşünenlerin sayısı 65 (%35,1) olarak saptanmıştır. Asistanların çoğu bu soruya olumlu yanıt vermiştir. Bu soruya verilen cevaplar asistan doktorların kendi kişisel görüşleri olup üreme sağlığı konusundaki tutumlarını bize yansıtması açısından önemli olabilir.

Çalışmaya katılan 185 (%72,3) asistan doktorun 138'i (%53,9) ve 71 (%27,7) intern doktorun 44'ü (%14,0) aile hekimlerinin üreme sağlığı konusunda daha çok sorumluluğu olduğunu belirtmiştir ($p < 0,05$). Buna göre asistan doktorların, aile hekimlerini, intern doktorlara göre üreme sağlığı konusunda daha çok sorumlu tutmakta olduğu görülmüştür. Bu soruya verilen cevaplar asistan doktorların kendi kişisel görüşleri olup üreme sağlığı konusundaki tutumlarını bize yansıtması açısından önemli olabilir.

Gençlerin üreme sağlığı bağlamında sınırlı olarak değerlendirilen bilgilerini arttırmada farklı odak ve seçeneklere yöneldikleri görülmektedir. Gençler üreme sağlığı konusunda daha çok sağlık kurum ve kuruluşlarından bilgi almak istemektedir. Literatürde açıklandığı gibi üreme sağlığı alanındaki eğitimlerin bu alanda eğitim almış kişilerce verilmesi önemlidir (86).

Araştırmaya katılan ve üreme sağlığından sorumlu branşlarda çalışan asistan doktorların, üreme sağlığı konularındaki ortalama puanı ile yeterlilik sınır puanı karşılaştırılmış olup; üreme sağlığından sorumlu hekimlerin tamamı üreme sağlığı

konuları için saptanan yeterlilik sınır puanı üzerinde puan almıştır. Üreme sağlığından sorumlu tıp branşlarında verilen eğitim içinde üreme sağlığı konularının yer alması muhtemel olduğundan bu sonuç beklenen bir durumdur.

6. ÖNERİLER

Çalışmamıza katılan hekimlerin; güvenlik annelik konusunda bilgi sahibi olma düzeyinin düşük olduğu, acil obstetrik bakım konusunda bilgi sahibi olma düzeyinin yüksek olduğu, aile planlaması konusunda bilgi sahibi olma düzeyinin yüksek olduğu, cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve AİDS konusunda bilgi sahibi olma düzeyinin yüksek olduğu, gençlere yönelik üreme sağlığı hizmetleri konusunda bilgi sahibi olma düzeyinin ise düşük olduğu belirlenmiştir.

Halkımızın sosyoekonomik, coğrafi ve kültürel nedenlere bağlı olarak üreme sağlığı konusundaki bilgileri değiştiği için üreme sağlığı hizmeti sunanların eksik olduğu konularda kendini yetiştirmesi sağlıklı bir toplum ve gelecek için çok önemlidir. Bunun için tıp fakülteleri bünyesinde hizmet içi eğitime önem verilmesi ve sağlık bakanlığınca periferde çalışan hekimlere de benzer eğitimlerin verilmesi önerilmektedir.

Üreme sağlığı konusunda hizmet veren görevliler arasında uzman hekimlerin dışında aşağıda yer alan sağlık görevlileri de bulunmaktadır. Bu kişilerin de üreme sağlığı konusunda bilgi ve tutumlarının ölçülmesi önerilmektedir. Böylece eksik olan bilgiler varsa ona göre eğitimler düzenlenebilir ve hizmet sunum kalitesi artırılabilir.

Birinci basamak sağlık kuruluşlarında;

*Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezlerinde: Aile Hekimi, Diyetisyen, Psikolog, Çocuk Gelişim Uzmanı, Sosyal Hizmet Uzmanı, Tıbbi Teknolog, Hemşire, Ebe, Laboratuvar Teknisyeni.

*Aile Sağlığı Merkezi: Aile Hekimi, Hemşire, Ebe, Laboratuvar Teknisyeni, Çevre Sağlık Teknisyeni, Sağlık Memuru.

*İkinci-Üçüncü Basamak Sağlık Kuruluşlarında: Aile Hekimi, Diyetisyen, Psikolog, Sosyal Hizmet Uzmanı, Hemşire, Ebe, Laboratuvar Teknisyeni, Anestezi Teknisyeni, Röntgen Teknisyeni, Tıbbi Sekreter (34).

ÖZET

SDÜ Tıp Fakültesi Asistanları ve 6. Sınıf Öğrencilerinin Üreme Sağlığı Hakkındaki Bilgilerinin İncelenmesi

Bu araştırma, SDÜ Tıp fakültesi Asistanları ve 6. Sınıf öğrencilerinin üreme sağlığı hakkında bilgilerini araştırmak amacı ile yapılmıştır. Bu araştırma 256 kişiye üzerinde uygulanmıştır. Çalışmaya 185 asistan ve 71 intern doktor katılmıştır. Çalışmamızda üreme sağlığı anketi uygulanmıştır. Elde edilen veriler SPSS paket programına yüklenmiş ve verilerin analizi yapılmıştır. Analizde; frekans dağılımı, betimsel analiz, ki-kare testi ve anova testi uygulanmıştır. Anlamlılık değeri $p < 0,05$ olarak alınmıştır.

