

T.C.
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**ISPARTA İL MERKEZİNDEKİ KADINLARDA KONTRASEPTİF
KULLANIMINDA ETKİLİ
DEMOGRAFİK VE SOSYOKÜLTÜREL FAKTÖRLER**

DR. EBRU KATIRCI

TIPTA UZMANLIK TEZİ

**TEZ DANIŞMANI
YRD.DOÇ.DR.KURTULUŞ ÖNGEL**

ISPARTA-2008

T.C.
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**ISPARTA İL MERKEZİNDEKİ KADINLARDA
KONTRASEPTİF KULLANIMINDA ETKİLİ
DEMOGRAFİK VE SOSYOKÜLTÜREL FAKTÖRLER**

DR. EBRU KATIRCI

TIPTA UZMANLIK TEZİ

**TEZ DANIŞMANI
YRD.DOÇ.DR.KURTULUŞ ÖNGEL**

Bu çalışma, Süleyman Demirel Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Yönetim Birimi tarafından **1398-TU-06** proje numarası ile desteklenmiştir.

ISPARTA-2008

TEŞEKKÜR

Asistanlığım sırasında gerek eğitim, gerekse tez aşamasında ilgi ve desteğini esirgemeyen, bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım ve Ana Bilim dalımızın güler yüzlü araştırma görevlilerinden oluşmasını sağlayan Aile Hekimliği AD. Başkanı Yrd.Doç.Dr.Kurtuluş ÖNGEL'e,

Asistanlığa başladığım dönemde yaşadığımız bir çok sıkıntıyı beraber göğüslediğimiz arkadaşlarım Dr. Ekin SABA, Dr. Zuhale ESMEK'e ve daha sonraki eğitim dönemimde beni güler yüzleriyle motive eden asistan arkadaşlarım Dr. İsmail SARIKAN, Dr. Cennet AK, Dr. Hayriye YOLCU ULUDAĞ, Dr. Bahriye KÜÇÜKKILIÇ, Dr. Turgut GÜRBÜZ, Dr. Yasemin TÜRKER, Dr. Hacer KAYACAN'a,

18 aylık bir dönemde asistanlığımı yaptığım ve bir tıp disiplini olan Aile Hekimliğini tanımamı sağlayan Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD'dan Doç.Dr. Hakan YAMAN ve Uzm. Dr. Melahat AKDENİZ'e,

Tezimin hazırlık aşamasında emeği geçen arkadaşım Dr. Cennet AK ve istatistik aşamasında yardımlarını esirgemeyen Dr. Haluk MERGEN'e,

Rotasyonlarım sırasında bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım, Dahiliye, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Genel Cerrahi, Psikiyatri ve Acil Tıp AD'da görevli hocalarımıza ve asistan arkadaşlarıma,

Bu çalışmanın gerçekleştirilmesinde büyük katkıları olan Isparta İl Sağlık Müdürlüğü'ne ve Bağlar, Bahçelievler, Binbirevler, Çünür, Davraz, Gülcü, Gülistan, Halıkent, Karaağaç, Kurtuluş, M.Töngce, Sanayi, Sermet, Vatan, Yedişehitler, Yenice, Zafer, Aliköy, B.Gökçeli, Kuleönü, Sav Sağlık ocaklarında görevli hekim ve yardımcı sağlık personeline,

Hiçbirşey esirgmeden bizleri yetiştiren, haklarını asla ödeyemeyeceğim anne ve babama, varlığı, desteği ve sabrı için eşim Selim KATIRCI ve iki küçük oğlum; Yalçın ve Önder'e sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Ebru KATIRCI

İÇİNDEKİLER

	SAYFA
TEŞEKKÜR	i
İÇİNDEKİLER DİZİNİ	ii
ŞEKİLLER DİZİNİ	iii
TABLolar DİZİNİ	iv
GRAFİKLER DİZİNİ	v
KISALTMALAR ve SİMGELER DİZİNİ	vi
1.GİRİŞ VE AMAÇ	10
2.GENEL BİLGİLER	14
2.1.Tarihçe	
2.2.Kontraseptif Yöntemlerin Sınıflandırılması	
2.3.Modern Olmayan Yöntemler	
2.3.I.Menstruel siklusle ilgili yöntemler	
2.3.1.a) Takvim Yöntemi	
2.3.1.b) Vücut ısısı yöntemi	
2.3.1.c) Servikal mukus yöntemi	
2.3.1.d) Semptotermal yöntem	
2.3.1.e) Ovulasyon günü belirleme kitleri	
2.3.II. Emzirme (Laktasyonel Amenore yöntemi-LAM)	
2.3.III. Koitus interruptus	
2.3. IV. Vajinal duş	
2.4.Modern Yöntemler	
2.4.I Bariyer yöntemler	
2.4.I.a) Prezervatif(kondom, kılıf)	
2.4.I.b) Spermisidler	
2.4.I.c) Diyafram	
2.4.I.d) Servikal başlık	
2.4.I.e) Kadın kondomu	

2.4.II.Rahim İçi Araç (RİA)

2.4.III. Kombine Preparatlar

2.4.III.a) Kombine Oral Kontraseptifler (KOK)

2.4.III.b) Kombine enjeksiyonlar

2.4.III.c) Kombine Cilt Preparatları

2.4.III.d) Kombine Vajinal Halka

2.4.IV. Yalnız progesteron içeren yöntemler

2.4.IV.a) Mini Hap

2.4.IV.b) Enjeksiyonlar

2.4.IV.b1) Depo-provera

2.4.IV.c) İmplantlar

2.4.IV.c1) Norplant

2.4.IV.c2) İmplanon

2.4.IV.c3) Jadelle

2.4.V.Geriye Dönüşümsüz Yöntemler

2.4.V.a) Kadın Sterilizasyonu

2.4.V.b) Erkek Sterilizasyonu

2.5.Acil Kontrasepsiyon

2.5.a) Yuzpe rejimi

2.5.b)Tek başına Levonorgestrel

2.5.c) RİA

2.5.d)Mifepriston (RU-486)

2.5.e)Misoprostol, Gemeprostat

2.5.f) Ertesi gün hapı (acil doğum kontrol kiti)

2.6. Erkek hormonal kontrasepsiyonu

2.7. Aile Planlaması Hizmetlerinde Danışmanlık

3.MATERYAL-METOD	40
3.1.Araştırma Projesi	
3.2.Araştırma Bölgesi	
3.3.Araştırmanın Tipi	
3.4.Araştırma Evreni ve Evrenin Tanıtılması	
3.5.Örneklem ve Araştırmaya Katılım Oranları	
3.6.Araştırmaya Kabul ve Ret Kriterleri	
3.7.Araştırmanın Veri Kaynakları ve Uygulama Şekli	
3.8.İstatistiksel İncelemeler	
3.9.Araştırmanın Süresi	
3.10.Araştırma Sırasında Karşılaşılan Güçlükler	
4.BULGULAR	44
5.TARTIŞMA	59
6.SONUÇ ve ÖNERİLER	64
7.ÖZET	66
8.İNGİLİZCE ÖZET(SUMMARY)	67
9.KAYNAKLAR	68
10.EKLER	74
EK-1. 15-49 yaş ETF kartı	
EK-2. SDÜ Akademik ve Etik kurul kararları	
EK-3. Isparta İl Sağlık Müdürlüğü İzni	

ŞEKİLLER DİZİNİ

1. Ülkemizde bulunan bazı RİA tipleri

TABLÖLAR DİZİNİ

1. Aile Planlaması Yöntemlerinin Sınıflandırılması
2. Kombine Oral kontraseptiflerin olumlu etkilediği durumlar ve olumsuz yönleri
3. Acil kontrasepsiyonun kullanıldığı durumlar
4. İncelenen kadınların öğrenim düzeylerine göre dağılımı
5. İncelenen kadınların mesleklere göre dağılımı
6. İncelenen kadınların sosyal güvenlik durumları
7. İncelenen kadınların toplam gebelik sayıları
8. İncelenen kadınların canlı doğum sayıları
9. İncelenen kadınların ölü doğum sayısı
10. İncelenen kadınların düşük doğum sayısı
11. İncelenen kadınlarda ölen çocuk sayısı
12. İncelenen kadınlarda eşinin öğrenim durumu
13. İncelenen kadınlarda aile planlaması yöntemleri durumu
14. İncelenen kadınlarda izlem sıklığı durumu
15. İncelenen kadınlarda yöntem kullanmama nedenleri

GRAFİKLER DİZİNİ

1. Türkiye'de Modern AP Yöntemlerinin Sağlandığı Kaynaklar
2. İncelenen kadınların göç durumu
3. İncelenen kadınların özgeçmiş durumu
4. İncelenen kadınların soygeçmiş durumu
5. İncelenen kadınların sistemik hastalık durumu
6. İncelenen kadınların son gebelik bilgileri
7. İncelenen kadınların akrabalık durumu
8. İncelenen kadınların risk durumu

KISALTMALAR ve SİMGELER

A.B.D: Amerika Birleşik Devletleri

AD: Anabilim Dalı

AKH: Acil kontrasepsiyon hapları

CVA: Serebrovasküler atak

CYBH: Cinsel yolla bulaşan hastalık

DMPA: Depo Medroksi Progesteron Asetat

DSÖ: Dünya sağlık örgütü

FDA: Food and drug Administration

GNRH: Gonodotropin releasing hormon

HDL: Yüksek dansiteli lipoprotein

KOK: Kombine Oral Kontraseptif

LAM: Laktasyonel Amenore Yöntemi

LH: Luteinizan Hormon

MI: Miyokard enfarktüsü

MÖ: Milattan Önce

OKS: Oral Kontraseptif

PID: Pelvik inflamatuvar hastalık

PO: Peroral

RIA: Rahim İçi Araç

SPSS: Statistical Package for Social Sciences

SSK: Sosyal Sigortalar Kurumu

TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

WONCA: World Organization for General Medicine

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Aile planlaması tanım olarak, bütün çiftlerin ve bireylerin istedikleri zaman ve istedikleri sayıda çocuğa sahip olmaya, doğumların arasını belirlemeye serbestçe ve sorumluca karar vermeleri ve bu amaçla bilgi, eğitim ve araçlara sahip olmalarıdır (1). Aile Planlaması ya kontrasepsiyon yoluyla istenmeyen gebeliklerin önlenmesi suretiyle ya da infertilitenin tedavisinin gerçekleştirilmesiyle uygulanır. Aile Planlamasında gönüllü katılım esastır. Baskı ve yasal zorunluluk söz konusu değildir. Aile planlaması uygulamalarının esas hedefi anne ve çocukların sağlıklarını korumak ve sağlık düzeylerini yükseltmektir (2). Ayrıca doğurganlık çağındaki bireyleri üreme ile ilgili bilgilendirmek ve nüfusun niteliğini iyileştirerek toplumun sağlıklı olmasını sağlamak da aile planlamasının hedefleri arasındadır.

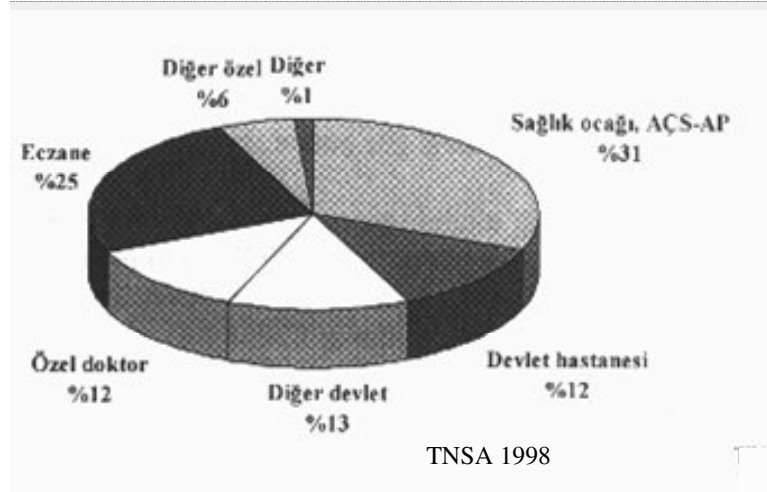
Aile planlaması, temel sağlık hizmetleri içerisinde önemli bir yere sahiptir. Gebeliği önleyici yöntemlerin yeterli düzeyde kullanılmadığı durumlarda, sağlıkla ilgili pek çok sorun beraberinde gelmektedir. Günümüzde var olan her dört gebelikten bir tanesi istenmemektedir. İstenmeyen bu gebeliklerin önemli bir kısmı ise, isteyerek düşükle sonlanmaktadır. Düşüklerin de üçte biri sağlıklı olmayan koşullarda gerçekleşmekte ve yaklaşık her gün 500 anne adayı hayatını yitirmektedir (3).

Ülkelerin sağlık göstergeleri bakımından özellikle anne ve çocuk sağlığı ile ilgili ölçütler en önemli gelişmişlik kriterleri olarak kabul edilir.”Anne ölüm oranı” toplum içerisindeki direkt obstetrik nedenlere ve gebeliğin indüklediği durumlara bağlı anne ölüm sayısıdır. Annenin eğitim düzeyi, ailenin gelir düzeyi, yaşanan bölge anne ölüm oranlarında en etkili faktörlerdir (4,5). Türkiye’deki anne ölüm oranı 55/100.000 canlı doğum gibi yüksek bir düzeydedir (6). Anne ölümlerinin çoğu, sık aralıklarla, çok sayıda (4’ten fazla), 18 yaşından küçük ve 35 yaşından büyük annelerin yaptığı doğumlarda görülmektedir. Her yıl dünyada yarım milyondan fazla kadın gebelik ve doğumla ilgili sorunlar yüzünden ölmekte ve geride bir milyondan fazla anasız çocuk bırakmaktadır. Türkiye’de Aile planlaması programlarının başarısının değerlendirilmesinde sık kullanılan göstergelerden birisi de halen gebeliği önleyici

yöntem kullanma düzeyidir. Doğurganlığın belirleyicilerinin analizi sırasında yaygın olarak kullanılan bir ölçüdür (7,8).

Cinsel ve üreme sağlığı artık insan haklarından biri olarak kabul edilmesine rağmen, hala dünyanın çeşitli bölgelerindeki birçok kadın için aile planlaması, ulaşılabilir, uygulanabilir ve kabul edilebilir olmaktan uzaktır (9). Kontraseptif yöntemlerde son 20-30 yıl içinde dünyada ve ülkemizde önemli bir artış yaşanmasına rağmen bir çok çift, etkin kontraseptif yöntem kullanmamaktadır. Bireyin gereksinmelerine uygun kontraseptif seçenekler sunma bugün tartışılan önemli bir kalite ögesidir. Bireyin kontraseptif yöntem seçme ve değiştirme hakkını özgürce kullanabilmesi için, hizmet sunanlar kontraseptif yöntemler ile ilgili bilgilerini Kanıta Dayalı Tıp doğrultusunda sürekli güncellemelidir (10).

Kontraseptif yöntemleri ve uygulamalarında meydana gelen gelişme ve değişikliklerin ulusal standartlara entegrasyonunu sağlamak önemlidir (11). Günümüzde tıp alanındaki gelişen teknolojilere rağmen birinci basamak sağlık kuruluşlarında verilen hizmetlerin önemi büyüktür. Birinci basamak hekimleri hastalarına sadece tedavi edici bir yaklaşım göstermez, aynı zamanda toplum sağlığında gözetken bir yaklaşım sergiler. Bu durum World Organization of National Colleges (WONCA) tarafından 2002 yılında yapılan Aile Hekimliği tanımlamasında da toplum sağlığını gözetken yaklaşım olarak isimlendirilmektedir. Buna bağlı olarak bireylere ve ailelere çok yönlü bakım hizmeti veren aile hekimlerinin bu yöntemlerin danışmanlığı, etkinliği, güvenilirliği ve yan etkileri konusunda güncel bilgilere sahip olmaları şarttır. Ayrıca hastasının sağlık ve hastalık durumunu sürekli olarak izlediğinden hangi aile planlaması yöntemlerinin uygun olduğu konusunda da kişiye daha sağlıklı bilgi verebilecektir (1). Aile Hekimlerinin kontraseptif yöntemlere başlama ve sürdürme ile ilgili olarak pratik uygulamalarda uygunluk kriterlerini göz önüne alması, üreme sağlığı hizmetlerinde kalite geliştirmeye yönelik başarılı bir adım olacaktır. Gebeliği önleyici modern yöntemlerin elde edildiği kaynaklar ile ilgili olarak, 1998'deki araştırmada %55.8 devlet sektörünün etkin olması ve bunun da en büyük kesimini %23.2 ile Sağlık Ocaklarının temsil etmesi özellikle birinci basamak hekimliğinin rolünü göstermesi açısından değerlidir (12).



Grafik-1:Türkiye'de Modern AP Yöntemlerinin Sağlandığı Kaynaklar
 (Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. MEASURE DHS+ Macro International Inc. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1998. Ankara, 1999.)

Aile Hekimlerinin verdikleri üreme sağlığı hizmetleri de belli kriterlerle standardize edilmelidir. Bu kriterlerin programlara ve klinik uygulamalara yansması için danışmanlık verenler öncelikle başvuran kişiyi dikkatle dinleyerek gereksinimlerini ve bireysel durumunu öğrenmeli, gerekli bilgileri aldıktan sonra hizmetleri gerçekleştirmelidir. Uygulayıcılar eğitilmiş olmalı, standartlara özen göstermeli; yeterli klinik ortam, malzeme sağlanmalı ve izlem/süreklilik desteklenmelidir (13). Bunun dışında hasta muayenesi sırasında da dikkat edilecek noktalar vardır. Hizmet alan kişilerin sorgulanan durumlarla ilgili olarak her zaman kesin bilgisi olmayabilir. Bu nedenle, sağlık personeli verilen bilgilerin doğruluğunu değerlendirebilmeli ve gerekiyorsa soruları değişik biçimlerde tekrar sormalıdır. Ayrıca, kadının ve eşinin yanıtlarını etkileyebilecek sosyal, kültürel ve dini faktörler de göz önünde bulundurulmalıdır (14).

Hem anne sağlığının hem de nüfus artışının engellenerek toplumun sosyoekonomik düzeyini artırmak açısından aile planlaması programlarının doğru şekilde yürütülmesi faydalı olacaktır. Türkiye'de ülkenin farklı bölgelerinde tercih edilen kontrasepsiyon yöntemleri değişiklik göstermektedir (15). Bunun nedeni hem bireylerin farklı kültürel, sosyoekonomik ve dinsel özelliklerinin olması, hem de sağlık çalışanlarının bilgi düzeyleri ve aile planlaması eğitimi verme olanaklarının değişkenlik göstermesi olabilir. Türkiye'de Aile planlaması programlarının

başarısının değerlendirilmesinde en sık kullanılan göstergelerden birisi de halen gebeliği önleyici yöntem kullanma düzeyidir. Doğurganlığın belirleyicilerinin analizi sırasında yaygın olarak kullanılan bir ölçüdür.

Biz de ilimizde birinci basamakta takip edilen kadınların kontraseptif tercihlerini, tercihlerindeki sosyal, ekonomik ve kültürel farklılıkların etkilerini araştırmak ve bu bölge için aile planlamasının başarısını değerlendirmek için bu çalışmayı gerçekleştirdik. Çalışma uygun kontrasepsiyon seçimi için birinci basamak hekimlerine de yol gösterici niteliktedir. Bu çalışma sonrasında elde edilen bulgular sahada çalışan Aile Hekimlerine de açıklanarak onların da bilgilendirilmesi hedeflenmiştir. Bunun dışında yardımcı sağlık personeline de, uygulamalarda başarıyı sağlama yönünde multidisipliner bir yaklaşım sunmakta uzun dönemli hedeflerimiz arasındadır. Aynı zamanda aile planlaması başarısının artırılması için alınacak önlemler açısından da pilot bir çalışma olacağına inanmaktayız.