Çalışma sonucunda, çalışmaya katılanların üreme sağlığı bilgi düzeyi incelendiğinde; güvenli annelik konusunda bilgi sahibi olma düzeyinin düşük olduğu, acil obstetrik bakım konusunda bilgi sahibi olma düzeyinin yüksek olduğu, aile planlaması konusunda bilgi sahibi olma düzeyinin yüksek olduğu, cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve AIDS konusunda bilgi sahibi olma düzeyinin yüksek olduğu, gençlere yönelik üreme sağlığı hizmetleri konusunda ise bilgi sahibi olma düzeyinin düşük olduğu belirlenmiştir.

İtern doktorların, cinsel yol ile bulaşan hastalıklar ve AIDS ile gençlere yönelik üreme sağlığı hizmetleri bilgisinin asistan doktorlara göre daha fazla olduğu saptandı.

Araştırmaya katılan asistan doktorların çoğu mezuniyet öncesinde üreme sağlığı ile ilgili bilgi edindiğini ifade ederken, asistanlık eğitimi sırasında kendilerine üreme sağlığı ile ilgili yeterli bilgi verilmediğini söylemiştir.

Araştırmaya katılan ve üreme sağlığı eğitimi veren asistan doktorların ise en sık eğitim verdiği iki konu sırasıyla cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve AIDS ile kontrasepsiyon olarak saptanmıştır.

Asistan doktorların çoğu asistanlık eğitimi süresince, üreme sağlığı ile ilgili bilgi edinmenin sonraki çalışma yaşamında yararlı olacağını ifade etmiştir.

Asistan doktorlar intern doktorlara göre, üreme sağlığı konusunda aile hekimlerini daha çok sorumlu tutmaktadır.

Araştırmaya katılan asistan doktorların üreme sağlığı konuları hakkındaki bilgileri ile anabilim dalları (preklinik, dahili, cerrahi) arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

Üreme sağlığı konularından sorumlu olan ve bu branşlarda çalışan asistan doktorların çoğu, üreme sağlığı konuları için saptanan yeterlilik sınır puanını geçmiş olduğu görüldü.

Anahtar kelimeler: Üreme sağlığı, Üreme sağlığı bilgisi

SUMMARY

The research of the knowledge of the assistants and the 6th grade students at SDU Medical Faculty about reproductive health

This study was conducted to investigate the knowledge of the assistants and the 6th grade students at SDU Medical Faculty about reproductive health. It was carried out on 256 people. 185 assistants and 71 intern doctors attended the study. A reproductive health survey was carried out for the study. The acquired data was loaded to SPSS 15.0 packaged software and analyzed. The frequency distribution, descriptive analysis, chi-square and anova tests were applied on the analysis. The value of significance was determined under 0.05.

At the end of the study, when the level of knowledge of the attendants about reproductive health, it is stated that the level of knowledge about; safety maternity is low, urgent obstetrics care is high, family planning is high, sexually transmitted diseases and AIDS is high and reproductive health services for young people is low.

It is stated that interns have more information than the assistant doctors about sexually transmitted diseases and AIDS.

Most of the assistant doctors claimed that they got information about reproductive health before their graduation from medicine faculty, however; they were not given enough information about this subject during their assistant education.

According to the research, the most two frequent subjects that the assistant doctors attending the study and giving reproductive health education are respectively sexually transmitted diseases, AIDS and contraception

It is stated that the assistant doctors think that getting knowledge about reproductive health will be helpful for their working life.

Unlike the intern doctors, assistant doctors think family practitioners are more responsible about reproductive health.

A significant relation is not established between the attendants' reproductive health knowledge and their departments like preclinical, internal and surgical.

It is stated that most of the assistant doctors working at branches responsible for reproductive health subjects, passed reproductive health adequacy limit point.

Key words: Reproductive health, Reproductive health knowledge

KAYNAKLAR

1. Gölbaşı Z. Adolesan Kızlara Yönelik Okula Dayalı Üreme Sağlığı Eğitim Programının Etkinliği. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi. Ankara, 2002
2. Akın A. Aile Planlamasından Üreme Sağlığına Geçiş, Aktüel Tıp Dergisi. 2001; 6(1):4-8
3. İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı, Cinsel Sağlık Bilgileri Eğitimi Öğretmen El Kitabı. Aşama Matbaacılık Ltd.Şti. İstanbul: 2000
4. Birleşmiş Milletler, Nüfus ve Kalkınma, Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansında Kabul Edilen Eylem Planı. Kahire: 5-13 Eylül, 1994
5. T.C Başbakanlık Devlet Planlama Müsteşarlığı teşkilatı internet sitesi. <http://ekutup.dpt.gov.tr/saglik/oik577.pdf> (erişim tarihi: 12/08/2011)
6. T.C Başbakanlık Devlet Planlama Müsteşarlığı teşkilatı internet sitesi. <http://ekutup.dpt.gov.tr/nufus/oik572.pdf> (erişim tarihi: 12/08/2011)
7. Türkiye Üreme Sağlığı Programı internet sitesi. http://sbu.saglik.gov.tr/tusp/turkce/yayinlar/pdf_dokumanlar/03_CSUSHizmetCercesisi_t.pdf (erişim tarihi: 12/07/2011)
8. Bilgel N. Halk Sağlığı Bakışı ile Ana ve Çocuk Sağlığı. İstanbul: Güneş ve Nobel Yayınevi, 1997: 129-159
9. Bayar N, Akın A. Güvenli Annelik. Sağlık ve Toplum. 1998; 8(3-4):33-36
10. Center for Disease Control and Prevention. Atlanta: Safe Motherhood Promoting Health for Women Before, During and After Pregnancy. 2008
11. Fortner KB, Szymanski LM, Fox HE, Wallach EE. Johns Hopkins Jinekoloji ve Obstetri El Kitabı. Ed. Oral E, 3.baskı, Öncü Basımevi, Ankara: 2008;58-74
12. T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge. 2.Bölüm Sağlık Hizmetlerinin Temel İlkeleri Madde 5. Ankara: Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2001
13. Sönmez Y. Doğum Öncesi Bakım Hizmetleri. Sted, TTB Yayını 2007; 16 (1): 9
14. Turan T. Annelerin Düzenli Prenatal Bakım Alma Durumları ve Etkileyen Faktörler. Fırat Sağlık Hizmetleri Derg, 2008;3(9)
15. Gürgüç A. Doğum Bilgisi. Yargıçoğlu Kitabevi, 6.baskı, Ankara: 1986:123-129
16. Pritchard J, McDonald P, Norman F. Williams Obstetrics Appleton Century Crofts. 1989:310-331
17. Weingold A. Prenatal Care. Clinical Obstetrics 2003;2(12)1-13
18. Ana ve Çocuk Sağlığında Temel Bilgiler. İstanbul Üniversitesi Çocuk Sağlığı Enstitüsü.1992:4079
19. Neyzi, O. Çocuk Hemşireliği Bilgisi. Demet Ofset Matbaacılık, İstanbul:1982:13-14
20. Taşkın, L. Anne Sağlığı Hemşireliği. Ankara: 1993;69-84
21. Benowitz N. Gebelikte Nikotin Yerine Koyma Tedavisi. 1992; 5(7):482-486
22. Güler K, Yıldız A. Gebelerin Cinsel Yaşamlarıyla İlgili Epidemiyolojik Bir Çalışma. Hemşirelik bülteni.1989; 3(14):45-51

23. Jenson MD, Bobak IM. Maternity and Gynecolojik Care. St. Louis Mosby Company. 1985; 332-349,371-400
24. Türkiye Üreme Sağlığı Programı internet sitesi.
http://sbu.saglik.gov.tr/tusp/turkce/yayinlar/pdf_dokumanlar/AP_D_1.pdf (erişim tarihi: 10/08/2011)
25. Arısan K. DoğumBilgisi (Obstetrics). İstanbul: ÇeltütMatbaası, 1989;244,251,300-324
26. Farrer H. Materity-Care. Melbourne: Churchill Livingstone 1992;88-89
27. Türk İç Hastalıkları Uzmanlık Derneği internet sitesi. <http://tihud.org.tr/uploads/content/kongre/10/10.20.pdf> (erişim tarihi: 1/08/2011)
28. Gülhane Askeri Tıp Akademisi internet sitesi.
<http://www.gata.edu.tr/cerrahibilimler/kadindogum/sss/normaldogum1.html> (erişim tarihi: 24/07/2011)
29. Özvarış ŞB. Aile Planlaması. Sağlık ve Toplum. 1998; 8(3-4):49-54
30. Türkiye Üreme Sağlığı Programı internet sitesi.
http://sbu.saglik.gov.tr/tusp/turkce/yayinlar/pdf_dokumanlar/29_UlusalAnneOlumleriCalismasi_FinalRaporu.pdf (erişim tarihi: 10/08/2011)
31. Özaydın N, Akın A. İstenmeyen Gebelikler ve Düşüklerin Kadın Sağlığına Etkileri. Sağlık ve Toplum. 1998; 8(3-4):55-60
32. Türkiye Üreme Sağlığı Programı internet sitesi.
http://sbu.saglik.gov.tr/tusp/turkce/yayinlar/pdf_dokumanlar/01_AOBKlinisyenEgitimi.pdf (erişim tarihi: 13/08/2011)
33. Türkiye Üreme Sağlığı Programı internet sitesi.
http://sbu.saglik.gov.tr/tusp/turkce/yayinlar/pdf_dokumanlar/02_USG.pdf (erişim tarihi: 12/08/2011)
34. Türkiye Üreme Sağlığı Programı internet sitesi.
http://sbu.saglik.gov.tr/tusp/turkce/destek_alanlari/yonetimin_guclendirilmesi/dokuman.asp (erişim tarihi: 18/08/2011)
35. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi internet sitesi.
<http://tip.sdu.edu.tr/index.php?dosya=egitim/mezunonce/egitimrehberonbir&tur=2> (erişim tarihi: 05/04/2011)
36. Fişek NH. Dünyada ve Türkiye’de Nüfus Sorunu. Hekimler İçin Aile Planlaması El Kitabı. Ankara: 1983:1-21
37. Şirin, A, Altınsoy S. Çamdibi 8 nolu Aile Planlaması ve Ana Çocuk Sağlığı Merkezine Başvuran Kadınların RİA Kullanma Durumu ve Bu Konudaki Bilgilerinin İncelenmesi. Ege Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 1995;11(1):110
38. Şirin A, Demir Ü, Saruhan A. Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Ders Notları İzmir: 1997;330-355
39. Gökmen O, Çiçek N. Günümüzde Kontrasepsiyon. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri 2001:319
40. Keith L, Berger G, Moss W. Prevalances of Gonorrhoea among Women Using Various Methods of Contraception. Br J Venereal Dis 1975;51-307
41. Cates WJR, Stone KM. Family Planning Sexually Transmitted Diseases and Contraceptive Choice. A literature update Part II. Family Planning Respect 1992; 24-122