2.GENEL BİLGİLER

2.1.TARİHÇE:

Aile planlamasına ait bilgilerimiz milattan öncelere(M.Ö.) dayanmaktadır. M.Ö. 1850’de Mısır papiruslarında tampon olarak bal, sakız ve timsah dışkısı kullanıldığı yazılıdır. Tarihte vagen içine yerleştirilen yöntemler kültürlerle göre farklılık gösterir. Japonlar bambudan yapılmış kâğıtlar, müslüman kadınlar palmiye yaprakları, Pasifik adalarında yaşayan kadınlar deniz ürünlerini kullanmışlardır. En erken penis koruyucular Gabriello Fallopius tarafından 1564 yılında tanımlanmıştır. Ancak bu koruyucular enfeksiyondan korunmak amacı ile kullanılmaktaydı. Spermisit ajanların keşfi ve bu ajanlarla ilgili çalışmalar 1800’lü yılların başlarına rastlar. 1950’lerde 90’dan fazla spermisit ilaç marketlerde pazarlanmaktaydı (16). Servikal kapak 1860 yılında New York’lu bir jinekolog olan E.B. Foote tarafından geliştirilmiştir. Diyafram kullanımı da bu döneme rastlamaktadır. Tarihte, rahim içi araç (RIA)’nın ilk defa uzun seyahatlerde develerin gebe kalmaması için kervan sürücüleri tarafından develerin rahimlerine küçük taşlar yerleştirmek suretiyle kullanıldığı bilinir. 1800’lerde RIA öncülere küçük düğme şeklinde araçlardı, serviks ağzını tamamen kaplıyordu ve kanala uzanan ipleri vardı (17). 1902 yılında Alman Hollveg tarafından rahime yerleştirilen bir peser doğum kontrolü amacı ile kullanıldı. Bu peser kullanıcı tarafından yerleştiriliyordu ve aşırı boyutlarda enfeksiyona yol açıyordu (18). 1930 yılında Grafenberg gümüş, altın ve çelik kaplı yüzükler denedi (19). 1934’de Japonya’da Oto bu yüzüklerin ortasına destekleyici bir yapı koydu (20). 1960’larda polietilenden yapılan araçlar geliştirildi, bu araçlara X-ışınları ile çekilen radyografilerde görülebilmesi için baryum sülfat emdirildi. Lazer Marguiles 1960 yılında rahime yerleştirilen ve orada tekrar şekil alan ilk plastik aracı geliştirdi. Bu araç büyük olduğu için kullanıcılarda fazla kanama ve kramp şikayetleri yapıyordu, ayrıca sert plastikten olan kuyruğu peniste irritasyona neden oluyordu. Depo medroksi progesteron asetat (DMPA) gibi içinde yalnızca progesteron bulunan enjektabl formlar 1950’li yıllarda endometriozis, endometrial kanser, dismenore, hirsutismus ve kanama düzensizliklerinin tedavisi için kullanılmaya başlandı. 1960’larda ise doğum kontrol yöntemi olarak gündeme geldi (21). 1996 yılından beri de aile planlaması yöntemi olarak ülkemizde başarıyla uygulanmaktadır. İçinde

östrojen ve progesteron komponenti bulunan Mesigyna 1960'lerden beri araştırılmakta olup, 1997 yılından beri de ülkemizde kullanılmaktadır. DMPA ve Mesigyna kullanıma girmesinden sonra 1970'li yıllarda tek ince kuyruğu olan Lippes Loop geliştirildi. İlk bilinen bakırlı RIA Tantum- T'dir (T- Cu 200). Bir yıl süre ile koruma sağlayan ve yapısında progesteron bulunan Progestasert isimli rahim içi araçlar da, bakırlı rahim içi araçlarla aynı dönemlerde geliştirilmiştir ve 1976 yılından beri kullanım alanı bulmuştur. Doğum kontrol hapları son 40 yıl içinde pek çok ülkede yaygın olarak kullanılır hale gelmiştir. 1900'lü yılların başında Avustralya'da Innsbruck Üniversitesi'nde fizyoloji profesörü olarak çalışan Ludwig Haberlandt, ağızdan verilen ovaryan özütlerin doğurganlığı önlediğini bildirdi. 1920'lerde Haberlandt ve Otfried Otto Fellner hayvanlara steroid özütler verilerek doğurganlığın baskılandığını belirttiler. 1931 yılında Haberlandt hormon replasmanı ile doğurganlığın baskılanabileceğinden bahsediyordu. İnfecundin isimli bir ilaç bu amaçla hazırlanmıştı, ancak 1932'de Haberlandt'ın erken ölümü nedeni ile kullanıma giremedi, böylece doğum kontrol haplarının kullanımı ertelenmiş oldu (22). Doğum kontrol hapları ile ilk deneme 1956 yılında Porto Rico'da Edris Rica-Winey tarafından yapıldı (23). 1960 yılında Amerika Birleşik Devletleri (A.B.D.)'de doğum kontrol haplarının onaylanmasından bu yana yan etki ve risklerinin azaltılması amacıyla içerdikleri östrojen ve progestin miktarları azaltılmıştır, böylece doğum kontrol hapları güvenle kullanılabilir hale gelmiştir. Ülkemizde de 1965 yılından beri kullanılmaktadır. Tıp dünyasında doğum kontrol yöntemi arayışlarının son ürünü olan ve kola yerleştirilen çubuklarla kadınları 3 yıl süreyle %100 gebelikten koruduğu bildirilen "Implant" yöntemi dünyada 1998'de Türkiye'de 2002 yılında tıbbın hizmetine verilmiştir (19).

2.2.KONTRASEPTİF YÖNTEMLERİN SINIFLANDIRILMASI

Aile planlaması yöntemlerine genel olarak bakıldığında Modern Olmayan ve Modern Yöntemler olarak 2 gruba ayrıldığını görüyoruz. Modern Olmayan Yöntemler; menstrüel siklusla ilgili olanlar, laktasyonel amenore metodu, koitus interruptus ve vajinal duş olarak sınıflandırılmaktadır. Modern Yöntemler ise bariyer yöntemler, rahim içi araç ve kombine oral kontraseptifler (KOK), enjeksiyonlar, cilt preparatları ve halkalar, yalnız progesteron içeren yöntemler (mini hap, enjeksiyonlar “depo-provera”, implantlar “norplant, implanon, jadelle”, geriye dönüşümsüz yöntemlerden (kadın ve erkek sterilizasyonu) oluşmaktadır. Acil kontrasepsiyon (yüzpe rejimi, tek başına levonorgestrel, RİA, mifepriston, misoprostol, gemeprost, ertesi gün hapı) ve erkek hormonal kontrasepsiyon yöntemleri literatürde bazı kaynaklarda modern yöntemler adı altında sınıflandırılmasına rağmen bizim çalışmamızda ayrı birer kategori olarak incelenmiştir. Klasik sınıflama Tablo-1’de gösterilmiştir (24).

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

Tablo 1. Aile Planlaması Yöntemlerinin Sınıflaması

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

2.3 MODERN OLMAYAN YÖNTEMLER .

2.3.1.Menstrüel siklusla ilgili yöntemler

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

Fiziksel bir yan etkisi yoktur. Ekonomik ve bırakılmasıyla fertil yetenek hızla geri kazanılır. Yüksek başarısızlık oranı vardır. Gebe kalma oranı her yıl için 100 kadında 10 ila 30 kadardır. Hepatit B ve HIV gibi cinsel temasla geçen hastalıklara karşı koruyuculuğu yoktur ve ayrıca cinsel ilişkinin spontanlığını engellemektedir (25).

2.3.1a) Takvim Yöntemi:

Menstrüel siklusun fertil ve infertil günlerini hesaplamak için 6 ay – 1 yıllık gözlem süresi sonunda en az sekiz siklus izlenerek fertil günler saptanır. Siklusun her zaman aynı olduğu farz edilerek yaklaşık 7 günlük bir fertil devre, kesin bir doğrulukla belirlenebilir. Potansiyel fertil evre; son 12 siklusta, en kısa siklustan 19 çıkarılarak fertil evrenin ilk günü, en uzun siklustan 11 çıkarılarak da fertil evrenin son günü bulunarak hesaplanır (26). Ancak siklus uzunluklarının birçok nedenle değişebilmesi yüzünden güvenilir bir yöntem değildir. Takvim yönteminde sorun, bazı kadınların düzenli siklusları olmaması ve plansız gebeliklerin meydana gelmesidir. Özellikle eğitim seviyesi düşük ve fazla istekli olmayan kişilerde uyum zordur. Dolayısıyla takvim metodu, tek fertilité indeksi olarak tutarsız, güvensiz ve sıklıkla yetersiz olmuş, kullanımı sınırlı kalmıştır (27).

2.3.1.b) Vücut ısısı yöntemi

Bazal vücut ısısı, gece uyuyarak tam bir istirahat yapan kişinin, yemek dahil normal aktivitelere başlamadan önce ölçülen vücut sıcaklığıdır. Termojenik etkisi

olan progesteronun siklusun postovulatuvar döneminde salgılanması arttığından bazal vücut sıcaklığında 0.6-0.8 derecelik artış olur (28) .

En az 3 ay boyunca, her sabah kalktığı zaman kadın, hep aynı yerden vücut ısısını ölçerek bazal vücut ısısını saptar. Bundan sonraki 3 gün fertil durumdadır. 4. günden sonraki günler infertil diye düşünülür ve güvenlidir. Ancak ölçüm hatası, stres, hastalık gibi durumlarda farklı çıkacağından güvenilir değildir ve tek başına kullanılması önerilmez. En az ilk üç siklus yöntemin öğretilmesi ve sonrasında da yine takip önerilmektedir.

Ateş ölçme işlemi; özel, geniş ölçekli civalı termometre (fertilite termometresi) kullanılarak, tercihen sabah yataktan kalkmadan önce, ortalama aynı saatlerde oral, rektal yada vajinal olarak ölçülüp, küçük değişikliklerin rahatça işlenebileceği kartlara işlenmelidir (29).

2.3.1.c) Servikal mukus yöntemi

Menstruasyondan sonraki ilk birkaç gün mukus pek salgılanmaz. Menstruasyondan hemen sonra kadının dolaşımındaki östrojen ve progesteron düzeyleri çok düşüktür ve çok az mukus mevcuttur. Eğer kadının vulvasında görülebilecek kadar mukus varsa bile, çok kalın, visköz, opak ve gerilince hemen kopan karakterdedir. Bu günlerden sonra servikal bezler çok az miktarda ve hafif yapışkan bir mukus salgılar. Seksüel temasın konsepsiyonla sonuçlanmayacağı, infertil evreyi ifade eder. Foliküler gelişim sürüp, östrojen miktarı arttıkça, mukus miktarı artar ve gittikçe daha ince, daha esnek, şeffaf ve sulu olur. Ovulasyondan önceki birkaç günde mukus çok artar ve kaygan bir kıvama gelir. Ovulasyon döneminde mukus yapışkan ve azdır. Bu yöntemde kadın vajinasını hergün kontrol ederek mukusun özelliklerine göre hangi günde olduğunu belirler. Yaklaşık üç siklusta yöntem öğretilbilir ve sonrasında da kontrolü gereklidir (28). Dikkatle uygulanırsa bile gebelik oranı %10/yıl kadardır.

2.3.1.d) Semptotermal yöntem

Yukarıda anlatılan yöntemlerin birlikte kullanılmasıyla uygulanır. Ayrıca serviksin infertil dönemde aşağı inip sertleşmesinin palpasyonunu da dikkate alır. Kadın çömelmiş yada ayaktayken (her defasında aynı konumda olmalı) kendi

kendine palpasyonla serviksteki değişiklikleri tanımlayıp yorumlaması esasına dayanır. İnfertil dönemde serviks serttir, eksternal os kapalıdır ve servikse kolay ulaşılır. Ovulasyona doğru, östrojen hormonu yükseldikçe serviks yumuşar, pelvis içinde yükselir ve servikal os açılır. Palpasyonla servikse daha zor ulaşılır. Ovulasyonu izleyen günlerde serviks yeniden sertleşir, aşağı iner ve os kapanır. Ovulasyonun olabileceği günlerde ilişkinin yasaklanması esasına dayanır.

2.3.1.e) Ovulasyon günü belirleme kitleri

İdrar ve tükürük testleri mevcuttur. İdrardaki luteinizan hormon (LH) düzeyi kandakiyle yaklaşık eşit miktardadır. LH düzeyinin ovulasyondan 12-24 saat önce pik yapması esasına dayanır (Ticari adları OvaQuick ve Clearplan ovulasyon testidir). Tükürük testleri ise ovulasyon dönemine yakın dönemde eğreltiotu manzarası görülmesi esasına dayanmaktadır (Ticari adı May Be Baby testidir) (30).

2.3.II. Emzirme (Laktasyonel Amenore yöntemi-LAM)

Emzirme bebek açısından hem beslenme hem de enfeksiyonlardan korunma sağlaması nedeniyle çok önemlidir. Bunun dışında anne ile bebek arasında yakınlaşmayı arttırmaktadır. Anne sağlığı açısından da, uterusun kısa sürede eski halini almasını sağlaması, meme, endometriyum ve over kanserinden koruması açısından önem taşımaktadır. Doğum yapan kadına doğumdan hemen sonra emzirmeye başlaması önerilmeli, doğru emzirme tekniğinin uygulanması sağlanmalı, mümkün olduğunca emzirmeye devam etmesi teşvik edilmelidir (2 yıl). Ülkemizde anne sütü vermenin yaygın olduğu düşünülse de, ilk iki aydaki bebeklerin sadece %44'ü anne sütüyle beslenmektedir (31). Emzirme döneminde gebelik ihtimali, ancak doğum sonrası ilk 6 hafta içinde olup adet görmeyen ve en fazla 4 saatte bir emziren, anne sütünden başka bir şey vermeyen annelerde düşüktür. Doğumdan hemen sonra Prolaktin hormonu yükselmeye başlar ve kadın eğer emzirmeye devam eder ise yüksek kalır. Bu yüksek seviye ovulasyonu inhibe eder. Bu inhibisyon, anne bebeğini su dahil hiçbir ek besin vermeksizin sık sık (gece dahil) ve her defasında uzun süre emziriyorsa ilk 6 ay için geçerlidir. Annenin adet kanaması görmemiş olması gerekir. Adet olmadan da ovulasyon olabileceğinden ek gıdaya başlanırsa ek kontraseptif yöntemle de başlanmalıdır. Sağılıp verilen anne sütü de ek gıda gibi

düşünülmelidir. Tanımlanan koşulların tam olarak varlığında ilk 6 ay için emziren annenin gebe kalma riski sadece %2'dir (32).

2.3.III. Koitus interruptus

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

Dünyada, çiftler arasında kısa süreli kullanımda en sık tercih edilen kontrasepsiyon yöntemlerinden biri de, geri çekme yöntemidir (33). Bilinen en eski kontraseptif metottur. Gelişmekte olan diğer ülkeler ile karşılaştırıldığında, geri çekme yöntemi Türkiye'de daha sık olarak tercih edilmektedir (34). Günümüzde kadınların %34.5'i modern kontrasepsiyon metodlarından birini kullanırken, %28.1'i halen geleneksel korunma yöntemlerini tercih etmektedir (35). Geri çekme yöntemi, eşler arasında uyum, disiplin ve motivasyon gerektiren bir yöntemdir. Herhangi bir kontrasepsiyon yöntemi kullanırken gebe kalan olgulardan %58.7-60.6'nın geri çekme yöntemini kullandıkları bildirilmiştir (36). Türkiye'de geri çekme yönteminin kullanımı oranları arasında önemli farklılıklar gözlenmekte olup; Türkiye Nüfus Sağlığı Araştırmaları (TNSA) verilerinde, bu yöntemin kullanım oranı 1983'de %30.1, 1998'de ise %24.4 olarak bildirilmiştir (37). Kişisel özelliklere bağımlı bir yöntemdir. Cinsel yolla bulaşan hastalık (CYBH)'lara karşı koruyucu olmadığı unutulmamalıdır. Bu yöntemin %25 başarısızlık oranı vardır ve ayrıca psikolojik yan etkileri de bulunmaktadır.

2.3. IV. Vajinal duş

Etkisi olmayan, geleneksel yöntemlerdendir. Koitustan hemen sonra kadının vajenini su, sirke veya bir takım temizlik ürünleri ile yıkaması esasına dayanır. Kullanılan maddenin cinsine göre değişik türde vajinit oluşabilir. Özellikle hijyen açısından sağlıksız bir yöntemdir. Kadında ve erkekte cinsel doyumsuzluğa yol açabilir. Koitus sırasında spermier ejakulasyondan 15 saniye sonra servikal kanala penetre olduğundan ineffectif bir yöntemdir ve önerilmemektedir. Eğer ilişki esnasında spermisit de kullanılmış ise duş sonrası gebelik riski artar (19)

2.4. MODERN YÖNTEMLER

2.4.I Bariyer Yöntemler

Spermin ovuma ulaşmasını engelleyerek fertilizasyonun engellendiği yöntemlerdir. Kondom, diyafram ve servikal başlık fiziksel bariyer iken, spermisidler kimyasal bariyerdir (1). Bu yöntemleri inceleyecek olursak:

2.4.I.a) Prezervatif(kondom,kılıf)

Aile planlamasına erkeklerin de katılımını sağlamaktadır. İlk koitusta ve daha sonrası için kondom kullanımı; 1970'lerden sonra artarak günümüzde 9 milyonun üzerinde kadının kontrasepsiyon veya CYBH'lara karşı koruma için kondom kullanımına erişilmiştir. Kondomlar ucuzdur, kullanımları kolaydır ve reçetesiz satın alınabilir. Ucuz olduğu için en çok lateksten yapılanlar kullanılır. Buna karşı alerji varsa daha pahalı olan poliüretandan yapılanlar tercih edilir. Vücut ısısını iletebildiğinden poliüretan olanlar haz duymaya daha fazla olanak sağlayabilir. Her ikisi de CYBH'lardan korur. Doğal zarlardan yapılmış (koyun barsağı gibi) kondomlar da mevcuttur ancak CYBH'lara karşı aynı derecede korumazlar. Çiftlerin kondomu doğru ve sürekli kullanma oranları çok değiştiği için başarısızlık oranları da oldukça değişiktir. Birinci yılın sonunda istenmeyen gebelik oranları, kusursuz kullanımda %3'ten tipik kullanımda %14'e çıkar (38).

Diğer olumlu özellikleri, tıbbi izlem gerektirmemesi, erken boşalmayı önlemesi, güvenli olması, hormonal yan etkisinin olmaması, ucuz olması ve kolay bulunmasıdır. Bazı erkeklerde duyarlılığı azaltabileceği ve ilişkiyi kesintiye uğratabileceğinden ereksiyonu güçleştirebilir. Ancak doğru kullanıldığında son derece emin bir yöntemdir. Bir kez kullanılıp atılmalıdır. Yağ bazlı maddelerle kayganlaştırılmamalıdır. Tıbbi açıdan gebelik kesin olarak kontrendikeyse daha güvenilir bir yöntemge geçilmesi önerilir (39)

2.4.I.b) Spermisidler

Kondomla birlikte veya tek başına kullanılabilir. Aktif maddesi nonoxynol 9' dur. Bu kimyasal ajan sperm hücre zarını öldüren bir surfaktandır. Koitustan yaklaşık yarım saat önce vajene yerleştirilmelidir. Etkileri genellikle bir saat sürer. Uygulamadan sonraki 8 saat süresince vajen yıkanmamalıdır. Penis ve vajende

irritasyon meydana gelebilir. Tek başlarına kullanıldıklarında etki daha düşük olduğundan kondom, diyafram gibi diğer yöntemlerle birlikte kullanılması önerilmektedir. Gonore, genital herpes, trikomoniasis ve sifilize karşı koruyucu olduğu bildirilmiştir. Tedavi edilmesi gereken servikal kanser ve yüksek HIV riskinde kullanılması önerilmez. Ayrıca içerdiği maddelerden herhangi birine karşı alerjisi olanlarda ve gebeliğe karşı kesin kontrendikasyon varsa kullanılmamalıdır (1). Toksik şok sendromu riski hakkında endişeler varsa da istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

2.4.I.c) Diyafram

Bükülebilir kenarları olan kubbe şeklinde lastik bir kılıftır. Spermisidlerle birlikte kullanımı önerilmektedir. Çeşitli boyutlarda olabilir. Hem serviksi tam kapatmalı, hem de rahatsızlık vermemelidir. Koitus öncesi yerleştirilir, 6 saat sonrasına kadar yerinde tutulur. Kauçuk alerjisi olanlarda kullanmak uygun değildir. Doğru olarak kullanılırsa çok güvenilir bir yöntemdir. Serviks kanserini önleyebilir ve CYBH' lara karşı bir miktar koruyuculuğu mevcuttur. Ayrıca sistemik bir yan etkisinin olmaması da avantajdır. Nadir de olsa toksik şok sendromu görülebileceğinden 6 saatten fazla yerinde bırakılmamalıdır (1). Diyafram kullanımı için eğitim veren ölçü alabilen ve reçete edebilen bir sağlık personeli ile görüşmek gerekir (38).