42. Speroff L, Glass RH, Kase NG. Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility. S. Edition, Baltimore: Williams and Wilkins, 1994:678-806
43. Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi. Kontraseptif yöntemler. Ankara: Damla Matbaacılık, Reklamcılık ve Yayıncılık Tic. Ltd. Şirketi 2005; 2(3):311-561
44. Akın A, Tokgöz T. Türkiye’de Aile Planlaması Çalışmaları. Hekimler İçin Aile Planlaması El Kitabı. Ankara: 1983:22-28
45. Trussell J, Hatcher RA, Cates W JR, et al. Contraceptive Failure in the United States: an update. Stud Fam Plan 1990;21-51
46. Akın A. Kontraseptif Yöntemler. Uluslararası Basım İnsan Kaynağı Geliştirme Vakfı 1990;275-383
47. Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi. Kontraseptif Yöntemler. Cilt: II,Ankara: Damla Matbaacılık Ltd. Şti 2000;345-351-594
48. Aile Planlaması Klinik Uygulama El Kitabı. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü İnsan Kaynağı Geliştirme Vakfı, Bölüm: 7,8,9,10,13,21. İstanbul: Nobel Tıp Kitapları Ltd. Şti. 1995
49. Durmuşoğlu F, Tomruk DG, Yıldırım A. Özel Dönem ve Durumlarda Kontrasepsiyon. Aile Planlamasında Temel Bilgiler, İnsan Kaynağı Geliştirme Vakfı. Ankara: Damla Matbaacılık Ltd. Şti 1997;195-211
50. Huezo C. IMPA Statement On Periodic Abstinence For Family Planning. IPPF Medical Bulletin 1996;30(1):2
51. Said S, Omar K, Koetsawang S, Kiriwat O, Srisatayapan Y, Kazi A, et al. A Multicentred Phase III Comparative Clinical Trial of Depot-medroxyprogesterone acetate Given Three-Monthly at Doses of 100 mg or 150 mg: 1. Contraceptive efficacy and side effects. Contraception. 1986; 34(3):223
52. Pardthaisong T. Return of Fertility after Use of the Enjectable Contraceptive Depo Provera, updated analysis. J Biosoc SCI 1984;16-23
53. Ortaylı N. Hormonal Kontrasepsiyon. Aile Planlamasında Temel Bilgiler, İnsan Kaynağı Geliştirme Vakfı. İstanbul: Damla Matbaacılık Ltd. Şti 1997;146-162
54. Çanga S, Ilgaz YN. Aile Planlaması Konsepsiyonel Metodların Kullanılması. Ankara: 1980
55. Conk Z. Kontrasepsiyon Yöntemleri. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 1987; 3(1):72-80
56. Ana Sağlığı Programı. T.C. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı. Ankara: Rekmay Ltd. Şti 1986;15-24.
57. Norplant. Medicine Actual Aylık Popüler Sağlık Dergisi 1996; 9(4)
58. Aile Planlaması Kursu Çalışma Grubu. Aile Planlaması Kurs Rehberi. İkinci Taslak, 1995;Mayıs.
59. Yıldırım A. Rahim İçi Araçlar. Aile Planlamasında Temel Bilgiler, İnsan Kaynağı Geliştirme Vakfı. İstanbul: Damla Matbaacılık Ltd. Şti 1997;167-179
60. Tomruk DG. Bariyer Yöntemleri. Aile Planlamasında Temel Bilgiler, İnsan Kaynağı Geliştirme Vakfı. İstanbul: Damla Matbaacılık Ltd. Şti 1997;131-142
61. Urman B, Harmancı G. Gönüllü Cerrahi Sterilizasyon. Aile Planlamasında Temel Bilgiler İnsan Kaynağı Geliştirme Vakfı. İstanbul: Damla Matbaacılık Ltd. Şti 1997;181-188

62. Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği Kitabı. Ankara: Sistem Ofset 1995; 261-273
63. Tomruk DG. Doğal Aile Planlaması Yöntemleri. Aile Planlamasında Temel Bilgiler, İnsan Kaynağı Gelişme Vakfı. İstanbul: Damla Matbaacılık Ltd. Şti 1997; 113-121
64. Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı. Nüfus, Demografi yapısı, Göç Özel İhtisas Komisyonu Raporu Ankara: 2001:41
65. Yaman Efe S. Üniversite Son Sınıf Öğrencilerinin Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Konusunda Bilgi ve Davranışları. Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemsireliği 2003
66. Çetintürk A, Terzioğlu F. Genç Erişkin Erkeklerin Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklara (Hepatit B, HIV/AIDS, Sifiliz, Gonore) İlişkin Bilgileri. Klinik Bilimler & Doktor 2002; 8(2):240-241
67. Akın L. Türkiye’de Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonların Epidemiyolojisi. Türkiye Klinikleri J Med Sci 2006; 26:655-665
68. Hall CS, Klausner JD, Bolan GA. Managing Syphilis in the HIVinfected Patient. Curr Infect Dis Rep 2004; 6:72-81
69. Grandi JL, Palhares MC, Gohman S, et al. Syphilis and Hepatitis Bin a HIV High Risk Population. European Congress of Clinical Microbiology and Infections Diseases İstanbul: April 1-4, 2001
70. Laga M, Manoka A, Kivuvu M, Malele B, Tuliza M, et al. Nonulcerative Sexually Transmitted Diseases as Risk Factors for HIV-1 Transmission in Women. Results from a Cohort Study, AIDS. 1993; 7: 95-102
71. T.C Sağlık Bakanlığı, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile planlaması Genel Müdürlüğü internet sitesi. <http://www.saglik.gov.tr/ACSAB/dosya/1-48892/h/uaphr-cilt-1.pdf> 10.bölüm (erişim tarihi: 10/08/2011)
72. Gorbach SC, Bartlett SG, Blacklow NR. Infections Diseases. Saunders Company, United States Of America. 1992;808-852
73. Ünal S. Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar. Sürekli Tıp Eğitim Dergisi 1993;2(3): 96-97
74. Aras Z. Adolesan çağında cinsellik ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar. 2. Ulusal AIDS ve 1. Ulusal CİGH Sempozyumu. İzmir: 6-8 Nisan, 1994
75. Türkiye Üreme Sağlığı Programı internet sitesi http://sbu.saglik.gov.tr/tusp/turkce/yayinlar/pdf_dokumanlar/06_Adolesan.pdf (erişim tarihi: 10/08/2011)
76. Ercan G. Puberte fizyolojisi. In: Adolesan sağlığı. Ed. Ercan O, Alikışıfoğlu M, Ercan G. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi, No:43. İstanbul: Kaya Basım, 2005; 9-16
77. Neinstein LS, Anderson MM. Adolescent sexuality. In: Ed.Neinstein LS. Third Edition, Williams&Wilkins. Baltimore: Port City Press 1996;627-639
78. Nusbaum MRH. Ergen Cinselliği. In: Ed. South-Paul JE, Matheny SC, Lewis EL. Current Aile Hekimliği Tanı ve Tedavi. Ankara: Güneş Tıp Kitapevleri 2007; 160-169
79. Aile Hekimliği Dergisi internet sitesi. <http://ailehekimligidergisi.org/Default.aspx?Ctrl=Text&IDArticle=8#32> (erişim tarihi: 15/08/2011)
80. Mark BS. Preventive Health Counseling for Adolescents. Am Fam Physician 2006; 74:1151-1156

81. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi internet sitesi. <http://tip.sdu.edu.tr/index.php?dosya=akademikyapi/anablmddl&tur=2> (erişim tarihi: 14/08/2011)
82. Alpua Z. Adölesanların Anne-Babalarının ve Öğretmenlerinin Cinsellik ve Üreme Sağlığı ile İlgili Tutum ve Davranışları. Dicle Üniversitesi, uzmanlık tezi, 2006:48
83. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü internet sitesi. http://sbu.saglik.gov.tr/tusp/turkce/yayinlar/pdf.../01_USEP.pdf (erişim tarihi: 5/7/2011)
84. Dilorio C, Kelley M, Hockenbery EM. Communication About Sexual Issues: Mother, Fathers, and Friends. *J Adolesc Health* 1999; 24(3):181-189
85. Clark LR, Jackson M, Allen T. Adolescent Knowledge About Sexually Transmitted Disease. *Sex Transm Dis* 2002; 29:436-43
86. Özcebe H, Akın L, Aslan D. A Peer Education Example on HIV/AIDS at a High School in Ankara. *Turk J Pediatr* 2004; 46(1): 54-59
87. Aktürk Z, Dağdeviren N, Şahin EM, Özer C ve ark. Hastalar Hekimleri Değerlendiriyor, Europep Ölçeği. *DEU Tıp Fakültesi Dergisi* 2002
88. Baş T. Anket. Ankara: Seçkin Yayıncılık 2003
89. Trochim WMK. Research Methods Knowledge Base. Internal Validity. Cornell University, 1999
90. Özdamar K. Tıp Biyoloji Eczacılık Ve Diş Hekimliği Öğrencileri İçin SPSS İle Biyoistatistik.4. Baskı. Eskişehir: Kaan Kitabevi, 2001
91. Bilgiportal internet sitesi. <http://www.bilgiportal.com/v1/idx/53/688/Salk/makale/Cinsel-Salk-aratrm.html> (erişim tarihi: 10/7/2011)

EKLER**EK-1: Üreme Sağlığı Anketi**

SDÜ Tıp Fakültesi asistanları ve 6. Sınıf öğrencilerinin üreme sağlığı hakkındaki bilgilerini ölçmeye yönelik hazırlanan ve 40 sorudan oluşan üreme sağlığı anketi

Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD

1-Eğitim durumunuz:

a)Asistan b)İntern (yanıtınız (b) ise lütfen 4.soruya geçiniz)

2-Asistanlıktaki süreniz ve Uzmanlık eğitimi aldığınız bölüm:
...../.....