2.4.I.d) Servikal başlık

Serviks üzerine sıkıca oturan lateksten yapılmış yumuşak ve derin bir lastik tekkedir. Kubbesine koitus öncesinde spermisid konur ve başlık çıkarılıncaya kadar servikse yapışık kalır (38). Etkinliği diyaframa yakındır. Yine diyafram gibi, içine spermisid sürülerek kullanımı uygundur. Koitustan 6 saat sonrasına kadar yerinde kalmalıdır. 48 saate kadar da yerinde bırakılabilir. Takılmasından önce ve üç ay sonra PAP smear almak uygun olacaktır. Adet sırasında kullanılmaması hatırlatılmalıdır (1).

2.4.I.e) Kadın kondomu

Poliüretandan yapılan ve vajen için üretilen bu ince ve yumuşak kılıfın her iki ucu birer halka içerir. Erkek kondomu gibi sadece bir kez kullanılır (40) .

2.4.II. Rahim İçi Araç (RİA)

Tüm dünyada en sık tercih edilen geridönüşümlü yöntem olan rahim içi araçlar 100 milyon kadın tarafından kullanılmaktadır (38). Ülkemizde de modern yöntemler içinde en sık kullanılanıdır. Tercihen siklusun ilk 7 gününde takılır ve yine çıkarılması gerekirse ilk 7 günde çıkarılır. Şu anda U.S.Food And Drug Administration (FDA) tarafından 3 cins RİA kabul görmektedir. Ülkemizde kullanılan RİA tipleri şekil-2'de gösterilmiştir. Türkiye'de genellikle uygulanan RİA tipi Copper-T-380A (paragard)'dır. Dikey ve yatay kollarına bakır sarılmış polietilenden yapılmıştır. 10 yıl kullanılabilir. Progesteron salan T şeklinde bir RİA olan Progestasert 38 mg progesteron içeren etilen vinasetat kopolimerinden oluşur. 1 yıl kullanımı vardır. En yeni RİA levonorgestrel (Mirena) içerir ve günde 20 mg levonorgestrel salan polietilen sistem 5 yıl süre ile kullanılabilir. Ayrıca yeni geliştirilen çatısız RİA'lar da (FlexiGard, GineFix) 5 yıl koruyuculuğa sahiptir. Bu RİA'lar rahim içi implant sistemi olarak da adlandırılmaktadır (41).

Kontrasepsiyonu nasıl sağladığı tam olarak bilinmemekle birlikte, intrauterin olarak inflamatuvar bir reaksiyon oluşturduğu düşünülmektedir (42). Spermin transportunu, fertilize ovumun ise implantasyonunu önler. Hormonlu RİA' ların ovulasyon inhibisyonu yapması ve servikal mukusun özelliğini değiştirmesi söz konusudur. Emziren kadınlarda kullanılabilmesi, fertilitenin yöntem bırakılınca hemen geri dönmesi, cinsel ilişkiden bağımsız olması ve çok etkin olması olumlu özellikleridir.

En sık görülen yan etkilerinden olan adet düzensizlikleri ve ağrılı adet yüzünden kullananların %11-15'i yöntemi bırakmaktadır (27,31). Yönteme başlamak ve bırakmak için sağlık personeline ve kuruluşuna ihtiyaç vardır. Her kadın uygulamadan 4-6 hafta sonra ve her yıl yılda bir kez muayene edilmelidir. İplerin durumu, bu muayenelerde ve ayrıca kadın tarafından düzenli olarak kontrol edilmelidir. Eğer ipler görülemiyor veya fark edilemiyorsa atılma veya perforasyon söz konusu olabilir. Atılma oranı, ilk yıl için %10-20 olarak bildirilmektedir (43). Perforasyon genellikle asemptomatiktir, bu nedenle RİA uygulandıktan sonra

mutlaka kontrole çağrılmalıdır. Perforasyon tanısında genellikle röntgen ve ultrasonografi kullanılır. Perforasyon saptanırsa RİA laparoskopi ile çıkarılmalıdır. RİA iplerini atılmaya karşı düzenli olarak kontrol eden kadınlarda birinci yılın sonunda gebelik oranları Paragard için %0.6, Progestasert için %1.5 ve Mirena için %0.1'dir (38). RİA'sı olmayan kadınlarda ektopik gebelik riski %1.9 iken RİA' sı olanlarda bu oran %3-5' dir (27). RİA varken gebelik oluştuysa, 13 haftanın altındaki gebeliklerde RİA çıkarılabilirken 13 haftanın üstünde bırakılabilir (27,41). RİA yerinde bırakıldığında ikinci trimesterde septik abortus ve erken doğum riski mevcuttur. Enfeksiyon ise genellikle uygulamayı izleyen 20. günde olur (44). Bu günden sonra gelişebilecek enfeksiyonlar açısından RİA' sı olan veya olmayan kişiler arasında fark yoktur. Yine de birden çok partneri olanlarda kullanılmaması daha uygundur. Uygulama sırasında profilaktik antibiyotik kullanımının pelvik inflamatuvar hastalık (PID) riskini azalttığı gösterilememiştir (38). Gebelik şüphesi varsa, halen devam eden pelvik enfeksiyon, yakın zamana ait PID öyküsü veya pürülan servisit durumlarında kullanılmamalıdır. Pelvik malignansi veya açıklanamayan vajinal kanamalarda da uygulama yapılmaz (25).

Doğum sonrası ilk 2 günde veya 8. haftadan sonra takılabilir. Hiç doğum yapmamış olanlara uygulanmaz. Sezeryan uygulananlarda sezeryanı takiben 6 haftalık bir sürenin geçmesi gerekir. Abortus sonrası hemen veya 2-4 hafta içinde uygulanabilir. Hala gebelik riski olduğundan postmenopozal dönemde son adetten 1 yıl sonrasına kadar RİA çıkarılmamalıdır (9).



MLCu 375



NovaT 380



T-Cu380A



LNg-20

Şekil-2: Ülkemizde bulunan bazı RİA tipleri
(*Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi, Ankara,2000, B. 17, s:454*)

2.4.III. Kombine Preparatlar

2.4.III.a) KOK

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

KOK'ler gonodotropin releasing hormon (GnRH) salınımını azaltarak ve LH yükselmesini önleyerek ovulasyonu baskılar. Aynı zamanda servikal mukusun kıvamını artırır, endometriyal kalınlaşmayı ve tubal transportu etkiler. KOK'lerin antiovlutuar etkisi genellikle progestin komponentine bağlıdır. Östrojen dozu sürekli antiovlutuar etki oluşturmaya yeterli değildir. KOK'ler doğru şekilde

kullanıldığında ve sürekli alındığında %99'dan daha fazla oranda gebelikten korurlar.

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

KOK formüllerinde kullanılan progestinler çok çeşitlidir. En sık kullanılan progestinler norgestrel, levonorgestrel ve noretindron'dur. Spironolakton derivesi olan drospirenon Mayıs 2001'de piyasaya çıkan ve FDA onayı alan en yeni progestindir. EE ile kombinasyon şeklindeki ticari preparatı ülkemizde kullanılmaktadır.. Drospirenon diğer progestinlerden hafif antimineralokortikoid etkinliği ile ayrılmaktadır (38).

Kombine oral kontraseptifler özellikle anemi öyküsü, dismenore, menoraji, metroraji ve ektopik gebelik geçirmiş kadınlar için uygundur. Postpartum 6. aydan sonra emziren annelerde de kullanılabilir.

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

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

Yan etki olasılığına karşı, şiddetli karın ağrısı, şiddetli göğüs ağrısı, nefes darlığı, şiddetli baş ağrısı, baş dönmesi, kuvvet veya duyu kaybı, şiddetli bacak ağrısı,

depresyon, sarılık, gebelik olasılığı, memede kitle, ani görme kaybı ya da bulanık görme oluşursa derhal hekime başvurması mutlaka belirtilmelidir (45).

Olumlu etkilediği durumlar	Olumsuz yönleri
Benign meme hastalıkları	Tromboembolizm (öz. Sigara içen ve obezlerde)
Overlerin hastalıkları	Hipertansiyon
Demir eksikliği anemisi	Kolelitiasis
Pelvik inflamatuvar hastalıklar	Benign karaciğer tümörü
Ektopik gebelik	
Over ve endometrial kanser	
Menoraji dismenore	
Akne	
Hirsutizm	
Semptomatik metriosis	
Osteoporoz	

Tablo 2. Kombine oral kontraseptiflerin olumlu etkilediği durumlar ve olumsuz yönleri

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

KOK'lere adetin ilk 5 günü içinde başlanır, 21 gün kullanılır ve 7 gün ara verilip sonrasında tekrar yeni bir kutu başlanır. Hap kullanımı ile ilgili pratikte en sık karşılaşılan sorun hapların unutulmasıdır. Hap alınması unutulduğunda; eğer bir hap unutulmuşsa hatırlanınca hemen alınır, o günün hapi de normal zamanında alınır. İlk iki hafta içinde iki hap unutulmuşsa, üst üste iki gün ikişer hap alınır. Üçüncü haftada iki hap alınması unutulmuşsa paket atılarak yeni bir pakete başlanır ve bu arada ek yöntem kullanılır. Üç hap unutulursa aynı gün yeni pakete başlanmalı ve yine ek yöntem kullanılmalıdır (9,45).

2.4.III.b) Kombine enjeksiyonlar

Aylık veya 3 aylık olarak uygulanabilirler. Adetin ilk 5 günü içinde uygulanmalıdır. Etkisini kadında hipotalamo-hipofizer sistem üzerinden ovulasyonu önleyerek gösterir. Enjeksiyonlar bırakıldıktan sonra fertilitenin geriye dönmesi için geçen süre 9 aydır. Aylık uygulanan ve 5 mg. Estradiol ile 50 mg. Noretisteron içeren enjeksiyon şeklinde kombine kontraseptif de mevcuttur. Ayrıca medroksiprogesterone asetat 25 mg. ve estradiol cypionate 5 mg. içeren bir preparat da bulunmaktadır (46). Yan etki, endikasyon ve kontrendikasyonlar kombine oral kontraseptifler gibidir. Anne sütünün miktarını ve yapısını değiştirdiğinden emziren kadınlarda uygulanmamalıdır.

2.4.III.c) Kombine Cilt Preparatları

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

Yamanın başlangıç günü KOK'ler gibidir. Kadınlar yamayı menstruel siklusun ilk gününde uygular. Kullanımın ilk 7 gününde ek bir kontraseptif yöntem kullanmak gerekir (38).

2.4.III.d) Kombine Vajinal Halka

54 milimetrelik etilenvinil asetat kopolimer halkadan EE ve etonogestrel salgılar. Bunda da etki mekanizması ovulasyon inhibisyonu şeklindedir (39). Günlük 120 mikrogram etonogestrel ile 15 microgram EE salgılar (46). Kadın vajinal halkayı

(Nuvaring) kendisi yerleştirir, 3 hafta kullanır ve sonra çıkartarak atar. Çekilme kanamasının görüleceği 1 haftalık aradan sonra yeni bir halka yerleştirilir.

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

Nuvaring'in gebelikten koruma mekanizması KOK'ler ile aynıdır. Gebelik oranları 100 kadın yılı için 1- 2 dolayındadır. Yan etkileri KOK'lere benzer. En sık görülen yan etki kanama düzensizlikleridir. Nuvaring için kontrendikasyonlar da KOK'lerle aynıdır. Vajinal halka irritasyonu olan kadınlarda veya vajinal stenoz, servikal prolapsus, sistosel veya rektosel gibi halkanın atılma olasılığı yüksek olan durumlarda kullanılmamalıdır (38).

2.4.IV. Yalnız progesteron içeren yöntemler

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

Bu tür yöntemler servikal mukusu kalınlaştırarak, ovulasyonu baskılayarak fertilize ovumun implantasyonunu engelleyerek etki ederler (9). Trombotik olaylara neden olmaması ve anne sütünü ve dolayısıyla emzirmeyi etkilememesi olumlu yönleridir. Ayrıca adet sırasında kanamayı ve premenstrüel semptomları azaltırlar. Ancak bazı karaciğer enzim indüksiyonu yapan ilaçlarla kullanılırsa etkileri azalabilir (9,11). World Health Organization (WHO), bu kontraseptif yöntemi özgeçmişinde venöz tromboembolizm, akciğer embolisi, diyabet, obezite veya hipertansiyon olan kadınların da kullanabileceğini açıklamıştır. Vasküler hastalık kullanım için artık bir kontrendikasyon olarak kabul edilmemektedir.

En sık yan etkiler menstüel siklus düzensizlikleri ve kırıma kanamalarıdır. Sarılık, pelvik ağrı ve göğüs ağrısı olursa aktif karaciğer hastalığı, ektopik gebelik ve kardiyovasküler yan etkiler açısından dikkat edilmelidir (11).

2.4.IV.a) Mini Hap

Oldukça güvenilir bir yöntemdir. Düşük doz progesteron içerir. Mini hap kullanırken gebelik oluşmuşsa dış gebelik olup olmadığı kontrol edilmelidir. Adetin ilk gününde başlanarak ara vermeden sürekli alınır. İlk yedi gün için ek yöntem kullanılması gerekir. KOK gibi hergün aynı saatte alınmalı ve unutulursa KOK için geçerli olan kurallar uygulanmalıdır. Bırakılınca fertilitite hemen geri döner. Ara kanamaları görülebilir. Emziren kadınlarda, estrogen kullanamayanlarda ve yaşlılarda uygun bir seçenektir. Adet kanamalarının miktarını ve krampları azaltması önemli bir özelliktir. Üçer aylık aralarla izlem uygundur. Obezler, sigara içenler, cerrahi girişim geçirenlerde rahatlıkla kullanılabilir (9).

2.4.IV.b) Enjeksiyonlar

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

2.4.IV.b1) Depo-provera (DMPA)

150 miligram medroksiprogesteron asetat içerir. Üç ayda bir intramuskuler olarak uygulanır. İki ayda bir uygulanan ve 200 miligram noretisteron asetat içeren bir preparatı da vardır (9). Ana etki mekanizması ovulasyonun baskılanmasıdır. Ayrıca servikal mukusu kalınlaştırma, endometriumu inceltme etkileri de mevcuttur. İleri yaştaki kadınlar, emziren kadınlar ve estrogen kullanamayan kadınlarda tercih edilebilir. Tipik kullanımda başarısızlık oranı 100 kadın yılı için 0.3'tür.

İlk enjeksiyon menstruel siklusün veya birinci trimester düşüğün ilk 5 gününde uygulanmalıdır. Emziren kadınlarda postpartum 6. haftaya kadar kullanılmamalıdır. KOK'ten geçiş yaparken ilk enjeksiyon hap kullanımının herhangi bir gününde veya hap bittikten sonraki ilk 7 gün içinde yapılmalıdır. Sonraki enjeksiyonlar her 12 haftada bir yapılır. Eğer kullanıcı 13 hafta veya daha sonra gelirse yeniden enjeksiyon yapılmadan önce gebelik kuşkusu giderilmelidir.

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

En sık görülen yan etki menstruel düzen değişikliğidir. DMPA kullanan kadınların %75'inde birinci yılın sonunda amenore, diğerlerinde de düzensiz kanama veya lekelenme görülür. DMPA'nın diğer yan etkileri arasında kilo değişiklikleri, duygudurumda dalgalanmalar, libidoda azalma, baş ağrıları ve azalmış kemik yoğunluğu sayılabilir (38). Yüksek dansiteli lipoproteini (HDL) düşürme, nöbet geçirme sıklığında artış gibi etkileri olabilir (9).Uzun süren, aşırı miktarda adet kanaması, sarılık, şiddetli karın ve baş ağrısı ile görme bulanıklığında hekime başvurulması hatırlatılmalıdır (11).

2.4.IV.c) İmplantlar

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

2.4.IV.c1) Norplant

Norplant beş yıl süreyle korunma sağlayan etkili, uzun süreli ve geri dönüşlü bir kontraseptiftir. Sentetik hormon içeren 6 ince ve esnek kapsülden oluşan bir kontraseptiftir. Kapsüllerin herbiri 3,4 cm uzunluğunda, 2,4 mm çapındadır ve ortalama 36 mg kristalize levonorgestrol içerir. Küçük bir cerrahi girişimle, üst kolun iç kısmına, derinin hemen altına yerleştirilir. Sentetik bir progestin olan levonorgestrol, KOK'lerde ve yalnız progestin içeren minihaplarda uzun yıllardır kullanılan ve bu nedenle etki ve yan etkileri iyi bilinen bir hormondur. Silastik tüpler ise 1950'lerden beri cerrahi uygulamalarda kullanılmaktadır; yan etkisi bildirilmemiştir. Norplanttaki yenilik, kontraseptifin vücuda verilmiş biçimidir. Progestin, kapsüllerin duvarlarından sürekli olarak ve düşük dozlar halinde vücuda geçer. Progestin ovülasyonu baskılayarak ve servikal mukusu, sperm geçişini engelleyecek biçimde kalınlaştırıp azaltarak gebeliği önler. Norplant mevcut kontraseptiflerin en etkililerinden biridir. Beş yıllık bir sürede yıllık ortalama gebelik hızı %1'den azdır.

Norplant yerleştirmek için en uygun zamanlar menstrüasyon sırasında (başlangıcını izleyen 7 gün içinde), düşükten sonra (hemen veya ilk 7 gün içinde), emzirme döneminde (doğumdan sonra 6 hafta geçtiyse) olmaktadır. Her ne kadar

Norplant yerleştirilmesi için en uygun zamanlar yukarıda sıralananlar ise de gebelik olmadığından emin olduğunda siklusun herhangi bir döneminde Norplant kapsüllerinin yerleştirilmesi mümkündür.

İlk yıl salgılanan levonorgestrel düzeyi yüksek olduğundan amenore gözlenebilir. Giderek düzey düştükçe adetler düzelir. Estrojen kullanma kontrendikasyonu olanlarda, ileri yaş kadınlarda, emzirenlerde, etkin ve uzun süreli bir kontrasepsiyon yöntemi isteyen kadınlarda tercih edilebilir. Son derece etkilidir. Kullanımının kolay olması, bir kez uygulandıktan sonra kadının kliniğe sadece izlem ya da implantın çıkarılması için gelmesi, 5 yıl süreyle koruması, günlük aktiviteyi, cinsel isteği ve ilişkiyi etkilememesi, geri dönüşlü olması olumlu yönleridir. Buna karşılık eğitilmiş personel gerektirmesi, küçük cerrahi girişimlerde görülebilecek enfeksiyon, kanama, hematom gibi riskler taşıması, derinin altında fark edilmesi, kullanıcının yöntemi kendi kendine bırakamaması ve CYBH'lara karşı koruyuculuğunun olmaması olumsuz yönleridir (47).

Tanı konmamış anormal vajinal kanama, gebelik, karaciğer hastalığı, orak hücreli anemi, diyabet, hipertansiyon, migrende dikkatli kullanılmalıdır. Sigara içenler, obezler, cerrahi müdahaleler sırasında ve endometriyum ya da over kanserli hastalarda kullanılabilir (11).

2.4.IV.c2) İmplanon

Tek çubuklu bir implant olan İmplanon etilen vinasetil membranı içinde dezogestrolin aktif metaboliti olan etonogestrel içerir. Kullanım süresi 3 yıldır. 70000 siklüsta İmplanon'a ait hiç gebelik görülmemiş olup kadınların %82'si İmplanon'u en az 2 yıl kullanmaktadır. İmplanon'u bırakan kadınların çoğu kanama düzensizlikleri ve kilo artışı nedeniyle bırakmaktadır. Sistemin tek çubuktan oluşması nedeniyle uygulaması ve çıkarılması çok kolaylaşmıştır. Adetin ilk beş gününde yerleştirilir. Anestezi gerektirmez. Ovulasyon inhibisyonu etkisi mevcuttur. Emziren kadınlarda da uygulanabilir. Çıkarıldığında fertilitte hemen geri döner.