3-Meslek yılınız: yıl

4-Yaşınız:.....

5-Cinsiyetiniz ?

a)Erkek

b)Kadın

6- Medeni durumunuz?

a)Bekar

b)Boşanmış

c)Evlü

7- Gebelik öncesi risk değerlendirilmesinde tüm kadınlara önerilen laboratuvar testleri içinde rubella taraması var mıdır?

<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
-------------------------------	--------------------------------

8-Aşağıda yer alan, gebelik süresince doğru olan tutumları işaretler misiniz? (birden fazla şık işaretlenebilir)

Gebe kadınlar toksoplazmozis riski nedeniyle çiğ etten uzak durmalıdır.
(doğru) (yanlış)(yorum yok)

Erken gebelikte bulantı ve kusmayı kontrol için yağlı ve baharatlı yiyeceklerden kaçınılması tavsiye edilmez.
(doğru) (yanlış) (yorum yok)

Genellikle gebelerde cinsel aktiviteyi kısıtlamak gerekir
(doğru) (yanlış)(yorum yok)

Gebelikte; intra uterin gelişme geriliği mevcut olanlarda egzersiz kontrendikedir.
(doğru) (yanlış) (yorum yok)

Gebelikte önerilen toplam kilo alımı gebelik öncesi vücut kitle indexine bağlıdır.
(doğru)(yanlış) (yorum yok)

9- Postpartum dönemde RİA ilk 10 dakikada hemen, ilk hafta içinde erken ve doğumu takiben 6. haftada, sezeryanı takiben 8. haftada takılabilir mi?

<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
-------------------------------	--------------------------------

10-Normal doğum eyleminde ilk değerlendirmede aşağıdakilerden hangisi hikayede sorgulanmalıdır?

(Birden çok seçenek işaretleyebilirsiniz)

Kontraksiyonların başlangıcı **(doğru) (yanlış) (yorum yok)**

Su gelmesi **(doğru) (yanlış) (yorum yok)**

Vajinal kanamanın varlığı veya yokluğu **(doğru) (yanlış) (yorum yok)**

Fetal hareketlerin durumu **(doğru) (yanlış) (yorum yok)**

Maternal alerji **(doğru) (yanlış) (yorum yok)**

En son ne zaman oral alım yaptığı **(doğru) (yanlış) (yorum yok)**

İlaçlar **(doğru) (yanlış) (yorum yok)**

11- Uterin Atonide; ilk yapılması gereken alt uterin segmentten pıhtıların çıkarılması ve bimanüel masaj uygulaması ile uterusun yeterince kasılmasını sağlamaya çalışmaktır. Sizce bu ifade doğru mudur?

<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
-------------------------------	--------------------------------

12- Aşağıda yer alan emzirme ile ilgili doğru olan bilgileri işaretler misiniz? (Birden çok seçenek işaretleyebilirsiniz)

Bebeklerin ilk 6 ay sadece anne sütü ve 1 yaşına kadar anne sütüne ilave edilen ek gıdalar önerilmektedir

(doğru) (yanlış) (yorum yok)

Emzirme doğumdan hemen sonra mümkün olan en kısa zamanda başlamalıdır

(doğru) (yanlış) (yorum yok)

Yenidoğanlar 2-3 saatte bir doyana kadar emzirilmemelidir

(doğru) (yanlış) (yorum yok)

Sık emzirme yenidoğan sarılığını azaltmaz

(doğru) (yanlış)(yorum yok)

Anne sütü, prematür yenidoğanlar veya 6 aydan büyük bebekler için yeterli demir içerir

(doğru)(yanlış)(yorum yok)

13- Rh uyuşmazlığı durumunda, anneye doğum sonrası anti-d globulin yapılmasına gerek yoktur. Sizce bu ifade doğru mudur?

<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
-------------------------------	--------------------------------

14- Birinci trimesterin erken haftalarında düşük tehdidi tanısı alan bir gebe kadına uygulanacak tedavi aşağıdakilerden hangisi olmalıdır?

- A)Projestin verilmesi
- B)Östrojen verilmesi
- C)Östrojen ve projestinlerin birlikte verilmesi
- D)Spazmolitik ajanların verilmesi
- E)Yatak istirahati

15- Dış gebelik tanısı en erken hangisi ile konur?

- A)USG
- B)Gebelik bulguları vermesine rağmen idrar testi (-) olması
- C)Her iki günde bir hCG'nin ikiye katlanmaması
- D)Pelvik muayene ile
- E)Koldosentez

16- Kalp yetmezliği, Eisenmenger sendromu ve Primer Pulmoner Hipertansiyon olgularına gebelik önerilir ifadesi sizce doğru mudur?

<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
-------------------------------	--------------------------------

17- Aşağıdakilerden hangisi preeklampsi tanısı koyduran kriterlerden biri değildir?

- A) Hipertansiyon
- B) Proteinüri
- C) Ödem
- D) KC enzimlerinde yükselme
- E) Trombositopeni

18- Korunmasız cinsel ilişkiden sonra uygulanan aşağıdaki yöntemlerden hangisinin postkoital kontrasepsiyon etkinliği yoktur?

- A) Vajinal lavaj
- B) Yüksek dozda kombine oral kontraseptif
- C) Yüksek dozda progestinli oral kontraseptif
- D) İntrauterin araç
- E) Oral antiprogesteron

19- KOK kullanımı ile ilgili olarak aşağıda yer alan şıklardan doğru olanları işaretler misiniz? (Birden çok seçenek işaretleyebilirsiniz)

Bir dönemde 1 hap unutulmuşsa hemen o hap alınmalı ve bir sonraki hap da normal zamanında içilmelidir **(doğru)(yanlığ)(yorum yok)**

İki hap unutulursa unutilan haplar 12 saat arayla alınmalı ve daha sonra kutuya devam edilmelidir.(7)Yedi gün boyunca da ek korunma yöntemi uygulanmaz **(doğru)(yanlığ) (yorum yok)**

İki haptan daha fazla hap unutulursa, ilişkide bulunulmuşsa acil kontrol yöntemi önerilmeli ve ertesi gün KOK'lara başlanmalıdır. Dönemin kalan kısmında alternatif kontrol yöntemleri önerilmelidir **(doğru)(yanlığ) (yorum yok)**

20- Oral kontraseptif kullanan birinde aşağıdakilerden hangisinin görülmesi ilacı hemen bırakma endikasyonudur?

- a) Epilepsi
- b) Amenore
- c) Galaktore
- d) Hemoptizi
- e) Depresyon

21- Levonorgestrel içeren rahim içi araç uygulaması aşağıdakilerin hangisinde azalmaya yol açmaz?

- a)Menstrüel kanama miktarı
- b)Dismenore şiddeti
- c)Kontraseptif etkinlik
- d)Myoma uteri boyutları
- e)Pelvik inflamatuvar hastalık sıklığı

22-Cinsel aktif kadınlar arasında en yüksek cinsel geçişli pelvik inflamatuvar hastalık sıklığına aşağıdaki dönemlerden hangisinde rastlanır?

- a)Premenopozda
- b)Gebe olmayan 30 lu yaşlarda
- c)Gebelerde
- d)Adolesanlarda
- e)Menopoz sonrasında

23- Kadında yeşil renkli vaginal akıntı ve kaşıntı var? Aşağıdakilerden hangisi ilk önce akla gelir.

- a)Trichomona vaginalis
- b)Candida albicans
- c)Herpes simplex
- d)Egzema
- e)Klamidya infeksiyonu

24- HPV enfeksiyonu ile ilgili aşağıda yer alan şıklardan doğru olanları işaretler nisiniz?(Birden çok seçenek işaretleyebilirsiniz)

HPV enfeksiyonu en sık görülen cinsel geçişli hastalık değildir,
(doğru)(yanlış) (yorum yok)

Görülme sıklığı 15-25 yaşları arasında pik yapmaz
(doğru)(yanlış) (yorum yok)

Kondiloma akuminata, sekonder sfilizin lezyonu Kondüloma Latadan mutlaka ayırt edilmelidir
(doğru)(yanlış) (yorum yok)

HPV aşılması; ikinci ve üçüncü aşıyla birinci dozdan 2 ve 6 ay sonra yapılmalıdır
(doğru)(yanlış) (yorum yok)

25- Cinsel yolla bulaşan aşağıdaki hastalıklardan hangisi kadınlarda genital ülsere yol açmaz?

- a) Granuloma inguinale
- b) Sifiliz
- c) Gonore
- d) Şankroid
- e) Genital herpes

26- Kadınlarda alt ve üst genital traktus enfeksiyonlarında aşağıdakilerin hangisinin varlığında eşin tedavi edilmesi gerekli değildir?

- a) Neisseria gonorrhoeae
- b) Gardnerella vaginalis
- c) Chlamydia trachomatis
- d) Candida albicans
- e) Trichomonas vaginalis

27- Adolesan dönemle ilgili olarak aşağıda yer alan şıklardan doğru olanları işaretler misiniz? (Birden çok seçenek işaretleyebilirsiniz)

Adölesans, puberteden farklı olarak, bireyin erişkin gibi düşünmesi ve davranması ile sonuçlanan psikososyal değişiklikleri içermez.