2.4.IV.c3) Jadelle

75 gram levonorgestrel içeren iki çubuktan oluşur. 5 yıllık koruma sağlar. Fertilitenin hemen geri dönmesi iyi bir özelliğidir. Ayrıca etkinliği yüksektir.. Ovulasyon inhibisyonu özelliği Norplant'a benzer (39).

2.4.V.Geriye Dönüşümsüz Yöntemler

Tüm dünyada yaygın olarak kullanılan ve en güvenilir yöntemlerden biridir. Hamile kalmaması zorunluluğu olan kadınlar ve artık çocuk istemeyen çiftler için uygundur. Cerrahi işlemler olduğu için, kişilerin cerrahi öncesi değerlendirilmesinin iyi yapılması ve geri dönülmesi çok zor olduğundan yöneme özel danışmanlığın verilmesi çok önemlidir (48).

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

Cerrahi işlemin güvenli olması açısından çok önemli birkaç nokta vardır:

- Cerrahin ve yardımcı personelin, kullandıkları teknikler konusunda iyi eğitilmiş ve bilgili olmaları ve ortaya çıkabilecek sağlık sorunlarını çözebilmeleri gerekir.
- Bütün araçlar ve donanım iyi çalışır durumda olmalı ve her ameliyat gününden önce gözden geçirilmelidir.
- Cerrahi işlemin yapıldığı klinikte acil durumlarda gerekli olan araç ve ilaçlar bulunmalıdır.
- Asepsi mutlaka sağlanmalıdır.

Cerrahi sterilizasyon yapılan herkese, işlemten sonra yapması gerekenler yazılı olarak verilmeli, ayrıca klinikten ayrılmadan önce de anlaşılır bir dille sözlü olarak anlatılmalıdır.

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

altındakilere yapılmaması gibi) hem yasaya uygun değildir, hem de bireylerin seçim hakkını ihlal eder. Her bireyin ya da çiftin gereksinimleri ve koşulları farklıdır. Doğru olan, bireylerin durumlarını iyi inceleyerek bilinçli seçim yapmalarına yardımcı olmaktır (49).

2.4.V.a) Kadın Sterilizasyonu (Tüp Ligasyonu)

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

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

Minilaparotomi: Klasik laparotominin basitleştirilmiş bir şeklidir.

Laparoskopi: Tüplerin laparoskop kullanılarak bağlanmasıdır.

Her iki tüp üçte bir proksimalden kesilir, bağlanır veya kliplenir. Amaç overlerle tubalar arasındaki transport mekanizmasının bozularak ovumla spermin birleşiminin engellenmesidir. Oldukça güvenilir bir yöntemdir. Ortalama yarım saat süren, anestezi gerektiren kısa süreli bir işlemdir. Hasta aynı gün evine gidebilir (46).

Tüp ligasyonu en etkili kontraseptif yöntemlerden biridir. Oral kontraseptifler, RİA ve enjekte edilen kontraseptiflerden çok daha etkilidir; başarısızlık oranı yalnızca 1000’de 1 kadardır. Gebeliği önleme etkisi hemen başlar. Başarısızlık oranının düşük olması, eşlerin kontrasepsiyon sorununu ortadan kaldırması, cinsel ilişkiyi etkilememesi, ileri dönemlerde ortaya çıkan yan etkisinin olmaması olumlu etkileridir. Operasyon sırasında ya da sonrasında kanama ve enfeksiyon riski vardır ancak cerrahi tekniğin doğru ve titizlikle uygulanması bu komplikasyonların oluşmasını önler. Operasyonu izleyen birkaç gün kesi yerinde ve alt karında ağrı olur. Geri dönüşü zordur ve garanti edilemez. Düşük bir oranda da olsa dış gebelik olasılığı vardır. CYBH’lara karşı koruyuculuğu yoktur (49).

2.4.V.b) Erkek Sterilizasyonu (vazektomi)

Vazektomi, en etkili kontraseptif yöntemlerden biridir. Vaz deferenslerin bağlanıp kesilmesi sonucu spermlerin meniye geçişini engelleyen bir yöntemdir. Oral kontraseptif, RİA, enjekte edilen kontraseptif ya da kondomdan daha etkilidir;

başarısızlık oranı 1000'de 1 kadardır. Kadın sterilizasyonuna göre daha basit ve daha az komplikasyon içeren bir işlemdir. Hematom, enfeksiyon gibi ciddi komplikasyonlar çok nadir görülür. Hastanede yatmayı gerektirmez. Cinsel işlevi etkilememesi önemli bir özelliğidir. İşlem sonrası yirmi ejakulasyon kadar, hala sperm üretimi devam edeceğinden ek yöntem kullanılması uygun olacaktır (49).

2.5. Acil Kontrasepsiyon

DSÖ'ne göre her yıl, istenmeyen gebeliklerin neden olduğu en az 20 milyon güvenli olmayan düşük gözlenmekte ve bunların 80.000'i kadınların ölümü ile sonuçlanmaktadır. Acil kontrasepsiyonun istemli düşüklüğü de %60 oranında azaltma potansiyeli vardır (50). Tecavüz sonrası veya korunmasız cinsel ilişki gibi zorunlu durumlarda kullanılması gereken yöntemlerdir. Koitus sonrası kullanılan ilaç veya araçları kapsar. Bir sonraki kullanımda etkinlikleri azalmaktadır. Sürekli kontrasepsiyon amaçlı kullanılmamalıdır (11). KOK, sadece progestin içeren haplar ve RİA şeklinde uygulanabilen acil kontrasepsiyon yöntemleri güvenilir ve etkilidir. Önerildiği gibi alındığında acil kontrasepsiyon hapları (AKH) korunmasız bir ilişki sonrası oluşabilecek gebeliği %75-89 oranında, bakırlı RİA'lar ise koitus sonrası ilk 5 gün içinde yerleştirildiğinde %99 oranında önler. Acil kontrasepsiyona hiç kontrasepsiyon kullanılmadığında ya da kullanılan yöntem başarısız olduğunda başvurulabilir. AKH'ları sadece kısa süreli hormon içerdiğinden güvenle kullanılabilir. Venöz tromboembolizm, felç, miyokart enfarktüsü ve diğer kardiyovasküler olayları arttırdıkları gösterilmemiştir. Tam etki mekanizmasının bilinmemesine karşın ovulasyonu inhibe ettikleri ve fertilizasyon ve/veya implantasyonu engelledikleri düşünülmektedir. CYBH'lara karşı koruma sağlamazlar. Endikasyonları korunmasız cinsel ilişki, kontraseptif kullanımında yapılan hatalar, yakın zamanda teratojenlere maruz kalma ve tecavüzdür. Tek kontrendikasyonu gebeliktir. Adetin gecikmesi (dört hafta içinde olmaması), beklenenden az kanama, ektopik gebelik olasılığı ve cinsel yolla bulaşan hastalık belirtileri söz konusu ise kişinin bir sağlık kuruluşuna başvurması önerilmelidir (48).

Acil kontrasepsiyonun kullanıldığı durumlar
<p>a. Korunmasız cinsel ilişki gerçek endikasyondur.</p> <p>b. Kontraseptif kullanımında oluşan kullanım hataları yada kazalar</p> <ul style="list-style-type: none"> -Kondom yırtılmasında, kadın kondomunun hatalı kullanımında, - Diyafram yada servikal başlık yanlış yerleştirildiğinde, - Kombine haplar ve yalnızca progestin içeren haplar unutulduğunda, - Üç aylık/aylık enjeksiyon için geç kalındığında - RİA'nın tamamen yada kısmen düşmesi durumunda <p>c. Yakın bir zamanda olası teratojenlere maruz kalındığında (canlı aşı yada sitotoksik ilaçlar gibi)</p> <p>d. Tecavüz: Çok önemli bir kullanım alanıdır. Acil yöntemlerin kabul görmediği zamanlarda ve ülkelerde bile tecavüz durumlarında kullanılmaktadır.</p>

Tablo-3 : Acil kontrasepsiyonun kullanıldığı durumlar
(Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Yayını. Ankara, 2000.)

2.5.a) Yuzpe rejimi

Acil kontrasepsiyon için KOK kullanılması sıklıkla yuzpe rejimi olarak bilinir. On iki saat arayla 100 mikrogram etinil estradiol ile 0.5 miligram levonorgestrelin iki kez verilmesinden oluşur. Koitus sonrası ilk 12-24 saat sonrası başlanırsa etkilidir. 72. saatten sonra etkisizdir. En sık kullanılan acil kontrasepsiyon yöntemidir. Doğru kullanıldığında Yuzpe yöntemi istenmeyen gebelikten %75 oranında korur. Sık rastlanan yan etkiler bulantı (%50) ve kusmadır (%20). Her dozdan 30-60 dakika önce alınan antiemetikler bu belirtileri en aza indirir. Diğer yan etkiler arasında menstruasyon gecikmesi veya erken menstruasyon vardır (38,48).

2.5.b)Tek başına Levonorgestrel (Plan B)

Sadece progestin içeren haplar acil kontrasepsiyon için kullanıldığında korunulmayan cinsel ilişkiden sonraki ilk 72 saat içinde ilk doz 0.75 mg levonorgestrel alınır ve 12 saat sonra bu doz yinelenir. Bu protokol B planı ticari ismi altında üretilmektedir. B planı yoksa sadece progestin içeren haplarda kullanılabilir. Sadece progestin içeren protokol bir çalışmaya göre %85 oranında gebelikten korur ve Yuzpe yöntemine göre daha etkilidir. Bulantı hastalarının sadece %25'inde görülür (38).

2.5.c) RİA

İlk 72 saat içinde gelemeyen veya hormon kullanımının mümkün olmadığı kadınlarda ovulasyon sonrası 5-7 güne kadar bakırlı RİA yerleştirilirse gebelik önlenir. Çok etkilidir. RİA'lar CYBH riski olanlarda, ektopik gebelik riski taşıyanlarda ve uzun süreli kontrasepsiyon istemeyenlerde kullanılmamalıdır. RİA en etkili acil kontrasepsiyon yöntemi olup, başarısızlık %1'in altındadır (38,48).

2.5.d) Mifepriston (RU-486)

“Düşük hapi” olarak da bilinmektedir. Antiprogesteron etki gösteren sentetik bir ilaçtır ve FDA tarafından 2000 yılında onay verilmiştir. Progesteron reseptörlerine bağlanarak bunları bloke eder, ovulasyonu ve endometriyum gelişimini engeller. 600 mg (10 mg/kg) peroral (PO), tek doz uygulamada tama yakın başarı bildirilmektedir. Yapılan son araştırmalarda 50 mg. tek doz uygulamanın bile yeterli olduğu gösterilmiştir. Daha az yan etkisinin olması ve diğer hormonal yöntemlere kıyasla daha az küretaj gerektirmesi üstünlükleridir. Mifepristonun postkoital kontrasepsiyonda lüteal fazda kullanılması önerilmektedir. Bazı kliniklerde adetin 27. günü verilmektedir. Yuzpe rejimine göre daha az yan etkisi olmasına rağmen etkinliği aynıdır (48).

2.4.VI.e) Misoprostol, Gemeprost

Prostaglandin analogudur (51) ve genellikle 200 miligram mifepristonla birlikte 0.5-1 miligram uygulanır. 56 günden küçük gebeliklerde başarı sağlamaktadır (50).

Oral olarak 12-24 saat önce veya vajinal olarak 4-6 saat önce uygulanırsa serviksi yumuşatır ve dilatasyon sağlar.

2.5.f) Ertesi gün hapı (acil doğum kontrol kiti)

KOK'lerin ilk 72 saat içinde kullanılması şeklinde uygulanmaktadır. 50 mikrogram EE içerenlerden iki, 30 mikrogram EE içerenlerden üç adet KOK preparatı alınıp 12 saat sonra aynı doz tekrarlanmalıdır (48).

2.6. Erkek hormonal kontrasepsiyonu

Normal bir spermatogenez için uygun miktarda testosteron salgılanması gerekmektedir. Testosteron da, Leidig hücrelerinin Luteinizan hormon tarafından uyarılmasıyla salgılanmaktadır. Follikül Stimüle edici Hormonun bu aşamalardaki görevi tam olarak anlaşılamamaktaysa da, bu hormonun kalitatif ve kantitatif olarak normal bir spermatogenez için gerekli olduğu düşünülmektedir. Dolayısıyla bu yöntem, LH ve FSH'ın baskılanmasına ve böylece spermatogenezin azalmasına dayanmaktadır. Bu amaçla tek başına androjenler (Testosteron Enantat-TE) veya androjen-progesteron kombinasyonları (TE+Siproteron Asetat veya Levonorgestrel) kullanılmaktadır. Androjen ve/veya progestin reseptör modülatörleri ve peptid olmayan gonadotropin releasing hormon antagonistleri üzerinde de çalışılmaktadır.

Bilinen yan etkiler arasında akne oluşması, libido ve duygudurum değişiklikleri, depresyon ve erektil disfonksiyon sayılabilir. Yavaş salınan depo testosteron enjeksiyonların kas içi uygulamasının da 12 haftaya kadar yeterli testosteron düzeyini sağladığı belirtilmektedir. Testosteron ile desogestrel/etonogestrel kombinasyonlarının pratik kullanıma en uygun kombinasyonlar olduğu düşünülmektedir.

Diğer araştırılmakta olan yöntemlerden testosteron implantlarının (üç ayda bir 800-1200 mg) spermatogenez baskılamada etkili olduğu, ancak Tip 2 5 α -Redüktaz inhibitörlerinin etkisinin olmadığı savunulmaktadır (52,53,54).

2.7. Aile Planlaması Hizmetlerinde Danışmanlık

Danışmanlık aile planlaması hizmetlerinin kalbidir. Başarılı bir aile planlaması uygulaması için danışmanlık esastır ve aile hekimlerinin en önemli görevlerinden

biridir. Danışmanlık hizmeti aile planlaması uygulamaya karar veren bir kişinin kendisi için en uygun yöntemi seçmesinde ve seçtiği bu yöntemi sürekli olarak kullanmasında yol gösterici bir uygulamadır. En uygun yöntemin iki özelliği vardır: Kullanıcı için güvenli olması ve bu yöntemin kullanıcı tarafından gerçekten kullanılmak istenmesidir.

Aile planlaması hizmetlerinin başarılı olabilmesi ve annelerin sağlık düzeylerinde yer alması beklenen gelişmeyi ortaya çıkarabilmesi için, sadece bu hizmetlerin herkese ulaşılabilir olması, kolay elde edilebilir olması, ücretsiz olması ve bu hizmetlerle ilgili olarak kişilerin bilgilendirilmiş olmaları yetmez. Aile planlaması hizmetlerinin başarısının altın anahtarı danışmanlıktır. Çünkü, sonuçta karar verecek ve bu kararı uygulayacak kişileri yönlendirmede etkili olacak ve gerekli davranış değişikliğini yaratacak şey danışmanlık hizmetlerinin niteliği ve niceliğidir. O nedenle de danışmanlık hizmeti aile planlaması uygulamalarının ayrılmaz bir parçasıdır (2).

Danışmanlık adımları, üreme sağlığı hizmetlerinin sunumunda, sağlık personelinin bir başvuran ile görüşmesini eksiksiz sürdürmesinde, atlamadan, unutmadan görüşmeyi tamamlayabilmesinde yol göstericidir. Ancak burada asıl önemli olan adımlar değil “başvuranın kendisi”dir. Danışmanlığın amacı, her bir başvuranın farklı olduğunun bilinciyle, başvuranın ihtiyacının ne olduğunun tanımlanması ve o ihtiyacı karşılayacak sağlık hizmetinin sunulmasıdır. Üreme sağlığı hizmetlerine başvuranlar genellikle özel bir sorunları olunca gelirler. Örneğin aile planlamasına ihtiyaçları olabilir, cinsel yolla bulaşan hastalıklarla ilgili sorunları olabilir, düşük için destek aramakta olabilirler v.b. Fakat bunlara çözüm ararlarken asıl temelinde yatan sorunlarını, ihtiyaçlarını dile getirmekten kaçınırlar, utanabilirler. Sağlık personelinin görevi uygun bir yaklaşımla, başvuranın üreme sağlığı ihtiyaçlarını ortaya çıkarıp, bunların farkına varmasına ve çözüm bulmasına yardımcı olmak, yol göstermektir (55).

3.MATERYAL-METOD

3.1.Araştırma Projesi

“Isparta il merkezindeki kadınlarda kontraseptif kullanımında etkili demografik ve sosyokültürel faktörler ” isimli araştırma projesi etik kurul tarafından uygun görülmüştür, Süleyman Demirel Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Proje Destek Fonu tarafından 1398-TU-06 no’lu uzmanlık tez projesi olarak belirlenmiştir. Bu çalışma, sosyoekonomik ve sosyokültürel özellikleri birbirinden farklı 15-49 yaş arası kadınlarda aile planlaması yöntem kullanım sıklığı ve ilişkili faktörlerin saptanması amacıyla planlanmıştır.

3.2. Araştırma Bölgesi

Çalışma, Isparta ili merkezinde bulunan Sağlık Ocakları/Aile Sağlığı Merkezleri bünyesinde yapılmıştır. Araştırma kapsamına alınan merkez sağlık ocakları; Bağlar, Bahçelievler, Binbirevler, Çelebiler, Çünür, Davraz, Gülcü, Gülistan, Halıkent, Karaağaç, Kurtuluş, Mehmet Töngge, Sanayi, Sermet, Vatan, Yedişehitler, Yenice, Zafer, Aliköy, Büyükgökçeli, Kuleönü ve Sav sağlık ocaklarıdır. Çalışma için Isparta İl Sağlık Müdürlüğünden yazılı bilgi ve olur alınmıştır (Ek-3). Resmi izinle birlikte çalışmanın yürütüleceği sağlık ocaklarına gidilmiş, ocak sorumlu hekimleri ve yardımcı sağlık personeli bilgilendirilmiş ve çalışma için destek alınmıştır. Çalışma hakkında bilgilendirilmiş merkez’de yer alan sağlık ocaklarının tamamının çalışma kapsamına alınması, bize Isparta il merkezinin farklı bölgeleri hakkında bilgi sağlayacağı gibi farklı sosyoekonomik düzeyleri de temsil edecektir.

3.3.Araştırmanın Tipi:

Çalışma kentsel olarak Isparta İl Merkezi’ne bağlı birinci basamak sağlık kuruluşlarında yürütülecek kesitsel tipte bir araştırmadır.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Evrenin Tanıtılması

Çalışmanın evrenini Isparta merkez ilçe sınırlarında yaşayan 15-49 yaş arası kadınlar oluşturmaktadır. Ancak bu büyük nüfusa ulaşmak mümkün olmayacağından, çalışmanın amaçları doğrultusunda çalışma evrenini genelleyecek ve temsil edecek şekilde bir örneklem gerçekleştirilmiştir. Örneklem seçilirken temsil yeteneğine sahip olabilmesi için; yeterli büyüklükte, evrendeki dağılımına benzer olacak şekilde, taraf tutulmadan seçilmiştir.

Örneklem seçim işlemi için, tabakalama örneklem yapılması planlanmıştır. Çalışma esnasında öncelikle Isparta İl merkezine bağlı sağlık ocakları/aile sağlığı merkezleri sayısı ve bu merkezlere bağlı nüfus tespit edilmiştir. Toplam nüfus, birinci basamak sağlık merkezleri sayısı ile orantılı olarak tabakalara dağıtılmıştır. Her sağlık ocağı/aile sağlığı merkezinden kaç tane kadının çalışmaya alınacağı tespit edildikten sonra; sistematik örnekleme yöntemi ile bu merkezlerden kadınlara ait 15-49 yaş arası takip kartları seçilmiştir. Bu işlem gerçekleştirilirken, evren büyüklüğü örneklem büyüklüğüne bölünerek kaç birimde bir birimin örnekleme alınacağı saptanmıştır. Örneklem seçim işlemlerinin kolay olması nedeniyle özellikle evren büyük olduğunda kullanılan bir örnekleme yöntemi de sistematik örnekleme yöntemidir. Seçim işlemlerinde evren büyüklüğü (N) örneklem büyüklüğüne (n) bölünerek kaç birimde bir birimin örnekleme alınacağı saptanır.

3.5. Örneklem ve Araştırmaya Katılım Oranları

Sağlık ocaklarında kayıtlı 15-49 yaş grubundaki kadınlara ulaşmak için yapılan tabakalı sağlık ocağı örnekleminde, Isparta merkeze kayıtlı 22 merkez sağlık ocağının tamamı çalışmaya alındı. Bu yöntemin etkin olabilmesi için tabakalardaki birimlerin kendi içinde homojen olması ve tabakalar arasında gerçek bir farklılık bulunması gerekir. Her tabakaya eşit sayıda birey düşmesi olanaksız olacağından, her tabakadan kaç bireyin örnekleme alınacağı sorunu çıkar. Bu durumda iki yol izlenebilir. Birincisinde, tabakalardaki birey sayısı göz önüne alınmadan her tabakadan eşit sayıda birey örnekleme alınır. Buna *orantısız seçim* denir. Orantısız seçimde istatistiksel değerlendirmenin kesinlikle ağırlıklı olarak yapılması gerekir. İkincisinde ise, örnekleme alınacak bireyleri tabakalardaki birey sayısına orantılı olarak seçmektir. Başka bir deyişle, çok kişi içeren tabakadan çok, az kişi içeren

tabakadan az kişiyi örnekleme almaktır. Bizim çalışmamızdaki örneklem şekli de benzer şekilde gerçekleştirilen orantılı tabakalı örneklem şeklindedir.

3.6.Araştırmaya Kabul ve Red Kriterleri

Araştırmaya 15-49 yaş arasındaki sağlık ocağına kayıtlı kadınlar dahil edilmiştir. Çalışmanın kabul kriteri olarak: araştırmanın yapıldığı dönemde sağlık ocağına kayıtlı bulunmak kabul edilmiştir.

3.7.Araştırmanın Veri Kaynakları ve Uygulama Şekli

Çalışmanın başlangıç aşamasında İl Sağlık Müdürlüğü yetkilileri ve sağlık ocağı çalışanları ile yüz yüze bilgilendirme görüşmeleri yapılmış, çalışmanın uygulanabilirlik derecesi araştırılmıştır. Buna göre çalışmanın sorumlu kişilerin önerdiği hafta içi günlerde, mesai saatleri içerisinde ve kartların bulunduğu sağlık ocaklarının yapılması kararlaştırılmıştır. Çalışmanın yapılması için kararlaştırılan günler sorumlu hekimler aracılığı ile diğer personele duyurulmuştur. Çalışmanın amaçları, uygulama şekli ve elde edilen sonuçların nelere yarayacağı hakkında da çalışanlara bilgi verilmiştir. Tüm yardımcı personelin örneklem seçimi konusunda bilmek istedikleri cevaplandırılmıştır. Sağlık ocaklarının belirlenme aşaması Isparta İl Sağlık Müdürlüğü ile birlikte yürütülmüş, takip eden haftada gerekli resmi yazışmalar gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya katılan sağlık ocakları belirlendikten ve çalışanlara gerekli bilgilendirmeler yapıldıktan sonra örnekleme açıklandığı şekilde 15-49 yaş takip formları yardımcı sağlık personelleri aracılığı ile toplanmıştır. 15-49 yaş kartlarındaki veriler, bu konuda daha önceden yapılmış olan çalışmalarda da yararlanılarak anlaşılır ve sorgulanan özellikleri iyi yansıtabilecek şekilde düzenlenmiştir.

15-49 yaş kadın izlem kartı demografik özellikler ve kullanılan aile planlaması yöntemi şeklinde 2 bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde yaş, öğrenim düzeyi, meslek, sosyal güvence, annelik bilgileri, göç durumu, özgeçmiş, soy geçmişi, sistemik hastalıkları, özürüllük durumu, son gebelik bilgileri ve eşine ait sosyokültürel bilgiler yer almaktadır. Kartın ikinci bölümünde ise aile planlaması yöntemi açısından şu anda kullandığı yöntem şekli, izlem sıklığı ve risk durumuna

yönelik bilgiler yer almaktadır (EK-1). Bu bilgilerin tamamı çalışmamızın verilerini oluşturmaktadır. Elde edilen veriler Statistical Package for Social Sciences (SPSS) programı ile bilgisayar ortamına dökülmüş ve değerlendirilmeye alınmıştır. İstatistikler gerçekleştirilmiş ve çalışmanın raporu yazılmıştır. Çalışmanın sonuçları hakkında İl Sağlık Müdürlüğü'ne, sağlık ocaklarında çalışan hekim ve yardımcı sağlık personeline bilgilendirme yapılmıştır.

3.8.İstatistiksel İncelemeler

Araştırma sonucunda elde edilen veriler bilgisayar ortamında (SPSS 10.0) istatistik paket programına aktarılmıştır. Anket formlarındaki verilerin değerlendirilmesinde ki-kare testi; her değişkenin birbiri ile ilişkisinin değerlendirilmesinde de bağımsız iki değişkeni karşılaştırma testi (t-testi) kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık için $p < 0,05$ kabul edilmiştir.

3.9. Araştırmanın süresi

Araştırma, Aralık 2007-Mart 2008 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

3.10.Araştırma Sırasında Karşılaşılan Güçlükler

Araştırmanın veri toplama aşamasında yardımcı sağlık personelinin örnekleme doğru yapamaması en sık karşılaşılan sorundur. Bu sorun yardımcı sağlık personeline tekrardan yapılan bilgilendirmeler ile ortadan kaldırılmıştır. Yine veri toplama aşamasında kadınların bir kısmının karttaki bazı sorulara tam olarak cevap vermemeleri analizler sırasında bazı soruların değerlendirilmesinde eksiklikler yaratmıştır. Bu çalışmanın bir diğer kısıtlılığı Okyay P.ve arkadaşlarının Aydın'da bir merkez sağlık ocağında yaptıkları çalışmada olduğu gibi; değerlendirmenin sadece niceliksel olarak 15-49 yaş kadın izlem kartlarının değerlendirilmesi ile yapılmış olmasıdır. Sağlık Bakanlığı tarafından geliştirilen kartlarda kadın izlemlerine yönelik niceliksel tanımların açıkça belirlenmiş olması çalışmayı kolaylaştırmakta ise de niteliksel değerlendirmenin yapılamamış olması çalışmanın eksik bir yönüdür. Ancak niteliksel değerlendirmelerin nicel değerlendirmeler ışığında yapıldığı göz önüne alınırsa, çalışmamızın bu alanda yapılacak olan daha sonraki çalışmalara bir ışık tutacağına inanmaktayız (56).

4.BULGULAR

Çalışmanın yapıldığı Isparta il merkezi'ne bağlı sağlık ocaklarına kayıtlı toplam nüfus çalışma sırasında 186.268 kişidir. Bu kişilerin sağlık ocaklarına göre dağılımını incelersek; Bağlar S.O. 15832 (%8.49), Bahçelievler S.O. 7092 (%3.80), Binbirevler S.O.8078 (%4.33), Çelebiler S.O. 1014 (% 0.54), Çünür S.O. 2258(%1.21), Davraz S.O. 12867 (%6.90), Gülcü S.O. 12877 (%6.91), Gülistan S.O. 17386 (%9.33), Halıkent S.O. 13264 (%7.12), Karaağaç S.O. 7958 (%4.27), Kurtuluş S.O. 9895 (%5.31), M.Tönge S.O. 2724 (%1.46), Sanayi S.O. 17765 (9.53), Sermet S.O. 4583 (%2.46), Vatan S.O. 4986 (%2.67), Yedişehitler S.O. 21.033 (%11.29), Yenice S.O. 4588(% 2.46), Zafer S.O. 10.729 (%5.75), Aliköy S.O. 1918(%1.02), B.Gökçeli S.O. 2241 (%1.20), Kuleönü S.O. 2767 (%1.48), Sav S.O. 4475 (%2.40)

Toplam nüfus tespit edildikten sonra çalışmamız için seçilecek örneklem grubu tespit edildi. Toplam örneklem sayısının hesaplanmasında;

$$n = \frac{N t^2 p q}{d^2(N-1) + t^2 p q}$$

formülü uygulandı. Formülde;(N= Evrendeki birey sayısı, n=Örnekleme alınacak birey sayısı, p= İncelenecek olayın görülüş sıklığı, q= İncelenecek olayın görülmeyiş sıklığı (1-p), t= Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosunda bulunan teorik değer, d= Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen(± sapma) olarak simgelenmiştir.

Bizim çalışmamızda p değeri için aile planlaması yöntemi kullanım sıklığı temel alınmıştır. Literatüre baktığımız zaman Aile Planlaması yöntemi kullanım oranı Doğu Anadolu'da %40 düzeyinde iken Batı Anadolu'da %70'in üzerine çıkmaktadır (57). Isparta ilimiz de ekonomik ve sosyal bakımdan orta gelişmiş iller düzeyindedir. Bunun için Özvarışlı ve Dervioğlu'nun çalışması esas alınarak (35) p=0.64 olarak alınmıştır. t düzeyi standart olarak 1.95 hesaplanmıştır. Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen standart sapma da %95 olarak kabul edilmiştir. Bu değerlerle

yapılan hesaplama göre sağlık ocaklarından 681 adet 15-49 yaş kadın izlem kartı seçilmiştir.

681 kartın seçiminde de sağlık ocaklarına bağlı nüfuslar esas alınarak tabakalı örneklem yapılmıştır. Buna göre Bağlar S.O. 58, Bahçelievler S.O. 26, Binbirevler S.O. 29, Çelebiler S.O. 4, Çünür S.O. 8, Davraz S.O. 47, Gülcü S.O. 47, Gülistan S.O. 64, Halıkent S.O. 48, Karaağaç S.O. 29, Kurtuluş S.O. 36, M.Tönges S.O. 10, Sanayi S.O. 66, Sermet S.O. 17, Vatan S.O. 18, Yedişehitler S.O. 77, Yenice S.O.17, Zafer S.O. 39, Aliköy S.O. 7, B.Gökçeli S.O. 8, Kuleönü S.O.10, Sav S.O. 16 olarak kartlar elde edilmiştir.

Kartlarda yer alan birinci sosyodemografik özellik kadınların doğum tarihleriydi. Doğum tarihlerine göre dikkat çeken belirgin özellikler; gençlerde eğitim düzeyi daha yüksekti ($p=0.002$), yaş arttıkça toplam gebelik sayısı ($d=0.306$, $R=0.314$, $p=.000$), yaşayan çocuk sayısı ($d=0.383$, $R=0.387$, $p<0.001$), düşük sayısı ($p=0.018$) artmaktaydı. Yaş artışıyla izlem sıklığında da paralellik gözlemlendi ($R=0.209$, $p<0.001$) Yine benzer şekilde yaşla ilişkili olarak ileri yaşlarda kadınların kendi istekleri ile kontraseptif yöntem kullanmadıkları görüldü ($d=0.236$, $p<0.001$).

Sosyodemografik özelliklerle ilgili olarak da ikinci parametre kadınların öğrenim durumuydu. Öğrenim durumuna ait veriler Tablo-4'de gösterilmiştir.

	Sayı	Yüzde
Cevap vermek istemeyen	1	0.1
Okur-Yazar değil	16	2.3
Okur-Yazar	3	0.4
İlkokul	347	51.0
Ortaokul	71	10.4
Lise	155	22.8
Yüksekokul	84	12.3
Cevap vermeyen	4	0.6
TOPLAM	681	100.0

Tablo-4:İncelenen kadınların öğrenim düzeylerine göre dağılımı

Öğrenim durumuna göre anlamlı olan verilerin dağılımı şu şekilde bulundu: Öğrenim durumu azaldıkça çalışanların oranının düştüğü ($d=-0.469$, $p<0.001$), öğrenim durumu arttıkça toplam gebelik sayısının ($d=-0.225$, $p<0.001$), canlı doğum sayısının ($d=-0.193$, $p<0.001$), ölü doğum sayısının ($p=0.001$), yaşayan çocuk sayısının ($d=-0.231$, $p=0.000$), düşük sayısının ($p=0.025$), eşyle akrabalık düzeyinin ($p=0.005$), sağlık ocağı tarafından izlem sıklığının ($p<0.001$) ve gebelerin yaşının azaldığı ($p=0.013$) tespit edildi. Öğrenim durumu azaldıkça ölen çocuk sayısı artmaktaydı ($p<0.001$), Öğrenim durumu arttıkça gebeliğe bağlı risk derecesi de yükselmekteydi ($p<0.001$).

	Sayı	Yüzde
<i>Çalışan</i>	118	17,3
<i>Çalışmayan</i>	550	80,8
<i>Cevap vermeyen</i>	13	1,9
TOPLAM	681	100,0

Tablo-5: İncelenen kadınların mesleklere göre dağılımı

Isparta sağlık ocaklarına kayıtlı kadınların meslekleri incelendiğinde 550 (%80.8) gibi büyük bir oranın çalışmadığı göze çarpmaktadır (Tablo-5). Diğer veriler ile çaprazlandığında anlamlı bulunan farklılıklar; çalışmayanlarda toplam gebelik sayısının arttığı ($p<0.001$), canlı doğum sayısının daha fazla olduğu ($p=0.001$), ölü doğum sayısının fazlalığı ($p<0.001$), yaşayan çocuk sayısının yüksekliği ($p=0.000$), düşük sayısının anlamlılığı ($p=0.005$), ölen çocuk sayısının fazlalığı ($p=0.000$), eşyle akrabalık ilişkisinin bulunduğu ($p=0.025$), benzer şekilde eşinin öğrenim durumunun da düşük olduğu ($p<0.001$) tespit edilmiştir. Bunun yanı sıra çalışmayan kadınlarda sistemik hastalıkların ($p=0.001$) ve soygeçmişin ($p=0.029$) özellik teşkil

ettiği, izlem sıklığının daha fazla olduğu ($p<0.001$) ve risk derecesinin daha düşük olduğu ($p=0.007$) bulunmuştur.

İncelenen örneklemdaki kadınların sosyal güvenlik durumlarına baktığımızda büyük çoğunluğunun (%93) sosyal güvencesinin bulunduğu tespit edilmiştir (Tablo-6). Anlamlı veriler incelendiğinde; hiçbir sağlık güvencesi olmayanlar SSK'lı olanlara göre daha fazla toplam gebelik sayısına ($p=0.034$, post-hoc One-Way ANOVA), Emekli Sandığına bağlı olanlar SSK'lılara göre daha fazla toplam gebelik sayısına ($p=0.038$, post-hoc One-Way ANOVA) sahipti. Öğrenim seviyesi Emekli Sandığına bağlı olanlarda daha yüksekti ($p<0.001$) (post-hoc One-Way ANOVA). Canlı Doğum sayısı Emekli Sandığına bağlı olanlarda SSK 'lılara göre daha fazlaydı ($p=0.001$). Yaşayan çocuk sayısı da Emekli Sandığına bağlı olanlarda SSK'lılara göre daha yüksekti ($p=0.004$, post-hoc One-Way ANOVA).

	Sayı	Yüzde
<i>Güvencesi olmayan</i>	37	5,4
<i>Emekli sandığı</i>	188	27,6
<i>SSK</i>	216	31,7
<i>Bağ-Kur</i>	62	9,1
<i>Yeşilkart</i>	24	3,5
<i>Cevap vermeyen</i>	154	22,6
TOPLAM	681	100,0

Tablo-6: İncelenen kadınların sosyal güvenlik durumu

Araştırmamızda toplam gebelik sayısına baktığımızda (Tablo-7) ağırlıklı olarak (%86) ailelerin 0-4 oranında çocuğa sahip olduğunu gördük. Bununla beraber, yaş arttıkça ($d=0.311, p=0.000$), çalışmayanlarda ($p<0.001$), canlı doğum sayısı ($d=0.619, p=0.000$), yaşayan çocuk sayısı ($p=0.000$), düşük sayısı ($p=0.000$), ölen çocuk sayısı ($p=0.000$), akrabalık özelliği ($p=0.021$) ve izlem sıklığı fazla olan kadınlarda toplam gebelik sayısı da artmaktaydı ($p<0.001$). Bununla beraber özellikle ölü doğum sayısı ile ($d=0.720, p=0.001$) toplam gebelik sayısı arasında güçlü bir ilişki vardı.

Aksine eğitimle ($p<0.001$), eşin öğrenim durumuyla ($p=0.024$), risk derecesiyle ($p=0.004$) toplam gebelik sayısı ters orantılıydı.

	Sayı	Yüzde
0-4	588	86
5-9	40	5.8
10	3	0.4
<i>Cevap vermeyen</i>	50	7.3
TOPLAM	681	100,0

Tablo-7: İncelenen kadınların toplam gebelik sayıları

Elimizdeki verilere göre incelenen kadınlarda (Tablo-8), canlı doğum sayısı artışı yaş artışıyla ($d=0.384$, $p=0.000$), öğrenim durumuyla ($p<0.001$), çalışmayanların sayısı ile ($p=0.001$), toplam gebelik sayısı ile ($d=0.619$, $p<0.001$), hap veya kondom kullanımıyla ($p=0.002$), izlem sıklığı ile ($p<0.001$) ve düşük risk derecesiyle ($p=0.015$) paralellik göstermekteydi.

	Sayı	Yüzde
0-2	514	75
3-5	111	16.2
6-7	4	0.5
<i>Cevap vermeyen</i>	52	7.6
TOPLAM	681	100,0

Tablo-8: İncelenen kadınların canlı doğum sayısı

Kartlarda yer alan annelik bilgilerine ait anlamlı bir diğer parametre de ölü doğum sayısıydı (Tablo-9). Ölü doğum sayısı düşük eğitimlilerde ($p<0.001$) ve çalışmayanlarda ($p<0.001$) daha fazlaydı. Ölü doğum sayısı arttıkça toplam gebelik sayısı artmaktaydı ($p=0.001$).

	Sayı	Yüzde
<i>0-1</i>	622	91.3
<i>2-9</i>	2	0.3
<i>Cevap vermeyen</i>	57	8.3
TOPLAM	681	100,0

Tablo-9: İncelenen kadınların ölü doğum sayısı

Düşük sayısı verilerine dayanarak incelenen kadınların %90'ının 0 ile 2 arasında düşük yaptığını gördük (Tablo-10). Düşük sayısı eğitim düzeyi düşük olanlarda ($p=0.007$), çalışmayanlarda ($p=0.005$) yüksek bulunmuştur. Düşük sayısı arttıkça toplam gebelik sayısı artmaktadır ($p<0.001$).

	Sayı	Yüzde
<i>0-2</i>	613	90
<i>3-4</i>	11	1.6
<i>5-7</i>	3	0.4
<i>Cevap vermeyen</i>	54	8
TOPLAM	681	100,0

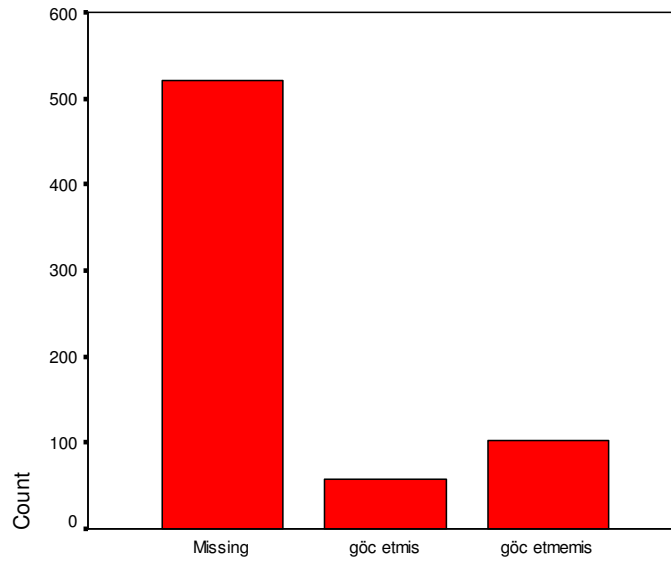
Tablo-10: İncelenen kadınların düşük doğum sayısı

Ölen çocuk sayısına ait tablo incelendiğinde (Tablo-11) ailelerin %91'i hiç çocuk ölümünün olmamasıyla veya 1 çocuk ölümüyle en büyük grubu oluşturmaktadır. Ölen çocuk sayısı, öğrenim düzeyi ve çalışma durumu verilerine dayanarak; hem annenin ($p=0.001$), hem de babanın ($p=0.000$) öğrenim düzeyi azaldıkça ölen çocuk sayısının arttığı saptanmıştır. Çalışmayanlarda da ölen çocuk sayısı artışı tespit edilmiştir ($p<0.001$).