(doğru)

(yanlış)

(yorum yok)

Kız çocuklarında pubertanın ilk fiziksel belirtisi genellikle göğüs gelişimi(telarş)'dır

(doğru)

(yanlış)

(yorum yok)

Erkek çocuklarda pubertanın ilk fiziksel belirtisi testis hacimlerinin artmasıdır

(doğru)

(yanlış)

(yorum yok)

Adölesan dönem kız ve erkekte aynı zamanda tamamlanır

(doğru)

(yanlış)

(yorum yok)

28- Ergenlerin sağlık merkezini ziyareti sırasında aşağıdakilerden hangisi sizce yapılmalıdır? (Birden çok seçenek işaretleyebilirsiniz)

Beslenme alışkanlıkları düzeltilmemelidir
(doğru)(vanlış) (vorum yok)

Sigara, alkol ve diğer zararlı maddelerin kullanımı önlenmelidir
(doğru) (vanlış) (vorum yok)

HIV enfeksiyon riski için önlemler alınmalıdır
(doğru) (vanlış) (vorum yok)

Eksik ya da gerekli aşılar yapılmamalıdır
(doğru) (vanlış)(vorum yok)

Gebeliğe ve cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı önlemler anlatılmalıdır
(doğru) (vanlış) (vorum yok)

29- Üreme hakları; insanların üreme yeteneğine ve bunu ne zaman ve nasıl gerekleştireceklerine karar verme özgürlüğüne sahip oldukları anlamına gelmez. Sizce bu ifade doğru mudur? **A) EVET** **B)HAYIR**

30- Adolesanlarda pelvis gelişimi devam ettiğinden, yetişkin ölçülerine tamamen ulaşmamıştır. Bu yüzden zor doğum meydana gelir mi?

<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
-------------------------------	--------------------------------

31- Madde bağımlısı olma riskini artıran etkenlerden bazıları aşağıda verilmiştir. Doğru olanı işaretleyiniz. (Birden çok seçenek işaretleyebilirsiniz)

Gençlik (özellikle ergenlik dönemi)
(doğru) (vanlış) (vorum yok)

Analitik düşünceye dayalı akılcı eğitimden yoksunluk
(doğru) (vanlış)(vorum yok)

Bilim, etik ve hukuk zeminden yoksun bir toplum yaşantısı
(doğru) (vanlış) (vorum yok)

Gelecek endişesi
(doğru) (vanlış) (vorum yok)

32-Hastalarınıza üreme sağlığı ile ilgili eğitim veriyor musunuz?

- a)Evet her zaman veririm
- b)Evet ben gerekli görürsem veririm
- c)Evet isterlerse veririm
- d) Hayır

33-Hastalarınıza üreme sağlığı ile ilgili eğitim veriyorsanız en sık hangi konuda eğitim veriyorsunuz?

- a)Doğum
- b)Kontrasepsiyon
- c)Gebelik
- d)Meme
- e)Cinsel yolla bulaşan hastalıklar

34-Tüm hekimler her fırsatı üreme sağlığı eğitimi için bir fırsat olarak değerlendirmeli midir?

<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
-------------------------------	--------------------------------

35-Mezuniyet öncesi tıp eğitimi sırasında üreme sağlığı ile ilgili bilgiler edindim. Sizce bu ifade doğru mudur?

<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
-------------------------------	--------------------------------

36-Asistanlık eğitiminiz sırasında üreme sağlığı ile ilgili yeterli bilgi veriliyor mu?

<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
-------------------------------	--------------------------------

37-Asistanlık eğitimim süresince üreme sağlığı ile ilgili bilgilenmenin sonraki çalışma yaşamımda yararlı olacağına inanıyorum. Sizce bu ifade doğru mudur?

<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
-------------------------------	--------------------------------

38- Tüm hekimlerin üreme sağlığı konusunda ne kadar bilgiye sahip olması gereklidir?

- a)Hastaları doğru yönlendirecek kadar bilgiye sahip olmaları gereklidir
- b)Hastaların gereksinimini anlayacak kadar bilgiye sahip olmaları gereklidir
- c)Hastayı ilgili kişiye göndermesi gerekip gerekmediğine karar verecek kadar bilgiye sahip olmaları gereklidir
- d)Gerekli değildir.

39- Üreme sağlığı ile ilgili eğitim kimlere verilmelidir?
(Birden çok seçenek işaretleyebilirsiniz)

- Erkek
 Kadın
 Erkek + Kadın

40-Üreme sağlığı konusunda hangi hekimlerin daha çok sorumluluğu vardır? (Birden çok seçenek işaretleyebilirsiniz)

- | | | | |
|---------------------------|--------|---------|-------------|
| a)Kadın-doğum | (evet) | (hayır) | (yorum yok) |
| b) Pediyatri | (evet) | (hayır) | (yorum yok) |
| c) Psikiyatri | (evet) | (hayır) | (yorum yok) |
| d) Aile hekimi | (evet) | (hayır) | (yorum yok) |
| e)Üroloji | (evet) | (hayır) | (yorum yok) |
| f)Halk sağlığı | (evet) | (hayır) | (yorum yok) |
| g)Mikrobiyoloji | (evet) | (hayır) | (yorum yok) |
| h)Anestezi ve Reanimasyon | (evet) | (hayır) | (yorum yok) |
| ı)Tüm hekimler | (evet) | (hayır) | (yorum yok) |