	Sayı	Yüzde
<i>0-1</i>	621	91
<i>2-3</i>	6	0.8
<i>Cevap vermeyen</i>	54	7.9
TOPLAM	681	100,0

Tablo-11: İncelenen kadınlarda ölen çocuk sayısı

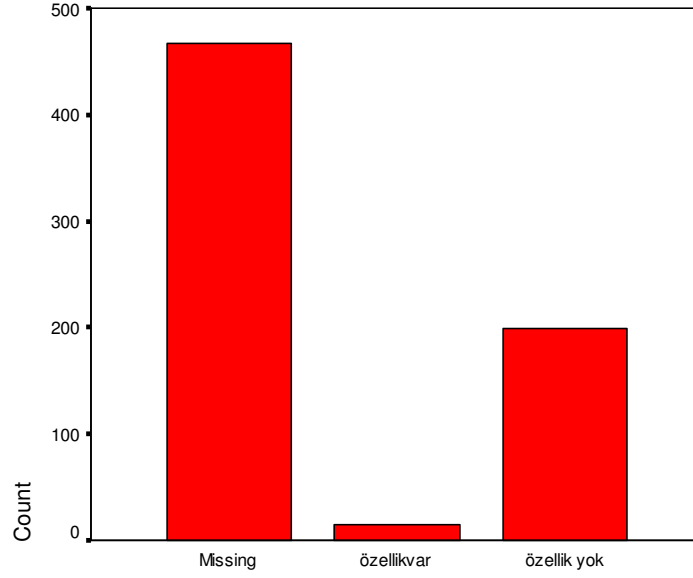
İncelenen kadınlardaki göç durumuna ait grafik incelendiğinde (grafik-2); formların 511 tanesinde (%75) bu bölümün boş olduğu saptanmıştır. Gerekli olan verilere ulaşmak mümkün olmadığından göç durumu ile ilgili bilgiler niceliksel olarak değerlendirilememiştir.



Grafik-2: İncelenen kadınlarda göç durumu

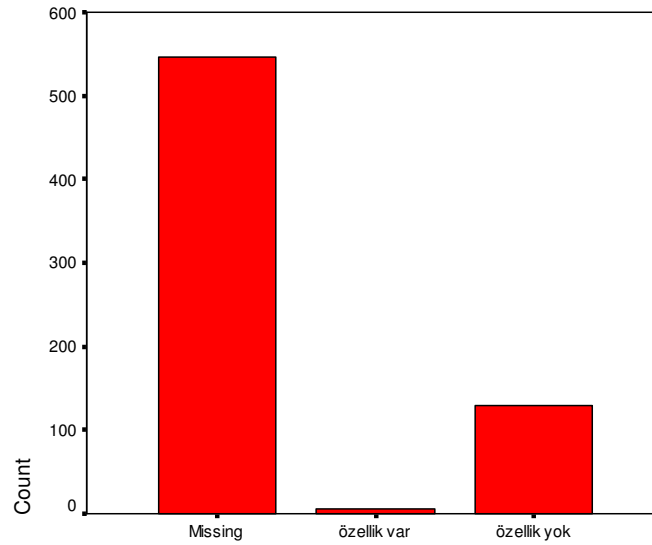
Elimizdeki veriler incelendiğinde özgeçmişe ait bilgilerin 465 kişide (%68.3) eksik olduğu gözlenmiştir (grafik-3). Bu durumun kayıtları yapan yardımcı sağlık personelinin hastaların özgeçmiş takibine yeterli önemi vermemesinden kaynaklandığını düşünmekteyiz. Kartların standart yapısındaki özgeçmişe ait bilgi

bölümlerinin eksik doldurulma oranının yüksek olmasından dolayı bu bölüm de istatistiksel olarak değerlendirilememiştir.



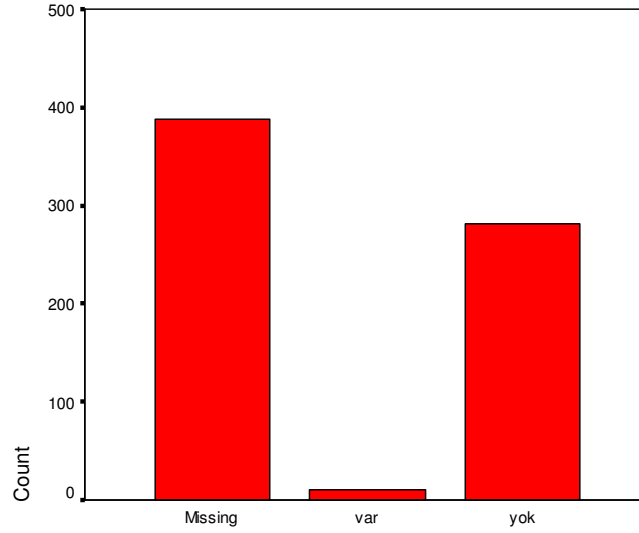
Grafik-3: İncelenen kadınlarda özgeçmiş durumu

Tüm kartlar incelendiğinde soygeçmişe ait olan bilgilerin 546 (%80.2) kadında özgeçmiş bilgilerinde olduğu gibi büyük oranda eksik olduğu tespit edilmiştir (grafik-4). Bu durum soygeçmiş ile diğer veriler arasında ilişki kurmamızı engellemektedir.



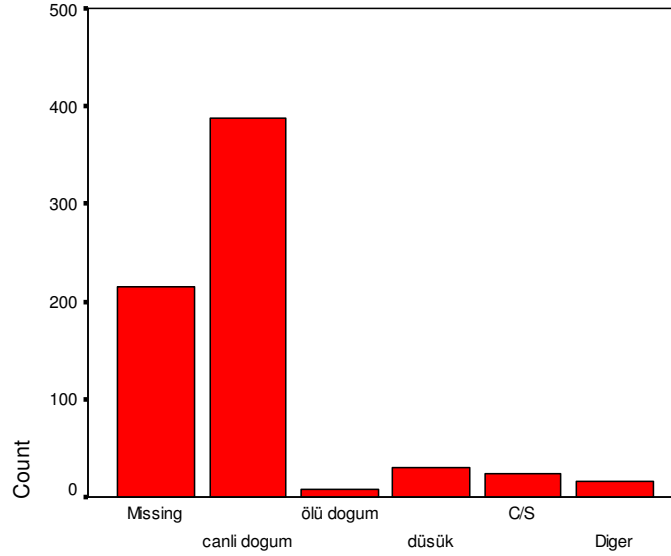
Grafik-4: İncelenen kadınlarda soygeçmiş durumu

Sistemik hastalık açısından değerlendirme yapıldığında büyük oranda kadınların kartlarında eksiklik olduğu (681 kartın 387'si, %56.8) saptanmıştır (grafik-5). Buna rağmen sistemik hastalığın yaşla arttığı ($p=0.034$), çalışanlarda sistemik hastalığın daha fazla görüldüğü ($p=0.001$) ve ölen çocuk sayısı ile sistemik hastalık arasında ilişki ($p=0.011$) olmadığı saptanmıştır.



Grafik-5: İncelenen kadınlarda sistemik hastalık durumu

Son gebelik bilgileri ayrı ayrı ele alındığında 389 kadının (%57.1) son gebeliğinin canlı doğumla sonuçlandığı; 78 gebeliğin (%13.4), ölü doğum, düşük, sezeryan gibi nedenlerle sorunlu bir şekilde sonlandığı bulundu. Son gebelik bilgilerine göre düşüklerin toplam gebelik sayısı üzerinde daha etkili olduğu ($p=0.001$) ve ölü doğum sayısını arttırdığı ($p=0.001$) istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.



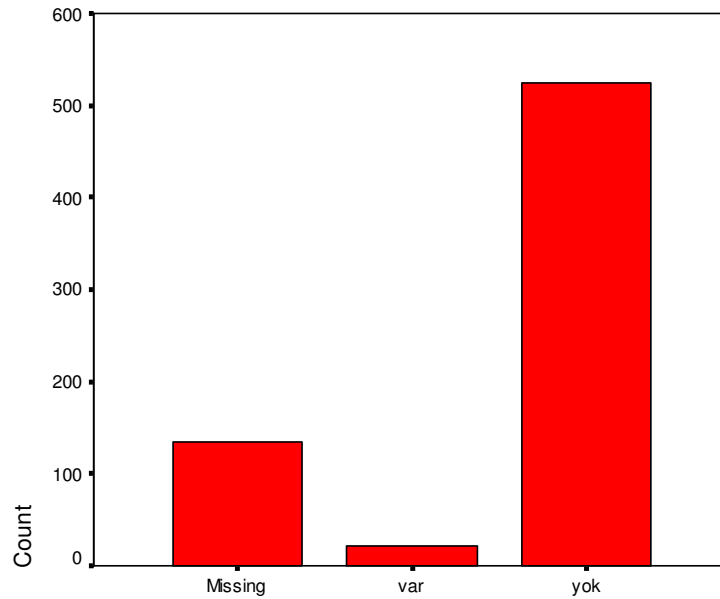
Grafik-6: İncelenen kadınlarda son gebelik bilgileri

15-49 yaş kadın izlem kartlarında kullanılan kontraseptif yöntemi etkileyebileceği düşünülen faktörlerden birisi de eşinin öğrenim durumudur. Kartlarda özgeçmiş ve soygeçmişe ait bilgiler yetersiz olmasına rağmen eşle ilişkili bulguların hemen hemen tamamının doldurulmuş olması güzel bir göstergedir (Tablo-12). Eşinin öğrenim durumuna göre; eşlerin eğitim düzeyleri birbirine benzemektedir ($d=0.508$, $p=0.000$), eşin eğitim seviyesi düştükçe toplam gebelik sayısı artmaktaydı ($p=0.024$). Çalışmadaki önemli bulgularda biriside eşin eğitim durumu düşükse kullanılan yöntem açısından ya hiç yöntem kullanılmıyor veya etkisiz yöntem kullanılıyor olmasıydı ($p=0.008$). Başka bir ilgi çekici bulguda da eşin eğitim durumu azaldıkça izlem sıklığı artıyordu ($p<0.001$).

	Sayı	Yüzde
<i>Okur yazar olmayan0-2</i>	2	0,3
<i>Okur yazar</i>	2	0,3
<i>ilkokul</i>	243	35,7
<i>Ortaokul</i>	76	11,2
<i>Lise</i>	172	25,3
<i>yüksekokul</i>	118	17,3
<i>Cevap vermeyen</i>	68	9,9
TOPLAM	681	100,0

Tablo-12: İncelenen kadınlarda eşinin öğrenim durumu

15-49 yaş kadın izlem kartlarında eşlerin akrabalık durumuna bakıldığında (grafik-7) ağırlıklı olarak (%76.9) akrabalık bulunmadı. Bununla beraber %20'lere varan bir oranda bu bölümün yardımcı sağlık personeli tarafından sorgulanmadığı gözlemlendi. Yapılan çaprazlamada yüksek öğrenimlilerde akrabalığın bulunmaması anlamlıydı ($p=0.008$).



Grafik-7: İncelenen kadınlarda akrabalık durumu

Buraya kadar incelemiş olduğumuz veriler 15-49 yaş kadınların sosyodemografik özelliğine ait verilerdi. Çalışmamızın ikinci bölümünde de kadınların kullandıkları aile planlaması yöntemi, aile planlaması yöntemi kullanmama nedeni, buna bağlı risk durumu ve izlem sıklığı açısından incelenmeleri oluşturmaktadır.

Kadınların kullandıkları aile planlaması yöntemi değerlendirildiğinde (Tablo-13) en fazla kullanılan yöntemin 160 kadın (%23.5) ile kondom, arkasından 153 kadında (%22.5) RİA ve 131 kadında (%19.2) etkisiz yöntem kullanma olduğu saptanmıştır. 152 kadının (%22.3) herhangi bir korunma yöntemi kullanmaması dikkat çekici bir rakamdır. Etkisiz yöntem kullanma ve hiçbir yöntem kullanmama oranlarına birlikte bakıldığında 283 kadın (%41.5) gibi büyük bir rakama ulaşmaktadır.

	Sayı	Yüzde
<i>Hap</i>	20	2,9
<i>Kondom</i>	160	23,5
<i>Enjeksiyon</i>	3	0,4
<i>Rahim içi araç</i>	153	22,5
<i>Tüp ligasyonu</i>	33	4,8
<i>Diğer yöntemler</i>	1	0,1
<i>Etkisiz yöntem kullanma</i>	131	19,2
<i>Herhangi bir yöntem kullanmayan</i>	152	22,3
<i>Cevap vermeyen</i>	28	4,1
TOPLAM	681	100,0

Tablo-13: İncelenen kadınlarda aile planlaması yöntemleri durumu

Kadınlar arasında sağlık ocakları tarafından izlem sıklığı incelendiğinde (Tablo-14) aylık takip oranlarının hemen hemen her ay için aynı olduğu izlemlerde belirgin bir farklılık olmadığı gözlenmiştir.

	Sayı	Yüzde
0-5	206	30.2
6-10	194	28.4
11-15	167	24.5
16-20	90	13.2
Cevap vermeyen	24	3.5
TOPLAM	681	100,0

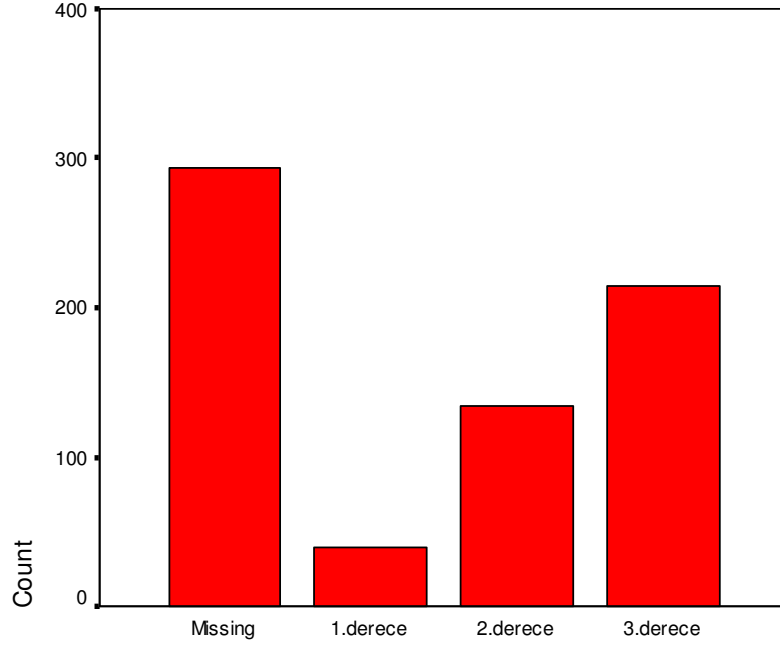
Tablo-14: İncelenen kadınlarda izlem sıklığı durumu

Kullanılan kontraseptif yönteme göre kadınların gebe kalma risk dereceleri 15-49 yaş izlem kartları esas alınarak 3 kategoride sınıflandırılmıştır:

- Derece risk:** Yaşı 18'den küçük olanlar, yaşı 35 ve fazla olanlar, 5 veya daha fazla doğum yapanlar, son doğumu yapalı 2 yıldan az olanlar, sistemik hastalığı olanlar, kötü gebelik ve doğum öyküsü
- Derece risk:** 4 ve daha az çocuk doğuranlar, başka çocuk istemeyenler, güvenilir korunma yöntemi
- Derece risk:** Son doğumu yapalı 5 yıldan çok olanlar, eşi başka yerde olanlar, güvenilir korunma yöntemi kullananlar, çocuğu olmayanlar

Risk durumuna ait veriler incelendiğinde (grafik-8) 3. derece risk grubundaki kadınların 215 kişi (%31.6) en büyük grubu oluşturduğu dikkat çekmektedir. Risk grubuna ait istatistiksel anlamlılıklara bakıldığında çalışanlarda risk derecesinin ($p=0.007$) yüksek olduğu, toplam gebelik sayısı azaldıkça risk derecesinin yükseldiği ($p=0.004$), risk azaldıkça canlı doğum sayısının arttığı ($p=0.015$), etkin/hiç yöntem kullanmayanlarda riskin azaldığı ($p=0.000$), risk azaldıkça yaşayan

çocuk sayısının arttığı ($p=0.001$), eşin ($p=0.000$) ve kadının kendisinin ($p=0.000$) eğitim seviyesi arttıkça risk daha fazlaştığı bulunmuştur.



Grafik-8: İncelenen kadınlarda risk durumu

Son olarakta kartlardaki yöntem kullanmama nedenleri incelenmiştir (Tablo-15). 437 kadın (%64.2) yöntem kullanmama nedenini belirtmemiştir. Gebelik ve emzikli olma durumu 163 kadında (%23.9) en başta gelen nedendir. İstatistiksel olarak anlamlılık açısından da ileri yaş(>48) ilişkili bulunmuştur. Hastaların yaşı arttıkça kendi istekleri ile yöntem kullanmama da artmaktadır ($p=0.000$).

	Sayı	Yüzde
<i>Gebelik/emzikli</i>	163	23,9
<i>Eşi başka yerde</i>	9	1,3
<i>Kısırlık</i>	18	2,6
<i>Eşi istemiyor</i>	4	0,6
<i>Kendisi istemiyor</i>	1	0,1
<i>Diğer</i>	49	7,2
<i>Cevap vermeyen</i>	437	64,2
TOPLAM	681	100,0

Tablo-15: İncelenen kadınlarda yöntem kullanmama nedenleri

5.TARTIŞMA

Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması sonuçlarına göre ülkemizde nüfus artışı 1970’li yıllardan bu yana %20-25 arasında gerçekleşmektedir, son dönemlerde ise %15 civarına gerilediği tahmin edilmektedir. Bu haliyle Türkiye dünyanın en kalabalık ülkelerinden birisidir. Ülkemiz özellikle 1950’lerden sonra hızlı bir kentleşme sürecine girmiş, bunun sonucu olarak da sağlık hizmetlerinin sunumunda, özellikle Aile Planlaması yöntemlerinin uygulanmasında sorunlarla karşılaşmaya başlanmıştır.

1950’li yıllardan günümüze doğru geldikçe kentleşmenin etkisiyle kırsal kesimde oturan nüfusun demografik özellikleri ve buna bağlı olarak kullandıkları aile planlaması yöntemleri de değişmeye başlamıştır. Araştırmanın gerçekleştiği Isparta il merkezindeki kadınların sosyodemografik özelliklerini inceleyecek olursak; 347 kadının (%51) ilkokul mezunu olduğu göze çarpmaktadır. Yüksekokul mezunlarının oranı ise %12.3 (84 kadın) gibi düşük bir rakamdır. Okur yazar olmayanların oranının da %2.3 (16 kadın) olması iyi bir gösterge olarak da yorumlanabilir. Çalışma kapsamında incelenen kadınların %80.8 (550 kadın) gibi büyük bir oranının çalışmıyor olması anlamlı bir bulgudur. Sağlık göstergeleri üzerinde mutlak etkisi olan durumlardan birisi de kişilerin sosyal güvenliğe sahip olup olmamalarıdır. Bizim araştırmamızdaki kadınların büyük çoğunluğunun (%93) sosyal güvencesinin olduğu tespit edilmiştir. Bununla ilişkili olarak kadınların aile planlama hizmeti almada sağlık kuruluşlarına başvuru açısında sorun yaşamamaları beklenmektedir. Sosyal güvenlik durumu açısından da en büyük grup olan 216 kadın (%31.7) SSK’ya bağlıdır. Isparta merkezde yaşayan kadınların toplam gebelik sayılarına bakıldığında 265 kadın (% 38.9) 2 toplam gebelik sayısı ile karşımıza çıkmaktadır. Bu rakam günümüz koşullarında ideal bir sayı olarak görülmektedir. Yine bağlantılı olarak benzer sonuçlarla 296 kadın (%43.5) 2 canlı doğum sayısı ve 606 kadın (%89) hiç ölü doğum tanımlanmamasıyla karşımıza çıkmaktadır. Diğer demografik parametrelerden olan düşük sayısı ve ölen çocuk sayısının bizim çalışmamızdaki sonuçlarına bakarsak; 513 kadının (%75.3) oranıyla düşük yapmadığı, 599 kadının

(%88) ölen çocuğunun olmadığı saptanmıştır. Hiç doğum yapmamış olan kadın sayısı 21 (%3.1) ile karşılaştırıldığında bu rakamların tespit edilmesini yüzgüldürücü olarak tanımlayabiliriz. Yine Türkiye'nin batısında bulunan illerden Manisa'da yaşayan 15-49 yaş grubu kadınlarda aile planlaması yöntemlerine yönelik 2006 yılında yapılmış bir çalışmada kadınların %94'ünün ilkokul mezunu olduğu, %3.3'ünün çalıştığı ve %78.3'ünün çocuğunun bulunduğu saptanmıştır. Manisa'da yapılan çalışma ile karşılaştırıldığında bizim çalışmamızdaki ilkokul mezunlarının oranı %51 gibi çok düşük bir rakamdır. Yine benzer şekilde çalışma oranı da %17.3 ile Manisa'daki çalışmanın yaklaşık 3 katıdır. Çocuk sayısı açısından 2 çalışmayı karşılaştırırsak Isparta'da %85.8 ile çocuğa sahip olma oranı daha yüksektir (58).

TNSA sonuçlarına göre Türk kadınlarının hemen hemen tümü en az 1 aile planlaması yöntemini bilmektedir. Kadınların %71'i gebeliği önleyici bir yöntem kullanmakta olup, modern yöntem kullananların oranı %42.5, geleneksel yöntem kullananların oranı %28.5 olarak tespit edilmiştir. Modern yöntemlerden en yaygın yöntem olan RİA'yı kullananların %20.2, kondom %10.8 ve gebeliği önleyici hap %4.7 oranında olduğu saptanmıştır (59). Türkiye çapında yapılmış bu geniş araştırma sonuçları ile bizim bölgesel çalışmamız karşılaştırıldığında gebeliği önleyici yöntem kullanım oranı %73 gibi benzer bir düzeydedir. RİA kullanımı da %22.5 seviyesindedir ve Türkiye'de yapılan çalışma ile paralellik göstermektedir. Kondom kullanımı %23.5 oranındadır. Bu yüksek oranı bölgemizdeki sağlık grup başkanlığı/toplum sağlığı merkezlerinin aile planlaması yöntemi olarak yaygın ve ücretsiz olarak kondom dağıtması ile ilişkilendirebiliriz. Kondom kullanımı ile ilişkili olarak da hap kullanımı Türkiye verilerine göre daha düşük seviyededir (%2.9).

TNSA çalışması haricinde Manisa ilinde 300 kadın üzerinde yapılmış olan çalışmada kadınların en çok bildiği 3 yöntem RİA, hap ve kondom olarak saptanmıştır. Çalışma grubunda yer alan kadınların %99'unun herhangi bir aile planlaması yöntemini bildiği; %50.3'ünün modern yöntem, %22'sinin geleneksel yöntem kullandığı tespit edilmiştir. Bizim çalışmamızla karşılaştırıldığında yöntem kullanma oranı açısından aynı oranlar tespit edilmesine rağmen çalışma grubumuzda KOK kullanım oranı oldukça düşüktür (58). Ege Doğum Evi'nde 2005 yılında kadınların kontraseptif kullanımına yönelik farklı bir çalışmada en sık seçilen

kontraseptif yöntemler %31 ile KOK'lar ve %28.5 ile DMPA olarak tespit edilmiştir. Bu oranların bizim çalışmamızdan oldukça yüksek olması çalışma grubundaki kadınların yaş ortalamasının (ortalama yaş 47.4) ve sosyoekonomik seviyelerinin yüksek olmasıyla açıklanabilir (60). Cerrahpaşa Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği'nde yapılan bir çalışmada; RİA %32.1, kondom %13.9, tüp ligasyonu %5.1, KOK kullanımı %4.7 olarak en sık tercih edilen yöntemlerdir. Bizim çalışmamızdan ve karşılaştırdığımız diğer çalışmalardan farklı olarak bu çalışmada tüp ligasyonu oranı oldukça yüksektir. Bu durumda çalışmanın 3. basamak bir üniversite hastanesinde yapılması ile ilişkili olabileceğini düşünmekteyiz (61). Ankara'da 1995-2000 yılları arasında yapılmış farklı bir çalışmada da adölesanslarda doğum kontrol hapları en sık tercih edilen yöntem olarak bildirilmiştir; ikinci sıklıkta kondom daha sonra RİA kullanılmaktadır. Bu çalışmadaki KOK 'lerin yüksek oranda bulunması da çalışma grubunun yaş ortalamasının düşük olması ve çalışmanın yine üniversite hastanesi kadın hastalıkları ve doğum kliniğinde yapılması ile açıklanabilir (62). Aydın'da yasal gebelik tahliyesi amacıyla üniversite hastanesine başvuran kadınlarda yapılmış olan benzer bir çalışmada kontrasepsiyon yöntemi olarak %66 oranında geri çekme tespit edilmiştir. Bu yüksek oran, araştırma grubunun gebelik tahliyesi amacıyla başvuran kadınlardan oluşmasından kaynaklandığını akla getirmektedir (63). Kırıkkale ili ve çevresinde yapılan benzer bir çalışmada en sık kullanılan yöntem koitus interruptus (%38.9), diğerleri sırasıyla RİA, kondom ve KOK olarak belirlenmiş ve kullanılan yöntem ile eğitim seviyesi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir (64).

Ülkemizdeki verilerden sonra yurtdışındaki verilerle de karşılaştırma yaparsak; Pubmed'de literatür taraması yapıldığında aile planlaması yöntemlerine yönelik en kapsamlı çalışmaların Nijerya'da yapıldığı göze çarpmaktadır. Nijerya Nnamdi Azikiwe Üniversite Hastanesi'nde 230 gebe kadın üzerinde, kullandıkları kontraseptif yönteme yönelik bir çalışma yapılmıştır. Bu çalışmada en fazla kullanılan yöntem takvim yöntemi 95 (%28.4) olarak saptanmıştır. Bizim çalışmamızda ise en fazla kullanılan yöntem %23.5 ile kondomdur. Bu durum bize ülkemizde en fazla kullanılan yöntem açısından daha sağlıklı bir yola başvurulduğunu göstermektedir (65). Nijerya'da İbadan Üniversite Hastanesi'nde, aile planlama kliniğince 1986-1990 yılları arasında takip edilen 2000 kadın üzerinde

daha kapsamlı bir çalışma yapılmıştır. Bu çalışmada kadınların en sık tercih ettiği metot olarak RIA saptanmıştır (%66.2). Rahim içi araçları %10.4 ile oral kontraseptifler, %7.9 ile enjektabl preparatlar ve %5.8 ile cerrahi yöntemler takip etmektedir (66). Bu bizim çalışmamızla karşılaştırıldığında ilimizde en sık %23.5 oranında kondom, Nijerya'daki çalışmanın aksine %22.5 gibi düşük bir oranda RIA kullanıldığını, %2.9 oranında hap ve %04 oranında enjeksiyon tercih edildiğini görmekteyiz. Nijerya'da yapılmış olan başka bir çalışma da tercih edilen metotlar incelenmiş olup, kontraseptif yöntemleri kabul edenlerin çoğunluğunun şaşırtıcı bir şekilde alışılmalı beklentilerin tersine eğitimsiz olduğu gösterilmiştir (67). Bizim çalışmamızda ise öğrenim durumuyla yöntem kullanma arasında önemli bir farklılık bulunmamıştır.

Bangladeş'in kırsal kesiminde kontraseptif kullanımının sosyodemografik faktörleri ve aile planlaması ile arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada, üreme çağındaki evli 8500 kadının bilgileri incelenmiştir. Kontrasepsiyon kullanım oranı %57 olarak, bizim çalışma bölgemizdeki kontrasepsiyon sıklığından düşük düzeyde saptanmış ve kontrasepsiyon kullanımında, eğitim düzeyinin etkisiz olduğu iddia edilmiştir (68). Bangladeş'te yapılmış başka bir çalışmanın verilerine göre %15'inin geleneksel metotları, %20.4'ünün de modern metotları kullandığı tespit edilmiştir. Eşinin eğitim düzeyi ile geleneksel metotların kullanımı arasında herhangi bir anlamlı ilişki gösterilememiştir (69). Bizim çalışmamızda ise geleneksel metod kullanım oranı %19.2, modern yöntem kullanım oranı %54.2 olarak hesaplanmıştır. Eşin eğitim durumunun düşüklüğü ile yöntemleri etkin şekilde kullanmama (ya hiç kullanmıyor veya etkisiz yöntem kullanıyor) arasında paralellik görülmüştür.

Angola'da 1991-1992 yılları arasında 7246 kadın modern kontrasepsiyon yöntemi kullanmaya teşvik edilmiş ve 7182 kadında bu başarılı olmuştur. Bu teşvikler sonucu Angola'da eğitimsiz kesimin modern olmayan yöntemlerden depo-provera'ya geçmesi ile kontrasepsiyonda modern yöntemlere yönelik bir derece sağlanmıştır. Eğitimsiz kesim depo-provera tercih ederken, eğitilmiş kesim hap yada RIA tercih etmiştir (70). Isparta il mekezi içinde etkisiz yöntem kullanma ve yöntem kullanmama oranının %41.5, tüm enjeksiyon yöntemlerinin %04 olduğu göz önüne alındığında bölgemiz içinde bu tür teşviklerin yararlı olabileceği düşünülmektedir.

Gelişmişlik düzeyi diğer ülkelere göre daha yüksek olan Sırbistan'da 2007 yılında gerçekleştirilmiş olan yeni bir çalışmada araştırılan hastaların yarısının kontraseptif yöntem kullanmadığı bildirilmiştir (71). Bu çalışmayla karşılaştırıldığında bizim çalışmamızda bulunan kontrasepsiyon yöntem oranı oldukça büyük bir değerdir.

Den Tonkelaar ve arkadaşlarının 1466 Alman kadın popülasyonu üzerinde yaptığı çalışmada, kondom kullanımının seksüel ilişki kalitesinde farklılık yaratması nedeniyle tercih edilmediği gösterilmiştir (72). Buna karşılık bizim çalışmamızda kondom kullanımı %23.5 olarak tespit edilmiş ve bu değer bölgemizde kullanılan kontrasepsiyon yöntemleri arasında en büyük orana sahip olarak görülmüştür.

Öncelikle elde ettiğimiz verilerden sağlık ocaklarının/Aile sağlığı merkezlerinin ana formlarından birisi olan 15-49 yaş kadın izlem fişlerindeki bölümlerin farklı oranlarda tam doldurulmadığı gözlenmiştir. Eksik olan bu bölümlerin büyük bir kısmının özgeçmiş ve soygeçmişe ait olması çalışmada formlardaki önemli bir eksikliği ortaya koymuştur. Benzer şekilde TC. Sağlık Bakanlığı tarafından şu anda kullanılmakta olan formlarda kadınların gebelik öncesi dönemde kullandıkları Aile Planlaması yöntemine ait bilgi bulunmaması da hekimlere değerlendirme yapmakta güçlük çıkarabilecektir. Oysaki ülkelerin sağlık göstergeleri açısından, özellikle de anne ve çocuk sağlığı ile ilgili ölçütler en önemli gelişmişlik göstergesi olarak kabul edilmekte; toplumun birinci basamak sağlık kuruluşlarından hangi düzeyde yaralandığı konusunda gerçek kaynak oluşturmaktadır (73). Bu açıdan birinci basamak sağlık kuruluşlarındaki hekim ve yardımcı sağlık personelinin bu konuda bilgilendirilmesi gerekliliği düşünülmektedir.

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

- 1) Anne ve çocuk sağlığını korumayı, hayatın sağlıklı devam ettirilmesini amaçlayan aile planlaması yöntemlerinin kadınlara kazandırılacağı yer sağlık ocağı/aile sağlığı merkezleridir. Kadınların buralarda elde edecekleri modern yöntem kullanma alışkanlıkları sağlık seviyelerinin belli bir düzeye ulaşmasını sağlayacaktır. Ayrıca kadınların obstetrik ve jinekolojik sorunlarını erken dönemde saptamak amacıyla Aile Hekimi ile sıkı bir işbirliği içinde olmaları gereklidir.
- 2) Aile planlaması yöntemi kullanmama ya da etkisiz yöntem kullanma gelişmekte olan ülkelerin çoğunda olduğu gibi ülkemizde de önemli bir toplum sağlığı sorunudur. Çalışma grubumuzda da bu sorunun yüksek düzeyde olması nedeniyle ailelerin aile planlaması yöntemleri konusunda mutlaka eğitilmeleri gerektiğini düşünmekteyiz.
- 3) Literatürdeki çalışmalarda da açıkça belirtildiği gibi annenin kullandığı etkisiz yöntem çocukları da bu konuda risk altına sokmaktadır. Bu nedenle hastalar aile hekimine başvuru nedenleri direk olarak aile planlaması yöntemi konusunda olmasa bile bu konuda bilinçlendirilmelidirler. Ayrıca doktora başvuran her kadına rutin fizik muayene yapılarak 15-49 yaşı kadın izlem kartlarına kaydedilmesi ve özellikle KOK gibi yöntemlerin risk faktörleri açısından değerlendirilmesini önermekteyiz.
- 4) Ülkemizde aile planlaması yöntemlerine olan dikkatin genellikle kadınlara yönelmiş olduğu ve yöntem kullanımının kararında kadınların daha etkin olduğu, erkeklerin bu konuyu önemsemedikleri düşüncesindeyiz. Oysa istenmeyen gebeliklerin önlenmesi konusunda hedef kitle olarak erkeklerinde bu sürece dahil edilmesi gerektiğini düşünmekteyiz.
- 5) Elde ettiğimiz verilerin değerlendirilmesi sonucunda aile planlaması yöntem kullanımının bu konuda yapılan diğer çalışmalara uyumlu olduğu ancak

modern olmayan yöntemlerin daha yaygın kullanıldığı gözlenmektedir. Hedef kitlenin modern yöntem kullanma konusunda teşvik edilmesi gerektiğini düşünmekteyiz.

- 6) Ailelerin aile planlaması yöntem kullanım talepleri karşılanmalı, tüm bireylerin ihtiyaçlarını karşılayacak düzeyde yeterli malzeme, finansman, danışmanlık sağlanmalı ve düzenli denetimler yapılmalıdır. İstenilen sağlık verilerine ulaşabilmek için de bireylerin bilgi, davranış ve tutumlarının geliştirilmesine yardımcı olunmalıdır.
- 7) Toplumda aile planlaması yöntemi kullanımını etkin kılmaya yönelik olarak eğitimlere okul çağında başlanmalı, cinsel eğitim konusunda dersler planlanmasının da bu konuda iyi bir yaklaşım olacağını düşünmekteyiz.
- 8) Ülkemizde aile planlaması yöntemi kullanımına yönelik olarak yapılan çalışmalar literatür ışığında genellikle belli bir sağlık ocağını temsil eden küçük çaplı araştırmalar şeklindedir. Bu nedenle ülkemizdeki aile planlaması yöntem kullanım oranını daha iyi saptayabilmek için bölgesel ve daha geniş kapsamlı çalışmalara ihtiyaç olduğunu düşünmekteyiz. Bizim çalışmamızda bu anlamda Isparta ilini temsil etmesi açısından önemlidir. Bu sorunun boyutunu anlamak ve modern yöntem kullanımını teşvik etmek için Üniversitelerdeki Aile Hekimliği AD'ları ile işbirliği içinde yapılacak çalışmaların büyük yarar sağlayacağını da düşünmekteyiz.

Dünyada her yıl yaklaşık 500.000 kadın gebelik, doğum veya lohusalığa bağlı nedenlerden dolayı ölmektedir. Bunun da %99'u gelişmekte olan ülkelere aittir. Ülkemizde de bu veriler dikkate alınarak 1965 yılında çıkarılan nüfus planlaması hakkındaki yasa ile bir politika belirlenmiştir. 1983 yılındaki yasayla tekrar gözden geçirilmiş, ailelerin istediği ve bakabileceği kadar çocuk yapabilmelerine yönelik hizmet sunum kalitesinin artırılması amaçlanmıştır (74). Yasalarla belirlenen hedefler olan istenmeyen gebeliklerin önlenmesi, çiftlerin gebelikten korunmada sağlıklı yolları öğrenmeleri, çocuk sahibi olamayanların da çocuk edinmelerine yardımcı olma konusunda birinci basamak hekimlerine/Aile hekimlerine görev düşmektedir. Kontraseptif yöntemler konusunda bilgilendirme için; yeni danışmanlık stratejileri geliştirilmeli, yanlış önyargıları düzeltecek aile planlama programları yapılandırılmalıdır.

ÖZET

Bu çalışmayla birinci basamakta takip edilen kadınların kontraseptif tercihlerini, tercihlerinde sosyoekonomik ve kültürel farklılıkların etkilerini ve bu bölge için aile planlamasının başarısını değerlendirmeye amaçladık. Aynı zamanda çalışma sonunda anne ölüm oranlarına etkili olabilecek faktörler belirlenerek önlenebilir olanlar da ortaya konacaktır.

Çalışma kentsel olarak Isparta İl Merkezi'ne bağlı birinci basamak sağlık kuruluşlarında yürütülmüş olan kesitsel tipte bir araştırmadır.

Çalışmanın başlangıcında Isparta İl merkezine bağlı sağlık ocakları/aile sağlığı merkezleri sayısı ve bu merkezlere bağlı nüfus tespit edilmiştir. Toplam nüfus, birinci basamak sağlık merkezleri sayısı ile orantılı olarak tabakalara dağıtılmıştır. Her sağlık ocağı/aile sağlığı merkezinden kaç tane kadının çalışmaya alınacağı tespit edildikten sonra; sistematik örnekleme yöntemi ile bu merkezlerden kadınlara ait 681 adet 15-49 yaş kadın izlem kartı incelemeye alınmıştır. Kartlarda yer alan parametrelerden elde edilen veriler SPSS 9.05 paket programına aktarılmıştır.

Çalışmamızdan elde edilen en önemli sonuçlara göre ilimizde en fazla kullanılan yöntemin 160 kadın(%23.5) ile kondom olduğunu, bunu 153 kadınla(%22.5) RİA ve 131 kadınla(%19.2) etkisiz yöntem kullanmanın izlediğini gördük. 152 kadının(%22.3) herhangi bir korunma yöntemi kullanmaması dikkat çekici bir rakamdır. Araştırmamızda toplam gebelik sayısına baktığımızda ağırlıklı olarak(%42) ailelerin 2 çocuğa sahip olduğunu gördük. Sağlık ocaklarına kayıtlı kadınların meslekleri incelendiğinde 550 (%80.8) gibi büyük bir oranın çalışmadığı göze çarptı. Son gebelik bilgilerine göre düşüklerin toplam gebelik sayısı üzerinde daha etkili olduğu ve ölü doğum sayısını arttırdığı istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Çalışmadaki önemli bulgulardan biriside, eşin eğitim durumu düşükse kullanılan yöntem açısından ya hiç yöntem kullanılmıyor veya etkisiz yöntem kullanılıyor olmasıdır..

8.İNGİLİZCE ÖZET(SUMMARY)

In this study we aimed to find out the contraceptive preference of the women, socioeconomical and cultural factors for these preferences and the effectivity of family planning methods, who are followed in first step primary care centers. At the same time, at the end of the study we will be able to the detect preventable factors that can be associated with maternal mortality rates.

That study, is a cross sectional investigation which performed in primary care health centers in urban part of Isparta city, Turkey.

At the begining of the study; we first detected the number of primary care health centers/family medicine centers in urban part of Isparta and population for these centers. Total population is distrubuted to layers according to number of first care primary health centers. After fixed the number of women that will be accepted from each center; total 681 15-49 age woman following cards are taken for evaluation. Datas from cards are tabulated by SPSS 9.05 Software program.

160 women(%23.5) were using preventivo(condoma) and it was the most used method; it was followed by RIA,153 women(%22.5) and 152 women(%22.3) were not using any family planning method. That was the most important finding of the study. In our research, according to total pregnancy numbers, most of the families (%42) had two children. Large number of the women, 550 (%80.8) were not working in anywhere. Statically, according to last pregnancy findings, number of the children that are fallen were affecting the total pregnancy numbers and they were increasing the number of death pregnancies. Another important finding in the study was that, when the education level of the husband getting to a lower level, pairs were not using any family planning method or they were using inactive method.

9.KAYNAKLAR:

1. 1984 Uluslararası Nüfus Konferansı Raporu.
http://www.findarticles.com/p/articles/mi_m1282/is_v36/ai_3560425 (en son 25.12.2007 tarihinde erişilmiştir)
- 2.Bilgel N. Aile Hekimliği, Medikal Tıp 2006; (1) 691
3. Özvarış ŞB. Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması, Aile Planlamasında Temel Bilgiler Kitabı, İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı Yayınları1997;1-4
- 4.Centers for Disease Control and Prevention. “Maternal Mortality .United States , 1982-1996 “(erişim tarihi 07.02.2008) www.cdc.gov/epo/mmwr
- 5 .World Health Organization “Reduction of Maternal Mortality .A Joint WHO/UNFO/INICEF/World Bank Statement” (erişim tarihi 07.02.2008)
www.who.int/reproductive-health/puplications
6. Unluoglu I , Ayrancı U. Turkey in need of family medicine. Primary Care 2003;3:988-994
7. Fathalla MF; Reproductive health in world two decades of progress and the challenge ahead, Current Opinion in Obstetrics and Gynecology.2000;12(3):175-179
8. Khanna J, Van Look PFA, Griffin PD (eds). Reproductive Health: A Key to a Brighter Future, Biennial Report 1990-1991
9. Günalp T. Kontrasepsiyon , Pelikan Yayınları 2004; 603-629
- 10.Şahin NH, Bulduk SB.Kontraseptif Yöntemler İçin Dünya Sağlık Örgütü'nün Uygunluk Ölçütleri. Düzce Tıp Fakültesi Dergisi 2004; 1: 37-41.
11. Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Damla yayıncılık 2000 ;1 (3).
- 12.Nüfus Sağlık Araştırması, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü.Ankara; 1999
13. Tomruk DG. Başvuran kişinin değerlendirilmesi. Aile Planlaması Klinik Uygulama El Kitabı. İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı. Nobel Tıp Kitabevi İstanbul,1997; 57-60.

14. Bertrand J, Hardee K, Magnani R, Angle M. Access, quality of care and medical barriers in family planning programs. *Int Fam Plan Perspect* 1995;21:64-9
15. Turan JM, Bulut A, Nalbant H. The quality of family planning services in two low-income district of İstanbul. *Turk J Popul Stud* 1997;19:3-24.
16. Schwartz B, Gaventa S, Broome CV, Reingold AL, Hightower AW, Perlman JA, Wolf PH; Nonmenstruel toxic shock syndrome associated with barrier contraceptives, report of case study 1989; *Dis* 11 (suppl 1): 543
17. Huber SC, Piatrow PT, Orlans B, Dommer G. Intrauterine devices. *Popul Reports*.1975; B (2)
18. Richter R. Ein mittel zur Verhütung der Konzeption. *Deutsche Med Wochenschr* 1909; 35: 1525.
19. Sanger M, Stone HM, Grafenberg E. An intrauterine contraceptive method, *The Praticce of Contraception*. Maryland.1930: 33-47.
20. Ota T. Study on birth control with an intrauterine instrument. *Jpn J Obstet Gynecol*. 1934; 17:210.
21. The Population of Turkey, 1923-1994. *Demografik Structure and Development*, Devlet İstatistik Enstitüsü. Ankara. 1995.
22. Hatch RA et al. *Contaceptive Technology* 16th revised edition. New york. Irrington Publishers 1994.
23. Golziher JW, Shoupe D, Haseltire FP (eds). *Pharmacology of Contraceptive steroids*. Contraception New York; Springer Verlag, 1999.
24. Aydın S. Aile Planlaması ve Yöntemleri-1. *Aile Hekimliği Dergisi*. 2007; 1(3)
25. Jonh Hopkins Manuel of Gnecology, 2000, 1(1): 209-212
26. Farr G, Rivera R; Interaction between IUD use and breast-feeding status at time of IUD insetion analysis of T Cu-380 A acceptors in developing countries. *Am J Obstet Gynecol*. 1992; 167: 144.
27. Günalp, T. Kontrasepsiyon. *Kadın hastalıkları ve Doğum Tanı ve Tedavi*, Ed. Günalp S, Tuncer ZS. Pelikan yayınları. Ankara 2004; 603-629.
28. Beck W.W. Aile Planlaması: Kontrasepsiyon ve Komplikasyonları, *National Medical Series For Independent Study (NMS)*, Çeviri Editörü: Asena U. 1998; 241-248
29. Darney PD, Klaisle CM, Taner ST, Alvarado AM; Sustained release contraceptives. *Curr Prob Obstet Gynecol Fertil*. 1990; 13: 87.

30. Doğurganlık Bilinci Ve Aile Planlaması. Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Yayını. Ankara, 2000:326-327
31. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü yayını. Ankara, 2004.
32. Doğurganlık bilinci ve aile planlaması. Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Yayını. Ankara, 2000:326-327.
33. Mc Laren A. A history of contraception: from antiquity to the present day. Oxford: Basil Blackwell Press 1990
34. Levels and trends in contraceptive use as assessed in 1998. New York: United Nations. Department of Economic and Social Affairs.2000. ST/ESA/SER.A/190.UN
35. AA. Operational research for an effective information and training approach for surgical contraception knowledge and attitude in Turkey. Nüfus Bilim Dergisi 1996; 17-18: 41-53
36. İnce N. Özyıldırım BA. Gebelikten korunmada geri çekme yöntemi. Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi 2003; 17: 180-182.
37. Akın A. Enünlü T. Türkiyede isteyerek düşükler. Türkiye'de ana sağlığı aile planlaması hizmetleri ve isteyerek düşükler. Türkiye Nüfus ve Sağlık araştırması, 1998: İleri Analiz Sonuçları. Hacettepe Üniversitesi, TAP Vakfı ve UNFPA 86, 2002
38. Jeannette E.S, Samuel C.M, Evely L.L. Current Aile Hekimliği. Çev.ed.Kut A. Tokalak İ. Eminsoy M.G. Öncü basımevi, Ankara. 2007.
39. Grewal M, Burkman RT. Contraception and family planning. Current Obstetric and Gynecologic Diagnosis and Treatment, ninth Edition Ed.DeCherney AH. Nathan L.McgRAW- HillCompany.New York 2003.p:631-650
40. Bariyer yöntemler. Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi içinde. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Yayını. Ankara, 2000;345-367
41. Rahim içi araçlar. Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Yayını. Ankara, 2000; 453-521

42. Grewal M, Burkman RT. Contraception and family planning. Current Obstetric and Gynecologic Diagnosis and Treatment, Ninth Edition içinde. Ed. DeCherney AH, Nathan L. McGraw-Hill Company. New York 2003; 631-650
43. MacKay T. Contraception. Current Medical Diagnosis and Treatment, Forty-Third Edition içinde. Ed. Tierney LM, McPhee SJ, Papadakis MA. McGraw-Hill Company. New York 2004; 716-724
44. Masters T, Everett S. Intrauterin and barrier contraception. Current Obstetrics and Gynaecology 2005;15:31-37
45. Oral Kontraseptifler. Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Yayını. Ankara, 2000;367
46. Medical eligibility criteria for contraceptive use. (erişim tarihi: 22.02.2008) <http://www.who.int/reproductive-health/publications/mec/mec.pdf>
47. Deri Altı İmplantları. Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Yayını. Ankara, 2000; 432
48. Aydın S. Aile Planlaması ve Yöntemleri-1 . Aile Hekimliği Dergisi. 2007; 1(4)
49. Gönüllü cerrahi sterilizasyon. Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Yayını. Ankara, 2000;521
50. Tokuç B, Eskiocak M, Saltık A. Acil Kontrasepsiyon. Sted 2002;11(3) :97
51. DePineres T. Reproductive health 2002: Update on contraception and medical abortion from the ARHP Annual Meeting. Medscape Ob/Gyn & Women's Health 2002; 7(2)
52. Perheentupa A, Huhtaniemi I. Male contraception-quo vadis? Acta Obstet Gynecol Scand 2004; 83:131-137
53. Wang C, Swerdlof RS. Male hormonal contraception. Am J Obs Gyne 2004; 190: 60-8
54. Wang C, Swerdlof RS. Male hormonal contraception. Am J Obs Gyne 2004; 190: 60-8
55. Üreme sağlığına giriş. Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi. T.C. Sağlık

- Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Yayını. Ankara, 2000;61
56. Okyay P, Gemalmaz A, Beşer E, Başak O, Doyuran E. Aydın'da bir merkez sağlık ocağı bölgesinde form 005-gebe, loğusa, izlem fişlerinin değerlendirilmesi İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2005;12(1);31-35.
57. Birinci İstanbul Ticaret Odası İstatistik Şubesi Aylık Ekonomik verileri .İstanbul. 1999.
58. Altıparmak S, Adıgüzel Z. Manisa'da yaşayan 15-49 yaş evli kadınlarda aile planlaması yöntemleri ile ilgili bilgi tutum ve davranışları; Karsal alan örneği. Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi. 2006;20(3):142-149
59. Ünal T. Koç İ. Tezcan S. Aile planlaması Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Enstitüsü, Ankara.
60. İnal M, Yıldırım Y, Ertopcu K, Özelmas İ, Tınar Ş. Ege Doğum Evi ve Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Planlaması Bölümü'ne 2001-2005 yılları arasında başvuran perimenapozal kadınlar tarafından kullanılan kontraseptif yöntemler. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2006;7(2):13-16
61. Öçal P, Cansever İ, Salihoğlu F, Çepni İ, Işıloğlu H. Cerrahpaşa Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği'nde Kontraseptif kullanımı. Klinik gelişim 2004;17(3-4):37-41
62. Diribaş K, KAYA C. Berker B, Özmen B, Şatioğlu H. Kontrasepsiyon istemiyle Kliniğimize başvuran Adölesanların Değerlendirilmesi. Türkiye Klinikleri Jinekoloji Obstetrik Dergisi. 2003;13(3):181-185
63. Yüksel H, Odabaşı A, Kafkas S, Onur E, Çetinşahin M. Aydın'da yasal gebelik tahliyesi amacıyla başvuranların korunma biçimi ve tahliye sonrası için düşündükleri korunma yöntemi. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2001;2(3):5-8
64. Sağsöz N, Bayram M, Kamacı M. Kırıkkale ili ve çevresinde kullanılan kontraseptif yöntemler. Türkiye Klinikleri Jinekoloji Obstetrik Dergisi 2000;10(4):266-269
65. Adinma JI., Agbai AO, Nwosu BO.; Contraceptive choices among Nigerian women attending an antenatal clinic; Adv. Contracept. 1998 Jun; 14(2):131-45.
66. Lapidoo, Otolorin EO, Oladini F, Konje JC; Factors determining the choice of contraceptive methods at the Family Planning Clinic, University College Hospital, Ibadan, Nigeria; Br.J.Fam Plan; 1998 Oct, 24(3):107-10.

67. Ayangade O. Characteristics of contraceptive acceptors in an urban Nigerian setting; *Int J Gynaecol Obstet.*; 1984 Feb; 22(1):59-66.
68. Khan MA. Factors affecting use of contraception in Matlab, Bangladesh; *J Biosoc Sci.*; 1996 Jul; 28(3):265-79.
69. Kabir M. Uddin MM, Chowdhury SR, Ahmed T; Characteristics of users of traditional contraceptive methods in Bangladesh; *J Biosoc Sci.* 1986 Jan; 18(1): 23-33.
70. Carvalho A, Laudari C, Marini M, Faundes A. Characteristics of contraceptive acceptors in Luanda, Angola; *Afr J Fertil Sexual Reprod Heal*; 1996 Dec; 1(2):109-14.
71. Grujić I, Grujić Z. The primary health care and its role in the reproduction of the population of Vojvodina, *Med Pregl*, 2007, 60(3-4):168-72.
72. Den Tonkelaar, Oddens BJ. Factors influencing womens satisfaction with birth control methods. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2001;6:153-8.
73. Devrişoğlu A. TC.Sağlık Bakanlığı Ana Sağlığı ve Aile Planlaması El Kitabı Önsözü 1995
74. İ.Erefe. Halk Sağlığı Hemşireliği El Kitabı. Vehbi Koç Vakfı . İstanbul. 1998; 63.

10.EKLER

EK-1. 15-49 yaş ETF kartı

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Form No.

15 - 49 YAŞ KADIN İZLEM FİŞİ

Sıra No. :
Muhurtlığı :
Sokağı :
Ev No : Sağlık Ocağı :
Tlf. No. : Sağlık Evi :

Eşinin Adı :
Öğrenimi :
İşi :
Mesleği :
Akrabalık Derecesi :

Soyadı :
Adı :
Doğum Tarihi :
Öğrenimi :
Mesleği :
İşi :
Sosyal güvence :

ANNEKİMLİĞİ

Tonların Gebelik Sayısı	Canlı Doğum Sayısı	Ölü Doğum Sayısı	Yaşayan Çocuk Sayısı	Ölen Çocuk Sayısı

Telarcuz Aşesının 1. Aşı : 4. Aşı :
Yaptığı tarih 2. Aşı : 5. Aşı :
3. Aşı :

GÖÇ HALİNDE

Göç Tarihi :
Göç Ettiği Yer :

ÖZ GEÇMİŞİ

--	--

ÖLÜM HALİNDE

Ölüm Tarihi :
Ölüm Nedeni :

SİSTEMİK HASTALIKLAR

--	--

SON GEBELİK BİLGİLERİ

Canlı Doğum <input type="checkbox"/> Ölü Doğum <input type="checkbox"/> Dışık <input type="checkbox"/> Sezeryan <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>	Gebeliğin Sonlanma Tarihi/...../200.....
---	---

SOY GEÇMİŞİ

--	--

İZLEMLER

İzlem Tarihi	Bulgular	Şu Anda Kullandığı Aile Planlaması Yöntemi								Risk Durumu	AP Yöntemi Kullanmama Nedeni
		HAP	KONDOM	ENJEKSİYON	RIA	TÜP LİĞ	VAZEKTOMİ	DİĞER ETKİLİ YÖNTEM	Eksikli Yöntem Kullanılan		
...../200..											
...../200..											
...../200..											
...../200..											
...../200..											
...../200..											
...../200..											
...../200..											
...../200..											
...../200..											
...../200..											
...../200..											
...../200..											
...../200..											
...../200..											
...../200..											
...../200..											
...../200..											
...../200..											
...../200..											
...../200..											
...../200..											
R İ S K D U R U M U											AP Yöntemi Kullanmama Nedeni
DERECE : 1 *Yaşı 18'den küçük olanlar *Yaşı 35 ve daha fazla olanlar *5 veya daha fazla doğum yapanlar *Son doğumu yapalı 2 yıldan az olanlar *Sistemik hastalığı olanlar *Kötü gebelik ve doğum öyküsü			DERECE : 2 *4 ve daha az çocuk doğuranlar *Başka çocuk istemeyenler *Güvenilir korunma yöntemi			DERECE : 3 *Son doğumu yapalı 5 yıldan çok olanlar *Eşi başka yerde olanlar *Güvenilir korunma yöntemi kullananlar *Çocuğu olmayanlar			1- Gebelik - Emzilik 2- Eşi Başka Yerde 3- Kısırlık 4- Eşi İstemiyor 5- Kendisi istemiyor 6- Diğer		

EK-2. SDÜ Akademik ve Etik kurul kararları

T.C.
Süleyman Demirel Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı
Akademik Kurul Kararları


Toplantı tarihi	Toplantı Sayısı	Karar Sayısı
17.12.2007	10	2


Anabilim Dalımız Akademik Kurulu 17.12.2007 tarihinde saat 10:00'da toplanarak aşağıdaki kararları almıştır.


Alınan Kararlar;

- 1.) Anabilim Dalı'mız tarafından hazırlanan ve Yrd.Doç.Dr. Kurtuluş ÖNGEL'in proje danışmanlığını, Prof.Dr. Numan TAMER'in proje yardımcılığını ve Arş.Gör.Dr.Hayriye Yolcu ULUDAĞ'ın proje yürütücülüğünü üstlendiği 'Tip 2 Diabetes Mellituslu hastalarının birinci derece akrabalarında diyabet görülme sıklığı ve kardiyovasküler risk faktörlerinin değerlendirilmesi' isimli araştırma (tez) çalışması ile ilgili olarak, maddi destek amacıyla Süleyman Demirel Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Yönetim Birimi Başkanlığı'na başvuru yapılmasına;
- 2.) Anabilim Dalı'mız tarafından hazırlanan ve Yrd.Doç.Dr. Kurtuluş ÖNGEL'in proje yürütücülüğünü, Arş.Gör.Dr.Ebru KATIRCI'nın proje yardımcılığını üstlendiği 'Isparta İl Merkezinde Aile Planlaması Yöntemi Kullanım Durumu ve Etkili Sosyokültürel Faktörler' isimli araştırma (tez) çalışması ile ilgili olarak, maddi destek amacıyla Süleyman Demirel Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Yönetim Birimi Başkanlığı'na başvuru yapılmasına
- 3.) Aile Hekimliği Anabilim Dalı öğretim üyesi Yrd.Doç.Dr. Kurtuluş ÖNGEL'in; 7-11 Mart 2008 tarihleri arasında Bangkok/Tayland'da yapılacak olan 'Tıp Eğitiminde Uluslararası E-learning Stratejileri' konferansına, Anabilim Dalını temsil eden konuşmacı olarak katılmasına; oybirliği ile karar verilmiştir.


Prof.Dr.M.Tamer MUNGAN


Prof.Dr.Mehmet İŞLER


Doç.Dr.H.Erol EROĞLU


Yrd.Doç.Dr. Kurtuluş ÖNGEL

S.D.Ü. TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI FAKÜLTE ETİK KURULU KARARLARI

TOPLANTI TARİHİ	TOPLANTI SAYISI	KARAR SAYISI
26.12.2007	10	10

Fakülte Etik Kurulu 26 Aralık 2007 tarihinde Saat 15:00'da toplanarak aşağıdaki kararları almıştır.,

10- Fakültemiz Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Yrd.Doç.Dr.Kurtuluş ÖNGEL'in "Isparta İl Merkezinde Aile Planlaması Yöntemi Kullanım Durumu ve Etkili Sosyokültürel Faktörler." konulu çalışma;

Etik Kurul tarafından uygun görülmüştür.

Prof. Dr. Yıldız SONGÜR
BAŞKAN

Prof. Dr. Ahmet Rifat ÖRMECİ
ÜYE

Prof.Dr.Mahmut BÜLBÜL
ÜYE

(KATILMADI)

Prof. Dr. Vahide BAYSAL AKKAYA
ÜYE

Prof. Dr.Mehmet İŞLER
ÜYE

(KATILMADI)

Prof. Dr. Namık DELİBAŞ
ÜYE

Prof. Dr. Serpil SAVAŞ
ÜYE

Yrd.Doç.Dr.Mehmet AKDOĞAN
ÜYE
(KATILMADI)

Yrd.Doç.Dr.Ekrem ÇİÇEK
ÜYE

Yrd. Doç. Dr. Ekrem ÇİÇEK

(Raportör)

ASLİ GİBİDİR

08.01.2007

EK-3. Isparta İl Sağlık Müdürlüğü İzni

T.C.
ISPARTA VALİLİĞİ
 İl Sağlık Müdürlüğü

29.12.06 017400


Sayı : B-10-4-İSM-4-32-00-05 / 2740


Konu : Proje Çalışması

SDÜ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

07 Aralık 2006 tarih ve 5627 sayılı yazınız gereğince, Aile Hekimliği Anabilim Dalı tarafından yapılması planlanan " Isparta İlindeki Kadınlarda Kontraseptif Kullanımında Etkili Demografik ve Sosyokültürel Faktörler " isimli proje çalışması Müdürlüğümüzce uygun görülmüş olup,

Gereğini rica ederim.


 Dr. A. Levent YILMAZER
 Sağlık Müdürü

12-01-07


Adres	: İl Sağlık Müdürlüğü / ISPARTA	Ayrıntılı Bilgi için : AÇSAP Şube Müdürlüğü
Telefon No	: 0(246)2325764 İç Hat : 130	Faks No : 0(246)2181432
e-posta	: isparta.acss@saglik.gov.tr	

